

Contexto demográfico, desigualdad social e inequidad en salud de la niñez en México⁽¹⁾

Demographic characteristics, social inequality and inequity in Mexican childhood health

Guillermo J. González-Pérez¹, María G. Vega-López¹, Carlos E. Cabrera-Pivaral², Samuel Romero-Valle¹ y Agustín Vega-López¹

¹ Departamento de Ciencias Sociales, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, México. ggonzal@cencar.udg.mx, mgvega.lopez@gmail.com, s_romerovalle@yahoo.com.mx, agustin_vegalopez@yahoo.com.mx,

² Dirección de Investigación, Centro Médico de Especialidades de Occidente, IMSS. carlos_cabrera@prodigy.net.mx

Recibido 12 Diciembre 2010/Enviado para modificación 5 Enero 2011/Aceptado 25 Enero 2011

RESUMEN

Objetivos Caracterizar demográficamente el presente y futuro de la población infantil en México; relacionar condiciones demográficas y equidad social en la niñez y delinear los desafíos que éstas representan para la población infantil mexicana en los próximos años.

Métodos A partir de las proyecciones de población existentes se analizó el escenario presente y futuro de la población infantil en México. Se calcularon tasas de mortalidad por causas evitables en la infancia, por estados, por estados agrupados en cuartiles según nivel de marginación y por municipios agrupados según grado de marginación. Para medir la inequidad, se utilizó el coeficiente de Gini

Resultados Aunque disminuirá a futuro, el número absoluto de niños en México seguirá siendo elevado hacia 2025; el mayor número de niños reside en los estados con mayor marginación social. Existe un claro exceso de mortalidad evitable en dichos estados en relación con los de menor marginación. El Coeficiente de Gini alcanza su valor más alto en la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas (0,34). El exceso de mortalidad evitable es evidente en los municipios de alta y muy alta marginación.

Conclusiones Coexisten en México demandas relacionadas con el envejecimiento demográfico, pero también con el notable peso que mantendrá en los próximos años la población infantil; es notoria la inequidad en salud en la niñez, asociada a los altos niveles de marginación social; para modificar esta situación se necesitan profundos cambios estructurales que permitan reducir las desventajas injustas a las que están expuestos importantes núcleos poblacionales del país.

¹ Adaptado de la ponencia presentada por los autores en la 5th International Conference de la International Society for Equity on Health, realizada en Creta, Grecia, Junio 9-11 de 2009.

Palabras Clave: Desigualdades en la salud, aislamiento social, niño, mortalidad en la infancia, México (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objectives Demographically describing the present and future for Mexican children to correlate aspects regarding demographic and social equity during childhood and describing the challenges these variables represent for Mexican children during the next few years.

Methods The present and future scenario for Mexican childhood was evaluated using existing population projections. Mortality rates were estimated from avoidable causes during childhood per Mexican state, per state grouped by quartile depending on their marginalisation level and by municipality grouped according to their degree of marginalisation. The Gini coefficient was used for measuring inequality.

Results Even though the absolute numbers of children in Mexico will tend to decrease in the future, the number will remain high until 2025. A greatest numbers of children were living in states having the highest degree of social marginalisation. Avoidable mortality was higher in these states compared to states having lower marginalisation. The Gini coefficient was highest concerning mortality rate caused by acute respiratory infection (0.34). Excess of avoidable mortality was evident in municipalities having high and extremely high marginalisation.

Conclusions Conditions related to demographic ageing and childhood diseases coexist in Mexico. Inequity in children's health is evident; it is related to high levels of social marginalisation. In-depth structural changes are needed to change this situation which will lead to reducing some Mexican populations' unjust social disadvantages.

Key Words: Child, health inequality, social isolation, child mortality, Mexico (*source: MeSH, NLM*).

México, como muchos países latinoamericanos, está viviendo a comienzos del siglo XXI un intenso proceso de transición demográfica: después de décadas de presentar una elevada fecundidad (con tasas de fecundidad que llegaron a cifras cercanas a los 7 hijos en promedio por mujer en edad reproductiva entre 1950 y la primera década de los 70's), la tasa global de fecundidad se ha reducido notablemente, alcanzando valores cercanos a dos hijos por mujer; a su vez, la mortalidad - en especial aquella que se produce en los primeros años de vida- ha descendido paulatinamente desde mediados del siglo XX, y por tanto, esto se refleja en una disminución del ritmo de crecimiento poblacional -aunque la población sigue aumentando, se incrementa relativamente menos que lo que lo hacía en décadas anteriores- y en los cambios en la estructura por género y edad de la población, que comienza a ser cada vez más envejecida, dado que la

población en edades superiores a los 60 años -mayoritariamente femenina- se está incrementando aceleradamente (1).

