

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

Evidencia para la política pública en salud

■ Indicadores de bienestar infantil en México: una agenda política para el monitoreo y la acción

Introducción

El bienestar infantil físico, emocional y social afecta el desarrollo y la calidad de vida de los niños y su potencial en términos del desarrollo. Organismos internacionales han desarrollado una métrica de bienestar infantil como uno de los principales elementos para atacar el problema de la desigualdad social.^{1,2} En comparación con los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), para ciertos indicadores México aparece en los últimos lugares y para otros tiene un buen desempeño; finalmente existen áreas en donde es imposible una comparación por la falta de monitoreo.³

En México existen distintos programas que abordan determinantes que afectan de manera negativa el bienestar infantil como la pobreza, una educación deficiente, falta de acceso a servicios de salud y condiciones de riesgo como embarazos adolescentes, infecciones de transmisión sexual, adicciones y violencia. Por lo tanto, 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. En este trabajo se presenta un análisis de las variables relacionadas con bienestar infantil derivadas de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

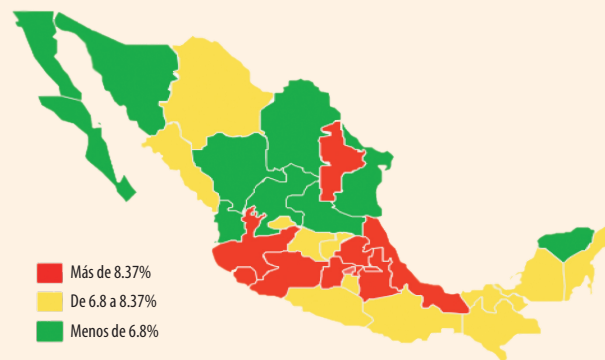
Resultados

Para generar esta propuesta de indicadores de bienestar infantil, se armonizó la información disponible en la ENSANUT 2012 con un conjunto de indicadores nacionales e internacionales (cuadro 1).

El bajo peso al nacer es una de las principales causas de mortalidad neonatal, con un impacto negativo en diversos aspectos del desarrollo infantil. Las dos terceras partes del país no cumplieron la meta de reducir a 6.8% la prevalencia de bajo peso al nacer (figura 1, cuadro 1).

El tamiz neonatal permite la prevención, reducción y atención oportuna de discapacidades y otros problemas de desarrollo. Persiste como un reto en áreas rurales y en algunas entidades federativas, como es el caso de Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Michoacán y Puebla, en donde a 27.9, 15.1, 14.9, 14.3 y 13.5% de los niños, respectivamente, no se les realizó el tamiz neonatal.

Figura 1. Distribución geográfica de niños menores de cinco años que nacieron con menos de 2 500 g. México, ENSANUT 2012



Cuadro 1. Indicadores de bienestar infantil. Una propuesta a partir de la ENSANUT 2012.* México

Componente Definición del indicador	ENSANUT 2012	Meta	% Avance nacional
Indicadores neonatales			
Bajo peso al nacer % de niños menores de cinco años que nacieron con bajo peso (<2500 gr)	8.37%	Disminuir a 6.8% el porcentaje de bajo peso al nacer (Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida (PAE APV) 2012)	98%
Tamiz neonatal % de niños menores de 1 año con tamiz neonatal	90.2%	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 a	78.03%	Alcanzar la cifra de 90% de niños amamantados los primeros cuatro meses de vida (Consejo Nacional para la Infancia y la Adolescencia (COIA) 2000-2010)	86.7%
Estimulación temprana % madres que recibieron capacitación sobre estimulación temprana	69.53%	Capacitar a 80% de las madres o responsables de los menores de dos años en técnicas de estimulación temprana (PAE APV, 2006)	86.9%
Atención al desarrollo % de niños que a los dos años recibieron por lo menos cinco citas de atención al desarrollo	28.06%	Lograr que 90% de los niños reciba 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 menores de cinco 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. a 95% de niñas y niños de seis a 12 meses (PAE APV 2006)	94.5%
Vacunación % de niños menores de cinco años con esquema completo de vacunación b	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 AP, 2006)	82.4%
Terapia de rehidratación oral % de niños menores de cinco años de edad que tuvieron diarrea en las dos semanas previas y que recibieron líquidos adicionales	91.92%	Reducir en 2/3 partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años, incluyendo específicamente la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas (Rendición de Cuentas en Salud 2010)	--
Accidentes % de niños menores de 10 años con un accidente en el último año	4.4%	Disminuir la mortalidad por accidentes de los menores de 14 años (PAE Prevención de Accidentes en el Hogar 2007-2012)	--
Discapacidad % de niños menores de 10 años con riesgo de tener o desarrollar discapacidad	29.31%	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 UNICEF 2009, 2010, 2011,2,4,5

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

a Lactancia exclusiva o mixta.

