



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERIA INDUSTRIAL**

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN
PRIMERA INFANCIA INDIGENA EN CHILE**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGISTER EN GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS**

ANDREA ISABEL DOMINGUEZ FREDES

PROFESOR GUIA:
MARIA PIA MARTIN MUNCHMEYER

MIEMBROS DE LA COMISION:
LORETO MARTÍNEZ OYARCE
FERNANDA MELIS JACOB

SANTIAGO DE CHILE
DICIEMBRE 2017

Esta tesis ha sido realizada como parte del Proyecto Fondecyt 2016 N° 11160330. “*Cambio en las políticas hacia la infancia y adolescencia en Chile. Análisis de los marcos interpretativos de instituciones y actores relacionados*”.

RESUMEN DE LA TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGÍSTER EN GESTIÓN Y
POLÍTICAS PÚBLICAS

Por: Andrea Isabel Domínguez Fredes

Fecha: Noviembre, 2017

Profesor Guía: María Pía Martín

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN PRIMERA INFANCIA INDÍGENA
EN CHILE**

¿Durante su primera infancia, un niño o niña indígena tendrá las mismas posibilidades de salud que un niño o niña indígena? ¿Cuánto influyen las condiciones sociales, culturales y ambientales en la salud de niños y niñas indígenas? La literatura establece que las condiciones de salud de niños y niñas no obedece solamente a factores biológicos o genéticos, sino que estará determinada por condiciones sociales, culturales y ambientales en que el niño o niña nace y se desarrolla. De modo que la presente investigación busca entender cuáles de estos factores tienen mayor influencia en las condiciones de salud de la primera infancia indígena en Chile.

Existe la oportunidad de mejorar la salud de algunas de las comunidades más pobres y vulnerables atacando la raíz de las causas de las enfermedades y de las inequidades en salud. La causa más poderosa reside en las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas, conocida como determinantes sociales de la salud (OMS, 2005). En el caso de los niños indígenas menores de 5 años, estos tienen 2,6 veces más riesgo de morir que los niños no indígenas.

El objetivo del estudio es establecer y analizar los determinantes sociales de la salud en primera infancia perteneciente a pueblos indígenas, estableciendo en base a sus resultados, los límites y posibilidades de las actuales políticas públicas dirigidas a este grupo. A través de la utilización de una metodología de análisis cuantitativo descriptivo en base a CASEN (2015) se analiza, de manera exploratoria, la existencia de este problema público. Los indicadores son medidos para 2 grupos de la población, niños y niñas de 0 a 5 años pertenecientes a pueblos indígenas (primera infancia indígena) y no pertenecientes a pueblos indígenas (primera infancia no indígena), tanto a nivel nacional como regional, lo que permite establecer la referencia para la comparación entre primera infancia indígena y no indígena y permite visualizar las diferencias territoriales entre los grupos que no es posible apreciar al considerar solo los promedios nacionales.

Los resultados muestran que la primera infancia indígena se enfrenta a mayores desigualdades sociales, ya que no sólo el porcentaje de pobreza es mayor al de la primera infancia no indígena, sino que también lo es el porcentaje en situación de carencia en el ámbito educativo y de trabajo y seguridad social. Asimismo, la primera infancia indígena nace y se desarrolla en condiciones de vida más desfavorables, por cuanto existe un mayor porcentaje de la población indígena versus la no indígena, que vive en situación de carencia de servicios básicos en el hogar o bien, en situación deficitaria respecto al acceso agua, higiene y saneamiento. La falta de acceso a agua potable y saneamiento contribuye significativamente a la mortalidad infantil (UNICEF, 2015).

Se establece que juega un rol relevante en la salud el programa Chile Crece Contigo, de protección social a la infancia en base a garantías de salud entre otras. También el subsistema Chile Seguridades y Oportunidades, que incluye el Programa Familias, dirigido a personas y familias en situación de pobreza extrema y contempla un conjunto de acciones, servicios y prestaciones sociales para mejorar su calidad de vida. Es aquí donde se presenta la mayor oportunidad en cuanto a desarrollar una política de promoción y protección social que aborde específicamente los determinantes sociales de la salud que afectan a la primera infancia indígena.

DEDICATORIA

A mis hijos, ellos son el centro de mi universo y mi motivación a contribuir a tratar de hacer de este mundo un lugar mejor.

AGRADECIMIENTOS

A Richard, agradezco todas las horas de sueño que dejaste de lado solo con el propósito de acompañarme y de hacerme sentir que estás conmigo haciendo de mis sacrificios también los tuyos. Eso es amor.

A mi madre, que fue la que me inculcó la importancia de superarse y ser mejor cada día, apoyándome siempre no solo en mis desafíos, sino también en los momentos más difíciles de mi vida. Sin tu amor y dedicación de madre 100% entregada a sus hijas, hoy no estaría escribiendo estas palabras. Tú siempre has creído en mí y eso, me da fuerzas.

De todo corazón quiero agradecer a María Pía Martin, por su constante apoyo y guía, por su permanente motivación aun ante mis logros más pequeños y por su paciencia infinita. Todo ello hizo posible convertir en realidad este sueño que, por momentos, creí difícil de alcanzar. Fue un largo, pero hermoso camino.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
TABLA DE CONTENIDOS	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VI
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	VII
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO DE REFERENCIA	3
2.1 Antecedentes del problema	3
a. La importancia de la primera infancia	3
b. La situación general de la primera infancia en Chile	4
c. La situación de la primera infancia indígena en Chile y la falta de información sobre las condiciones de salud y de acceso a la atención de salud	4
d. Carencia de Políticas de apoyo a la primera infancia indígena	5
2.1 Marco Conceptual	6
a. Determinantes sociales de la salud: antecedentes y definiciones	6
b. Modelo conceptual de los determinantes sociales de las desigualdades en salud	10
3. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	16
3.1 Pregunta de investigación y objetivos	16
a. Preguntas guía de la investigación	16
b. Objetivo General.....	16
c. Objetivos Específicos	16
3.2 Descripción metodológica	16
3.3 Operacionalización de los objetivos de estudio	17
4. ANÁLISIS DE RESULTADOS	20
4.1 Determinantes sociales estructurales - Posición socioeconómica	20
a. Resultados dimensión ingresos.....	20
b. Resultados dimensión educación.....	23
c. Resultados dimensión ocupación	25
4.2 Determinantes sociales intermedios - Circunstancias materiales	27
a. Resultados dimensión agua, higiene y saneamiento.....	27
b. Resultados dimensión hacinamiento, vivienda y contaminación	31
4.3 Determinantes sociales intermedios - Factores biológicos	39
a. Resultados dimensión nutrición	39
b. Resultados dimensión morbilidad	42
c. Resultados dimensión discapacidad	44
4.4 Determinantes sociales intermedios - Sistemas de salud	44
4.5 Determinantes sociales intermedios – Circunstancias psicosociales	46
a. Resultados dimensión redes y cohesión social	46
b. Resultados dimensión capital social	48
5. CONCLUSIONES	49
5.1 Principales resultados	49

5.2	Determinantes sociales e inequidades en salud en primera infancia indígena	51
5.3	Límites y posibilidades de las políticas públicas hacia primera infancia indígena	52
5.4	Limitaciones y alcances	53
5.5	Futuras líneas de investigación.....	53
6.	BIBLIOGRAFÍA	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Marco de análisis de los Determinantes Sociales de la Salud en Primera Infancia	18
Tabla 2: Control de niño sano en primera infancia por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%).....	43
Tabla 3: Discapacidad en primera infancia, según pertenencia a pueblos indígenas (%)	44
Tabla 4: Primera infancia en situación de carencia en adscripción al sistema de salud, según pertenencia a pueblos indígenas (%)	44
Tabla 5: Primera infancia en situación de carencia en atención de salud, según pertenencia a pueblos indígenas (%)	45
Tabla 6: Primera infancia a más de 2,5 km de distancia a un centro de salud, según pertenencia a pueblos indígenas (%)	45
Tabla 7: Primera infancia y situación de carencia en apoyo y participación social, según pertenencia a pueblos indígenas (%)	46
Tabla 8: Primera infancia y situación de carencia en trato igualitario, según pertenencia a pueblos indígenas (%).....	47
Tabla 9: Primera infancia y situación de carencia en trato igualitario por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%)	47
Tabla 10: Primera infancia y situación de carencia en seguridad, según pertenencia a pueblos indígenas (%).....	48
Tabla 11: Primera infancia y situación de carencia en seguridad por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%)	48

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud.	11
---	----

1. INTRODUCCIÓN

La situación de la niñez indígena en América Latina es alarmante, puesto que 9 de cada 10 niños y niñas padece algún tipo de privación, ya sea privación al derecho a la salud, educación, información, nutrición adecuada, agua, saneamiento y vivienda, lo que demuestra agudas inequidades étnicas y territoriales. Asimismo, existe un patrón generalizado de desigualdad en todas las dimensiones mencionadas, puesto que la niñez indígena sufre mayores niveles de privación respecto de los niños y niñas no indígenas (UNICEF - CEPAL, 2012).

Esto es importante por cuanto los primeros años en la vida de las personas son la base para el desarrollo y la salud a lo largo de todo el ciclo vital. El afecto, la estimulación y la nutrición que reciba un niño o una niña en sus primeros años forman el núcleo de sus capacidades para aprender y amar en la adultez. Por ello, todos los niños y niñas tienen el derecho al mejor comienzo posible y al mayor apoyo para desarrollar su potencial (Ministerio de Desarrollo Social, 2010).

Entre los obstáculos que dificultan el acceso de los niños, niñas y adolescentes indígenas al ejercicio de sus derechos, se encuentra la falta de pertinencia de la mayoría de las políticas y programas que componen la oferta pública dirigida a la infancia, para adecuarse a la realidad cultural de los diversos territorios (UNICEF, 2017).

En Chile, de acuerdo a CASEN 2015, un 14,8% de la población hasta 5 años es indígena, grupo que concentra altos índices de vulnerabilidad. Un 24,2% de ella se encuentra bajo la línea de la pobreza, cifra bastante superior si se compara con el porcentaje de la población de hasta 5 años no indígena, que asciende a un 18,8%. Por otra parte, los niños indígenas menores de 5 años tienen 2,6 veces más riesgo de morir que los niños no indígenas (Ministerio de Salud, 2017).

El enfoque de determinantes sociales plantea que todos los factores sociales y económicos operan a través de un conjunto de mecanismos biológicos y determinantes próximos (o variables intermedias), que influyen directamente en el riesgo de morbilidad y mortalidad en la niñez.

Es por eso que cabe preguntarse si a un niño o niña indígena le costará alcanzar el mismo nivel de salud de un niño o niña no indígena, solo por su condición étnica que determina las condiciones sociales, culturales y ambientales en el que el niño o niña nace y se desarrolla.

La presente investigación tiene como objetivo establecer y analizar los determinantes sociales de la salud en la primera infancia perteneciente a pueblos indígenas, estableciendo en base a sus resultados, los límites y posibilidades de las actuales políticas públicas dirigidas a este grupo.

A través de la medición de indicadores no convencionales de salud asociados al enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, este estudio presenta un comparado nacional y regional que contribuye a aportar información acerca de las condiciones de salud y de vida de la primera infancia indígena, respecto de la primera infancia no indígena, permitiendo identificar factores de riesgo asociados a la salud que pudieran dar cuenta de la profundidad de la inequidad existente entre ambos grupos.

La metodología utilizada en esta investigación es del tipo cuantitativa descriptiva, por cuanto se propone generar conocimiento respecto a un problema público, que revela la necesidad de

subsanan las inequidades en materia de salud que afectan a la primera infancia indígena respecto de la primera infancia no indígena.

A partir del marco conceptual de los determinantes sociales de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2011) y los tipos de determinantes de inequidades en salud, estructurales e intermedios y sus componentes, se determina el marco de análisis de los determinantes sociales de la salud, a través del cual se traducen las dimensiones conceptuales en operativas, estableciendo los componentes asociados a cada tipo de determinante y la propuesta de los indicadores que se considerarán en cada uno.

Los indicadores son medidos para 2 grupos de la población, niños y niñas de 0 a 5 años pertenecientes a pueblos indígenas (primera infancia indígena) y niños y niñas de 0 a 5 años no pertenecientes a pueblos indígenas (primera infancia no indígena), tanto a nivel nacional como regional, lo que permite establecer la referencia para la comparación entre primera infancia indígena y no indígena y permite visualizar las diferencias territoriales entre los grupos que no es posible apreciar al considerar solo los promedios nacionales.

La principal fuente de información es la encuesta de caracterización socioeconómica CASEN en su versión 2015, por tratarse de la base de datos más completa a nivel nacional y regional, con validez estadística, que entrega información acerca de la situación de ingresos y condiciones de vida de la población, con distinción de pertenencia a pueblos indígenas, así como también los estudios epidemiológicos del Ministerio de Salud que entregan información de las condiciones de salud de la población indígena.

El estudio se inicia con la presentación del marco de referencia que plantea los antecedentes del problema de investigación que permiten situar la situación de la primera infancia indígena y la falta de políticas públicas de apoyo a este grupo y el marco conceptual a través del cual se pretende levantar información cuantitativa que dé cuenta del problema y de la profundidad del mismo. En segundo lugar, se plantea la metodología, detallando la pregunta y los objetivos de la investigación, así como también la descripción metodológica y la operacionalización del objeto de estudio que permitirán alcanzar los objetivos propuestos. Tercero, se exponen los resultados del estudio y, por último, en las conclusiones, se presentan los principales hallazgos, para finalmente, incorporar las principales conclusiones.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Antecedentes del problema

Esta sección se presentan cuatro consideraciones importantes que permiten situar el problema que enfrenta la primera infancia indígena en cuanto a las condiciones sociales que enfrenta y que, por su carácter de interdependencia, impactan en la salud. La primera consideración es la importancia que tiene la preocupación por la primera infancia desde el punto de vista de las políticas públicas. La segunda es la situación actual de la primera infancia en Chile. En tercer lugar, se presenta la situación general de la primera infancia indígena y, por último, se hace referencia a la carencia de políticas públicas dirigidas hacia la primera infancia indígena.

a. La importancia de la primera infancia

Es en la infancia donde comienza la formación integral del ser humano y donde se forja el futuro ciudadano que contribuirá al desarrollo del país. Por este motivo, resulta indispensable desarrollar políticas públicas orientadas hacia la infancia que aborden, desde un enfoque interdisciplinario, las diversas realidades y problemas que enfrenta un niño y niña desde su nacimiento, contribuyendo a su formación integral (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2011).

Todos los niños y niñas vienen al mundo con el mismo derecho de gozar de un comienzo saludable en la vida, de una infancia segura y protegida y de recibir educación, de manera tal de contar con las oportunidades básicas que les permitirán tener una vida adulta productiva y próspera. Sin embargo, debido a su raza, origen étnico, género, lugar de nacimiento, o al hecho de sufrir de alguna discapacidad o de vivir en medio de la pobreza, millones de niños y niñas en todo el mundo se ven privados del derecho a una oportunidad justa en la vida y de lo que necesitan para crecer sanos y fuertes (UNICEF, 2016).

La primera infancia es una etapa crucial para el desarrollo de los niños y niñas. Por ello es fundamental asegurarles, desde el inicio de sus vidas, condiciones adecuadas de bienestar social, una apropiada nutrición, acceso a servicios de salud oportunos y una educación inicial de calidad, así como fomentar el buen trato y el cuidado de sus familias y de la comunidad donde habitan (UNICEF, 2017).

Si la nutrición y la salud son deficientes en los primeros años de vida de un niño, su desarrollo se retrasa o debilita; si no recibe la estimulación adecuada, requiere mucho más apoyo posterior para obtener los mismos logros que tiene un niño/a bien estimulado. Por esto, la primera infancia, es cualitativamente más que el comienzo de la vida; es, en realidad, el cimiento de esta. De ahí la necesidad de tener una particular preocupación por esta importante etapa (UNICEF, 2017).

La desigualdad tiene sus orígenes en los primeros años de vida, las intervenciones para promover el desarrollo integral en la primera infancia son prometedoras ya que abordan las raíces mismas de la desigualdad. La inversión en los primeros años de vida proporciona una de las mayores posibilidades de reducir las inequidades en el despliegue de las máximas capacidades de todo ser humano (Ministerio de Desarrollo Social, 2010).

b. La situación general de la primera infancia en Chile

En Chile, de acuerdo a datos de la encuesta CASEN 2015, un 18,8% de los niños y niñas de 0 a 5 años de edad, se encuentran en situación de pobreza. Es decir, viven en un hogar donde el nivel de ingresos es menor al mínimo que se requiere para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y un 6,3% vive en un hogar donde los ingresos no son suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias. Al medir la pobreza a través de las condiciones de vida de las personas y los hogares en cuanto a educación, salud, trabajo y seguridad social y vivienda –pobreza multidimensional- se tiene que el 27,3% de los niños y niñas de 0 a 5 años de edad vive en situación de pobreza, es decir, los miembros de su hogar sufren carencias relacionadas a educación, salud, otros. Es así como el 21,8% de la primera infancia vive situación de carencia por mal nutrición, ya sea por sobrepeso o desnutrición.

Aún con todo, Chile ha podido disminuir sostenidamente la mortalidad infantil desde 136,2 por 1000 nacidos vivos en la década del 50 a 7,4 el año 2010. Para el año 2010, Chile ocupaba la segunda menor mortalidad infantil de América Latina (Morales, 2014). Esto ha sido posible gracias a Programas de salud materno infantil que se han implementado de manera sistemática, como lo es el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, que asume como un quehacer del Estado ofrecer una serie de servicios para dar apoyo integral y acompañamiento al desarrollo de los niños y niñas en primera infancia, con el fin de crear condiciones favorables para el desarrollo integral y así reducir las inequidades desde la partida.

Chile Crece Contigo es una política pública comprensiva, intersectorial y de múltiples componentes. Consiste en un complejo sistema de intervenciones de carácter integral que brindan protección de acuerdo a las características y necesidades particulares del desarrollo de cada niño, niña y su familia, poniendo a su disposición múltiples servicios de apoyo, beneficios universales y diferenciados garantizados. El Sistema reconoce que el desarrollo infantil es influido por las condiciones individuales, familiares, comunitarias y sociales inmediatas en las que el niño se gesta, nace y crece, es decir, aquellos factores asociados a las condiciones de vida, educación de los padres, entorno físico y psicosocial, así como la forma en que se accede a servicios de salud, educación, protección social y las formas de organización de las comunidades y de los gobiernos. La calidad de las condiciones de vida que aporta la sociedad se vincula directamente con la salud y el desarrollo de las personas que en ella habitan, sin distinción de edades, género, identidad cultural o étnica (Ministerio de Desarrollo Social, 2010). El desarrollo, el aprendizaje y la salud infantil están ineludiblemente vinculados con la dimensión sociocultural.

c. La situación de la primera infancia indígena en Chile y la falta de información sobre las condiciones de salud y de acceso a la atención de salud

La Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por Chile en el año 1990, es el primer Tratado Internacional que se refiere expresa y particularmente a los niños, niñas y adolescentes indígenas. En ella se reconoce la importancia de las tradiciones y valores culturales de cada pueblo y la necesidad que tiene la niñez indígena de medidas especiales para el pleno disfrute de sus derechos, ello porque se enfrenta a una serie de dificultades para ejercer sus derechos y continúa siendo objeto de graves discriminaciones en varios ámbitos, tales como en su acceso a una educación de calidad; en el derecho a tener su propia vida cultural y a emplear su propia lengua; además del derecho a ser oída en las decisiones que le conciernen y a participar en la vida de su comunidad, entre otros.

Una de las mayores preocupaciones respecto a los pueblos indígenas son sus condiciones de marginalidad, por cuanto son más pobres, tienen un menor nivel de educación, mueren a una edad más temprana, hay más probabilidades de que se suiciden y, en términos generales, tienen una peor salud que el resto de la población (Organización Mundial de la Salud, 2007).

Según datos de la encuesta CASEN 2015, en Chile, alrededor del 15% de los niños y niñas de 0 a 5 años de edad pertenece a alguno de los 9 pueblos indígenas reconocidos por ley, donde el 84% corresponde al pueblo mapuche, el 25% vive en zonas rurales y se encuentra concentrado, mayormente, en la región de La Araucanía.

Los niños y niñas de 0 a 5 años pertenecientes a pueblos indígenas presentan mayores índices de vulnerabilidad que sus pares no indígenas. Un 24,2% de ellos se encuentran bajo la línea de la pobreza, cifra bastante superior al porcentaje de la población no indígena que asciende a un 18,1% y un 9,3% bajo la línea de pobreza extrema, cifra también superior respecto de la primera infancia no indígena que llega al 5,9%. Esta brecha se refleja, además, en diversas dimensiones de sus condiciones de vida como educación, ingresos, vivienda y otras que afectan sus oportunidades de inclusión social. La pobreza multidimensional llega a un 35,2% en primera infancia indígena y es 9 puntos porcentuales superior a la de la primera infancia no indígena que se sitúa en 26,2%.

En relación a los índices de salud de los pueblos indígenas, no existen actualmente estadísticas detalladas que permitan conocer su situación. El Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud cuenta con indicadores que permiten conocer el panorama general de la situación de salud del país. Los distintos índices de salud son calculados para la población general según sexo, grupos de edad y regiones del país, pero a la fecha, no incluyen la distinción de pertenencia a pueblos indígenas.

A raíz de lo anterior, el Ministerio de Salud ha realizado esfuerzos en ese sentido. Entre 2006 y 2013, realizó un levantamiento de información del perfil epidemiológico de la población mapuche y otros pueblos originarios. Una de las principales conclusiones de dichos estudios se refleja en el Plan para Pueblos Indígenas (Ministerio de Salud - Banco Mundial, 2017) que destaca que los niños indígenas menores de 5 años tienen 2,6 veces más riesgo de morir que los niños no indígenas. Sin embargo, los estudios epidemiológicos no son específicos sobre infancia indígena y dejan varios vacíos de información, en cuanto a indicadores de riesgo para la salud, como el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, la situación de malnutrición, ya sea por déficit o por exceso, y también en relación a indicadores de acceso a la atención como lo es la cobertura de programas de atención primaria: control de niño sano y la cobertura de inmunizaciones. Todos ellos requieren ser analizados y estudiados por tratarse de información faltante respecto a la real situación de salud de los niños y niñas indígenas.

d. Carencia de Políticas de apoyo a la primera infancia indígena

Entre los obstáculos que dificultan el acceso de los niños, niñas y adolescentes indígenas al ejercicio de sus derechos, se encuentra la falta de pertinencia de la mayoría de las políticas y programas que componen la oferta pública dirigida a la infancia, para adecuarse a la realidad cultural de los diversos territorios (UNICEF, 2017).