Ahora bien, este proceso de envejecimiento -y las demandas y necesidades de todo tipo que este cambio poblacional lleva implícito para México y Latinoamérica- ha desviado, en buena medida, la atención de aquellos grupos poblacionales que tradicionalmente han sido mayoritarios en el país: los niños y adolescentes, así como las mujeres en edad reproductiva. Así, en la primera década del siglo XXI es más común escuchar hablar sobre cuántos ancianos hay o habrá en los próximos años, que de las características de la población infantil o adolescente, cómo estas poblaciones evolucionarán en los años venideros o cómo se distribuyen geográficamente en el país, de qué mueren los niños, o si los indicadores de salud infantil se comportan de forma equitativa al interior del país.

Aunado a lo anterior, es imprescindible analizar el entorno social y económico que rodea a la población infantil y su impacto en las condiciones de vida -en particular, en las condiciones de salud- de este grupo poblacional, dadas las desigualdades sociales predominantes en México: desigualdades entre estados o regiones del país o entre diferentes grupos sociales al interior de ellos.

En tal sentido, este estudio pretende caracterizar desde una perspectiva demográfica el presente y futuro de la población infantil; relacionar condiciones demográficas y equidad social en la infancia y delinear los desafíos que las condiciones demográficas y la inequidad social llevan implícitos para la población infantil de México en los próximos años.

METODOLOGÍA

A partir de los datos disponibles en las proyecciones de población del Centro Latinoamericano de Demografía,(2) se analizó la estructura de población infantil presente y futura de México, así como la distribución de la población infantil en grandes grupos de edades. Por otra parte, con la información sobre marginación social publicada por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) para 2005 (3), se agruparon los 32 estados del país en cuatro cuartiles (de 8 estados cada uno) ordenados de acuerdo a su grado de marginación (Cuartil I menor marginación social, Cuartil IV mayor marginación social).

El concepto de marginación social desarrollado por CONAPO considera la marginación social como un fenómeno estructural múltiple que toma en cuenta dimensiones (como Educación, Vivienda, Ingresos Monetarios y la Distribución de la población), formas de exclusión y la intensidad de la exclusión en el proceso de desarrollo y el disfrute de sus beneficios (por ejemplo analfabetismo, hacinamiento, población ocupada, población rural- en total, 10 indicadores de exclusión) (3). De tal modo, el índice de marginación calculado por CONAPO mide la intensidad global de la marginación socioeconómica en un área determinada, y por consiguiente, refleja las condiciones de pobreza y exclusión social de dicha área. La información para calcular el índice se obtiene básicamente de datos censales, y específicamente para el año 2005, de la información proveniente del Censo de Población realizado por el INEGI en dicho año.

Tras la agrupación de los estados en cuartiles, se procedió al cálculo de indicadores de salud infantil -así como de recursos sanitarios- para cada uno de los cuartiles, para la fecha más reciente disponible en las estadísticas oficiales (entre 2006 y 2007) (4) y se calculó la razón entre cuartiles extremos para poner de manifiesto las diferencias existentes en el comportamiento de tales indicadores. Dada la existencia de datos a nivel estatal, también se calculó para cada indicador el coeficiente de Gini (mediante el programa Epidat 3.1), (5) para analizar la desigualdad de su comportamiento entre Estados.

Finalmente, se agruparon los 2 454 municipios del país en cinco categorías de acuerdo con su grado de marginación social en 2005 -desde muy alta marginación hasta muy baja (6)- y se calcularon tasas de mortalidad en menores de 5 años por causas seleccionadas para el año 2007 en cada una de las categorías, además de la razón entre las tasas de los grupos extremos: muy alta marginación vs. muy baja.