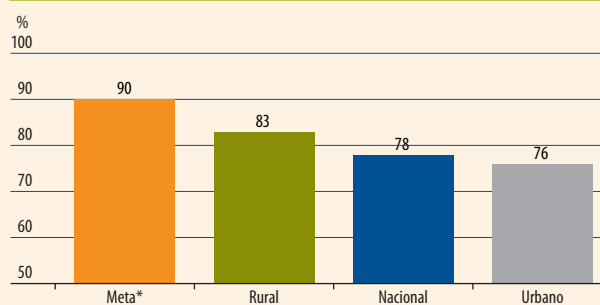
b Esquema completo de vacunación no incluye rotavirus, neumococo ni influenza pues son vacunas de reciente introducción.

La lactancia contribuye de manera fundamental al desarrollo y bienestar infantil. Sólo tres entidades (Jalisco, Oaxaca y Guerrero) lograron la meta de 90% de bebés con lactancia al menos hasta los 4 meses, y en seis estados, más de 10% de los bebés nunca recibió lactancia materna. Los rezagos respecto a la meta son mayores en la región urbana (figura 2).

En cuanto a la vacunación, 74.2% de los niños tienen el esquema completo de vacunación (sin incluir rotavirus, neumococo ni influenza, pues son vacunas de reciente introducción), lo cual es cercano a la meta de 90% para niños de un año y de 95% para niños de dos años.

La estimulación temprana es un conjunto de actividades que los cuidadores pueden realizar a los niños desde el nacimiento para proporcionar cuidados y experiencias necesarias para el desarrollo de capacidades. Se identificaron rezagos en áreas rurales y en tres entidades federativas (Quintana Roo, Chiapas y Veracruz) en donde menos de 60% de los niños reciben estimulación temprana (figura 3).

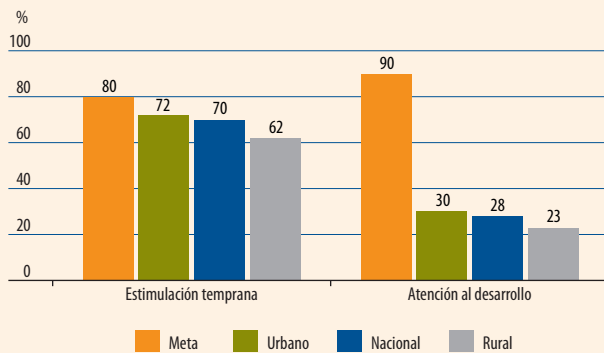
Figura 2. Porcentaje de niños entre 4 meses y 5 años que fueron amamantados al menos hasta los 4 meses. México, ENSANUT 2012*



Meta 2000-2010: Consejo Nacional para la Infancia y la 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 4 meses de edad, por lo cual se presentan los datos sobre niños con esa duración de lactancia.

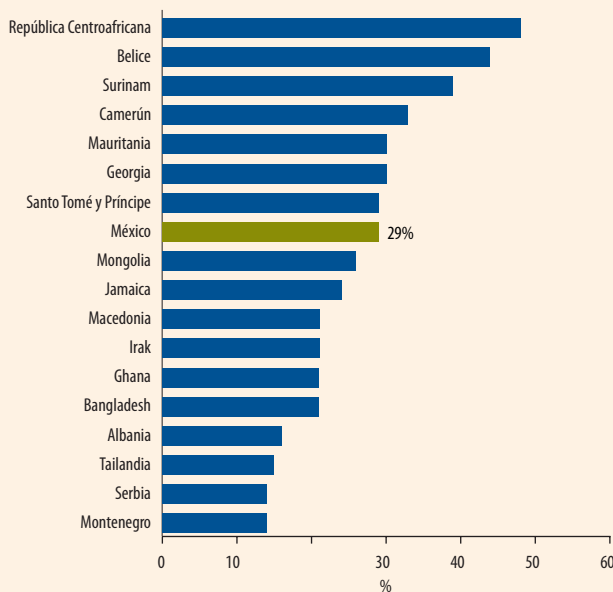
Figura 3. Porcentaje de niños que recibieron estimulación temprana y que tuvieron al menos cinco consultas de atención para el desarrollo al llegar a los dos años de edad. México, ENSANUT 2012



La atención para el desarrollo infantil se incluyó en el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida como una acción específica de atención y prevención, aunque desaparece como meta después de 2007. A nivel nacional, sólo 28% (23% en áreas rurales) de los niños recibió cinco consultas de vigilancia del desarrollo en los dos primeros años de vida. En 21 entidades federativas, más de 20% de los niños no recibió ni una consulta de atención al desarrollo (figura 3).