La Política de Salud y Pueblos Indígenas (Ministerio de Salud, 2003) plantea dentro de sus objetivos la necesidad de reducir las desigualdades en la situación de salud y en el acceso a la atención de salud a la que se enfrentan los pueblos originarios.

Por su parte, el Programa de Salud y Pueblos Indígenas busca contribuir a la disminución de las brechas de inequidad en la situación de salud de los pueblos indígenas, a través de la construcción participativa de planes de salud que reconozcan la diversidad cultural, promuevan la complementariedad entre sistemas médicos y provean servicios de salud adecuados que respondan a necesidades, derechos y perfiles epidemiológicos específicos. (Ministerio de Salud - Banco Mundial, 2017). Entonces cabe preguntarse si el Programa de Salud y Pueblos Indígenas llega a la primera infancia, dado que los estudios relacionados a los perfiles epidemiológicos no dan cuenta de la medición de indicadores de riesgo salud para la salud y de acceso a la atención de salud, específicos para primera infancia indígena.

Por otra parte, si bien el Sistema de Protección a la Infancia considera la importancia de tratar a la infancia indígena de manera especial, prueba de ello es la existencia de indicadores de gestión asociados a prestaciones específicas de algunos programas que buscan entregar prestaciones con pertinencia, ello podría no resultar suficiente ya que se requiere una priorización de la primera infancia indígena en cuanto a contar con un programa específico de apoyo a las familias que permita mejorar sus condiciones de vida y con ello dar lugar a que los niños y niñas pertenecientes a pueblos indígenas tengan la misma oportunidad de los niños y niñas no indígenas a nacer, crecer y desarrollarse en un ambiente más propicio y con ello, con menor riesgo de presentar problemas de salud.

Es necesario que las políticas públicas en salud y protección de la infancia consideren las características de los pueblos indígenas y los determinantes sociales de la salud que inciden en el desarrollo temprano de los niños y niñas indígenas de manera de mejorar las condiciones de vida y las condiciones en que nacen los niños. Sin embargo, el conocimiento de las condiciones de vida y de las condiciones en que nacen los niños y niñas indígenas, es un área poco explorada.

2.1 Marco Conceptual

a. Determinantes sociales de la salud: antecedentes y definiciones

El reconocimiento de que las condiciones sociales influyen de forma decisiva en la salud, se encuentra en la Declaración de Alma Ata, adoptada en el año 1978 por la conferencia Internacional sobre atención Primaria de Salud y la carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, del año 1986, donde se destaca que es necesario actuar en todos los sectores para promover el bienestar. (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Las dimensiones sociales de la salud estaban fuertemente afirmadas en la Constitución de 1948 de la Organización Mundial de la Salud, pero se eclipsaron posteriormente durante una época en la que la salud pública estuvo dominada por programas verticales basados en la tecnología. Los determinantes sociales de la salud y la necesidad de acción abordada intersectorialmente, reaparecieron con fuerza con el llamado de Alma Ata a Salud para Todos en 1978 y fueron centrales para el modelo de atención primaria de salud integral propuesto para encauzar el programa Salud para Todos (Organización Mundial de la Salud, 2005).

Algunos países progresaron en la forma de abordar los determinantes sociales clave, tales como la nutrición y la educación de las mujeres. No obstante, como ocurrió con otros aspectos de la atención primaria de salud integral, la acción sobre los factores determinantes se debilitó debido al consenso económico y político neoliberal dominante en los años 80 y siguientes, caracterizado por el énfasis de la privatización, la desregulación, la reducción del papel de los estados y la liberalización de los mercados. En los años 90 la preocupación por las inequidades en materia de salud dentro y entre los países aumentó, al tiempo que se aceleraba la comprensión científica de los determinantes sociales de la salud y a finales de los años noventa varios países, en particular en Europa, empezaron a diseñar y aplicar políticas sanitarias innovadoras para mejorar la salud y reducir las inequidades en materia de salud mediante la acción sobre los determinantes sociales de la salud. Una de las políticas estaba orientada a alterar las características de la desigualdad en la sociedad mediante mecanismos distributivos de gran alcance. Otras trataban de proteger a las poblaciones desfavorecidas de formas específicas de exposición y vulnerabilidad ligadas a su inferior situación socioeconómica (Organización Mundial de la Salud, 2005).

Hacia los primeros años del siglo en curso la salud ocupa un lugar más que preponderante en la agenda de desarrollo internacional y son cada vez más los interesados directos que reconocen la inadecuación de las estrategias sanitarias que no están dirigidas a atacar las raíces sociales de la enfermedad y el bienestar. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que fueron adoptados por 189 países en el año 2000, establecían metas ambiciosas para el año 2015 relacionadas con la reducción de la pobreza y el hambre; la educación; el empoderamiento de las mujeres; la salud infantil; la salud materna; la contención de las enfermedades epidémicas; la protección del medio ambiente y el desarrollo justo de comercio internacional. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y hoy en día los Objetivos de Desarrollo Sostenible gestados en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible en el año 2012 que los sustituyen, han creado un clima favorable para la acción multisectorial y ponen de relieve la conexión entre la salud y los factores sociales (Organización Mundial de la Salud, 2005).

Si bien un número cada vez mayor de países está ejecutando políticas sobre los determinantes sociales de la salud, hay una necesidad urgente de ampliar el impulso a los países en desarrollo donde los efectos de los determinantes sociales de la salud son sumamente perjudiciales para el bienestar humano (Organización Mundial de la Salud, 2005).

La mayor parte de la carga mundial de morbilidad y las causas principales de las inequidades en salud, que se encuentran en todos los países, surgen de las condiciones en las que nacen, viven, trabajan y envejecen las personas estas condiciones se conocen como “determinantes sociales de la salud” (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Profundizando en el concepto (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2005), los determinantes sociales de la salud son las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas o “las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar”. Apuntan tanto a las características específicas del contexto social que influyen en la salud como a las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos en la salud de las personas. Son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. La Organización Mundial de la Salud (2015) afirma que se trata de las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen,

incluido el sistema de salud. Quiero (2011) cita a Paulo Buss¹ quien señala que los determinantes sociales de la salud son los factores sociales, económicos, culturales, étnicos, psicológicos y de comportamiento que influyen en la ocurrencia de problemas de salud y sus factores de riesgo en la población.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (2005), señala que el concepto de determinantes sociales de la salud surge de un conjunto de críticas influyentes publicadas en los años 70 y principios de los 80, que resaltaron las limitaciones de las intervenciones de salud orientadas a los riesgos de enfermedades de las personas. Los críticos argumentaban que la comprensión y el mejoramiento de la salud requerían centrar la atención en la población, con la investigación y las medidas de política dirigidas a las sociedades a las que pertenecen las personas. Se expusieron argumentos para “replantear el enfoque tradicional” y pasar de los factores de riesgo individuales a los modelos sociales y las estructuras que determinan las posibilidades que tienen las personas de gozar de buena salud. Parte integral de las críticas radican en el argumento de que la atención médica no es el impulsor principal de la salud de las personas. En cambio, el concepto de los determinantes sociales apunta a los “factores que ayudan a que las personas permanezcan sanas, en lugar del servicio que ayuda a las personas cuando se enferman”.

Los determinantes sociales que merecen atención son aquellos que pueden potencialmente mejorarse con acciones concretas. La atención se debe centrar en aquellos que son la causa principal de las desigualdades sanitarias, ya que las políticas que se diseñen de acuerdo a los determinantes sociales deben contribuir de manera positiva y significativa sobre la equidad sanitaria. Es por eso que los más importantes son los que dan lugar a una estratificación dentro de una sociedad (determinantes estructurales), como la distribución de ingresos, la discriminación (por ejemplo, por razón de género, clase, etnia, discapacidad u orientación sexual) y las estructuras políticas y de gobernanza que refuerzan las desigualdades en el poder económico en lugar de reducirlas. Estos mecanismos estructurales que influyen en las posiciones sociales de los individuos constituyen la causa principal de las inequidades en salud. Las discrepancias atribuibles a estos mecanismos configuran el estado de salud y los resultados de salud de cada individuo, a través de su repercusión sobre determinantes intermedios, como las condiciones de vida, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales o biológicos y el propio sistema de salud (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Los fundamentos para actuar sobre los determinantes sociales de la salud se basan en tres temas amplios. En primer lugar, es un imperativo moral reducir las inequidades en salud. En segundo lugar, lo fundamental de mejorar la salud y el bienestar, es promover el desarrollo y alcanzar las metas de salud en general. Y, en tercer lugar, la necesidad de actuar sobre una serie de prioridades sociales —además de la misma salud— que depende de una mayor equidad en salud (Organización Mundial de la Salud, 2011)..

La equidad sanitaria es un concepto importante de considerar al hablar de determinantes sociales de la salud por cuanto, actuar sobre los determinantes puede permitir alcanzar la equidad sanitaria. La equidad sanitaria se define como la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables de salud entre las poblaciones o grupos definidos de manera social, económica,

¹Dr. Paulo Buss fue presidente de FIOCRUZ en Brasil de 2001-2008 y representante para Brasil en la Junta Ejecutiva de la OMS (2008-2011).

demográfica o geográfica. La desigualdad sanitaria incluye más que una mera desigualdad, ya que algunas desigualdades sanitarias, por ejemplo: la brecha de esperanza de vida promedio entre mujeres y hombres) no pueden describirse razonablemente como injustas y algunas no pueden ser prevenidas ni remediadas. La desigualdad implica que no se logra evitar o superar las desigualdades de salud que infringen las normas de los derechos humanos o resultan injustas de alguna manera. Las desigualdades de salud tienen sus raíces en la estratificación social. La desigualdad de salud definida de esta manera es una categoría moral profundamente anidada en la realidad política y la negociación de las relaciones de poder social (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2005).

Vega, et al, (2005) señalan que, para elaborar un argumento en apoyo de la acción del Estado sobre las desigualdades en salud, algunos autores han utilizado el trabajo de Amartya Sen, arraigado en la teoría de la justicia social. La publicación destaca como ejemplo a 4 autores: Stronks y Gunning-Schepers (1993), Anand (2004) y Ruger (2005).

Stronks y Gunning-Schepers (1993), sostienen que una sociedad justa se caracteriza por proporcionar un alto grado de libertad a todos sus miembros por igual, en particular la “libertad positiva”, de elegir entre una variedad de opciones deseables de plan de vida que concuerda mejor con la concepción de cada persona sobre una buena vida. Un gobierno justo no promueve una concepción particular de buena vida, sino que deja esta elección a las personas. Sin embargo, un gobierno justo está obligado a proporcionar condiciones propicias que permitan que cada persona pueda elegir libremente su plan de vida. La capacidad de ser lo más sano posible es una condición de este tipo, ya que la presencia o la ausencia de esta capacidad básica determina el rango de elección de plan de vida de una persona. En la medida en que se pueda demostrar que las condiciones sociales restringen la capacidad de salud de algunas personas dentro de una sociedad, creando inequidades en la oportunidad de ejercer una libertad positiva, un gobierno tiene la obligación de adoptar medidas en relación a estas condiciones a fin de garantizar la igualdad en las opciones de salud.

Por su parte, Anand (2004) clarifica aún más las razones por las cuales los gobiernos deben preocuparse en sus políticas públicas de la equidad en salud y no sólo de los niveles promedio de salud. En coincidencia con Sen, Anand subraya que la salud es un “bien especial” cuya distribución justa merece el interés particular de las autoridades políticas. Existen dos razones principales para considerar la salud como un bien especial: 1) la salud es un elemento constitutivo directo del bienestar de las personas y 2) la salud le permite a una persona funcionar como un agente. Las inequidades en salud son por lo tanto “inequidades en la capacidad de funcionar de las personas”, cuando surgen como consecuencia de las distintas posiciones sociales de las personas. En este caso, se trata de un incumplimiento serio del principio político de igualdad de oportunidades. Por ende, el asegurar una distribución justa de la salud entre los miembros de la sociedad debe considerarse la responsabilidad principal de un gobierno justo.

Por último, Ruger (2005) formula argumentos similares y vincula el enfoque de capacidades de Sen con la filosofía política de Aristóteles. Ruger recalca la importancia de la salud para la capacidad de vivir una vida de calidad y afirma que es un sustento de todos los demás aspectos de la capacidad o prosperidad humana. Por lo tanto, la promoción de una distribución equitativa de las oportunidades reales de salud es una tarea fundamental de las políticas públicas

Vega, et al, (2005) afirman que existe una relación estrecha entre la equidad en salud y los determinantes sociales, tanto desde una perspectiva conceptual como en términos políticos. No se puede lograr un avance sustancial en la equidad en salud sin actuar sobre los determinantes sociales de ella. Por otro lado, en un momento en que las inequidades en salud entre los países y dentro de éstos son el centro de una preocupación creciente, la contribución potencial de medidas para disminuir los determinantes sociales en la equidad en salud constituye un importante argumento científico, ético y político en apoyo de las políticas públicas de acción sobre éstos.

Para reducir significativamente las gradientes en salud se requiere cambios estructurales profundos, incluyendo cautelar el papel del Estado en el funcionamiento de los mercados y el rol redistributivo de éste. Un modelo de disminución de las brechas de salud basado en intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud plantea además las relaciones complejas entre libertad y responsabilidad. Por una parte, un enfoque de equidad procura igualar las oportunidades y sostiene que las diferencias de salud que surgen a partir de la libre elección individual son aceptables; por otra, un análisis de los determinantes estructurales implica que ciertas formas de “libre albedrío” se ven, de hecho, determinadas por fuerzas sociales que están en gran parte fuera del control de la persona. Además, en las sociedades donde la salud se considera principalmente un asunto privado, el tema de la “responsabilidad personal” se ha desplegado políticamente, precisamente a fin de absolver al gobierno de la responsabilidad de abordar las desigualdades de salud y de responder de manera más activa a las necesidades de salud de grupos pobres, vulnerables y excluidos (Vega, Solar, & Irwin, 2005).

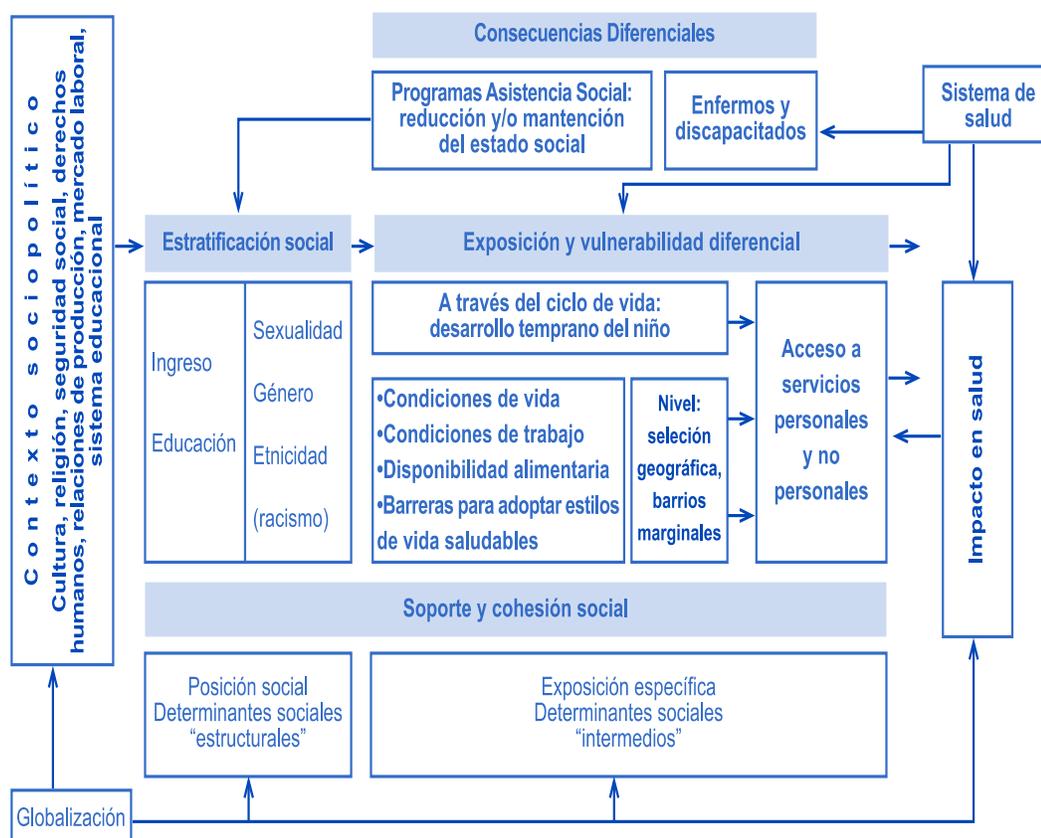
b. Modelo conceptual de los determinantes sociales de las desigualdades en salud

Las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Estas desigualdades son el resultado de las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se traduce en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos. Numerosos estudios científicos muestran que las desigualdades en salud son enormes, y responsables de un exceso de mortalidad y de morbilidad superior a la mayoría de factores de riesgo de enfermarse conocidos. Además, en aquellos ámbitos donde se ha estudiado, estas desigualdades casi siempre aumentan ya que la salud mejora más rápidamente en las clases sociales más aventajadas. La evidencia científica también señala que las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas. Hay distintos modelos para explicar los determinantes de las desigualdades en salud (Borrel & Artazcoz, 2008).

El modelo utilizado por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se encuentra representado en la Ilustración 1. El modelo contiene dos elementos principales: los factores estructurales y los factores intermedios de las desigualdades en salud. El contexto social y político (incluidas las políticas y los procesos económicos) dan lugar a un conjunto de posiciones socioeconómicas desiguales, ingresos y poder. Los grupos se estratifican según los niveles de ingresos, la educación, el estado profesional, el sexo, la raza o grupo étnico y otros factores. La columna de estratificación social identifica los mecanismos subyacentes de la estratificación social y de la creación de inequidades sociales. Estos mecanismos de estratificación socioeconómica pueden describirse como determinantes estructurales de la salud o como los factores sociales determinantes de las inequidades en salud. Estos mecanismos configuran no sólo los resultados, sino también las

oportunidades de salud de los grupos sociales sobre la base de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, el prestigio y el acceso a los recursos. Estas dimensiones se traducen en determinantes específicos del estado de la salud individual que reflejan la ubicación social del individuo dentro de un sistema estratificado. De acuerdo a su respectiva posición social, las personas experimentan una exposición y vulnerabilidad diferencial entre los factores que ponen en riesgo la salud.

Ilustración 1: Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud.



Fuente: Vega, Solar, & Irwin, 2005

La posición económica tiene una influencia sobre la salud a través de determinantes más específicos o intermedios. Esos factores intermedios son condiciones materiales de vida, como la situación laboral y de vivienda, circunstancias psicosociales y también factores conductuales, como la exposición a factores de riesgo específicos. El modelo supone que los miembros de los grupos socioeconómicos inferiores viven en circunstancias materiales menos favorables que los más altos, y que las personas más cercanas al extremo inferior de la escala social adoptan con mayor frecuencia comportamientos perjudiciales para la salud y con menor frecuencia comportamientos que promueven la salud en comparación con los más privilegiados. Sin embargo, esto no es una opción individual, sino que está modelado por su inserción en la jerarquía social.

El sistema de salud, entonces, es en sí mismo un factor determinante intermedio. La función del sistema sanitario se torna particularmente pertinente en el caso del acceso y la cobertura a atención de salud, servicios personales y no personales. El sistema de salud puede abordar directamente las diferencias de exposición y vulnerabilidad no sólo al mejorar el acceso equitativo a la atención integral en salud, sino también al promover la acción intersectorial para mejorar el estado de salud, por ejemplo, a través de la administración de suplementos alimentarios en atención primaria o por medio de acciones educativas. Un aspecto adicional de gran importancia es el papel que desempeña el sistema de salud al mediar las consecuencias diferenciales de la enfermedad en la vida de las personas a través de procurar que los problemas de salud no conduzcan a un deterioro mayor de la posición social y de facilitar la rehabilitación y reintegración social de éstas. Algunos ejemplos son los programas para enfermos crónicos, destinados a apoyar su reinserción en la fuerza laboral, así como los modelos apropiados de financiamiento en salud que eviten que las personas se empobrezcan por los costos de atención médica.

A continuación, se presenta en detalle los factores estructurales se componen del contexto socioeconómico y político, de la estructura social y los factores intermedios.

1. Contexto socioeconómico y político.

El contexto socioeconómico y político se refiere a los factores que afectan de forma importante a la estructura social y la distribución de poder y recursos dentro de ella. Se incluyen: a) Gobierno en su aspecto amplio, es decir, la tradición política, la transparencia, la corrupción, el poder de los sindicatos, etc. y b) actores económicos y sociales como por ejemplo las grandes corporaciones. Ambos determinan los distintos ejes de desigualdad que determinan jerarquías de poder en la sociedad como son la clase social, el género, la edad, la etnia o la raza y el territorio. Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen en evidencia la existencia de desigualdades en salud debido al poder, el prestigio y el acceso a los recursos, siendo más beneficiadas las personas de clases sociales privilegiadas, los hombres, las personas de edad joven y adulta, las de raza blanca y las originarias de áreas geográficas más ricas. Estos ejes de desigualdad están relacionados con el concepto de discriminación o de “las relaciones de clase, género o raza injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales donde miembros de un grupo dominante adquieren privilegios a base de subordinar a otras personas y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad o diferencias”, que se denominan clasismo, sexismo o racismo.

Se refiere a factores estructurales del sistema social que afectan de forma significativa a la estructura social. Se incluyen los siguientes aspectos:

- a) gobierno en su aspecto amplio, es decir, la tradición política, la transparencia y la corrupción, el poder de los sindicatos, etc.;
- b) políticas macroeconómicas como, por ejemplo, las políticas fiscales o las políticas que regulan el mercado de trabajo;
- c) políticas sociales que afectan al mercado de trabajo, al estado del bienestar y a la distribución de la tierra y la vivienda;
- d) otras políticas públicas (educación, atención sanitaria, etc.), y
- e) valores sociales y culturales, como el valor que la salud y los servicios de salud tienen para la sociedad. Aún se dispone de pocos estudios que relacionen el contexto político con la

salud y las desigualdades en salud de la población, aunque ya hay algunos que demuestran la influencia de la tradición política en la salud, en el sentido de que los países con tradición socialdemócrata potencian un estado del bienestar más extenso, con menos desigualdades de renta y políticas de pleno empleo, y logran mejores resultados en algunos indicadores de salud (sobre todo, se ha estudiado la mortalidad infantil) y menores desigualdades de salud.