RESULTADOS

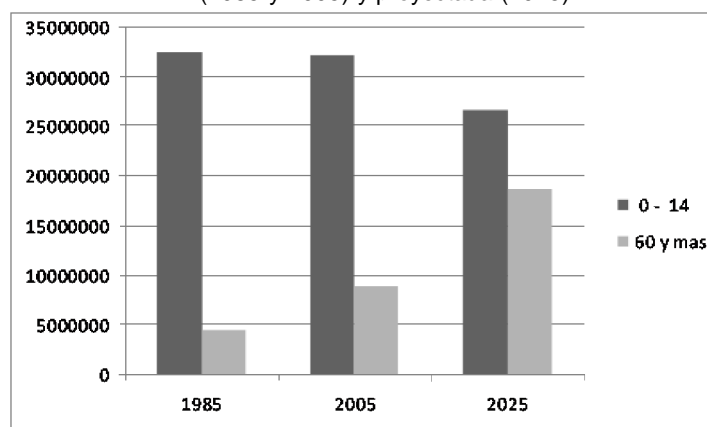
La Figura 1 permite observar los cambios en el volumen de la población infantil y anciana en México entre 1985 y 2025: si bien se observa un incremento marcado en el número de habitantes mayores de 60 años - que se prevé en 2025 sean alrededor de 18 millones de habitantes-, se esperaría que la población infantil estuviera cercana a los 27 millones para esa fecha (una cifra solo algo inferior a la encontrada en 2005 (casi 32 millones).

Obviamente, en términos proporcionales, el porcentaje de la población infantil sería francamente menor al observado en los años previos, en especial en 1985.

Por su parte, la Figura 2 muestra la estructura de la población infantil entre 1985 y 2025, apreciándose como mientras en 1985 predominaban los niños menores de 5 años en el conjunto de menores de 15 años, para el año 2005, se puede observar un mayor equilibrio entre los tres grupos de edades (0-4, 5-9 y 10-14) e incluso un mayor peso de los niños entre 5 y 9 años.

Según las proyecciones para el 2025, en México se esperaría una marcada preponderancia de los niños y adolescentes comprendidos en el grupo de 10 a 14 años de edad.

Figura 1. Mexico: población menor de 15 años, de 60 y más, observada (1985 y 2005) y proyectada (2025)



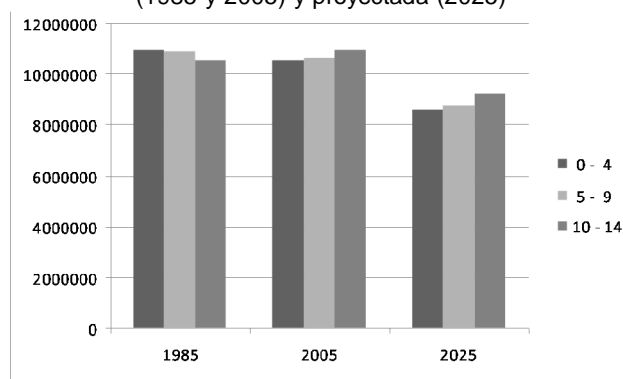
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CELADE (2009)

La Figura 3 pone de manifiesto el grado de marginación social de los estados en México (agrupados en cuartiles según su índice) y de igual forma, la proporción de población menor de 15 años en cada uno de ellos, también ordenada por cuartiles.

Los resultados evidencian que la mayor marginación social se concentra en varios Estados del sur del país -especialmente Guerrero, Oaxaca y Chiapas, mientras que en el Distrito Federal (donde se asienta la capital del país) y varios Estados del norte, los niveles de marginación son más bajos. A su vez,

la mayor proporción de población menor de 15 años se encuentra en los estados más marginados (en Guerrero, Oaxaca y Chiapas más de la tercera parte de la población es menor de 15 años), mientras la menor proporción de niños se observa en Estados con los menores niveles de marginación (como el Distrito Federal, con el 23 %)

Figura 2. Población menor de 15 años, por grupos de edad, observada (1985 y 2005) y proyectada (2025)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CELADE (2009)

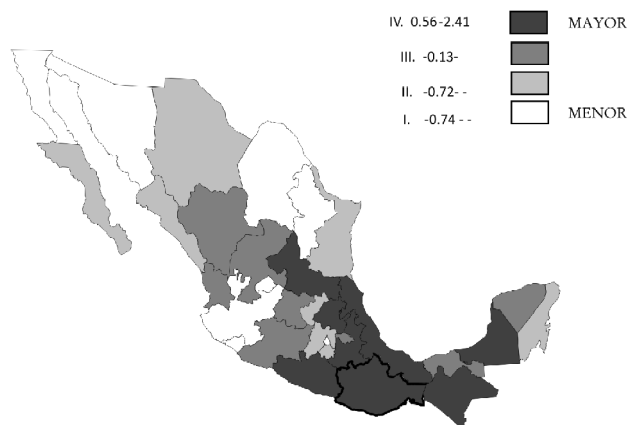
La Figura 3 pone de manifiesto el grado de marginación social de los estados en México (agrupados en cuartiles según su índice) y de igual forma, la proporción de población menor de 15 años en cada uno de ellos, también ordenada por cuartiles.

