



La mortalidad infantil en Antioquia como consecuencia de la desigualdad: Una mirada desde
la Justicia Social como instrumento para combatir los malos ambientes de salud.

Cristian Atehortua Castaño

Trabajo de grado para optar al título de sociólogo

Asesor:

Jaider Camilo Otálvaro

Magister en Salud Pública

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Departamento de Sociología

Medellín

2019

Agradecimientos:

A mi abuela Inés, una mujer a carta cabal, que siempre espera lo mejor para sus nietos y a la que nuestros logros los siente como propios, gracias.

A mi fuerza y motivación, mi madre Carmen, y a mi tía Amparo, que han trabajado toda su vida para brindarle sustento material a su familia pues los golpes de la vida así les enseñó a demostrar el cariño, lo que me permitió llevar con más tranquilidad este pregrado a buen término, gracias.

A mi tía Ligia, que con sus detalles, su paciencia, su amor y su forma particular de ver la vida me enseñó que la existencia no es a blanco y negro y que la vida es más parecida a una paleta de acuarelas como las que ella utiliza para pintar, gracias.

A Celina y a Maribel, que sin ninguna obligación para conmigo fueron parte fundamental de mi crianza, siempre pendientes de mi bienestar y siempre dispuestas a ayudarme, gracias.

A este matriarcado del cual estoy absolutamente orgulloso, gracias; porque gracias a ustedes hoy puedo decir que soy Sociólogo de la Universidad de Antioquia.

Tabla de contenido:

Resumen.....	7
Abstract	8
Salud y mortalidad materno infantil en Antioquia: La desigualdad como injusticia social.	10
Pregunta orientadora	18
Capítulos:	
1: ¿Por qué es importante estudiar el impacto de los ambiente de salud en la crianza?	19
2: Los ambientes de salud en la crianza desde la mirada relacional del poder.	25
3: La pobreza infantil como la principal fuente de aparición de malos ambientes en salud y la lucha de Los Determinantes Sociales de la Salud, la Justicia Social y las Políticas Públicas para erradicarla.	28
4: Políticas públicas en Colombia que interfieren en los ambientes de salud de la infancia.	38
5: Algunas variables para entender, desde la perspectiva de la pobreza, el contexto de las desigualdades en la crianza que son consecuencia de los malos ambientes de salud en Antioquia.	46
5.1: Variables poblacionales.....	46
5.2: Variables e índices referentes a condiciones de pobreza.....	47
5.2.1: PIB per cápita.....	48

5.2.2: Pobreza.....	49
5.2.3: Miseria.....	50
5.2.4: Condiciones de vida.....	51
5.2.5: Calidad de vida.....	52
5.3: Sistema de salud.....	53
5.3.1: Tipo de afiliación al sistema de salud.....	53
5.3.2: Percepción sobre situación de salud.....	54
5.4: Acceso a servicios públicos.....	54
5.4.1: Alcantarillado.....	55
5.4.2: Acueducto.....	56
5.5: Situación Alimentaria.....	56
5.6: Educación.....	58
5.6.1: Años de educación.....	59
5.6.2: Analfabetismo.....	59
5.7: Mortalidad Materno-infantil.....	60
5.8: Comparativa entre el comportamiento de algunas variables divididas por quintiles para el año 2013.....	62
Consideraciones finales.....	64

Índice de tablas:

Tabla 1: Comparación del comportamiento de algunas variables demográficas entre Antioquia, Colombia y Chocó en los quinquenios 2010-2015 y 2015-2020.	15
Tabla 2: Población de Antioquia por subregiones para el año 2013.....	46
Tabla 3: PIB per cápita de Antioquia por subregiones y su porcentaje de participación para los años 2013-2014 y 2015	48
Tabla 4: Porcentaje de hogares en Antioquia con al menos una necesidad básica insatisfecha (Pobreza) por subregiones.....	49
Tabla 5: Porcentaje de hogares en Antioquia con al menos dos necesidades básicas insatisfechas por subregiones en los años 2011 y 2013.....	50
Tabla 6: Índice multidimensional de condiciones de vida para los años 2011 y 2013 de las subregiones de Antioquia.....	51
Tabla 7: Índice de calidad de vida para los años 2011 y 2013 de las subregiones de Antioquia.....	52
Tabla 8: Porcentaje de la población Según Tipo De Afiliación Al Sistema De Seguridad Social En Salud por subregiones: Antioquia 2013	53
Tabla 9: Percepción de los jefes de hogar sobre la situación de salud en Antioquia en los últimos 12 meses según subregiones- 2013	54
Tabla 10: Porcentaje de viviendas en Antioquia que poseen o no el servicio de alcantarillado por subregiones- 2013	55
Tabla 11: Porcentaje de viviendas en Antioquia que poseen o no el servicio de acueducto por subregiones- 2013.....	56