2. Estratificación Social

La estratificación social determina desigualdades en los factores intermedios, los cuales, a su vez, determinan las desigualdades en salud.

Respecto a las desigualdades en salud según la clase social (medida a través de la ocupación) o posición socioeconómica (medida con el nivel de formación o de ingresos), se observa que, al disminuir la clase social, empeora la salud, tanto expresada en mala salud percibida como en un exceso de mortalidad o morbilidad. Por lo tanto, estas desigualdades no solo afectan a un pequeño segmento de población más pobre, sino a toda la población. Además, las desigualdades se van reproduciendo a lo largo del ciclo vital: la clase social de la familia donde se nace, el nivel de estudios adquirido, la(s) ocupación(es) y clase(s) social(es) de adscripción en la vida adulta, el nivel de ingresos y patrimonio, son a la vez distintas maneras de medir la jerarquía de poder basada en la extracción social, y de generar recursos y oportunidades desiguales a lo largo de la vida que se traducen en desigualdades en salud.

Las diferencias en salud entre hombres y mujeres no son sólo diferencias biológicas, sino que son también desigualdades de género debidas a las diferencias sociales que se dan entre los sexos. Estas diferencias están asociadas a la distinta socialización de mujeres y hombres que determina diferentes valores, actitudes y conductas, así como desigualdades en el poder y en el acceso a los recursos y también la profunda división sexual del trabajo. Ello se traduce en peores condiciones laborales para las mujeres, con menores salarios y con una doble carga de trabajo fuera y dentro del hogar que repercute en su estado de salud. Pero las desigualdades de género en salud también repercuten negativamente en los hombres, así, por ejemplo, los comportamientos de riesgo asociados a la masculinidad tradicional (por ejemplo, el consumo de sustancias adictivas o la conducción de riesgo), son responsables en buena medida de la menor esperanza de vida de los hombres.

La edad (más allá de sus implicaciones biológicas), la etnia y el lugar de procedencia son otras características individuales que, en función del contexto histórico de un país, adquieren trascendencia social y pueden determinar desigualdades en salud ligadas a procesos de discriminación y segregación. Así, en la mayoría de sociedades occidentales las personas mayores sufren las consecuencias del edadismo. Pertener a etnias como la afroamericana en Estados Unidos, la Maorí en Nueva Zelanda, o la gitana en España supone padecer procesos de discriminación interpersonal e institucional y de exclusión social y económica que impactan la salud.

Además de las características de los individuos, el entorno social, cultural y económico influye en la salud de la población. Es decir, independientemente de las desigualdades entre individuos, existen también variaciones geográficas en la salud, relacionadas con los recursos sociales, económicos y sanitarios que dispone cada región. La esperanza de vida al nacer supera los 80 años en muchos de los países de mayor renta per cápita, y no alcanza los 50 en los países más

pobres. También dentro de cada país o incluso ciudad, la mortalidad infantil o adulta y las prevalencias de discapacidad son progresivamente mayores en las áreas de menor nivel socioeconómico. En este apartado también se incluyen determinantes estructurales de las desigualdades en salud, como los distintos ejes de desigualdad de la estructura social, en concreto la clase social, la posición socioeconómica, el género y la etnia o la raza. Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen de manifiesto la existencia de desigualdades en salud debidas a las jerarquías de poder o de acceso a los recursos, en las que resultan más beneficiadas las personas de clases sociales privilegiadas, los hombres y las personas de raza blanca. La desigualdad que se produce se define relacionalmente, en el sentido de que el mayor poder y el mejor acceso a los recursos por parte de las personas más privilegiadas están en relación con el menor poder y el peor acceso de las más desfavorecidas. Estos ejes de desigualdad están relacionados con el concepto de discriminación o de «las relaciones de clase, género o raza injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales donde miembros de un grupo dominante adquieren privilegios a base de subordinar a otras personas, y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad o diferencias», que se denominan clasismo, sexismo o racismo.

3. Los determinantes intermedios o factores intermediarios.

La estructura social determina desigualdades en los determinantes intermedios, los cuales, a su vez, determinan las desigualdades en salud. Estos factores son:

- a) las circunstancias materiales, que son las condiciones en que las personas nacen y se desarrollan durante el ciclo vital, determinando sus formas de subsistencia y sus posibilidades de satisfacer sus necesidades. Ejemplo de ello son las condiciones medioambientales, de vivienda, el nivel de ingresos, de acceso a bienes, las condiciones de trabajo o el barrio de residencia.
- b) las circunstancias psicosociales, aluden a los entornos en los que las personas se desenvuelven, como la falta de apoyo social, el estrés (acontecimientos vitales negativos), el poco control sobre la vida.
- c) los factores biológicos, inherentes a la fisiología del organismo y menos susceptibles de modificación que los demás factores. Están vinculados a la composición de la población, y son relevantes para el diseño de estrategias a nivel local, como es el caso del sexo, la edad y la etnia; los factores conductuales que inciden en la calidad de vida de las personas, por ejemplo:
 - La nutrición
 - La actividad física
 - El consumo de tabaco
 - El consumo de alcohol

Se distribuyen de forma diferente entre los distintos grupos sociales y corresponden a estilos de vida que pueden dañar la salud.

- d) Los sistemas de salud, juegan un rol relevante contribuyendo a permitir el acceso a los servicios sanitarios a las personas desde el enfoque de derechos. Aunque los servicios sanitarios contribuyen muy poco a las desigualdades en salud, se estima que “los

resultados en salud dependen en un 25% de los servicios de salud propiamente”², el menor acceso a ellos y su menor calidad para las personas de clases sociales menos favorecidas es una vulneración de los derechos humanos. Además, el pago de los servicios de salud puede llevar a la pobreza a la población de estas clases sociales.

²Factores que determinan el nivel de salud de las poblaciones: Sistema social 50% /Factores biológicos 15% /Ambiente físico 10% /Sistema de salud y atención de enfermedad 25%. Quiero (2011 p. 8)

3. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

El presente apartado se inicia con el planteamiento de la pregunta de investigación y los objetivos de la misma. En segundo lugar, se describe la metodología de investigación. Luego se detalla la forma en la que se operacionaliza el objetivo de estudio y por último, se presenta el diseño muestral utilizado.

3.1 Pregunta de investigación y objetivos

a. Preguntas guía de la investigación

¿Durante su primera infancia, un niño o niña indígena tendrá las mismas posibilidades de salud que un niño o niña indígena? ¿Cuánto influyen las condiciones sociales, culturales y ambientales en que el niño o niña nace y se desarrolla en la salud de niños y niñas indígenas?

b. Objetivo General

Establecer y analizar los determinantes sociales de la salud en la primera infancia perteneciente a pueblos indígenas, estableciendo en base a sus resultados, los límites y posibilidades de la actuales políticas públicas dirigidas a este grupo.

c. Objetivos Específicos

- Establecer y medir los determinantes sociales de la salud asociados a primera infancia indígena.
- Analizar la situación de salud y condiciones de vida de la primera infancia indígena a través de indicadores de salud convencionales y de indicadores asociados a los determinantes sociales de la salud.
- Analizar los límites y posibilidades de las políticas públicas hacia primera infancia indígena.

3.2 Descripción metodológica

La presente investigación es del tipo exploratoria – descriptiva por cuanto realiza un levantamiento de información sobre un grupo específico de la población para el cual se tiene escasa información a nivel nacional: niños y niñas de 0 a 5 años de edad (primera infancia indígena). A su vez contiene elementos descriptivos debido a que se miden distintos indicadores que dan cuenta de las condiciones de vida en que se desarrolla la primera infancia indígena, estableciendo un punto de comparación con la primera infancia no indígena.

Es a través de la utilización de una metodología de análisis cuantitativo que se da a conocer la existencia de un problema público, donde a partir de estadística descriptiva se muestran las brechas de equidad en materia de salud que afectan a la primera infancia indígena respecto de la primera infancia no indígena.

La fuente de información utilizada es la encuesta de caracterización socioeconómica CASEN en su versión 2015, por tratarse de la base de datos más completa a nivel nacional y regional, con validez estadística, que entrega información acerca de la situación de ingresos y condiciones de vida de la población, con distinción de pertenencia a pueblos indígenas.

La selección de las regiones a utilizar se realiza en base a un análisis muestral de la encuesta CASEN 2015, con el objeto de reducir los riesgos asociados a una medición de indicadores donde el error muestral fuera muy elevado. Se observa que el 79,05% de la muestra de niños y niñas de 0 a 5 años pertenecientes a pueblos indígenas es mapuche. Por lo que se toma la decisión de utilizar las regiones donde se encuentra la mayor concentración de primera infancia perteneciente a población mapuche. Esto es, La Araucanía (26,7%), Los Lagos (18,4%), Metropolitana (14,8%), Bío Bío (10,9%) y Los Ríos (9,6%).

3.3 Operacionalización de los objetivos de estudio

A partir del marco conceptual de los determinantes sociales de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2011) y los tipos de determinantes de inequidades en salud, estructurales e intermedios y sus componentes, se determina el marco de análisis de los determinantes sociales de la salud, a través del cual se traducen las dimensiones conceptuales en operativas, estableciendo los componentes asociados a cada tipo de determinante y la propuesta de los indicadores que se consideran en cada uno.

El proceso de definición de indicadores no estuvo ausente de dificultades. En un principio se comenzó con la información que era deseable medir, para luego determinar lo posible. Debido a los problemas de contar con bases de datos desagregadas que contemplaran la variable indígena, se concluye en plantear lo factible. Es por eso que la investigación parte con la intención de poder realizar la medición de los indicadores a nivel nacional, regional y con un zoom comunal en la región de La Araucanía. Sin embargo, ello no fue posible por el elevado error muestral que podrían presentar los resultados. A raíz de lo anterior, se toma la decisión de plantear lo factible, que consiste en la medición nacional y regional, solo en aquellas regiones donde se encuentra la mayor concentración de población indígena (La Araucanía, Los Lagos, Metropolitana, Bío Bío y Los Ríos). También se esperaba poder contar con bases de datos que permitieran la medición de indicadores específicos de salud en primera infancia indígena, lo que no fue posible porque actualmente, las bases de datos del Ministerio de Salud no cuentan con la distinción de pertenencia a pueblos indígenas.

Los indicadores fueron categorizados según si correspondían a determinantes estructurales o intermedios y posteriormente, se asocian a un componente y dentro de él a una de las 10 dimensiones, lo que queda expresado en el marco de análisis de los determinantes sociales de la salud en primera infancia presentados en la Tabla 1.

Tabla 1: Marco de análisis de los Determinantes Sociales de la Salud en Primera Infancia

Tipo de Determinantes	Componentes	Dimensiones	Indicadores
Determinantes Sociales Estructurales	Posición Socioeconómica	Ingresos	Pobreza por ingresos Pobreza multidimensional (5 dimensiones)
		Educación	Hogar carente en asistencia escolar Hogar carente en escolaridad
		Ocupación	Hogar carente en ocupación Hogar carente en seguridad social
Determinantes Sociales Intermedios	Circunstancias materiales	Agua, higiene y saneamiento	Acceso a agua potable por red pública Sistema de distribución del agua en la vivienda Sistema de eliminación de excretas Indicador de saneamiento (indsan)
		Hacinamiento, vivienda, contaminación	Hogar carente en hacinamiento Indicador de materialidad (indmat) Calidad global de la vivienda Hogar carente en habitabilidad Hogar carente en estado de la vivienda Hogar carente en acceso servicios básicos Hogar carente en entorno Problemas de contaminación
	Factores Biológicos	Nutrición	Desnutrido o en riesgo de desnutrición Sobrepeso u obeso Hogar carente en malnutrición
		Morbilidad	Estado de salud actual (enfermo) Controles de salud (control niño sano)
		Discapacidad	Condiciones permanentes o de larga duración
	Sistemas de Salud		Distancia de la vivienda a un centro de salud Hogar carente en adscripción a sistema de salud Hogar carente en atención de salud
	Circunstancias psicosociales	Redes y Cohesión social	Hogar carente en apoyo y participación social Hogar carente en trato igualitario Hogar carente en seguridad
		Capital social	Utilización de tecnologías de información y comunicaciones Participación en organizaciones sociales

Se elaboró estadística descriptiva para todos los indicadores seleccionados y se graficó su resultado para niños y niñas de 0 a 5 años (primera infancia - total nacional) y para 2 grupos de la

población, niños y niñas de 0 a 5 años pertenecientes a pueblos indígenas (primera infancia indígena) y niños y niñas de 0 a 5 años no pertenecientes a pueblos indígenas (primera infancia no indígena), tanto a nivel nacional como regional, lo que permite establecer la referencia para la comparación entre primera infancia indígena y no indígena y permite visualizar las diferencias territoriales entre los grupos que no es posible apreciar al considerar solo los promedios nacionales.

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Determinantes sociales estructurales - Posición socioeconómica

En esta sección se presentan los datos del primer análisis de una de las dimensiones de los Determinantes Sociales de la Salud, que es la dimensión ingresos. En primer lugar, se presentan los resultados de los indicadores de pobreza -pobreza por ingresos, pobreza extrema y pobreza multidimensional- tanto en primera infancia a nivel nacional, primera infancia indígena y primera infancia no indígena, nacional y regional. A continuación, se presentan los resultados de las dimensiones de educación y ocupación, mediante la medición de indicadores asociados a la situación de carencia en hogares en cuanto a asistencia escolar, escolaridad, ocupación, seguridad social, a partir de la medida de pobreza multidimensional que realiza la encuesta CASEN 2015.

a. Resultados dimensión ingresos

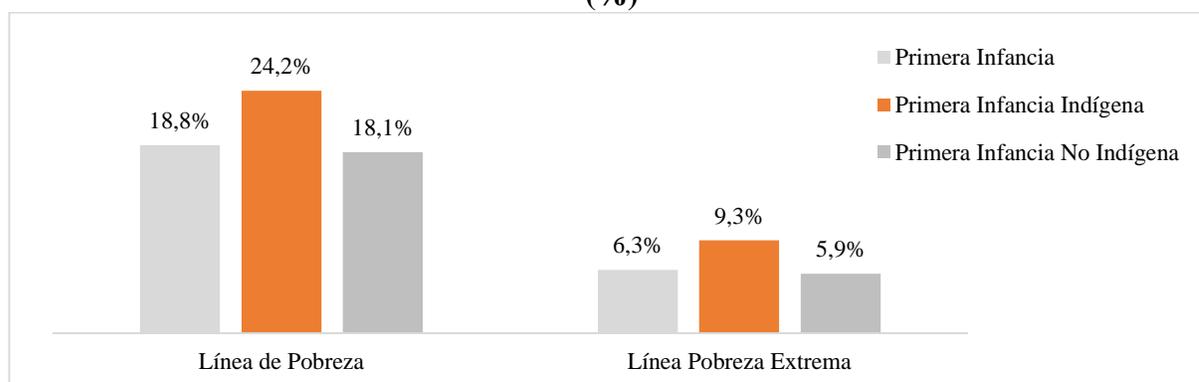
Indicadores a medir:

- Pobreza por ingresos
- Pobreza extrema
- Pobreza multidimensional

Indicador pobreza por ingresos

De acuerdo a los datos de la encuesta CASEN 2015, en Chile un 11,7% de la población vive en situación de pobreza. Sin embargo, el 18,8% de la primera infancia (niños y niñas de 0 a 5 años de edad) se encuentra bajo la línea de la pobreza. Esto significa 7,1 puntos porcentuales por sobre el total nacional de pobreza.

Gráfico 1: Pobreza por ingresos en primera infancia, según pertenencia a pueblos indígenas (%)

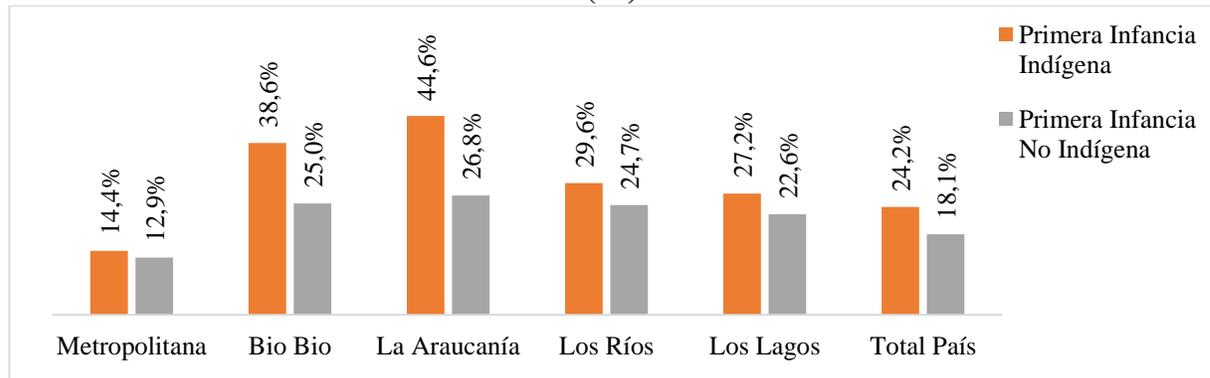


Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

En el caso de la primera infancia indígena (niños y niñas 0 a 5 años de edad pertenecientes a pueblos indígenas), el 24,2% se encuentra bajo la línea de la pobreza. Esto significa 12,5 puntos porcentuales por sobre el total nacional de pobreza. Es decir, en 24,2% de los niños y niñas de 0 a 5 años pertenecientes a pueblos indígenas, vive en hogares cuyo nivel de ingresos son inferiores al mínimo establecido para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros.

En cuanto a la línea de pobreza extrema, esto es, hogares cuyo nivel de ingresos no es suficiente para satisfacer las necesidades alimentarias, la primera infancia indígena se encuentra en una situación menos favorable que la primera infancia no indígena, puesto que el 9,3% de niños y niñas indígenas de 0 a 5 años de edad, se encuentra bajo la línea de pobreza extrema, mientras que ese valor es de 5,9% en el caso de la primera infancia no indígena.

Gráfico 2: Pobreza en primera infancia por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%)

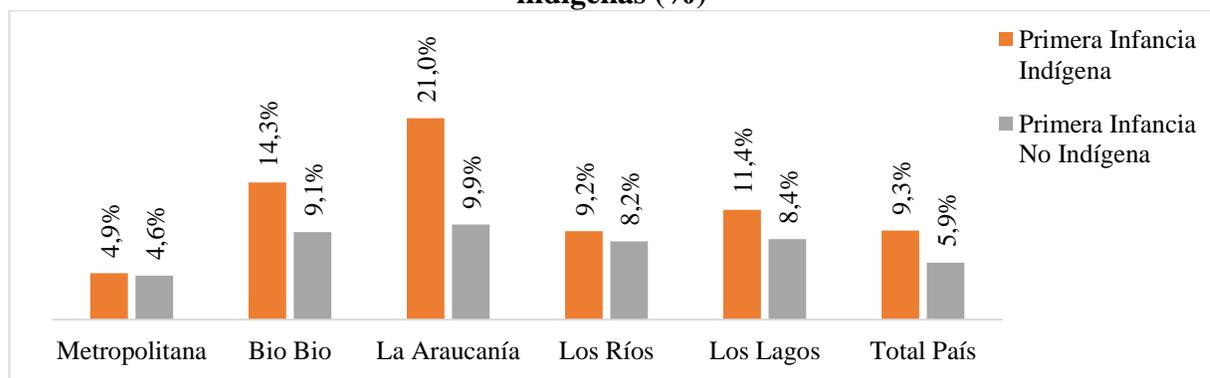


Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

Al mirar los datos de primera infancia indígena versus primera infancia no indígena a nivel regional, se observa que en todos los casos el porcentaje de niños y niñas de 0 a 5 años que vive en situación de pobreza es mayor en el grupo indígena.

Destacan La Araucanía y Bío Bío como las regiones con mayores diferencias en el porcentaje de pobreza entre primera infancia indígena y no indígena. En La Araucanía casi el 45% de la infancia temprana indígena vive en situación de pobreza y ésta es 17,8 puntos porcentuales mayor al porcentaje de primera infancia no indígena que vive en esta condición. En el Bío Bío el 38,6% de la primera infancia indígena vive en situación de pobreza, siendo 13,6 puntos porcentuales mayor a la de la primera infancia no indígena.

Gráfico 3: Pobreza extrema en primera infancia por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

La misma situación se produce al mirar la situación de pobreza extrema en primera infancia indígena en comparación con la primera infancia no indígena. Las regiones de La Araucanía y Bio Bio son las que presentan el mayor porcentaje de menores indígenas de 0 a 5 años que vive

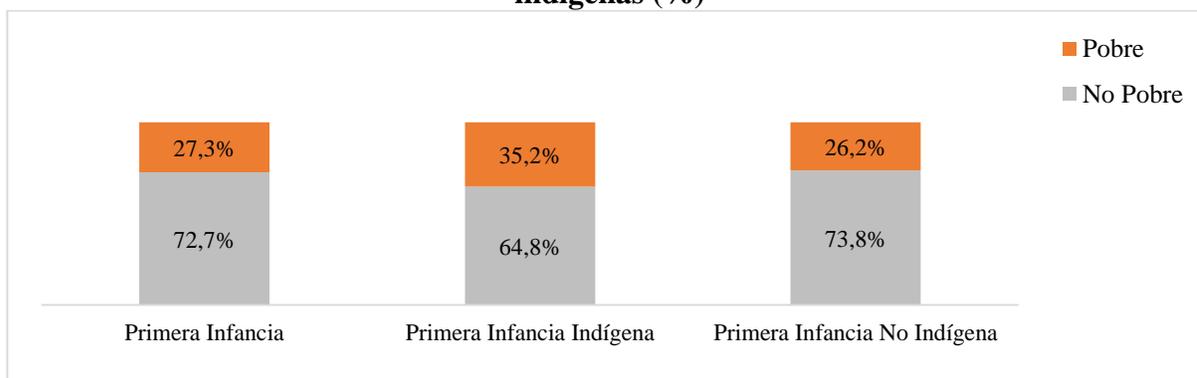
en hogares cuyo nivel de ingresos no es suficiente para satisfacer las necesidades alimentarias de sus miembros, esto es 21,0% y 14,3% %, respectivamente.

La situación de La Araucanía es preocupante, por cuanto 1 de cada 5 niños y niñas de 0 a 5 años perteneciente a pueblos indígenas se encuentra en situación de pobreza extrema.