Los resultados evidencian que la mayor marginación social se concentra en varios estados del sur del país -especialmente Guerrero, Oaxaca y Chiapas-, mientras que en el Distrito Federal (donde se asienta la capital del país) y varios estados del norte, los niveles de marginación son más bajos. A su vez, la mayor proporción de población menor de 15 años se encuentra en los estados más marginados (en Guerrero, Oaxaca y Chiapas más de la tercera parte de la población es menor de 15 años), mientras la menor proporción de niños se observa en estados con los menores niveles de marginación (como el Distrito Federal, con el 23%)

En términos absolutos, en los Estados ubicados en el Cuartil IV (o sea, el de mayor marginación) se concentra la mayor cantidad de niños: más de nueve millones en 2007, casi la tercera parte de los niños mexicanos. Es en estos Estados donde el Producto Interno Bruto per cápita es más bajo, y donde el Índice de Desarrollo Humano es menor. Aunque para 2025 se prevé que la

cifra de menores disminuya en toda la nación, el Cuartil IV seguirá contando con la mayor cantidad de niños. (Tabla 1)

Figura 3. México: índice de marginación social, por Estados, ordenados en cuartiles. 2005



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de COMAPO (2009)

Tabla 1. México: porcentaje de población menor de 15 años (observada 2007 y proyectada 2025), índice de desarrollo humano (IDH), 2004; producto interno bruto

Cuartiles	2007		2025		PIB PER CAPITA 2006	IDH 2004
	Población < 15 años	%	Población < 15 años	%		
Cuartil IV	9 536 701	32,29	7 354 765	28,21	48 377,12	0,7533
Cuartil III	5 618 024	31,42	4 196 866	16,10	53 408,74	0,7757
Cuartil II	8 383 657	29,33	7 313 033	28,05	71 676,31	0,8022
Cuartil I	8 200 760	27,53	7 206 872	27,64	134 846,40	0,8439
Total	31 739 142		2 6071 536			

Nota: (PIB) per cápita (en pesos mexicanos), 2006. Valores ponderados por cuartil.
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de COMAPO y SIMAIS

De acuerdo con la información presentada en la Tabla 2, es en los Estados ubicados en el cuartil IV -aquellos con mayor marginación social- donde se observa una mayor mortalidad infantil (un 50% mayor que la del cuartil I, que agrupa a los estados menos marginados); mayor mortalidad por enfermedades diarreicas agudas (casi triplica la del cuartil I) y por desnutrición (igualmente casi es el triple de la observada en el cuartil I). Aunque no presenta la tasa más elevada, la mortalidad por enfermedades respiratorias agudas en el cuartil IV excede en un 50 % la observada en el cuartil I. Por si esto fuera poco, es en

este Cuartil donde menos pediatras por niños menores de 15 años hay -la cifra del cuartil I duplica la del cuartil IV-; además, los estados agrupados en este cuartil reciben en su conjunto apenas la mitad del gasto público en salud per cápita que reciben los estados en el cuartil I.

Además, uno de cada diez estudiantes de primaria en los estados comprendidos en el cuartil IV terminan sus estudios de este nivel después del momento en que deberían hacerlo (o no los terminan), mientras en el cuartil IV este porcentaje es solo del 4 %.

Tabla 2. México: indicadores de mortalidad evitable, ineficiencia terminal en educación básica y recursos sanitarios según cuartil, alrededor de 2006-007.