Tabla 12: Hogares en Antioquia por subregiones donde alguna vez un niño o un joven sólo comió una vez al día o dejó de comer todo un día por falta de dinero en los últimos 30 días - 2013.....	57
Tabla 13: Hogares en Antioquia por subregiones que alguna vez se quedaron sin alimento por falta de dinero en los últimos 30 días- 2013.....	58
Tabla 14: Promedio años de educación en toda la población y discriminada por sexo en las subregiones de Antioquia para el año 2013	59
Tabla 15: Tasa de analfabetismo de 15 años y más por 100 personas para las subregiones de Antioquia-2013	60
Tabla 16: Tabla comparativa de la tasa de Mortalidad Infantil y la tasa de Mortalidad Materna en Antioquia por subregiones en los años 2011-2013-2014 y 2015.....	61
Tabla 17: Tabla comparativa entre el comportamiento de la tasa de mortalidad infantil y otras variables para el año 2013.....	62

Índice de gráficos:

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

Resumen:

En la actualidad el estudio de la relación existente entre la mortalidad infantil y el comportamiento de algunas variables poblacionales, económicas y sociales relacionadas con la pobreza, se convierte en un punto nodal a la hora de intentar acercarse al tema de las desigualdades en una sociedad. Si bien la tasa de mortalidad infantil se utiliza como un indicador de salud, esta está relacionada con las condiciones de vida de los estratos sociales, culturales y económicos de una población por lo que también funciona como un verdadero *indicador del grado de desarrollo de una comunidad en su totalidad*, lo que hace que esta tasa ocupe un lugar importante entre los indicadores socio-económicos (Taucher, 1979), y por ende, si entra en detrimento, estaría reflejando la poca capacidad de un Estado de cumplir el cometido de mejorar la calidad de vida de sus integrantes pues en *la niñez las condiciones de pobreza dificultan el desarrollo tanto físico, mental y emocional como el cultural, social, familiar o espiritual de los niños al ser privados del apropiado desarrollo de libertades individuales como es el caso del acceso a una vivienda digna, a la atención sanitaria, a tener una educación escolar, alimentación, seguridad y protección e información (Determinantes sociales de la salud), desencadenando en malos ambientes de salud que en algunas circunstancias privan al niño o niña del derecho fundamental de la vida*, lo que se traduce en altas tasas de morbimortalidad infantil.

Palabras clave: Mortalidad, niñez, infancia, determinantes sociales de la salud, ambientes de salud, desigualdades.

Abstract:

Nowadays, the study of the relationship between child mortality and the behavior of some populational, economic and social variables, related with poverty, becomes a nodal point when it comes to approaching the topic about inequalities in society. Although the child mortality rate is used as a health indicator, it is related to the living conditions of the social, cultural and economic strata of a population; so it also works as a real community total development level indicator, which gives this rate relevance among other socio-economic indicators (Taucher, 1979), and therefore, if it has a detriment, that would show the little power a State has to fulfill the mission to improve the life quality of its members, because during childhood the poverty conditions hamper the physical, mental and emotional development, as much as the cultural, social, familial or spiritual development of children, as they are deprived of proper individual liberties such as the case of access to dignified housing, sanitary attention, scholar education, food, security and protection and information (health social determinants), leading to bad health environments where under some circumstances the boy or the girl can lose the fundamental right to life, triggering into high child mortality rates.

Keywords: Mortality, childhood, social determinants of health, health environments, inequalities.

“El ser humano, en calidad de ser social no necesita solamente contar con unas buenas condiciones materiales, sino que ya desde la primera infancia necesitamos sentirnos valorados y estimados. Necesitamos amigos, necesitamos sociedades más sociables, necesitamos sentirnos útiles y necesitamos un cierto nivel de control sobre un trabajo valioso. Sin todo ello, nos volvemos más propensos a la depresión, al uso de las drogas, a la ansiedad, la hostilidad y a la desesperación, y todo ello repercute en la salud física. Confiamos en que al tratar de resolver algunas de las injusticias sociales y materiales, las políticas no sólo mejorarán la salud y el bienestar sino que además, reducirán una serie de problemas sociales que florecen junto con la mala salud y que también encuentran sus raíces en algunos de esos mismos procesos socioeconómicos” (Marmot & Wilkinson, 1998).