Indicador pobreza multidimensional

La encuesta CASEN 2015 mide la pobreza multidimensional. Esta medida de pobreza permite evaluar de manera directa las condiciones de vida de la población, abordando el análisis de la situación de las personas y los hogares en relación a cuatro dimensiones de bienestar (educación, salud, trabajo y seguridad social y vivienda) con sus correspondientes indicadores que se consideran socialmente relevantes. De este modo, se visibilizan carencias que afectan a las personas y los hogares en estas dimensiones más allá de sus ingresos, y es posible analizar la importancia relativa de las carencias observadas en cada dimensión sobre las condiciones de vida de la población en situación de pobreza.

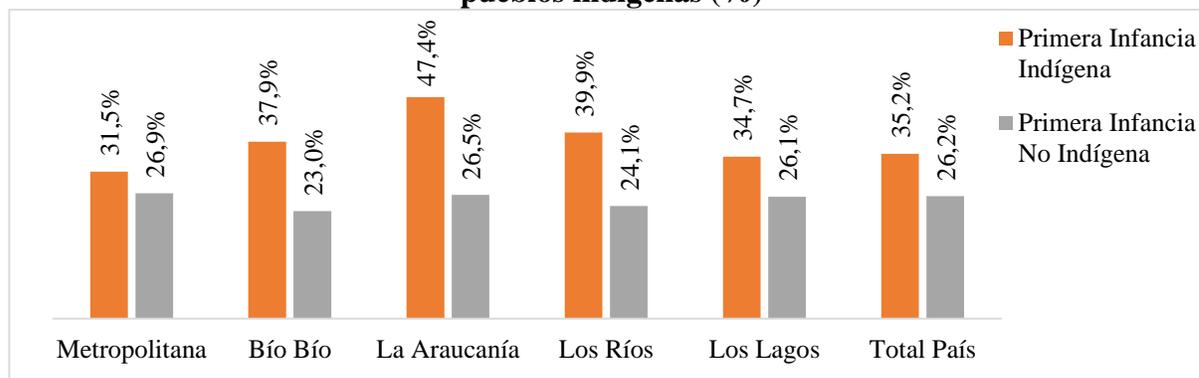
Gráfico 4: Pobreza multidimensional en primera infancia, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

A nivel nacional el 27,3% de la primera infancia vive en situación de pobreza multidimensional. Al mirar la situación de pobreza diferenciando primera infancia indígena y no indígena, se observa que la primera infancia indígena se encuentra en una situación más desfavorable, por cuanto el 35,2% se encuentra en situación de pobreza multidimensional versus 26,2% de la primera infancia no indígena.

Gráfico 5: Pobreza multidimensional en primera infancia por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

En términos regionales, la diferencia entre primera infancia indígena y no indígena es aún más marcada. En la región de La Araucanía prácticamente 1 de cada 2 niños y niñas indígenas vive en situación de pobreza multidimensional (47,4%). Le sigue la región de Los Ríos con un 39,9%.

b. Resultados dimensión educación

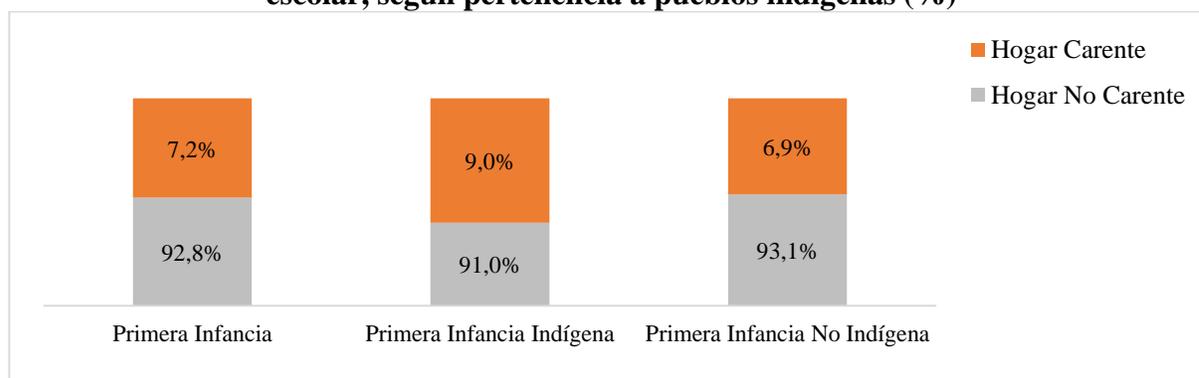
Indicadores a medir:

- Hogar carente en asistencia escolar
- Hogar carente en escolaridad

Indicador carencia en asistencia escolar

Se considera que un hogar es carente por asistencia escolar si al menos uno de sus integrantes de 4 a 18 años de edad no está asistiendo a un establecimiento educacional y no ha egresado de cuarto medio, o al menos un integrante de 6 a 26 años tiene una condición permanente y/o de larga duración y no asiste a un establecimiento educacional.

Gráfico 6: Primera infancia que vive en un hogar en situación de carencia en asistencia escolar, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



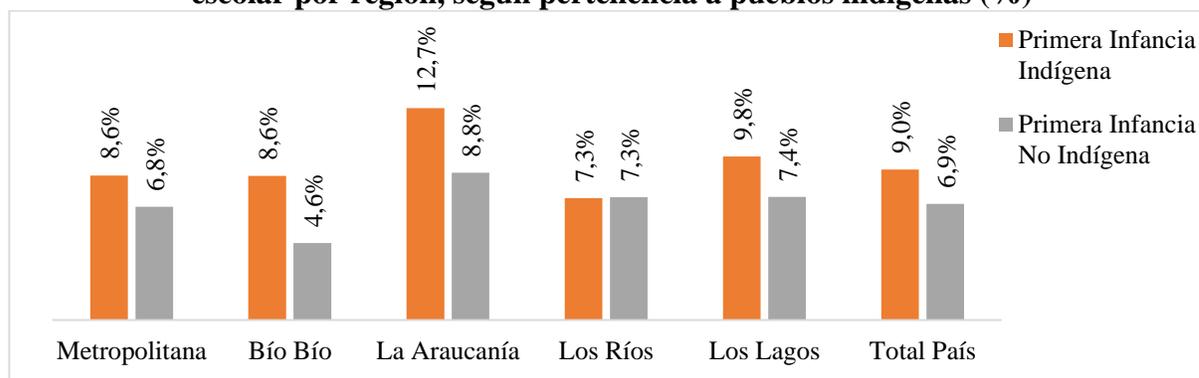
Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta CASEN 2015

A nivel nacional un 7,2% de los niños y niñas de hasta 5 años de edad vive en hogares en situación de carencia por asistencia escolar. Al mirar la situación de la primera infancia indígena,

se observa que un 9,0% de los niños y niñas indígenas vive en un hogar con situación de carencia por asistencia escolar, a diferencia de un 6,9% de la primera infancia no indígena.

Al revisar los datos por región, se observan diferencias marcadas entre la primera infancia indígena y no indígena en términos de carencia escolar, especialmente en las regiones de La Araucanía y Bío Bío. La región de La Araucanía muestra el porcentaje más alto, 12,7%.

Gráfico 7: Primera infancia que vive en un hogar en situación de carencia en asistencia escolar por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%)

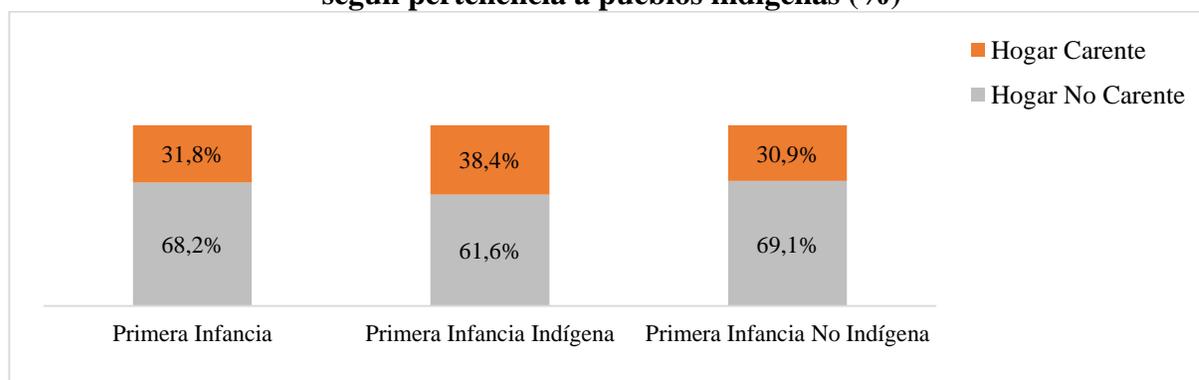


Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta CASEN 2015

Indicador carencia en escolaridad

Un hogar es considerado carente por escolaridad si al menos uno de sus integrantes mayores de 18 años ha alcanzado menos años de escolaridad que los establecidos por ley, de acuerdo a su edad.

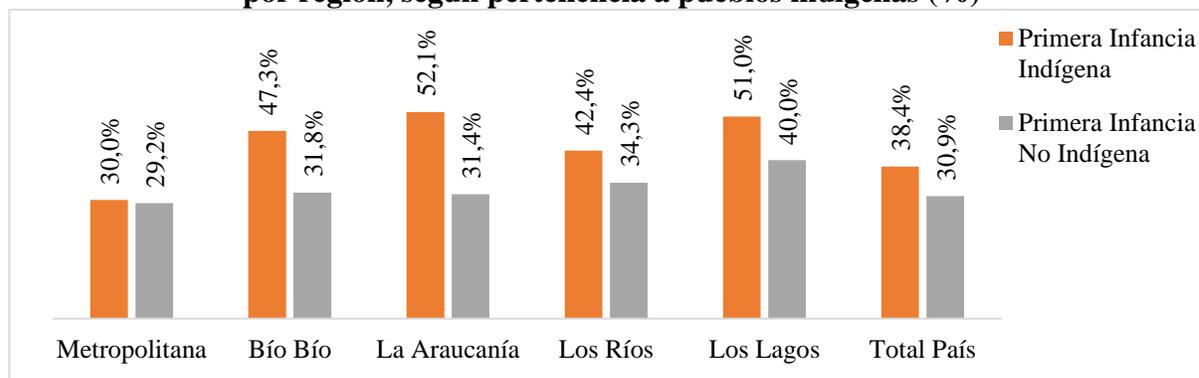
Gráfico 8: Primera infancia que vive en un hogar en situación de carencia en escolaridad, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta CASEN 2015

Prácticamente un 32% de los niños y niñas de hasta 5 años de edad vive en un hogar en situación de carencia por escolaridad. Al mirar la infancia indígena y no indígena, se observa una diferencia de 7,5 puntos porcentuales, siendo mayor el porcentaje de niños y niñas indígenas que vive en un hogar en dicha condición (38,4% primera infancia indígena vs 30,9% primera infancia no indígena).

Gráfico 9: Primera infancia que vive en un hogar en situación de carencia en escolaridad por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta CASEN 2015

En términos regionales, se observa que el porcentaje de niños y niñas de 0 a 5 años que vive en hogares con carencia en escolaridad es mayor en el caso indígena. En donde 1 de cada 2 niños y niñas de las regiones de La Araucanía y Los Lagos, se ve afectado por esta situación.

c. Resultados dimensión ocupación

Indicadores a medir:

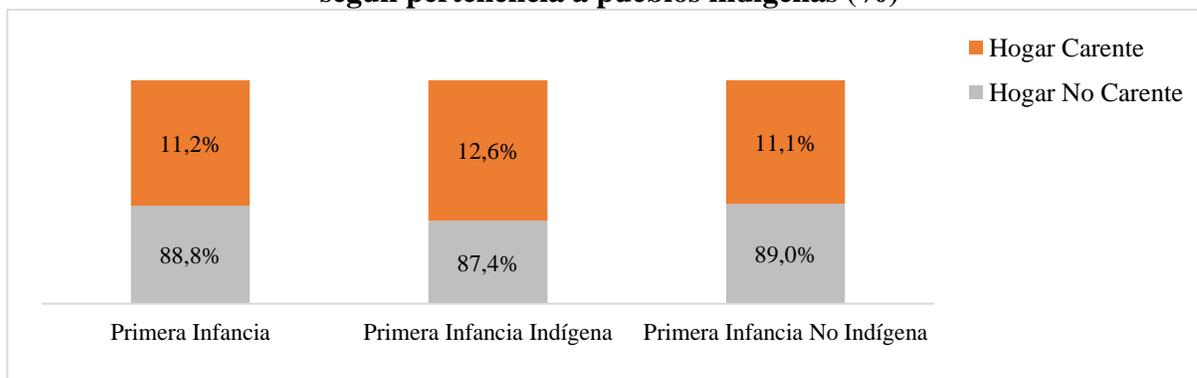
- Hogar carente en ocupación
- Hogar carente en seguridad social

Indicador carencia en ocupación

Un hogar es carente en ocupación si al menos uno de sus integrantes mayores de 18 años (o menor de 19 si ha completado la enseñanza media) está desocupado. Es decir, al momento de realizar la encuesta no tiene trabajo y busca trabajo durante el periodo de referencia utilizado en la encuesta.

A nivel nacional, un 11,2% de la Primera Infancia vive en un hogar que presenta situación de carencia por ocupación. Es decir, que existe algún miembro en edad de trabajar que se encuentra desempleado. Al mirar los resultados entre primera infancia indígena y no indígena, las diferencias no son relevantes.

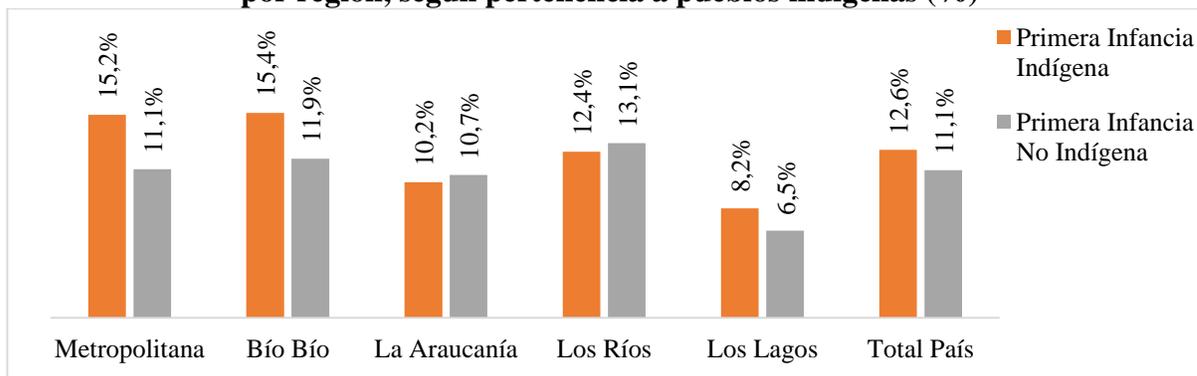
Gráfico 10: Primera infancia que vive en un hogar en situación de carencia en ocupación, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta CASEN 2015

A nivel regional tampoco se encuentran diferencias importantes que destacar.

Gráfico 11: Primera infancia que vive en un hogar en situación de carencia en ocupación por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



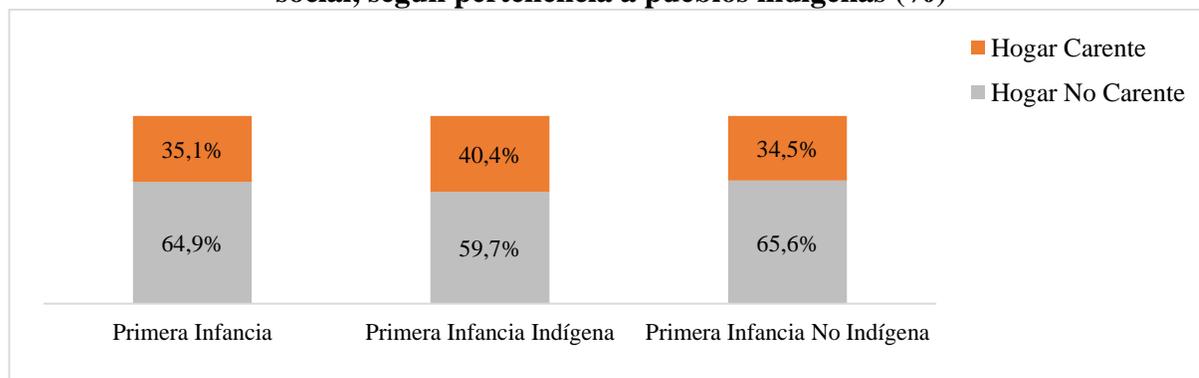
Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta CASEN 2015

Indicador de seguridad social

Se considera que un hogar se encuentra en situación de carencia relacionada a seguridad social si al menos uno de sus integrantes de 15 años o más que se encuentra ocupado no cotiza en el sistema previsional y no es trabajador independiente con educación superior completa.

El 35,1% de la primera infancia a nivel nacional vive en un hogar en situación de carencia por Seguridad Social. Al considerar primera infancia y no indígena se observa que un mayor porcentaje de ésta última vive en situación de carencia por seguridad social, llegando casi al 40,4%.

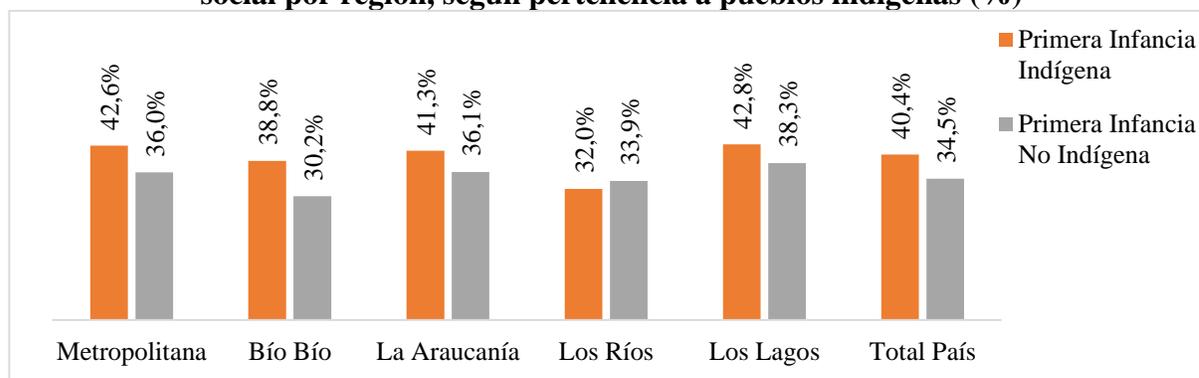
Gráfico 12: Primera infancia que vive en un hogar en situación de carencia en seguridad social, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta CASEN 2015

En términos regionales, la situación que se observa a nivel nacional se repite. En 3 de las regiones el porcentaje de infancia indígena que vive en situación de carencia por Seguridad Social supera el 40%.

Gráfico 13: Primera infancia que vive en un hogar en situación de carencia en seguridad social por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta CASEN 2015

4.2 Determinantes sociales intermedios - Circunstancias materiales

En esta sección se presentan los resultados de los indicadores asociados a las dimensiones relativas a los Determinantes Sociales de la Salud Intermedios, las cuales son circunstancias materiales, factores biológicos, sistemas de salud y circunstancias psicosociales, determinados a partir del marco conceptual de los determinantes sociales de la salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud.

a. Resultados dimensión agua, higiene y saneamiento

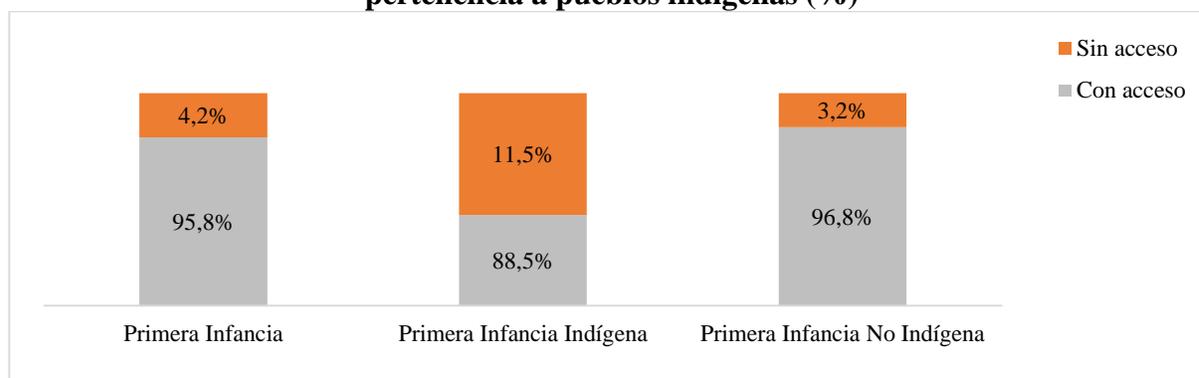
En esta dimensión se miden los indicadores de:

- Acceso a agua potable por red pública
- Sistema de distribución de agua en la vivienda
- Sistema de eliminación de excretas
- Saneamiento

Indicador Acceso a agua potable por red pública

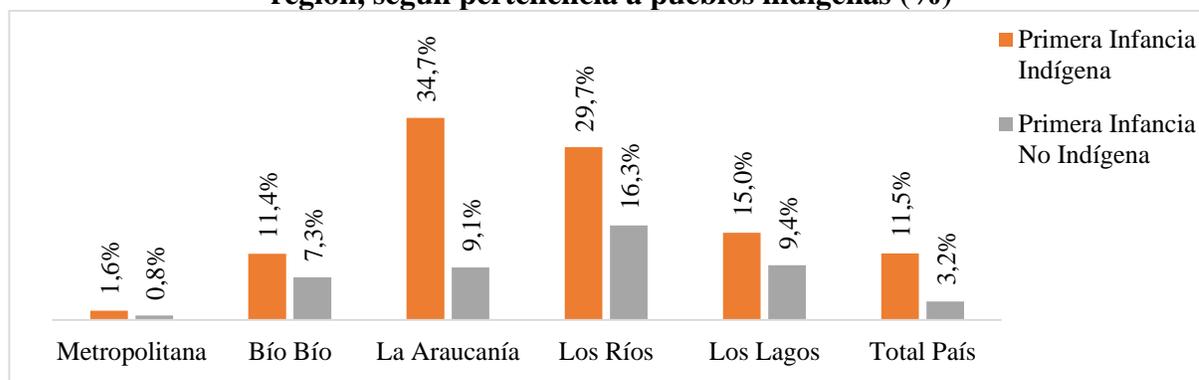
En Chile, el 4,2% de la primera infancia no tiene acceso a agua potable por red pública. Este porcentaje alcanza el 3,2% al mirar por separado la primera infancia no indígena. Sin embargo, el 11,5% de la primera infancia indígena no tiene acceso a agua potable por red pública, lo que indica que casi 1 de cada 10 niños y niñas pertenecientes a pueblos originarios carece de acceso a agua potable por red pública.