Cuartil	Mortalidad infantil (2006)	Mortalidad EDAS <5 a.(2006)	Mortalidad IRAS <5a.(2006)	Mortalidad desnutrición <5a.(2006)	Pediatras por 10000 niños<15ª (2007)	Gasto público en salud, per cápita (pesos) (2007)	Ineficiencia terminal(2007) %
Cuartil IV	21.7	28.41	32.17	12.19	1.74	1.952,22	10,52
Cuartil III	18.67	16.78	21.88	6.8	2.14	2.245,65	8,3
Cuartil II	16.14	17.26	44.34	9.85	2.35	2.049,28	6,4
Cuartil I	14.44	9.71	21.33	4.23	3.62	4.036,78	4,45
Razón V/I	1.5	2.93	1.51	2.88	0.48	0,48	2,36
Gini	0.1	0.3	0.34	0.32	0.21	0,25	0,32

Nota: Tasa de mortalidad infantil por 1,000 nacidos vivos; EDAS: Enfermedades Diarreicas Agudas. Tasas por 10,000 hab. <5 años; IRAS: Infecciones Respiratorias Agudas. Tasas por 10,000 hab. <5 años; Tasas de mortalidad por desnutrición: Tasas por 10,000 hab. <5años; Fuente: Elaboración propia a partir de datos de COMAPO y SIMAIS

Por otra parte, el coeficiente de Gini evidencia que la desigualdad entre estados en las principales causas de muerte evitable en la niñez es -aunque relativamente moderada- claramente mayor que la observada en la distribución del gasto público en salud, o del índice de pediatras por población infantil.

Tabla 3. México, 2007: tasas de mortalidad en menores de 5 años según causas evitables, población menor de 5 años y número de municipios, según grado de marginación municipal en 2005

Grado de marginación	EDAS <5	IRAS <5	DESNUT <5	MAL DEF <5	POB <5	Municipios
Muy alta	39.21	34.81	20.22	18.64	568,771	279
Alta	25.75	33.95	13.82	9.42	1,316,741	423
Media	17.73	26.38	8.05	7.62	1,167,493	501
Baja	14.06	24.54	5.95	7.23	1,479,076	886
Muy baja	9.11	24.63	4.39	4.74	5,334,248	365
Razón Muy alta/Muy baja	4.30	1.41	4.61	3.93		

Nota Tasas por 10,000 hab. <5 años; EDAS: Enfermedades Diarreicas Agudas; IRAS: Infecciones Respiratorias Agudas; DESMUT: Desnutrición; MALDEF: Causas Mal Definidas; Fuente Elaboración propia a partir de datos de COMAPO y SIMAIS

Finalmente, en la Tabla 3 se puede apreciar que en los municipios con muy alta marginación, la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas y por desnutrición más que cuadruplica la tasa que presentan los menores de 5 años en los municipios con más baja marginación; la mortalidad por infecciones respiratorias agudas es un 40% más alta y las muertes por causas mal definidas casi cuadruplica la tasa que presentan los municipios de menor marginación.

Además, es evidente la existencia de un gradiente en el comportamiento de estos indicadores: las tasas disminuyen en la medida que disminuye el grado de marginación, por lo que las tasas que se observan en los municipios con alta marginación son también claramente elevadas.

DISCUSION

Es indudable que la información mostrada refleja una realidad: la población infantil, en números absolutos, no ha disminuido hasta el presente en México; incluso, para el año 2025 cabría esperar casi 27 millones de niños, una cifra que -aunque algo menor a la existente en la actualidad- continúa siendo sumamente elevada. Si a esto se agrega que la población con 60 años y más -si bien es y seguirá siendo en las próximas décadas menor a la población infantil- continúa aumentando notablemente, se pone de manifiesto que México vive un momento que puede identificarse como de "coexistencia de demandas" -demandas de atención de todo tipo, en particular de salud, para niños y ancianos de forma simultánea- que constituyen innegablemente un desafío para los sistemas sociales en general y los servicios de salud en especial, los cuales tienen que buscar soluciones ahora a problemas acuciantes de naturaleza distinta. En otras palabras, en términos sanitarios hay que incrementar la atención geriátrica sin desviar ni disminuir los recursos destinados al cuidado de la infancia.

Otro punto a destacar en este análisis es el referido a los cambios internos en la estructura por edades de la población infantil, obviamente relacionados con el descenso observado en la fecundidad en México. Mientras en 1985 predominaban los niños menores de 5 años en el conjunto de menores de 15 años, para el año 2005 se puede observar un mayor equilibrio entre los tres grupos de edades (0-4, 5-9 y 10-14). Según las proyecciones para el 2025, se esperaría un marcado predominio de los niños y adolescentes comprendidos en el grupo de 10 a 14 años de edad.

Este cambio estructural que gradualmente se está dando no solo en México, sino también en la mayoría de las naciones latinoamericanas, cobra especial

relevancia pues lleva implícito un nuevo reto para las instituciones: la necesidad de implementar estrategias novedosas y oportunas para la atención y protección a la infancia en áreas como la salud y la educación, en tanto se está pasando paulatinamente de tener una mayor demanda de lactantes y niños pequeños a aquellas derivadas de una creciente población adolescente precoz (o sea, en las primeras edades de la adolescencia), con necesidades propias de su edad y totalmente diferentes a las que genera la primera infancia.