Salud y mortalidad materno-infantil en Antioquia: La desigualdad como injusticia social.

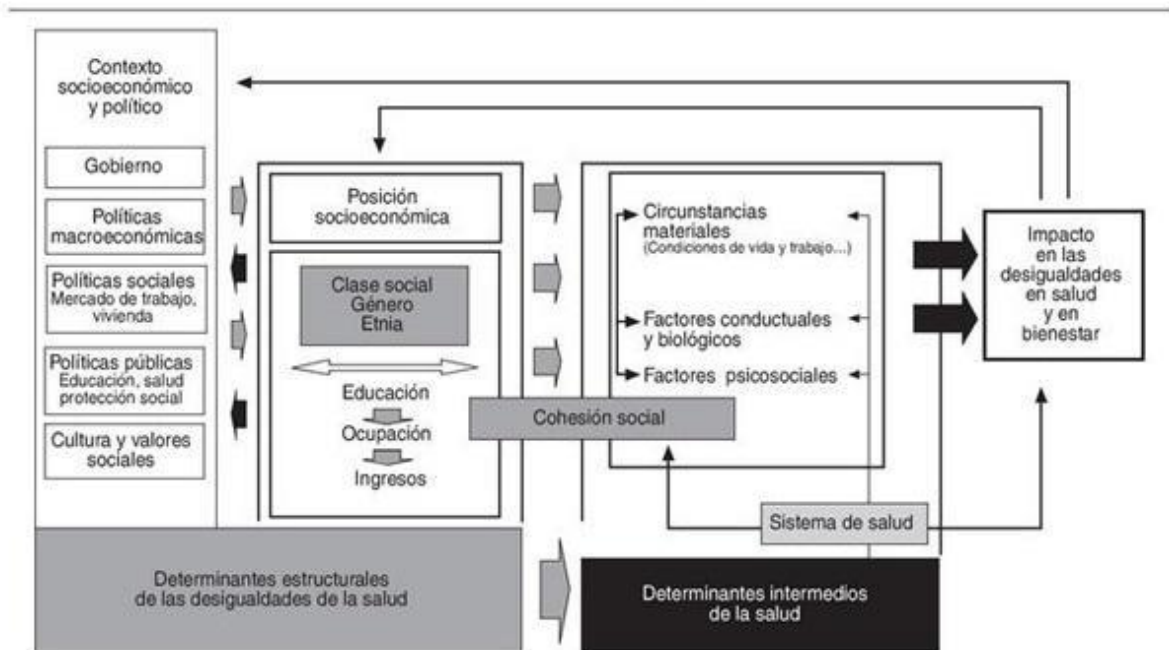
En busca de una reducción de las inequidades tanto económicas como sociales, tema que ha tomado relevancia investigativa en las últimas décadas, *el estudio sobre las desigualdades en salud se ha potenciado pues una reducción en esta brecha de desigualdad (O inequidad, dependiendo de la perspectiva teórica que se quiera trabajar) indicaría que la sociedad se ha movido en dirección a satisfacer las necesidades humanas* (Marmot, 2005, p. 1103) desde una mirada más completa, pues el avance que se ha tenido en su estudio ha mostrado que para abordar las condiciones de salud en la población se necesita ir más allá del análisis de ciertas variables de corte biológico preguntándose por la importancia del entorno donde el sujeto se desarrolla, pues éste es nutrido por unos determinantes sociales que repercuten directamente en las condiciones de salud de las personas (Pega et al., 2017, p. 784) estructurando comportamientos e interactuando mutuamente en la generación de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe final del 2008 se acerca al concepto de “Determinantes Sociales de la Salud” de la siguiente manera:

La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural»... Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud (OMS, 2008).

En este mismo documento se plantea una forma de abordarlos la cual se representa en el siguiente cuadro:

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



Tomado del texto de Solar O y Irwin A. (2007) Conceptual framework for action on the social determinants of health.