Gráfico 14: Situación de acceso a agua potable por red pública en primera infancia, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta CASEN 2015

Gráfico 15: Situación de no acceso a agua potable por red pública en primera infancia por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta CASEN 2015

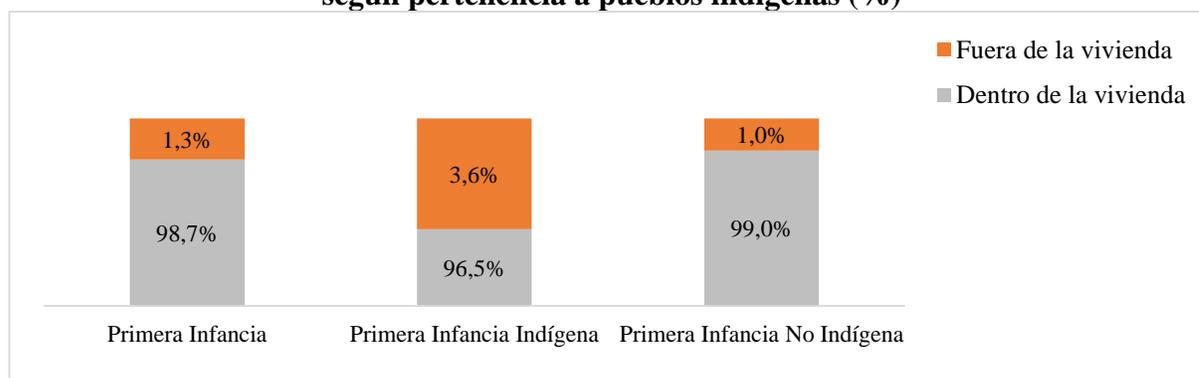
A nivel regional se observan importantes diferencias en este indicador entre primera infancia indígena y no indígena. En la región de La Araucanía, el 34,7% de los niños y niñas de 0 a 5 años pertenecientes a pueblos indígenas viven en situación de carencia de agua potable por red pública y este porcentaje es 25,6 puntos porcentuales mayor al que enfrenta la primera infancia no indígena. En la región de Los Ríos el porcentaje llega al 29,7% y la diferencia respecto a la primera infancia no indígena es de 13,4 puntos porcentuales.

En todas las regiones consideradas, exceptuando la Metropolitana, la situación de la primera infancia indígena es más desfavorable que la primera infancia no indígena en este indicador, es decir, el agua de la vivienda en que habita proviene, por ejemplo, de un pozo o noria, de un río, vertiente, lago o estero, camión aljibe u otra fuente.

Indicador sistema de distribución de agua en la vivienda

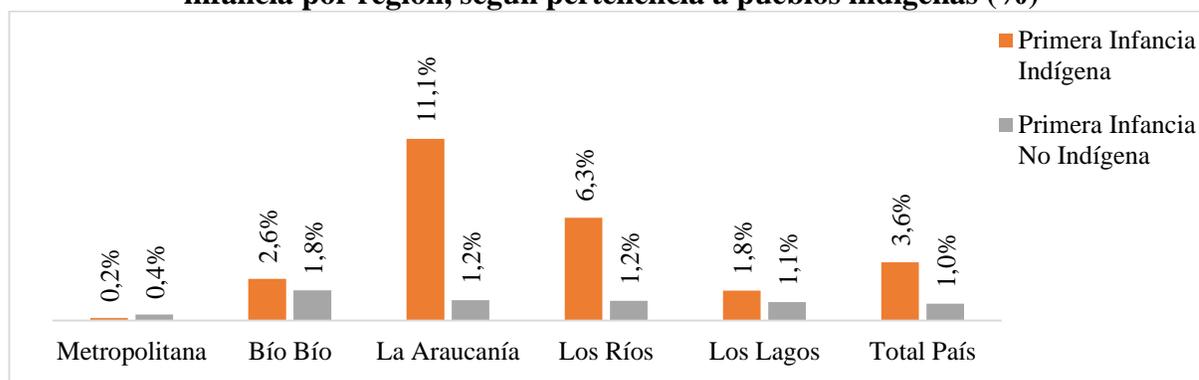
El 3,6% de la primera infancia indígena vive en un hogar donde el agua no llega al interior de la vivienda, sino que se encuentra en una llave fuera de ella o bien, la acarrea; valor que se encuentra 3 puntos porcentuales por encima del total nacional que es 1,3%. Este resultado nacional para primera infancia indígena, esconde una realidad regional mucho más relevante. En la región de La Araucanía, casi 1 de cada 10 niños y niñas de 0 a 5 años pertenecientes a pueblos indígenas, vive en un hogar con un inadecuado sistema de distribución de agua en la vivienda.

Gráfico 16: Sistema de distribución de agua en la vivienda en que vive la primera infancia, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta CASEN 2015

Gráfico 17: Sistema de distribución de agua fuera de la vivienda en que vive la primera infancia por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%)

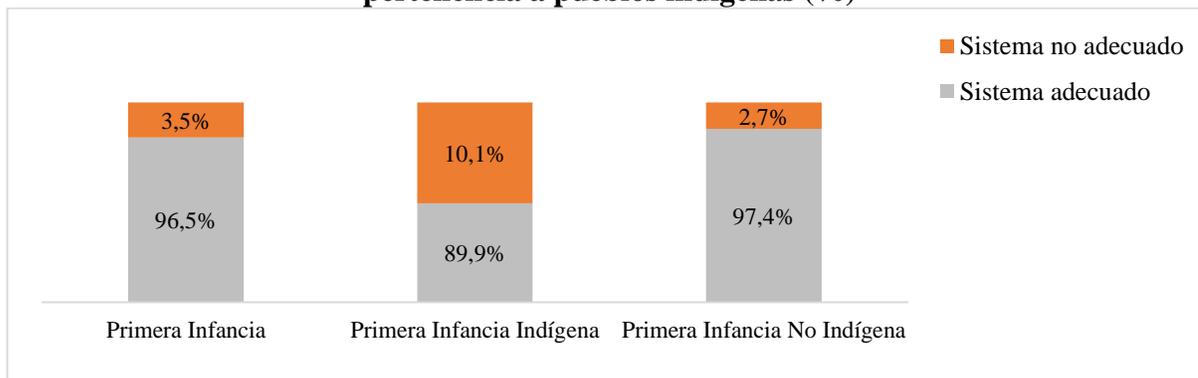


Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta CASEN 2015

Indicador sistema de eliminación de excretas

A nivel nacional, el 96,5% de la primera infancia vive en un hogar que cuenta con un adecuado sistema de eliminación de excretas, esto es, WC conectado a alcantarillado o fosa séptica. Sin embargo, los resultados muestran una amplia brecha entre la primera infancia indígena y no indígena. El 10,1% de la primera infancia indígena vive en un hogar con un sistema de eliminación de excretas inadecuado y solo 2,7% de la primera infancia no indígena habita en un hogar con esta condición.

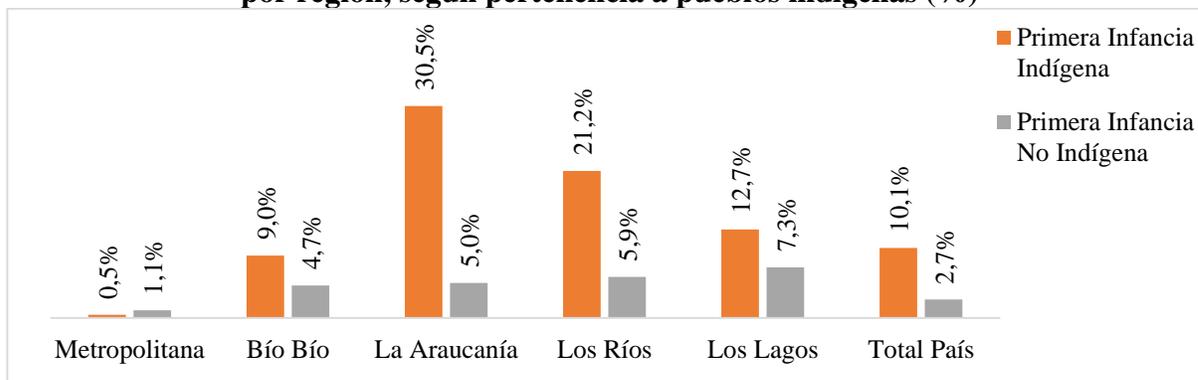
Gráfico 18: Sistema de eliminación de excretas en que vive la primera infancia, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta CASEN 2015

En términos regionales, la región que presenta la mayor brecha entre población indígena y no indígena en este indicador, es La Araucanía, puesto que un 5,0% de la primera infancia no indígena vive en un hogar donde el sistema de eliminación de excretas es inadecuado y en la primera infancia indígena, ese porcentaje alcanza el 30,5%. Prácticamente, 1 de cada 3 niños y niñas de 0 a 5 años pertenecientes a pueblos indígenas en la región de La Araucanía habita en un hogar donde los servicios higiénicos no son los adecuados. En la región de Los Ríos este porcentaje llega a 21,2%.

Gráfico 19: Inadecuado sistema de eliminación de excretas con que vive la primera infancia por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%)

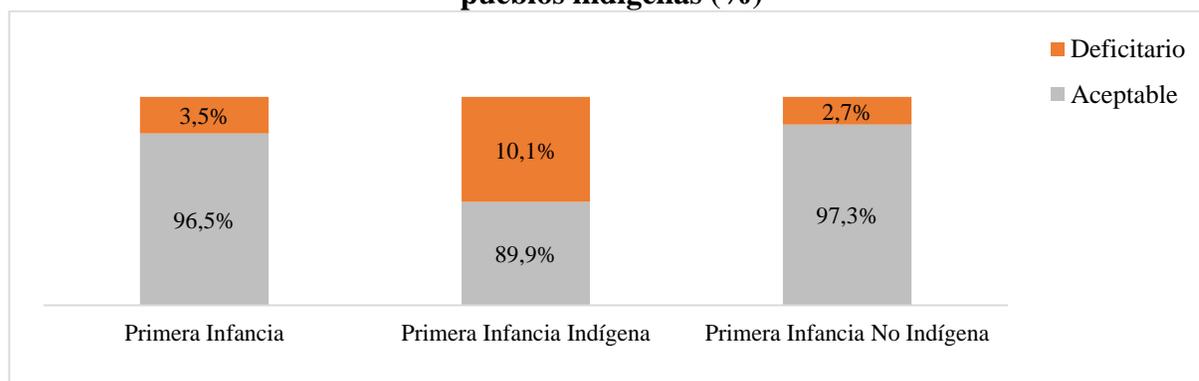


Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta CASEN 2015

Indicador saneamiento

El 3,5% de los niños y niñas de 0 a 5 años a nivel nacional vive en un hogar cuyas condiciones de saneamiento son deficitarias, es decir, la vivienda en la que habitan no cuenta con las condiciones necesarias referidas a disponibilidad de agua y el medio de eliminación de excretas.

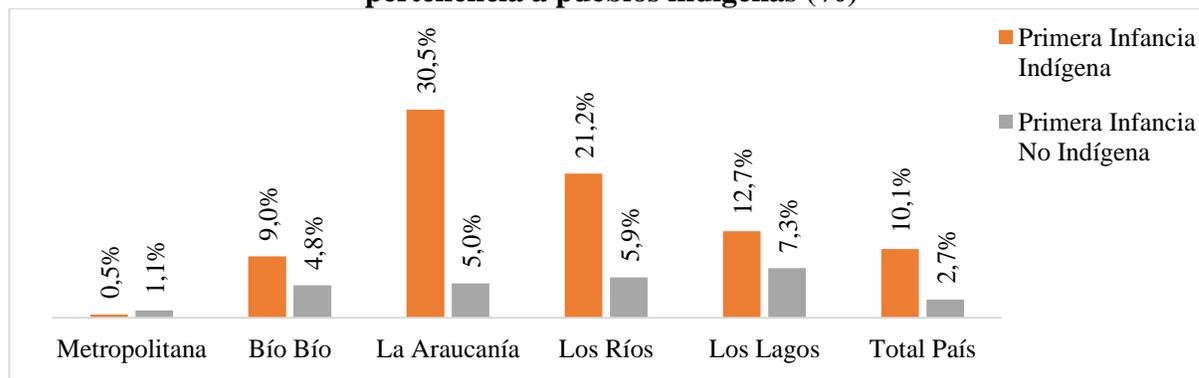
Gráfico 20: Situación de saneamiento en que vive la primera infancia, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta CASEN 2015

Al mirar la primera infancia no indígena versus la infancia indígena, se observa que el total nacional esconde la realidad a la que se enfrenta la infancia indígena, puesto que el 10.1% de los niños y niñas indígenas de 0 a 5 años viven en un hogar con condiciones de saneamiento que no son adecuadas y, por tanto, los deja en mayor situación de vulnerabilidad frente al riesgo de contraer enfermedades.

Gráfico 21: Saneamiento deficitario en que vive la primera infancia por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta CASEN 2015

En términos regionales, las diferencias en la situación de saneamiento de la vivienda son aún más marcadas entre primera infancia indígena y no indígena. En La Araucanía prácticamente 1 de cada 3 niños y niñas de 0 a 5 años vive en un hogar cuya situación de saneamiento es deficitaria. Le sigue de cerca la región de Los Ríos con 21,2%.

b. Resultados dimensión hacinamiento, vivienda y contaminación

En esta dimensión se miden los indicadores de:

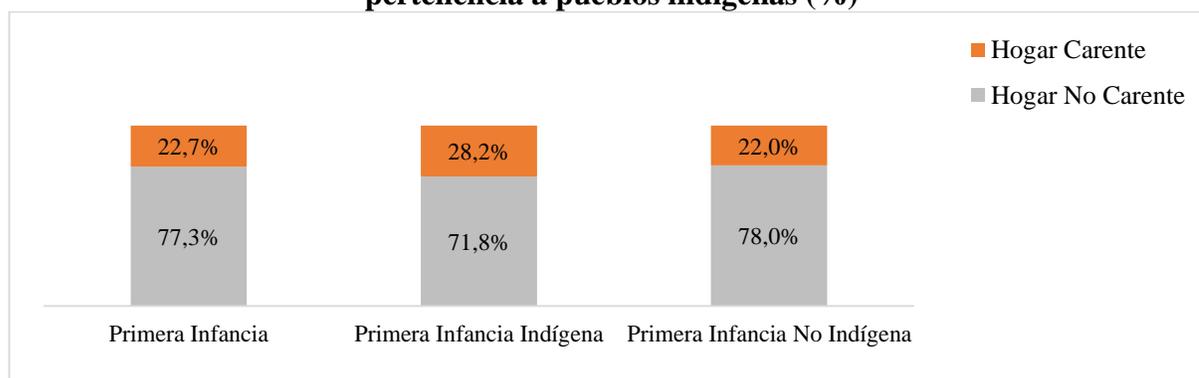
- Hogar carente en hacinamiento
- Materialidad
- Calidad global de la vivienda
- Hogar carente en habitabilidad

- Hogar carente en estado de la vivienda
- Hogar carente en acceso a servicios básicos
- Hogar carente en entorno
- Problemas de contaminación

Indicador hogar carente en hacinamiento

La encuesta CASEN 2015 mide la situación de hacinamiento de los hogares. Un hogar se considera carente en hacinamiento si el número de personas en el hogar por número de dormitorios exclusivos es mayor o igual a 2,5.

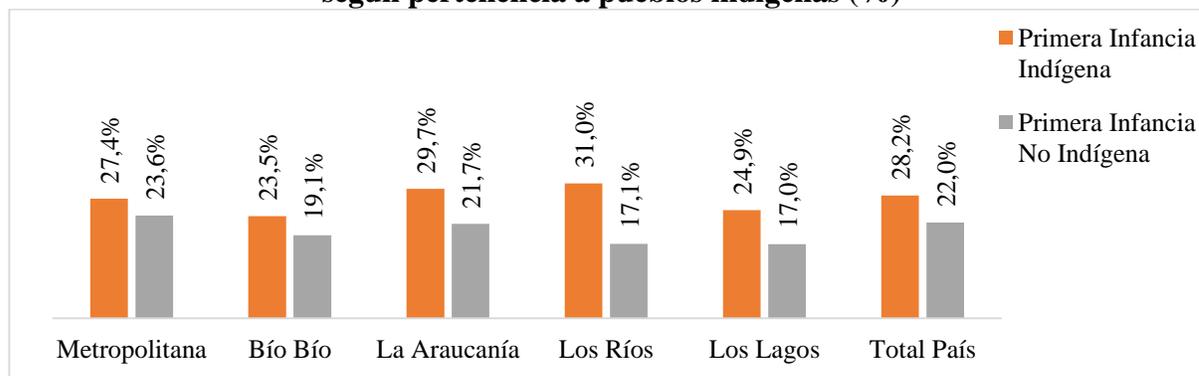
Gráfico 22: Primera infancia que vive en situación de carencia en hacinamiento, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

Un 22,7% de los niños de 0 a 5 años a nivel nacional vive en situación de carencia por hacinamiento, es decir reside en un hogar en el cual habitan 2,5 o más personas por dormitorio. En el caso de la primera infancia indígena el 28,2% habita en condiciones de hacinamiento versus el 22,0% de la primera infancia no indígena. Por lo que la primera infancia indígena vive en condiciones más precarias que la infancia no indígena al medir los porcentajes de hacinamiento en sus hogares.

Gráfico 23: Primera infancia que vive en situación de carencia en hacinamiento por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



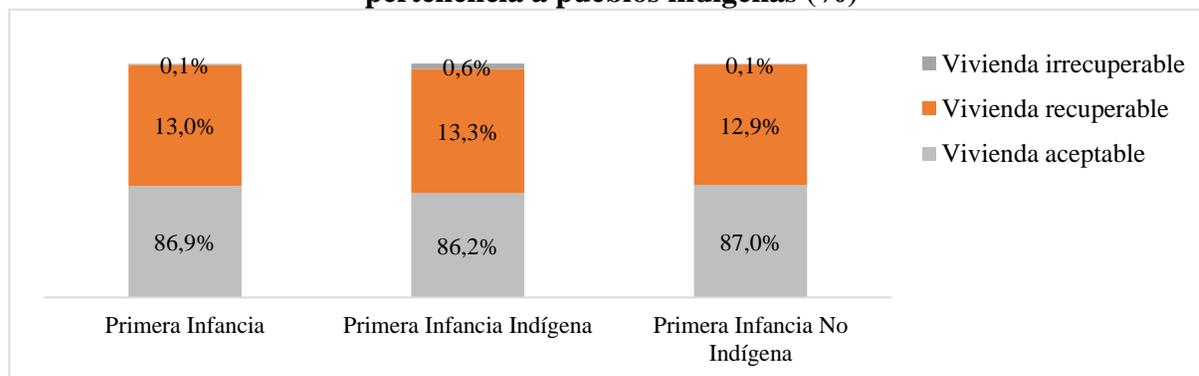
Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

A nivel regional, se observa que, en todas ellas, el porcentaje de primera infancia indígena que habita en condiciones de hacinamiento es mayor al porcentaje de primera infancia no indígena en la misma condición. Siendo las regiones de Los Ríos y La Araucanía las que presentan un porcentaje por sobre el total del país, 31,0% y 29,7%, respectivamente.

Indicador materialidad de la vivienda

La encuesta CASEN 2015 mide la condición de la vivienda en que habitan los hogares según el estado de los materiales principales de su construcción, esto es, muro, piso y techos, a través del índice de materialidad, el cual se construye a partir de los materiales predominantes en paredes exteriores, cubierta de techo y pisos. Establece las categorías en Aceptable, Recuperable e Irrecuperable para los muros, techos y pisos. Ejemplo, se considera que las paredes exteriores son aceptables cuando corresponden a acero u hormigón armado; albañilería de ladrillo; bloques de cemento o piedra; tabique forrado por ambas caras. Se considera que las paredes exteriores son recuperables cuando corresponden a adobe; tabique sin forro exterior; barro, quincha, pirca u otro material artesanal. Se considera que las paredes exteriores son irrecuperables cuando corresponden a material de desechos o reciclables (cartón, lata, sacos, plásticos) y otros materiales.

Gráfico 24: Condición de la vivienda de hogares en que habita la primera infancia, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

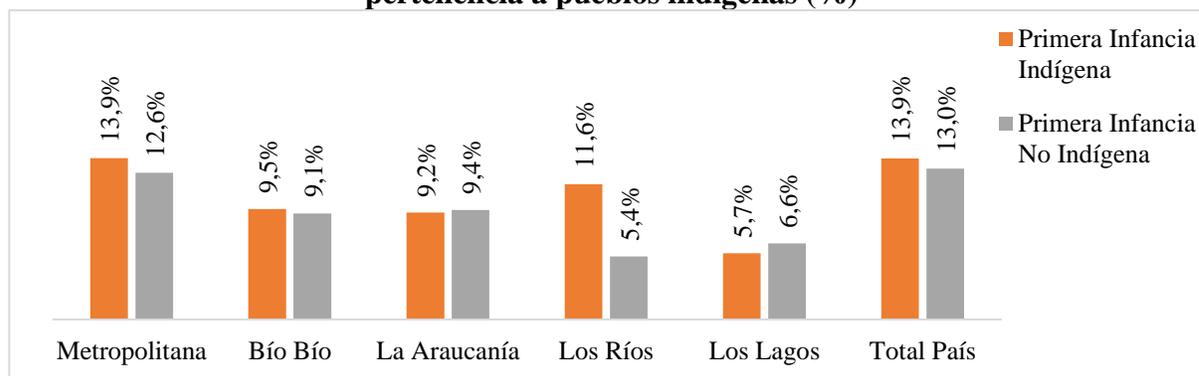
Al mirar la primera infancia, es posible apreciar que un 86,9% habita en una vivienda cuya materialidad de muros, piso y techo es aceptable y un 13,0% en viviendas donde uno de los materiales o más es recuperable. Solo un 0,1% de los hogares con niños o niñas de 0 a 5 años de edad vive en una vivienda categorizada como irrecuperable.

No existen diferencias importantes entre primera infancia indígena y no indígena para este indicador a nivel nacional.

Para el análisis a nivel regional se compara porcentaje de hogares con primera infancia indígena y no indígena cuyas viviendas han sido categorizadas como recuperables o irrecuperables.