A la par de los cambios demográficos que está experimentando la población mexicana, y en particular la infantil, es necesario abordar las desigualdades sociales y como éstas se reflejan en la marcada inequidad en la salud de la niñez mexicana.

Hace casi dos décadas, Whitehead (7) definió la inequidad en salud como aquellas diferencias en salud que son innecesarias, inevitables e injustas; más recientemente, Braveman (8) ha señalado que la equidad puede ser definida como la ausencia de disparidades sistemáticas en salud (o en los principales determinantes sociales de la salud) entre grupos con diferentes niveles de ventaja o desventaja social -en términos de poder, bienestar o prestigio social-; a partir de estas definiciones básicas, la Sociedad Internacional para la Equidad en Salud (9) ha definido la equidad como la ausencia de diferencias sistemáticas y potencialmente remediables en uno o más aspectos de la salud, la educación, la nutrición y las condiciones de vida de las personas en el contexto de poblaciones o grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica y/o geográficamente. En tal sentido, equidad es un concepto más cercano a la noción de justicia distributiva como respuesta a necesidades y demandas de ciertos grupos o poblaciones.

Obviamente, un concepto de esta naturaleza puede ser enfocado a la población infantil: entonces, se estaría hablando de equidad en la infancia cuando no existan diferencias sistemáticas y potencialmente evitables en uno o más aspectos de la salud, la educación, la nutrición y las condiciones de vida de la niñez en contextos definidos social, económica o geográficamente. En este trabajo, se hace especial referencia a la equidad en salud, vista en términos geográficos.

Aunque diversos autores han documentado importantes disparidades sociales en salud en países desarrollados -en particular en lo concerniente a salud materno-infantil- (8), estas alcanzan su mayor expresión en Latinoamérica, región en la cual se ha observado la mayor desigualdad en el ingreso a nivel

mundial: mientras que el 30% más pobre de la población recibe apenas el 7,5 % del ingreso, el 5 % más rico recibe el 25 % del total de ingresos de la región (10). En un continente donde predominan los bajos ingresos, esta desigualdad -que se puede constatar en México mediante la existencia de grandes núcleos poblacionales que viven en estados y municipios en condición de alta y muy alta marginación y exclusión social- impacta desfavorablemente en las condiciones de vida de la población, especialmente de la niñez, pues los hogares carecen de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

En tal sentido, estudios recientes indican que más de la mitad de los niños y niñas de México viven en condiciones de pobreza moderada o extrema, y solo alrededor del 13 % de la población infantil tiene un adecuado nivel de bienestar, un porcentaje menor al de la población adulta y al de la adulta mayor (11).

Sin dejar de reconocer los avances que han existido en México en cuanto a salud infantil, es un hecho cierto que las disparidades permanecen y que son los estados más marginados los que no solo tienen mayores problemas de salud en la infancia, sino también menos apoyos y recursos para revertir la situación. En otras palabras: los estados más pobres de México tienen la mayor población infantil, los índices de mortalidad evitable en la infancia más elevados y, sin embargo, cuentan con menos pediatras y en general, menos recursos para la atención a la niñez. En estas causas, la desigualdad entre estados es más marcada, como indica el coeficiente de Gini.

En tal sentido, los resultados de este estudio apuntan a que esta situación es todavía más extrema al comparar los municipios según su grado de marginación: aún sin contar con información sobre recursos humanos y materiales, el observar como las tasas de mortalidad por causas mal definidas son mucho más elevadas en aquellos municipios con muy alto grado de marginación sugiere pensar en las carencias existentes para un diagnóstico adecuado de las enfermedades en la infancia. No se puede obviar que casi dos millones de niños menores de 5 años viven en municipios de alta o muy alta marginación.

Así, es evidente la existencia de diferencias sistemáticas y potencialmente evitables en la salud de la niñez mexicana: por el solo hecho de nacer en Chiapas, o en un municipio de muy alta marginación, la probabilidad de muerte de estos niños por causas esencialmente evitables es marcadamente mayor.

Los elementos anteriormente expuestos llaman la atención sobre el papel del estado en la protección de la infancia y los recursos destinados a este fin.