La discapacidad se estimó para identificar a los niños que tienen una discapacidad o están en riesgo de desarrollarla (figura 4), utilizando una escala propuesta por UNICEF y la OMS para

Figura 4. Porcentaje de niños y niñas menores de 9 años con riesgo de discapacidad



Fuente: ENSANUT 2012 y referencia 6

evitar la subestimación observada en encuestas previas. Del total de niños y niñas, 29% está en riesgo de tener alguna discapacidad, lo cual implica que 5 346 600 niños y niñas necesitan una evaluación y diagnóstico para determinar el tratamiento o acción a realizar para prevenir o disminuir la discapacidad.

Recomendaciones

Los datos presentados en este informe buscan promover el debate sobre la situación de la infancia en México, facilitar el acceso a la evidencia y aportar insumos para mejoras en el seguimiento del bienestar de los niños, según parámetros nacionales e internacionales. La información hace visibles logros y desafíos clave en esta área así como poblaciones específicas en las cuales enfocar esfuerzos. La intención es facilitar la creación de estándares y medias nacionales de referencia al proporcionar evidencia que incida en la elaboración de un sistema de monitoreo, tamizaje, canalización y atención para promover el bienestar y desarrollo infantiles.

En general, es necesario promover mejoras en las estrategias de monitoreo poblacional a través de la creación de:

- Indicadores de monitoreo del bienestar infantil más detallados
- Sistemas de tamizaje y diagnóstico con altos niveles de calidad
- Sistemas de referencia y canalización eficientes y equitativamente distribuidos

En relación con la discapacidad sensorial, motora y, especialmente, la de carácter intelectual, existe todavía una insuficiente política pública para:

- Prevenir la discriminación y promover la inclusión educativa, social y laboral
- Mejorar los servicios públicos y programas de prevención de discapacidades y mejoría de calidad de vida de los niños discapacitados
- Impulsar propuestas de carácter fiscal que beneficien a los sujetos y familias que sufren discapacidad, que coadyuven a atenuar el impacto de los gastos de atención y cuidado que, para muchas familias, se constituyen como gastos catastróficos y, por lo tanto, incrementan y perpetúan la pobreza

Las recomendaciones internacionales apuntan hacia la importancia de que todos los niños reciban atención que incluya procedimientos de tamizaje 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 dos años. Este tamizaje deberá incluir un monitoreo del desarrollo infantil en términos físico, 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.

Acciones

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

- Prevención de bajo peso al nacer
- Promoción de la lactancia
- Realización del tamiz neonatal (garantizando calidad y equidad)
- Capacitación en y promoción de la estimulación temprana
- Alcanzar la cobertura equitativa con calidad en la provisión de consultas para la atención al desarrollo de los niños en sus primeros dos años de vida
- Cobertura con suplementación con vitamina A y esquema completo de vacunación, especialmente en áreas rurales y poblaciones marginadas
- Capacitación en uso de líquidos recomendados para la terapia de rehidratación oral
- Prevención y mejoría en la atención para accidentes domésticos y de otro tipo
- Monitoreo, prevención, tamizaje, diagnóstico, canalización y atención para diferentes tipos de discapacidad

Conclusiones

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 que incluyen salud, nutrición, estimulación, protección y educación. Lo anterior está encaminado a lograr una comprensión más amplia y detallada del bienestar infantil que permita implementar mejoras en las acciones de prevención y atención que aseguren la calidad de vida de todos los niños y las niñas de México.

Referencias

1. OMS 2009
2. UNICEF. MICS4 – Questionnaire for children under –five. Version 2.1. New York: United Nations Children's Fund, 2010. Disponible en: http://www.childinfo.org/mics4_questionnaire.html.
3. OCDE. Doing Better for Children. París: OCDE, 2009.
4. UNICEF. Progress for Children. A Report Card on Child Protection. Number 8, 2009. Disponible en: http://www.childinfo.org/files/Progress_for_Children-No.8_EN.pdf. New York: United Nations Children's Fund.
5. UNICEF. The state of the world's children. Adolescence: An age of opportunity. New York: United Nations Children's Fund, 2011. Disponible en: <http://www.unicef.org/sowc2011/fullreport.php>.
6. 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.

Responsables: Filipa de Castro,* Betania Allen Leigh,* Gregorio Katz,† Mauricio Hernández Ávila,* Eduardo Lazcano Ponce.*

* Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. México

† Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, UNAM. México

La información contenida en este documento será publicada en extenso en un número próximo de la revista Salud Pública de México.

Para mayor información sobre ENSANUT 2012:

<http://ensanut.insp.mx>