Si bien, en general, no existen diferencias importantes entre primera infancia indígena y no indígena en este indicador, si llama la atención la región de Los Ríos, por cuanto el porcentaje de primera infancia indígena que habita en una vivienda cuya condición es inadecuada, duplica el porcentaje de primera infancia no indígena (11,6% y 5,4%, respectivamente).

Gráfico 25: Inadecuada condición de la vivienda en que habita la primera infancia, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



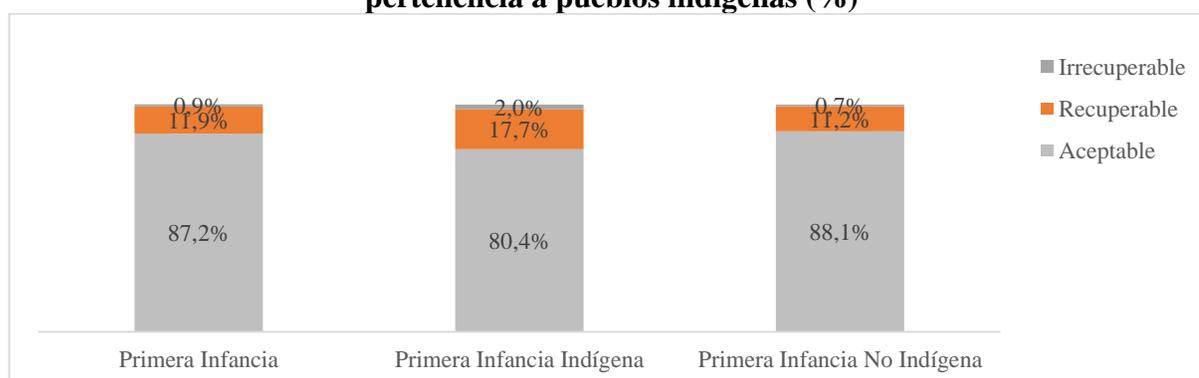
Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

Indicador calidad global de la vivienda

La encuesta CASEN 2015 mide el índice de calidad global de la vivienda, el cual reúne los índices de materialidad, saneamiento y tipo de vivienda. El indicador clasifica como Aceptable las viviendas con materialidad, saneamiento y tipo aceptable y como Recuperable las viviendas con saneamiento deficitario o materialidad recuperable, siempre y cuando el tipo de vivienda no sea irrecuperable. Las viviendas Irrecuperables corresponden a las viviendas con materialidad irrecuperable o tipo irrecuperable (independiente del saneamiento). Se considera como irrecuperables todas las viviendas del tipo mediagua, aun cuando su saneamiento o materialidad sean aceptables o recuperables.

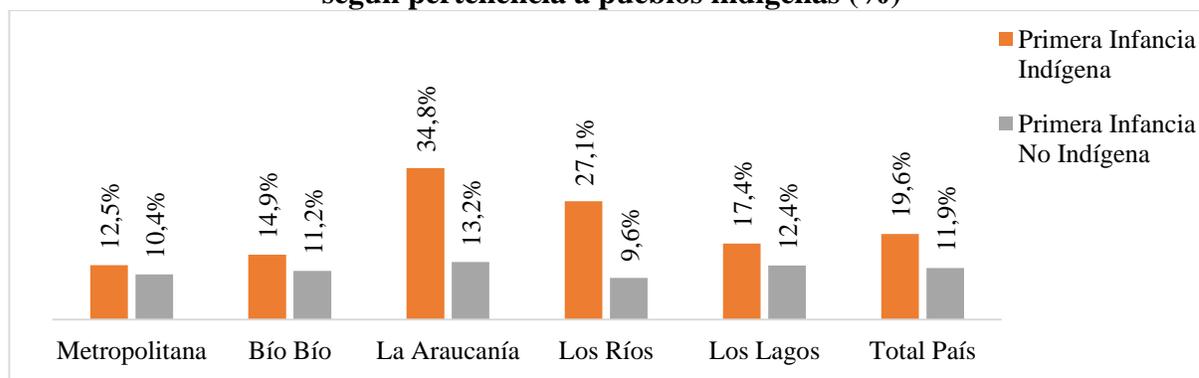
A nivel nacional, se observa que el 12,8% de la primera infancia habita en un hogar cuya calidad global de la vivienda es recuperable o irrecuperable. Cuando se mira la primera infancia indígena y no indígena de forma separada, los datos muestran una diferencia de 7,8 puntos porcentuales mayor en el índice de calidad de la global de la vivienda en estado recuperable e irrecuperable en la primera infancia indígena 19,6%, versus 11,9% en primera infancia no indígena. Lo que indica que la primera infancia vive en condiciones de mayor precariedad que la primera infancia no indígena.

Gráfico 26: Calidad global de la vivienda en que habita la primera infancia, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



En términos regionales, se observa que en la región de La Araucanía el 34,8% de los niños y niñas de 0 a 5 años pertenecientes a pueblos indígenas habita en una vivienda cuya calidad global es deficitaria, en la región de Los Ríos el porcentaje llega a 27,1%. En ambas regiones, la diferencia con el porcentaje de primera infancia no indígena que se encuentra en la misma condición es hasta 2,8 veces mayor.

Gráfico 27: Calidad global de la vivienda en que habita la primera infancia por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%)

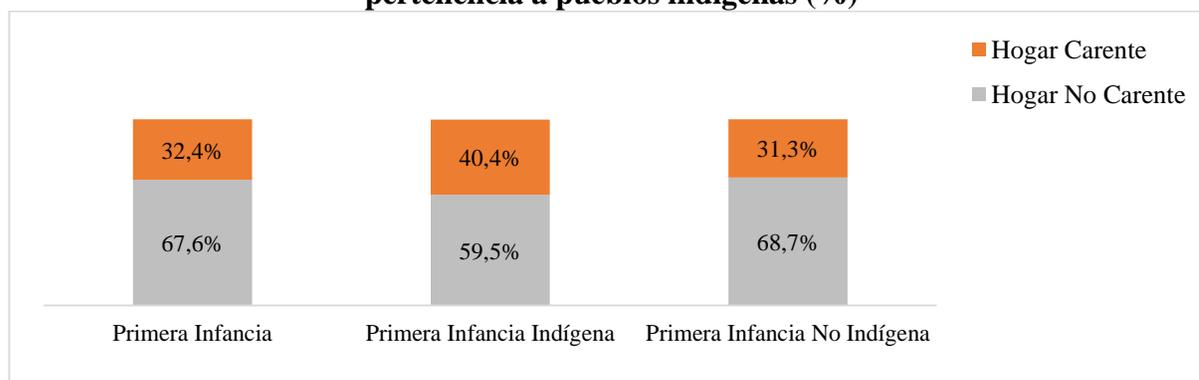


Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

Indicador situación de habitabilidad

La encuesta CASEN 2015 mide la situación de carencia en habitabilidad de la vivienda, entendida como que un hogar es carente en habitabilidad si se encuentra en situación de hacinamiento y/o reside en una vivienda precaria o en una vivienda con muros, techo y/o pisos en mal estado.

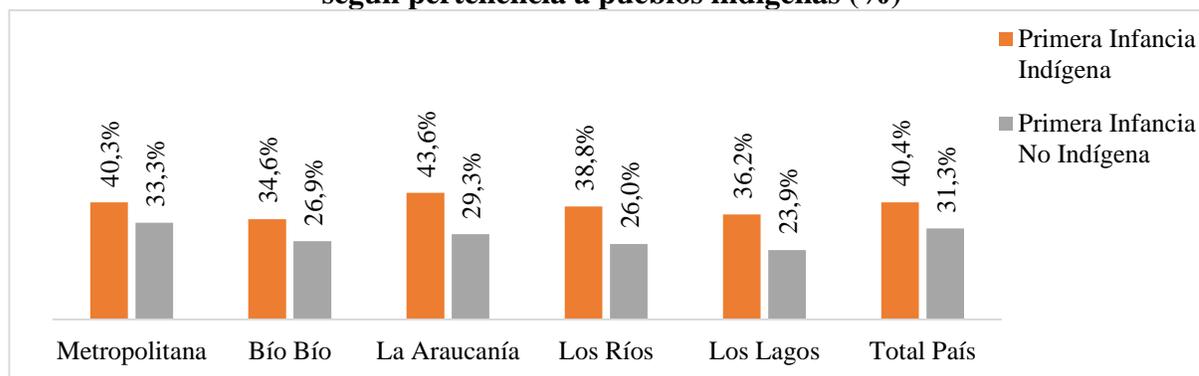
Gráfico 28: Primera infancia que vive en situación de carencia en habitabilidad, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

A nivel nacional, un 32,4% de la primera infancia se encuentra en situación de carencia en este indicador. Al mirar primera infancia indígena y no indígena, se observa una diferencia de casi 10 puntos porcentuales, mientras la primera infancia no indígena se encuentra por debajo del total nacional (31,3%), la primera infancia indígena sobrepasa el 40%.

Gráfico 29: Primera infancia que vive en situación de carencia en habitabilidad por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

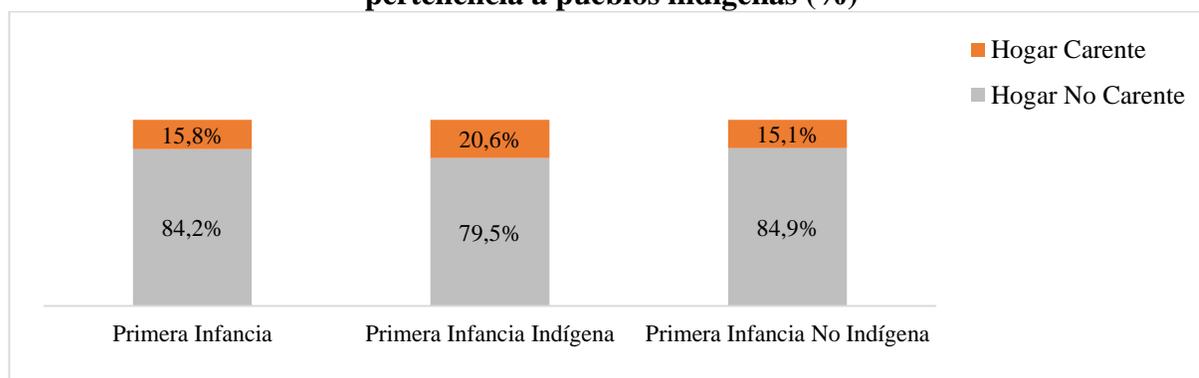
La realidad regional, es más desfavorable para la primera infancia indígena. Mientras los resultados del indicador para primera infancia no indígena a nivel regional se encuentran, en la mayoría de los casos, en torno al total nacional, en el caso de la primera infancia indígena se observan regiones con porcentajes superiores al 40% (Metropolitana y La Araucanía).

Indicador estado de la vivienda

La encuesta CASEN 2015 considera un hogar carente en estado de la vivienda, si ésta presenta muros, techo o pisos en mal estado o si la vivienda es precaria (media agua o de materiales reutilizados).

Más del 20,6% de la primera infancia indígena vive en situación de carencia en estado de la vivienda. Un 15,1% de la primera infancia no indígena vive en esta situación, porcentaje cercano al total nacional (15,8%).

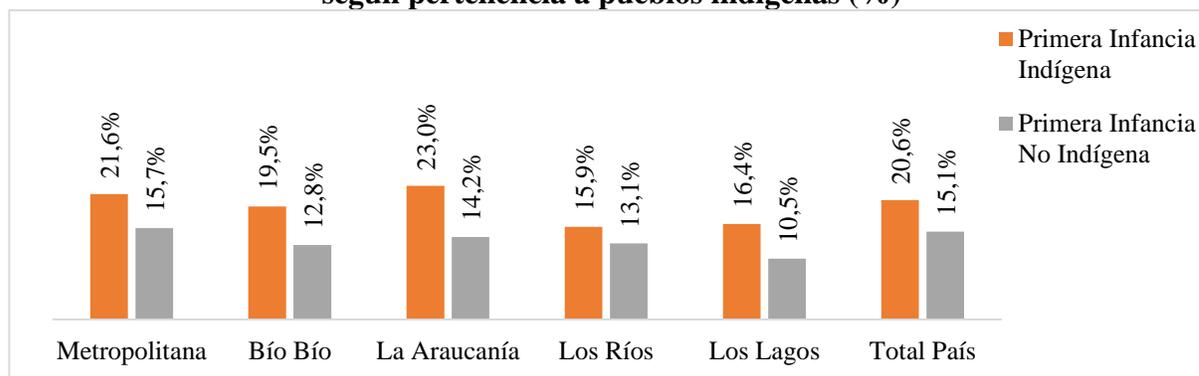
Gráfico 30: Primera infancia y situación de carencia en estado de la vivienda, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

No existen diferencias importantes entre primera infancia indígena y no indígena para este indicador a nivel regional.

Gráfico 31: Primera infancia y situación de carencia en estado de la vivienda por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



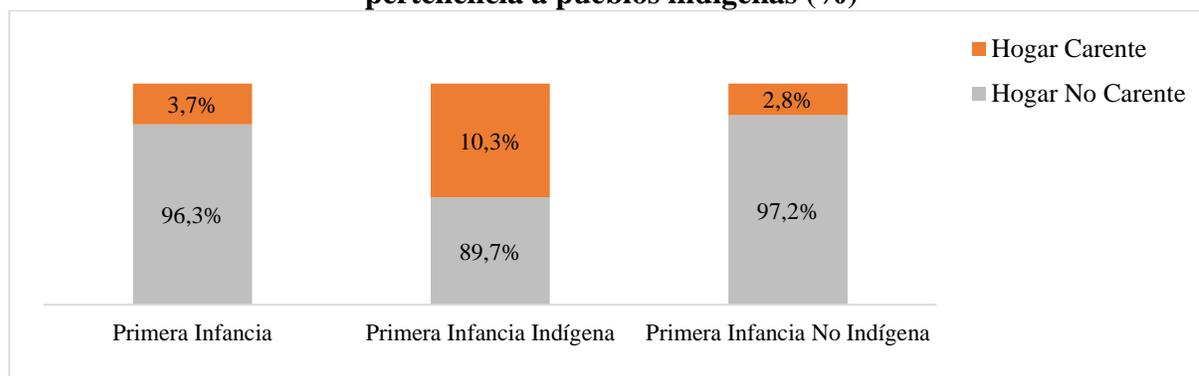
Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

Indicador acceso servicios básicos

La encuesta CASEN 2015 considera un hogar carente en Servicios Básicos, si éste no cuenta con servicios sanitarios básicos como WC, llave dentro de la vivienda y agua según estándar urbano o rural.

Existe una marcada diferencia entre primera infancia indígena y no indígena en este indicador, mientras un 10,3% de la primera infancia indígena vive en situación de carencia de servicios básicos, un 2,8% de la primera infancia no indígena vive en esta grave condición.

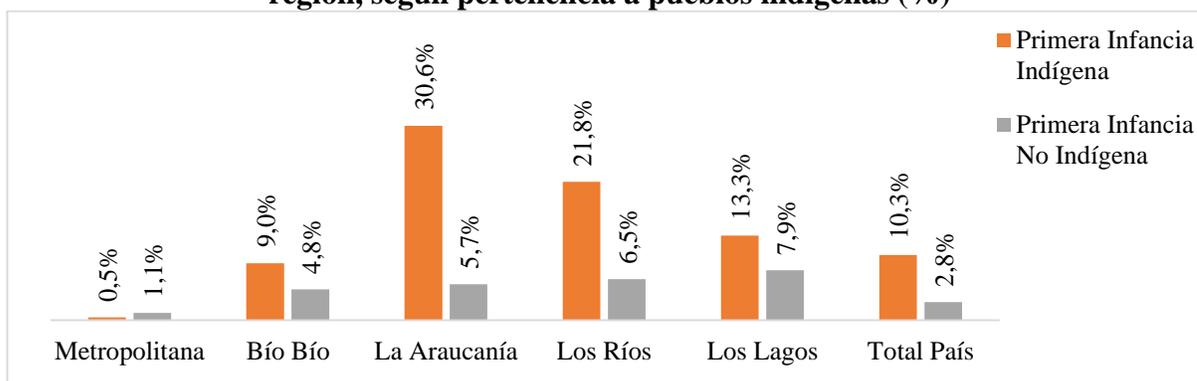
Gráfico 32: Primera infancia y situación de carencia en acceso a servicios básicos, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

Las regiones que más contribuyen al alto valor nacional, son las regiones de La Araucanía donde un 30,6% de los niños y niñas de 0 a 5 años pertenecientes a pueblos indígenas vive en un hogar que carece de servicios básicos, siendo este valor 4,5 veces mayor al de la primera infancia no indígena. sigue en importancia Los Ríos con 21,8%.

Gráfico 33: Primera infancia y situación de carencia en acceso a servicios básicos por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



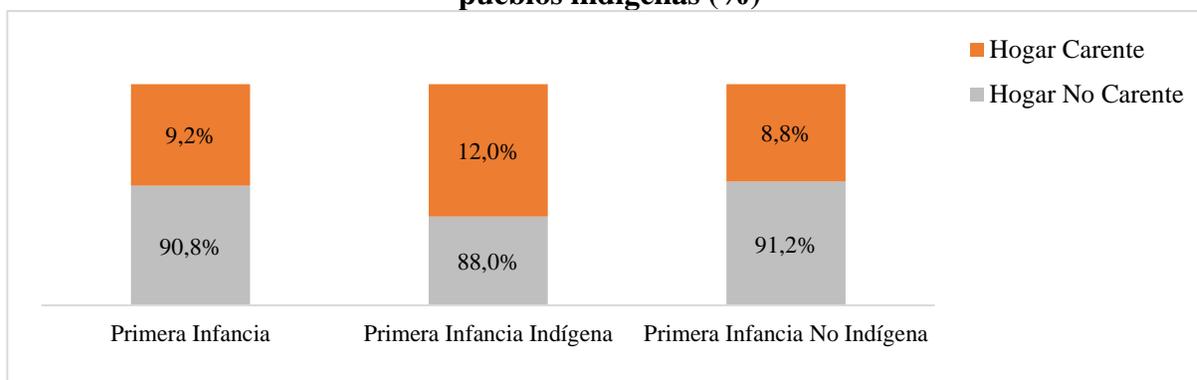
Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

Indicador situación de entorno

Se considera un hogar Carente en Entorno si se identifican 2 o más problemas de contaminación en el área de residencia y/o no tienen miembros ocupados y carecen en su área de residencia de alguno de los tres equipamientos básicos (salud, educación y transporte) o carecen en su área de residencia de alguno de los tres equipamientos básicos y tienen integrantes ocupados que usan transporte público no motorizado y en promedio demoran 1 o más horas en llegar desde su vivienda al lugar de su trabajo principal.

El 12,0% de la primera infancia indígena se encuentra en situación de carencia en entorno, mientras que el porcentaje de primera infancia no indígena en esta condición es de 8,8%.

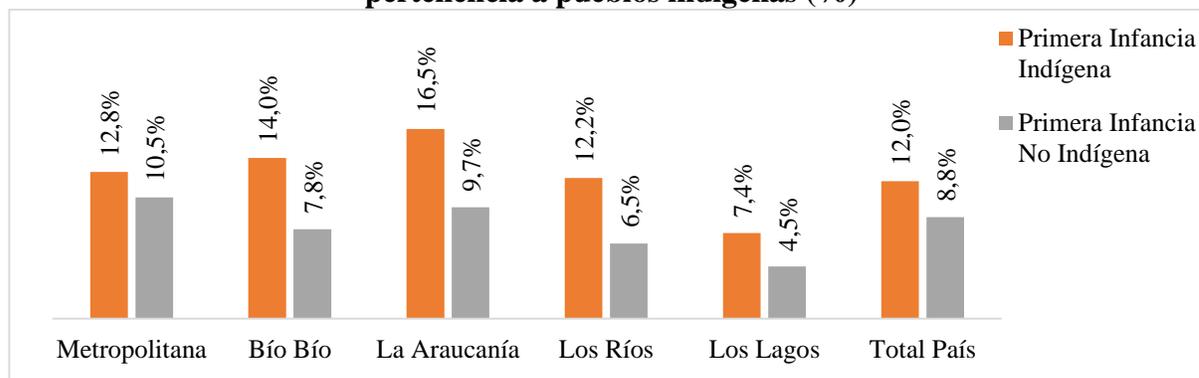
Gráfico 34: Primera infancia y situación de carencia en entorno, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

No existen diferencias importantes para este indicador a nivel regional, ya que los valores se sitúan en torno al total nacional. Sin embargo, la región de La Araucanía muestra el valor más alto con 16,5%.

Gráfico 35: Primera infancia y situación carencia en entorno en hogares por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

Indicador problemas de contaminación

La encuesta CASEN 2015 mide la contaminación en aire, agua, ríos y embalses, basura y plagas. El indicador presentado a continuación se construye como un promedio de los 5 tipos de contaminación antes mencionados. Para efectos del análisis regional, se relevarán los valores que más destacan por su incidencia según tipo de contaminación.

No existen diferencias significativas entre primera infancia indígena y no indígena en el indicador de problemas de contaminación que afectan a los hogares en los que habita la primera infancia. Sin embargo, en términos regionales se obtiene lo siguiente:

- En las regiones Metropolitana y Bío Bío se observan diferencias importantes en el porcentaje de primera infancia que se ve afectada por contaminación asociada a la acumulación de basura en calles, caminos, veredas o espacios públicos. Un 39,3% de la primera infancia indígena se ve afectada por este tipo de contaminación, mientras que el porcentaje de primera infancia no indígena en la misma condición es de 30,6%. En el caso de Bío Bío los porcentajes son 26,1% y 16,5%, respectivamente.
- Lo mismo ocurre en cuanto a la contaminación por plagas de insectos, animales peligrosos o abandonados. En la región Metropolitana se observan porcentajes de 39,5% en primera infancia indígena versus 30,2% en primera infancia no indígena. En el caso de Bío Bío, estos porcentajes son de 40,1% y 32,6%, respectivamente.