De acuerdo con datos de la CEPAL (12), son los países que destinan un mayor porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) al gasto social los que presentan mejores indicadores de salud infantil; en tal sentido, Cuba, Uruguay, Argentina y Costa Rica, por citar algunos, destinaron en el bienio 2002-03 entre el 29,2 % y el 18,8 % del PIB al gasto social, y exhiben tasas de mortalidad infantil comparables con las de los países desarrollados. Sin embargo, Guatemala, Nicaragua, Perú destinaron menos del 10 % del PIB al gasto social, y sus indicadores de salud infantil dejan mucho que desear. Incluso México dedica apenas 10,6 %, cuando la media ponderada regional es de 15,1 %.

Aunque la inversión en programas sociales y económicos parece tener un impacto favorable en las condiciones de vida de la población infantil -al menos a nivel general-, no queda claro si para el gobierno mexicano invertir en salud infantil sea considerado como una prioridad; sin embargo, dadas las inequidades que persisten en este sentido en México, no bastaría con destinar más recursos a la niñez, sino que se necesitaría implementar un conjunto de acciones dirigidas a los grupos sociales y a las regiones en condiciones desventajosas y en franca exclusión social, y buscar alternativas para una distribución de la riqueza mucho más justa, que permitiera reducir las disparidades en salud en la infancia, otorgando más recursos a los estados y municipios que más necesidades de salud tienen y rompiendo inercias y prácticas burocráticas en la asignación de recursos humanos y materiales.

Si se considera -como se ha expuesto previamente- que en los próximos veinte años el número absoluto de niños no disminuirá dramáticamente, que la población anciana crecerá sustancialmente y que buena parte de la población menor de 15 años vivirá en los estados más marginados del país, la reducción de las inequidades en salud de la población infantil mexicana es sin dudas un desafío mayúsculo para las instituciones involucradas en la atención y protección de la infancia y para todos aquellos encargados del diseño de políticas sociales, sanitarias y educativas que tienen como propósito mejorar las condiciones de vida de los niños y adolescentes en México♦

REFERENCIAS

1. González-Pérez GJ, Vega-López MG, Muñoz A, Cabrera C, Romero S, Arias E. Retos Demográficos para el Sistema de Salud en México. En: González-Pérez GJ, Vega-López MG, Romero-Valle (coord.) Los Sistemas de salud en Iberoamérica, de cara al siglo XXI. Guadalajara: Edit. Universidad de Guadalajara-OPS; 2004.

2. Centro Latinoamericano de Demografía [Internet] (CELADE). Estimaciones y proyecciones de población. 1950-2050. (Actualizadas en Septiembre de 2009 en base a las estimaciones y proyecciones vigentes en el CELADE. Revisión 2008) Disponible en: http://www.eclac.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm/MEXpobto.xls Consultado Noviembre 12, 2009.
3. Consejo Nacional de Población (COMAPO). Índices de Marginación 2005. COMAPO, México DF, 2006 [Internet]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/margina2005/01_b.pdf Consultado Noviembre 26, 2009.
4. Sistema Nacional de Información en Salud de la Secretaría de Salud (SIMAIS). Base de datos de Mortalidad 1979-2007 [Internet]. Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/basededatos/defunciones.html> Consultado Septiembre 23, 2009.
5. Xunta de Galicia. OPS. Epidat. Programa para análisis epidemiológico de datos tabulados, versión 3.1., Washington, DC; enero 2006.
6. Consejo Nacional de Población (COMAPO). Índices de Marginación a nivel localidad 2005. COMAPO, México DF, 2007 [Internet]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/indice2005xloc.htm> Consultado Noviembre 26, 2009.
7. Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. *Int. J. Health Services* 1992; 22:429-445
8. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J. Edidemiol. and Community Health* 2003; 57: 254-258
9. International Society for Equity in Health (ISEQH). [Internet]. Disponible en: http://www.iseqh.org/workdef_sd.htm Consultado Junio 5, 2009.
10. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Construir Equidad desde la Infancia y la Adolescencia en América Latina. Santiago de Chile: CEPAL-UMICEF-SECIB;2001.
11. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (COMEVAL) Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México. Resultados nacionales y por entidad federativa 2008. [Internet] Disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/contenido/home/6595.pdf> Consultado Diciembre 14, 2009.
12. Machinea JL. CEPAL. Panorama Social de América Latina, 2005. Santiago de Chile: CEPAL;2005.