4.3 Determinantes sociales intermedios - Factores biológicos

a. Resultados dimensión nutrición

En esta dimensión se miden los indicadores de:

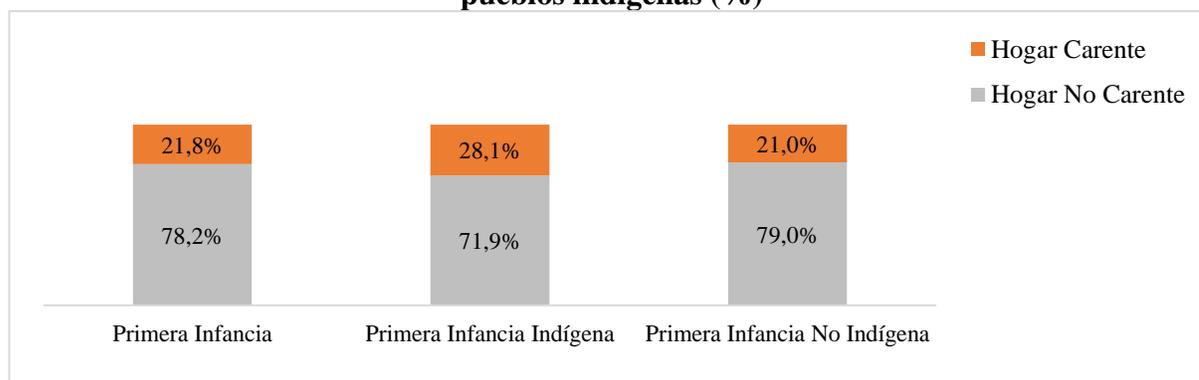
- Hogar carente en malnutrición
- Malnutrición por déficit
- Malnutrición por exceso

Indicador estado de malnutrición

El estado de malnutrición es medido en la encuesta CASEN en la dimensión salud de los indicadores de pobreza multidimensional en el cual se considera que un hogar es carente si uno de sus integrantes de 0 a 6 años se encuentra con sobrepeso u obeso, o se encuentra con desnutrición o en riesgo de desnutrición.

El resultado de este indicador muestra que el 28,1% de los niños y niñas de 0 a 5 años pertenecientes a pueblos indígenas vive en un hogar en estado carencia por malnutrición, mientras que el porcentaje llega a 21,0% en la primera infancia no indígena, valor cercano al total nacional.

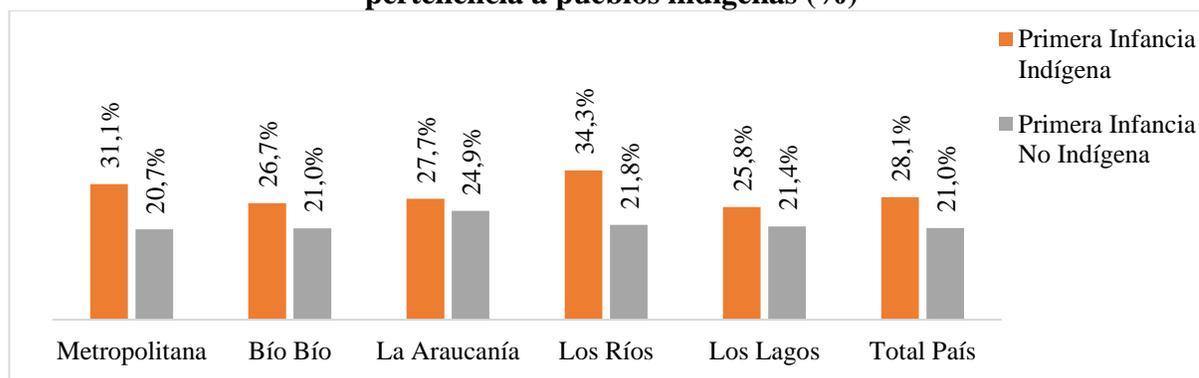
Gráfico 36: Primera infancia y situación de carencia en malnutrición, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

La situación regional muestra valores superiores al 30% en este indicador en las regiones de Los Ríos (34,3%) y Metropolitana (30,1%). El resto de las regiones muestra porcentajes superiores al 25%.

Gráfico 37: Primera infancia y situación de carencia en malnutrición por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%)

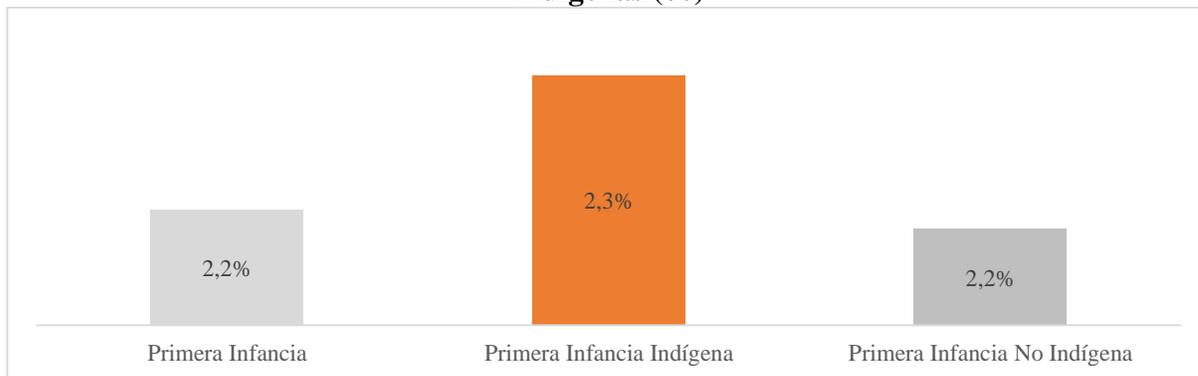


Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

Indicador malnutrición por déficit

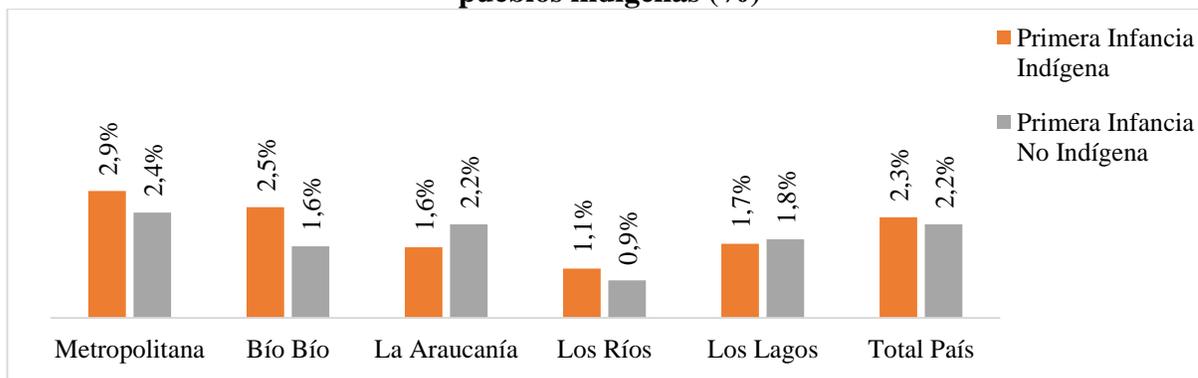
No existen diferencias importantes en el indicador de malnutrición por déficit entre primera infancia indígena y no indígena a nivel nacional, ni a nivel regional.

Gráfico 38: Estado de desnutrición en primera infancia, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

Gráfico 39: Estado de desnutrición en primera infancia por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%)

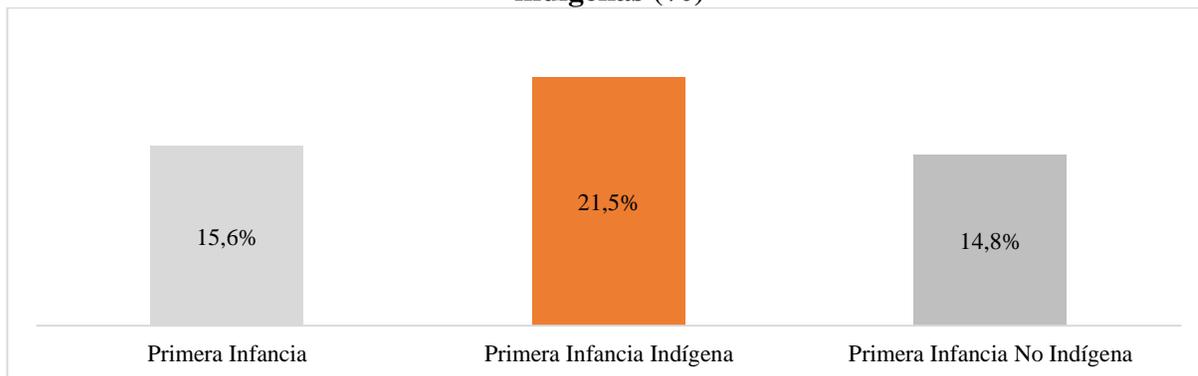


Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

Indicador malnutrición por exceso

A nivel nacional, el 21,5% de los niños y niñas de 0 a 5 años pertenecientes a pueblos indígenas presenta sobrepeso u obesidad. En el caso de la primera infancia no indígena este porcentaje es de 14,8%.

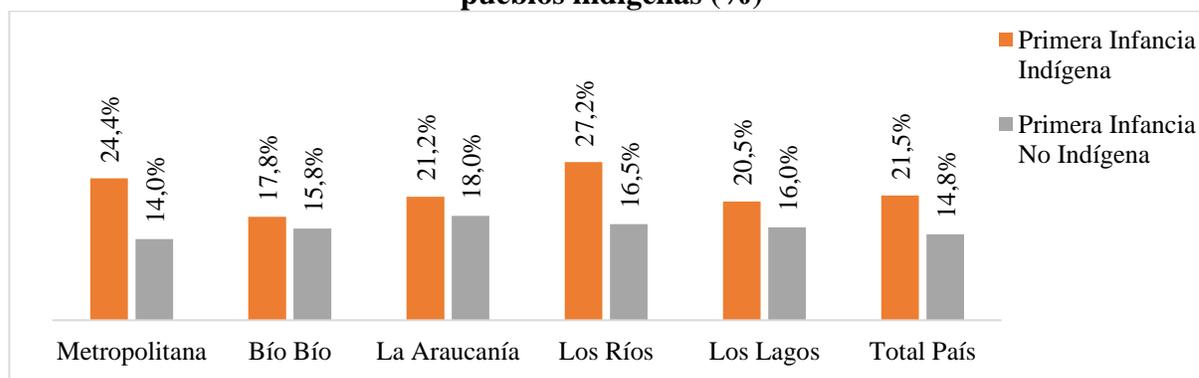
Gráfico 40: Sobrepeso u obesidad en primera infancia, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

En términos regionales, en el 80% de las regiones analizadas, se observa que al menos 1 de cada 5 niños y niñas de 0 a 5 años pertenecientes a pueblos indígenas presenta sobrepeso u obesidad. La región de Los Ríos es la que presenta el porcentaje más alto de primera infancia indígena afectada por esta condición, la cual asciende a 27,2%.

Gráfico 41: Sobrepeso u obesidad en primera infancia por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

b. Resultados dimensión morbilidad

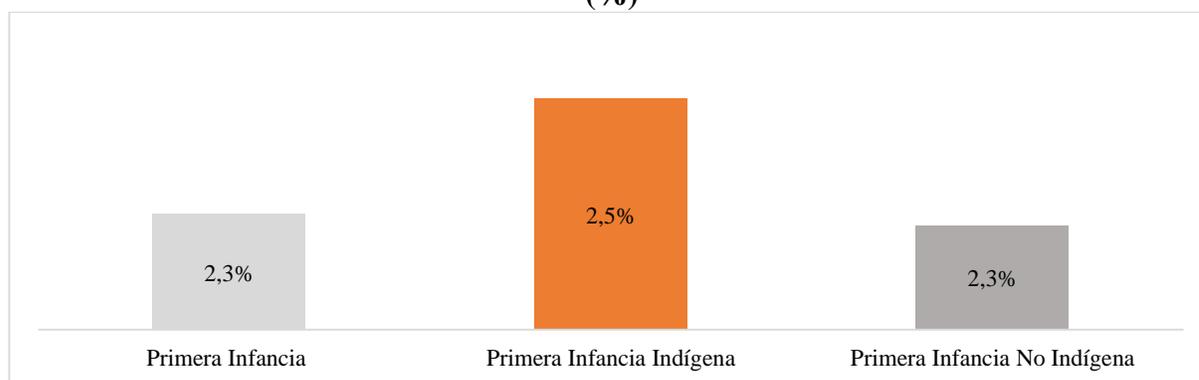
En esta dimensión se miden los siguientes indicadores:

- Estado de salud
- Control de niño sano

Indicador de estado de salud

La encuesta CASEN 2015 consulta por el estado de salud al momento de la encuesta. Se aíslan los resultados correspondientes a primera infancia nacional, indígena y no indígena, para medir el porcentaje de niños y niñas de 0 a 5 años que al momento de la encuesta se encontraban en estado de salud regular o peor.

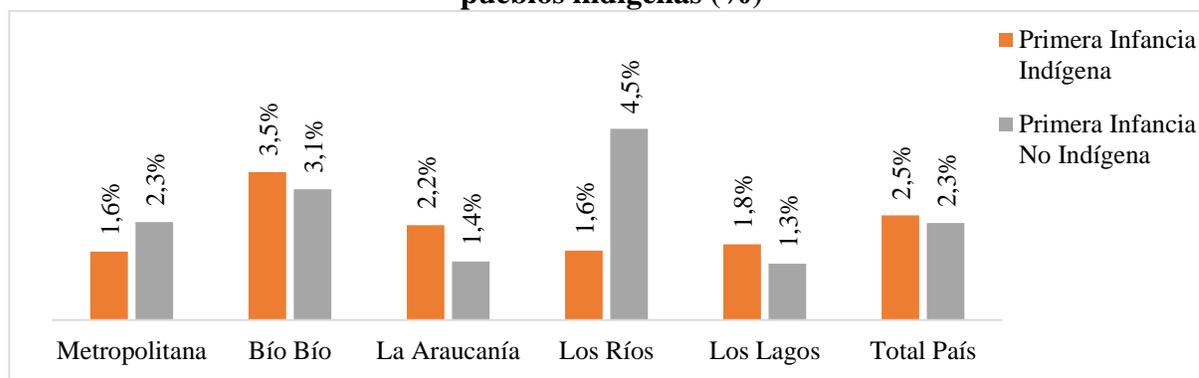
Gráfico 42: Mal estado de salud en primera infancia, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

No existen diferencias importantes en el indicador de mal estado de salud entre primera infancia indígena y no indígena a nivel nacional, ni a nivel regional.

Gráfico 43: Mal estado de salud en primera infancia por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

Indicador control de niño sano

La encuesta CASEN 2015 consulta por los controles de salud, entre ellos el control de niño sano en niños de 0 a 9 años.

El resultado del indicador, al considerar la muestra de niños y niñas de 0 a 5 años, arroja que un 92,8% de la primera infancia ha recibido este tipo de control de salud. Valores similares se observan al mirar por separado la primera infancia indígena y no indígena.

A nivel regional, resulta relevante destacar que existen regiones en que la primera infancia indígena, presenta valores inferiores que bordean el 90% o inferior. En Los Ríos un 13,4% de los niños y niñas de 0 a 5 años de edad no han sido sujetos al control de salud indicado y en el caso de la región Metropolitana, este valor llega casi al 10%.

Tabla 2: Control de niño sano en primera infancia por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%)

Región	Primera Infancia Indígena	Primera Infancia No Indígena
Metropolitana	90,2%	91,9%
Bío Bío	94,5%	91,6%
La Araucanía	94,9%	92,2%
Los Ríos	86,6%	90,8%
Los Lagos	92,3%	94,8%
Total País	93,5%	92,7%

Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

c. Resultados dimensión discapacidad

Indicador de Discapacidad

La encuesta CASEN 2015 consulta por condiciones permanentes de salud asociadas a discapacidad.

Tabla 3: Discapacidad en primera infancia, según pertenencia a pueblos indígenas (%)

Primera Infancia	Primera Infancia Indígena	Primera Infancia No Indígena
2,7%	3,0%	72,6%

Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

No existen diferencias importantes a nivel nacional, ni regional.

4.4 Determinantes sociales intermedios - Sistemas de salud

En esta sección se presentan los indicadores de:

- Hogar carente en adscripción al sistema de salud
- Hogar carente en atención de salud
- Distancia de la vivienda a un centro de salud

Indicador adscripción al sistema de salud

La adscripción al sistema de salud es medida en la encuesta CASEN en la dimensión salud de los indicadores de pobreza multidimensional en el cual se considera que un hogar es carente si uno de sus integrantes no está afiliado a un sistema previsional de salud y no tiene otro seguro de salud.

Tabla 4: Primera infancia en situación de carencia en adscripción al sistema de salud, según pertenencia a pueblos indígenas (%)

	Primera Infancia	Primera Infancia Indígena	Primera Infancia No Indígena
Hogar Carente	6,8%	5,1%	7,0%
Hogar No Carente	93,2%	94,9%	93,0%

Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

No existen diferencias importantes en el indicador a nivel nacional entre primera infancia indígena y no indígena.

Indicador atención de salud

La atención de salud es medida en la encuesta CASEN en la dimensión salud de los indicadores de pobreza multidimensional en el cual se considera que un hogar es carente si uno de sus

integrantes no recibió atención de salud en los últimos 3 meses o no tuvo cobertura al sistema AUGE-GES, por razones ajenas a su voluntad o preferencia.

No se presentan diferencias significativas en este indicador a nivel nacional ni regional.

Tabla 5: Primera infancia en situación de carencia en atención de salud, según pertenencia a pueblos indígenas (%)

	Primera Infancia	Primera Infancia Indígena	Primera Infancia No Indígena
Hogar Carente	4,1%	3,6%	4,1%
Hogar No Carente	95,9%	96,4%	95,9%

Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

Indicador Distancia de la vivienda a un centro de salud

La encuesta CASEN 2015 consulta acerca de si la vivienda del encuestado se encuentra a menos 20 cuadras o 2,5 km de un centro de salud. Para efectos de este indicador se consideró el complemento, es decir las respuestas que indican que la vivienda se encuentra a una distancia mayor al umbral considerado en la pregunta.

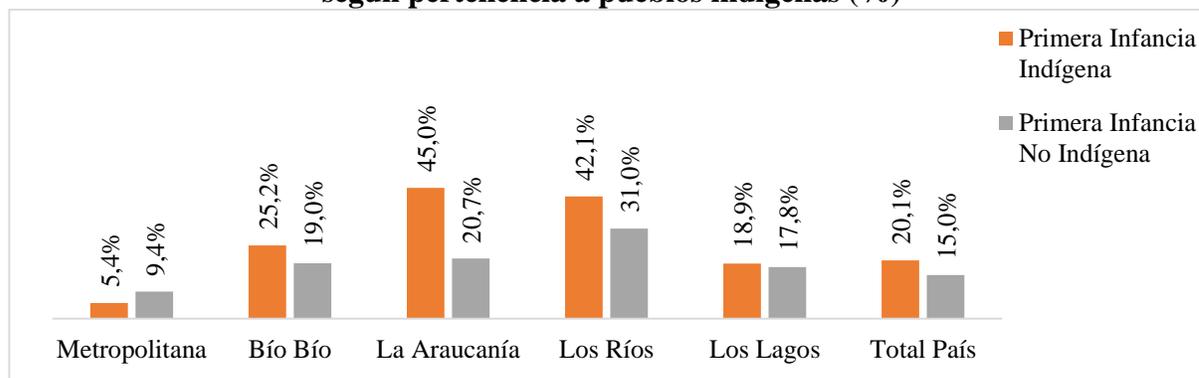
Tabla 6: Primera infancia a más de 2,5 km de distancia a un centro de salud, según pertenencia a pueblos indígenas (%)

Primera Infancia	Primera Infancia Indígena	Primera Infancia No Indígena
15,6%	20,1%	15,0%

Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

A nivel nacional, el 20,1% de la primera infancia indígena se encuentra a más de 2,5 km de distancia de un centro de salud, mientras que en términos regionales se observa que en la región Metropolitana este indicador llegar a 5,4%, en La Araucanía es de 45,0%, el doble del porcentaje que presenta la primera infancia no indígena, ya que 20,7% de los niños y niñas de 0 a 5 años que no pertenecen a pueblos indígenas habita en un hogar ubicado a más de 2,5 km de distancia de un centro de salud. En la región de Los Ríos, ambos grupos presentan valores altos en este indicador, 42,1% primera infancia indígena y 31,0% primera infancia no indígena.

Gráfico 44: Primera infancia a más de 2,5 km de distancia a un centro de salud por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

4.5 Determinantes sociales intermedios – Circunstancias psicosociales

a. Resultados dimensión redes y cohesión social

A continuación, se presentan los resultados de los siguientes indicadores:

- Hogar carente en apoyo y participación social
- Hogar carente en trato igualitario
- Hogar carente en seguridad

Indicador apoyo y participación social

El apoyo y participación social es medido en la encuesta CASEN en la dimensión redes y cohesión social de los indicadores de pobreza multidimensional en el cual se considera que un hogar es carente si no cuenta con ninguna persona que pueda ayudar (fuera de los miembros del hogar) en 8 situaciones relevantes de apoyo o cuidado; tampoco tienen miembros de 14 años o más que haya participado en los últimos 12 meses en alguna organización social o grupo, tampoco tienen miembros de 18 años o más que se encuentren ocupados y que pertenezcan a alguna organización relacionada con su trabajo.

No se presentan diferencias significativas en este indicador a nivel nacional ni regional.

Tabla 7: Primera infancia y situación de carencia en apoyo y participación social, según pertenencia a pueblos indígenas (%)

	Primera Infancia	Primera Infancia Indígena	Primera Infancia No Indígena
Hogar Carente	5,8%	4,7%	6,0%
Hogar No Carente	94,2%	95,3%	94,0%

Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

Indicador trato igualitario

El trato igualitario es medido en la encuesta CASEN en la dimensión redes y cohesión social de los indicadores de pobreza multidimensional en el cual se considera que un hogar es carente si declara que uno de sus miembros ha sido discriminado o tratado injustamente durante los últimos 12 meses por alguno de los motivos tipificados en la encuesta.

Si bien el resultado asociado al indicador no difiere en gran medida entre primera infancia indígena y no indígena, puede observarse que los hogares con primera infancia indígena viven en mayor medida la discriminación y el trato injusto que los hogares con primera infancia no indígena. Lo mismo ocurre a nivel regional, siendo la región Metropolitana la que presenta el mayor porcentaje en este indicador con 27,9% de la primera infancia indígena afectada por carencia en trato igualitario.

Tabla 8: Primera infancia y situación de carencia en trato igualitario, según pertenencia a pueblos indígenas (%)

	Primera Infancia	Primera Infancia Indígena	Primera Infancia No Indígena
Hogar Carente	16,8%	19,8%	16,4%
Hogar No Carente	83,2%	80,3%	83,6%

Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

Tabla 9: Primera infancia y situación de carencia en trato igualitario por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%)

Región	Primera Infancia No Indígena	Primera Infancia Indígena
Metropolitana	27,9%	21,0%
Bío Bío	13,3%	10,6%
La Araucanía	16,5%	13,6%
Los Ríos	13,1%	9,4%
Los Lagos	13,5%	9,4%
Total País	19,8%	16,4%

Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

Indicador seguridad

La seguridad es medida en la encuesta CASEN en la dimensión redes y cohesión social de los indicadores de pobreza multidimensional en el cual se considera que un hogar es carente si declaran que uno de sus miembros ha vivido o presenciado “siempre”, durante el último mes, a lo menos una de las siguientes situaciones en su área de residencia: tráfico de drogas o balaceras o disparos.

Si bien el resultado asociado al indicador no difiere en gran medida entre primera infancia indígena y no indígena, puede observarse que los hogares con primera infancia indígena viven en mayor medida situaciones de inseguridad asociadas a tráfico de drogas y balaceras y disparos.

Tabla 10: Primera infancia y situación de carencia en seguridad, según pertenencia a pueblos indígenas (%)

	Primera Infancia	Primera Infancia Indígena	Primera Infancia No Indígena
Hogar Carente	13,8%	14,3%	13,7%
Hogar No Carente	86,2%	85,7%	86,3%

Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

En términos regionales, es relevante destacar la situación de la región Metropolitana donde el 32,0% de los niños y niñas de 0 a 5 años pertenecientes a pueblos indígenas vive en un hogar con carencia en seguridad. El porcentaje alcanza el 21,4% en la primera infancia no indígena.

Tabla 11: Primera infancia y situación de carencia en seguridad por región, según pertenencia a pueblos indígenas (%)

Región	Primera Infancia No Indígena	Primera Infancia Indígena
Metropolitana	32,0%	20,9%
Bío Bío	15,1%	8,5%
La Araucanía	3,2%	4,7%
Los Ríos	1,6%	1,0%
Los Lagos	1,6%	1,5%
Total País	14,3%	13,7%

Fuente: Elaboración propia en base a información CASEN 2015

b. Resultados dimensión capital social

Los indicadores asociados a esta dimensión no son presentados por cuanto los resultados arrojan un error muestral elevado.

5. CONCLUSIONES

5.1 Principales resultados

El enfoque de determinantes sociales plantea que todos los factores sociales y económicos operan a través de un conjunto de mecanismos biológicos y determinantes próximos (o variables intermedias), que influyen directamente en el riesgo de morbilidad y mortalidad en la niñez.

Es a partir de lo anterior, que los determinantes sociales de la salud asociados a primera infancia indígena, se establecen desde el modelo conceptual de la Organización Mundial de la Salud (2011), que define los determinantes sociales de la salud y sus dimensiones. Con este modelo como base, se determinan los indicadores a medir en cada dimensión, realizando a su vez una revisión exhaustiva de las fuentes de datos disponibles que permitan aislar la variable indígena, que hace posible el análisis de los determinantes sociales para este grupo. Es por eso que la medición de indicadores se obtiene a través del procesamiento de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) en su versión 2015, por tratarse de la base de datos más completa y representativa a nivel nacional que distingue población indígena.

Uno de los objetivos de la presente investigación es analizar la situación de salud de la primera infancia indígena, a través de la medición de indicadores convencionales de la salud como lo son, la tasa de mortalidad infantil, el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, la situación de malnutrición, ya sea por déficit o por exceso, y también en relación a indicadores de acceso a la atención como lo es la cobertura de programas de atención primaria: control de niño sano y la cobertura de inmunizaciones. Sin embargo, ello no fue posible ya que actualmente, no existen estadísticas detalladas que permitan conocer su situación. El Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud, cuenta con indicadores que permiten conocer el panorama general de la situación de salud de la población nacional, sin contar con la distinción de pertenencia a pueblos originarios. Algunos de los indicadores, se obtienen a través de la encuesta CASEN 2015.

Sólo es posible afirmar, que los niños indígenas menores de 5 años tienen 2,6 veces más riesgo de morir que los niños no indígenas (Ministerio de Salud, 2017).

En cuanto al análisis de la situación de salud y condiciones de vida de la primera infancia a través de indicadores asociados a los determinantes sociales de la salud, los resultados muestran como los promedios nacionales, al mirar solo la primera infancia, esconden la realidad que enfrenta la primera infancia indígena, especialmente en cuanto a los niveles de pobreza que enfrenta y las condiciones en las que su vida se desarrolla. A continuación, se presentan los principales resultados.

La primera infancia indígena se enfrenta a mayores desigualdades sociales que la primera infancia no indígena, por cuanto no sólo el porcentaje de pobreza es mayor, sino que también los es el porcentaje de hogares en situación de carencias en el ámbito educativo y de trabajo y seguridad social.

Alrededor de 1 de cada 4 niños y niñas 0 a 5 años perteneciente a pueblos indígenas (39.887 niños indígenas) se encuentran bajo la línea de pobreza, es decir, viven en un hogar cuyo nivel de ingresos es inferior al mínimo establecido para satisfacer las necesidades básicas de sus

miembros. En el caso de la primera infancia no indígena, aproximadamente 1 de cada 5 niños y niñas vive en esta condición.

Asimismo, el número de niños y niñas de 0 a 5 años perteneciente a pueblos indígenas (15.279 niños indígenas) que vive en un hogar cuyo nivel de ingresos no es suficiente para satisfacer las necesidades alimentarias (pobreza extrema), es 1,6 veces mayor al número de niños y niñas no indígena y el 35,2% de la primera infancia indígena (55.867 niños indígenas) vive en situación de carencia respecto a una o más dimensiones de bienestar, como lo son la salud, educación, vivienda y trabajo y seguridad –pobreza multidimensional-. En el caso de la primera infancia no indígena, este porcentaje es cercano al 26,2%.

Resultan alarmantes los resultados obtenidos para la región de La Araucanía, donde casi el 45% de la primera infancia indígena (13.234 niños indígenas) viven en situación de pobreza y aún más, 1 de cada 5 niños y niñas de 0 a 5 años pertenecientes a pueblos indígenas (6.211 niños indígenas) vive en situación de extrema pobreza y, prácticamente, 1 de cada 2 en situación de pobreza multidimensional.

En cuanto a educación y trabajo y seguridad social, el 38,4% de la primera infancia indígena (63.236 niños indígenas) vive en un hogar donde alguno(s) de sus miembros mayores de 18 años no ha alcanzado los años de escolaridad establecidos por ley. En el caso de la primera infancia no indígena, este porcentaje es 7,5 puntos menor y el 40,4% de la primera infancia indígena (65.748 niños indígenas) vive en un hogar donde alguno(s) de sus integrantes que trabaja no cotiza en el sistema previsional. En el caso de la primera infancia no indígena, este porcentaje es menor al 34,5%. En términos regionales, la carencia en escolaridad se encuentra en torno al 50% en La Araucanía (15.438 niños indígenas), Los Lagos (10.519 niños indígenas) y Bío Bío (5.202 niños indígenas) y en alrededor del 40% en cuanto a seguridad social en la región de Los Lagos (8.591 niños indígenas), Metropolitana (21.716 niños indígenas) y La Araucanía (12.109 niños indígenas).

La primera infancia indígena nace y se desarrolla en condiciones de vida más desfavorables que la primera infancia no indígena, por cuanto existe un mayor porcentaje de la población indígena versus la no indígena, que vive en situación de carencia de servicios básicos en el hogar o bien, en situación deficitaria respecto al acceso agua, higiene y saneamiento.

Se muestra que 1 de 4 cuatro niños y niñas de 0 a 5 años pertenecientes a pueblos indígenas (32.329) habita en una vivienda cuya calidad global indica que el saneamiento es deficitario y/o la materialidad de la vivienda no es satisfactoria. En el caso de la primera infancia no indígena, uno de cada diez niños y niñas vive en esta condición. Por otra parte, 1 de cada 10 (18.890 niños indígenas) vive con fuentes insatisfactorias de acceso a agua potable, es decir, sin acceso a agua potable por red pública, lo que los deja en mayor condición de vulnerabilidad frente a al riesgo de contraer enfermedades.

El 80% de la primera infancia indígena que no tiene acceso a agua potable por red pública, se encuentran en las regiones de La Araucanía (10.291), Los Lagos (3.097) y Los Ríos (2.197). Por otro lado, también el 80% de la primera infancia indígena que vive con una condición de saneamiento deficitaria, se encuentra en las regiones de La Araucanía (9.052), Los Lagos (2.628) y Los Ríos (1.568).

Por otra parte, los datos asociados a la encuesta CASEN 2015 muestran que los niños y niñas de 0 a 5 años pertenecientes a pueblos indígenas presentan condiciones de salud más desfavorables que los niños y niñas no indígenas.

Aun cuando la brecha no es muy alta, indicadores como el de nutrición reflejan una mayor propensión al sobrepeso y obesidad en la primera infancia indígena, donde se observa que en promedio 1 de cada 5 niños y niñas indígenas padece de esta condición (35.369 niños indígenas). Aspecto que repercute en el desarrollo y en el estado de salud a largo plazo, aumentando las probabilidades de presentar problemas de salud y retraso en el desarrollo. Las regiones que concentran el mayor número de primera infancia indígena que vive en situación de carencia por mal nutrición son, Metropolitana (15.942), La Araucanía (8.089) y Los Lagos (5.295).

Si bien la primera infancia indígena no presenta brechas en adscripción al sistema de salud y en atención de salud, si presenta diferencias en cuanto a la distancia que habita de un centro de salud. Las regiones que concentran el mayor número de primera infancia indígena que vive a más de 2,5 km de distancia de un centro de salud son, La Araucanía (13.350), Los Lagos (3.909) y Los Ríos (3.113), factor que resulta importante a la hora de atender oportunamente un problema de salud.

En suma, es posible afirmar que a un niño o niña indígena le costará alcanzar el mismo nivel de salud de un niño o niña no indígena, solo por su condición étnica que determina las condiciones sociales, culturales y ambientales en que el niño o niña nace y se desarrolla. Los resultados muestran que si bien, no existen grandes diferencias en el acceso a servicios de salud, cuenta de ello es el porcentaje de niños y niñas indígenas que se encuentran en control de salud (control niño sano), si existen factores como el nivel de ingresos, las condiciones de agua, higiene y saneamiento que muestran claras diferencias entre población indígena y no indígena. La falta de acceso a agua potable y saneamiento contribuye significativamente a la mortalidad infantil (UNICEF, 2015).

5.2 Determinantes sociales e inequidades en salud en primera infancia indígena

Siguiendo el modelo conceptual de determinantes sociales de la salud y como éstos generan inequidades en salud, es posible concluir que las principales brechas entre primera infancia indígena y no indígena se encuentran, en primer lugar, en la estratificación de los grupos sociales por ingreso, por cuanto la primera infancia indígena es más pobre. Muestra de ello es el alto porcentaje de primera infancia indígena en situación de pobreza en la región de La Araucanía. El ingreso es uno de los determinantes sociales de la salud de carácter estructural de generación inequidades en salud, por cuanto configura mejores o peores oportunidades para la salud.

Ahora bien, la posición socioeconómica del individuo no influye de manera directa sobre su salud, sino a través de factores (determinantes) intermedios, como las condiciones de vida. Es aquí donde, esta investigación encuentra la segunda brecha más importante. La primera infancia indígena se ve expuesta a peores condiciones de saneamiento y de acceso a agua potable, las cuales influyen directamente en las posibilidades de enfermar e incluso morir. La falta de acceso a agua potable y saneamiento contribuye significativamente a la mortalidad infantil (UNICEF, 2015). Ambos indicadores presentan las brechas más altas en las regiones de La Araucanía y Los Ríos.

En cuanto al sistema de salud, que el modelo incorpora como un determinante social más, ya que el deterioro o mejora del estado de salud tienen un efecto de retroalimentación respecto de la posición socioeconómica a través de su impacto en el ingreso y a que el sector salud tiene un rol importante en promover y coordinar políticas de acción sobre los determinantes sociales (Frenz P. , 2005), los resultados de la investigación no identifican brechas importantes entre primera infancia indígena y no indígena. Cuenta de ello es el porcentaje de niños y niñas indígenas que se encuentran en control de salud (control niño sano) que no difiere del porcentaje de niños y niñas no indígenas.

5.3 Límites y posibilidades de las políticas públicas hacia primera infancia indígena

El Ministerio de Salud ha implementado desde el año 2000 el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas, que busca contribuir a la disminución de brechas de inequidad en la situación de salud de los pueblos indígenas. En su búsqueda de lograr la transversalización del enfoque intercultural en programas de salud, ha mostrado avances en políticas como Chile Crece Contigo, donde se han incorporado la pertinencia cultural en prestaciones específicas como la guía de gestación y algunos materiales de estimulación (Ministerio de Salud - Banco Mundial, 2017) (Ministerio de Desarrollo Social., 2017). Sin embargo, hoy el Sistema de Protección a la Infancia, Chile Crece Contigo y el Ministerio de Salud, no han desarrollado un Programa conjunto de atención integral a la primera infancia indígena.

En cuanto a información de salud de los pueblos indígenas, una de las limitantes que enfrenta el Ministerio de Salud radica en la ausencia de información sistemática disponible para la planeación de estrategias de intervención a nivel nacional, regional y local. Sin embargo, se ha planteado como desafío incluir en los registros regulares de ingreso y diagnósticos de situación de salud, la desagregación de datos según género, grupo etario y pertenencia a pueblo indígena (Ministerio de Salud - Banco Mundial, 2017).

El Ministerio de Salud en conjunto con el Banco Mundial han desarrollado un Plan para Pueblos Indígenas, el que contempla mejoras en la eficiencia del sector para la atención de la salud pública y en la calidad de los servicios de atención a la salud relacionados con enfermedades no transmisibles. Sin embargo, para alcanzar la equidad en salud, el objetivo de la política pública debe ser más amplio. Se debe buscar lograr el nivel máximo alcanzable de salud poblacional sin diferencias sociales.

Considerando que se entiende por equidad en salud el esfuerzo de reducir diferencias sanitarias entre grupos sociales, que son sistemáticas, evitables y consideradas injustas. Surge de ello, la pregunta acerca de qué tipo de desigualdades en salud son injustas y, por lo tanto, cuáles deben ser abordadas mediante la política pública. Las respuestas a estas preguntas condicionan la definición de las políticas y, por lo mismo, el potencial que tienen de alcanzar la equidad en salud. Una de las aproximaciones que están presentes en las distintas estrategias de políticas de equidad en salud, es la basada en los determinantes sociales estructurales de la salud, lo que abre un gran espectro de ámbitos de acción sectoriales y políticas sociales y económicas (Frenz & Titelman, 2013).

Es por eso que, en cuanto a las posibilidades de las políticas públicas hacia primera infancia indígena, los resultados de esta investigación presentan un desafío para el Ministerio de Desarrollo Social y el Subsistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo, por

cuanto identifica un grupo con alto grado de vulnerabilidad dentro de la primera infancia, que son los niños y niñas de 0 a 5 años pertenecientes a pueblos indígenas, por cuanto desde esta institucionalidad es posible actuar sobre las raíces socioeconómicas de las diferencias en salud, lo que permitiría abarcar una amplitud de sectores y políticas públicas, mucho más allá de la provisión de servicios básicos de atención en salud.

Las políticas económicas y sociales que impactan en la estratificación social y las condiciones de vida y trabajo de la población son fundamentales para lograr el objetivo de la equidad sanitaria (Frenz & Titelman, 2013). En esto juega un rol relevante el Chile Crece Contigo, ya que con el propósito de que la protección social incluya a niñas, niños y sus familias, establece una serie de garantías de acceso a ayudas, tales como el subsistema Chile Seguridades y Oportunidades, el que incluye el Programa Familias, que se encuentra dirigido a personas y familias en situación de pobreza extrema y contempla un conjunto de acciones, servicios y prestaciones sociales para mejorar su calidad de vida. Es aquí donde se presenta la mayor oportunidad en cuanto a desarrollar una política de promoción y protección social que aborde específicamente los determinantes sociales de la salud que afectan a los niños y niñas indígenas.

5.4 Limitaciones y alcances

La principal limitación de esta investigación ha sido la falta de información desagregada a nivel de primera infancia indígena, espacialmente en cuanto a las condiciones de salud. Actualmente, las bases de datos del Ministerio de Salud presentan información de indicadores de salud para la población en general y algunos grupos etarios, a nivel nacional y regional, pero carece de distinción por pertenencia a pueblos indígenas.

Es por eso que el alcance de este estudio se encuentra limitado a la medición de los indicadores que se definen a partir del modelo de determinantes sociales de la salud, lo que es posible gracias a que la encuesta de caracterización socioeconómica (CASEN) considera gran parte de los aspectos que resultan relevantes de analizar para conocer las condiciones de vida la población a nivel nacional y permite realizar filtros para distintos grupos de la población. En este caso, primera infancia y distinción de pertenencia a pueblos originarios.

5.5 Futuras líneas de investigación

A partir de la presente investigación se visualizan dos futuras líneas de investigación.

La primera dice relación con realizar un análisis de la oferta pública en salud hacia infancia indígena tanto en Chile, como en otros países de América Latina con el objeto de identificar factores relevantes a considerar para el diseño e implementación de una política pública hacia infancia indígena.

La segunda línea consta en medir y analizar los indicadores asociados a los determinantes sociales de la salud definidos y presentados en esta investigación, ampliando el grupo de análisis a niñas, niños y adolescentes de 0 a 18 años de edad, distinguiendo por etnia.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Borrel, C., y Artazcoz, L. (2008): *Las políticas para disminuir las desigualdades en salud*, Revista Gaceta Sanitaria, Volumen 22, No 5, Barcelona. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500012
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2010): *Salud materno infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos*. Recuperado de: <https://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/41668/LCW346.pdf>
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2005): *Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud*. Organización Mundial de la Salud.
- Frenz, P. (2005): *Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de la salud*. Revista Chilena de Salud Pública. Volumen 9(2): 103-110, Santiago. Recuperado de: <http://revistas.uchile.cl/index.php/RCSP/article/download/20128/21293/0>
- Frenz, P., & Titelman, D. (2013): *Equidad en salud en la región más desigual del mundo: un reto de políticas públicas en América Latina*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n4/a20v30n4.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social (2010): *Memoria de la Instalación del Sistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo 2006 - 2010*. Santiago de Chile.
- Ministerio de Desarrollo Social (2016) *CASEN 2015. Niñez y Adolescencia. Síntesis de Resultados*. Recuperado de: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_NNA.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social (2017): *CASEN 2015. Pueblos Indígenas. Síntesis de Resultados*. Recuperado de: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_pueblos_indigenas.pdf
- Ministerio de Salud. (2003). *Política de Salud y Pueblos Indígenas*. Santiago de Chile. Recuperado de: <http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/e/paises/chile/politica.pdf>
- Ministerio de Salud. (2013). *Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral*. Santiago de Chile. Recuperado de: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2013_Programa%20Nacional%20de%20Salud%20de%20la%20infancia%20con%20enfoque%20integral.pdf
- Ministerio de Salud (2014): *Orientaciones Técnicas para la elaboración de los Planes Regionales de Salud y Pueblos Indígenas de SEREMI de Salud Trienio 2015 – 2017*. Subsecretaría de Salud Pública. División Políticas Públicas Saludables y Promoción. Oficina Salud y Pueblos Indígenas. Recuperado de: http://dipol.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/Orientaciones-Tecnicas-2015-2017.pdf

- Ministerio de Salud - Banco Mundial (2017): *Plan para Pueblos Indígenas*. Santiago de Chile. Recuperado de: http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/04/PPI-Chile_HESSP-7-de-abril-2017-MINSAL-OK.pdf
- Molina H, Cordero M, Silva V. (2008): *De la sobrevida al desarrollo integral de la infancia: Pasos en el desarrollo del sistema de protección integral a la infancia*. Revista Chilena de Pediatría, Volumen 79 Suplemento 1 (11-17), Santiago de Chile. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000700002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Morales, A. (2014): *Mortalidad infantil como indicador de desigualdad del sistema de salud chileno*. Magíster en Políticas Públicas. Universidad de Chile. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/140719/Mortalidad-Infantil.pdf?sequence=1>
- Naciones Unidas y Gobierno de Chile (2014): *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Cuarto Informe del Gobierno de Chile*. Recuperado de: http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/upload/Cuarto_Informe_ODM.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2005): *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores*. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2011): *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud*. Rio de Janeiro, Brasil.
- Organización Mundial de la Salud. (Octubre de 2007). *Centro de prensa. Notas descriptivas: La salud de los pueblos indígenas*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2008): *Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/final_report/closethegap_how/es/
- Organización Mundial de la Salud (2015): *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Diez datos acerca del desarrollo en la primera infancia como determinante social de la salud*. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/10facts/es/
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2011): *Políticas Públicas para la Infancia*. Santiago de Chile. Recuperado de: <http://www.unesco.org/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/politicaspUBLICAS.pdf>

- Quiero, A. (2011): *Presentación Determinantes Sociales de la Salud*. Santiago de Chile. Recuperado de: <http://slideplayer.es/slide/3196389/>
- Servicio de Salud Metropolitano Sur (2016): *Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas*. Diciembre 9, 2017, de Servicio de Salud Metropolitano Sur Sitio web: http://ssms.cl/?page_id=4993
- UNICEF - CEPAL (2012): *Los derechos de las niñas y los niños indígenas*. Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Recuperado de: <https://www.unicef.org/lac/Desafios-14-CEPAL-UNICEF.pdf>
- UNICEF (2015): *Determinantes sociales y ambientales para el desarrollo de niños y niñas desde el período del embarazo hasta los 5 años: bases para un diálogo deliberativo*. Buenos Aires. Recuperado de: [https://www.unicef.org/argentina/spanish/SALUD_PBPrimeraInfancia_web\(1\).pdf](https://www.unicef.org/argentina/spanish/SALUD_PBPrimeraInfancia_web(1).pdf)
- UNICEF (2016): *Estado mundial de la infancia 2016: Una oportunidad justa para cada niño*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Nueva York. Recuperado de: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf
- Vega, J., Solar, O., & Irwin, A. (2005): *Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción*. Santiago de Chile.

Páginas web

- Chile Crece Contigo. (2017). [Internet] Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/>
- Consejo Nacional de la Infancia. (2017). [Internet] Disponible en: <http://www.consejoinfancia.gob.cl/>
- Ministerio de Salud. (2017). [Internet] Disponible en: <http://web.minsal.cl/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). [Internet] Disponible en: <http://www.who.int/es/>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2017). [Internet] Disponible en: <http://www.undp.org/>
- UNICEF. (2017) [Internet] Disponible en: <http://unicef.cl/web/>