La perspectiva de la OMS sobre los determinantes sociales de la salud se puede relacionar con la teoría sobre el Desarrollo Humano de Amartya Sen en textos como El desarrollo como libertad (2000), pues los determinantes tienen la función de promover aspectos que ayuden a desplegar “capacidades” en los individuos; las capacidades son definidas por el economista como las diferentes combinaciones de funciones que el individuo puede conseguir y que le permiten lograr distintos estilos de vida que tienen como fin el pleno gozo de “las libertades fundamentales”. Las capacidades son entonces un conjunto de oportunidades que los individuos pueden poseer, o no, y de las cuales se depende para poder acceder a cierto tipo de “privilegios” que se tienen cuando se vive en sociedad.

En estos términos, la pregunta por cómo se ejercen las libertades en una población vendría siendo la pregunta por cómo se está combatiendo las condiciones que facilitan la desigualdad, por cómo interactúan unas con otras y cuál es la mejor manera de superarlas:

La libertad es esencial para el proceso del desarrollo por dos razones diferentes. 1) La razón evaluativa: La valoración del progreso debe hacerse tomando en cuenta principalmente si mejoran las libertades que tiene la gente. 2) La razón efectividad: La consecución del desarrollo está completamente subordinada al libre albedrío de la gente. [...] la razón evaluativa para enfocarnos en la libertad (Sen, 2000).

Desde este punto de vista las libertades son un fin pero también son un medio por el cual, en una interacción constante, logran ser factores sustanciales para la superación de todo tipo de brechas que aparecen en la vida cotidiana, desplegando capacidades en los sujetos que les permiten vivir en unas condiciones más dignas y menos injustas; esta es una de las razones por las que la sociología se interesa por este tema, pues, la pobreza, el desempleo, la precariedad laboral, la calidad de la vivienda, el barrio de residencia, el nivel educativo, la clase social o el género, entre otros, son determinantes sociales que tienen injerencia en las condiciones de salud de la población siendo reflejo del funcionamiento de esa sociedad en específico.

Si admitimos, como se trató anteriormente, que en la salud no sólo interfieren factores (recursos), biorganicos sino también ambientales, sociales, económicos y culturales, aspectos que en su mayoría podrían ser agrupados en lo que se conoce como pobreza¹, y que es consecuencia de decisiones políticas, procesos históricos de dominación y perpetuación de desigualdades, reconocemos que *hay diferencias en salud innecesarias, evitables e injustas* (Borrell, 2015) siendo éstas la consecuencia de una *distribución desigual de los recursos* entre los que estaría incluido el poder (Rivera, 2015), que favorecen a su vez la presencia de otro tipo de desigualdades como la social y la económica.

¹ Según El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo la pobreza más allá de la carencia monetaria, abarca múltiples carencias a nivel de los hogares y las personas en los ámbitos de la salud, la educación y el nivel de vida.

Así pues, para tratar la desigualdad en su concepto más extenso, es necesario acudir directamente a la noción de justicia, pues solo si se tiene claridad sobre cuáles de las *diferencias* presentes en una sociedad responden a *procesos históricos o sociales* se puede decir cuáles *diferencias son justas y cuáles por el contrario injustas* (Desigualdades), y así, para ponerlo en términos de lo que quiere tratar este escrito, saber cuáles son las *capacidades que se tienen que potenciar* para generar libertades que les permitan a los individuos *vivir en condiciones más dignas y menos desiguales*. Esta preocupación se manifiesta en diferentes escritos entre los que se encuentra el informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008) de la OMS, que muestra cómo las políticas sociales y económicas ejercen directamente un efecto en la posibilidad, entre otras cosas, de que *un niño crezca sano y desarrolle todo su potencial teniendo una vida próspera, o de que ésta se malogre* (OMS, 2008), teniendo en el espíritu de la justicia social un aliado para subsanar las desigualdades.

En todo el mundo se presentan diferencias sanitarias que están estrechamente relacionadas con la situación (de pobreza o no) en la que la gente vive, éstas se presentan tanto entre países como dentro de los mismos y abordarlos desde una perspectiva que gire en torno a la formulación y el seguimiento de políticas públicas basadas en el estudio de los determinantes sociales de la salud se convierte en un punto fuerte en la superación de la desigualdad; al buscar una articulación de diversos sectores con el fin de abordar los problemas de la población de una manera integral la política pública ataca fuentes de vulnerabilidad como el poco acceso a la salud y a la educación, la desnutrición, entre otras (Martínez, 2005).

Los estudios sobre desigualdades en la infancia en la actualidad tienen en el modelo ecológico y relacional un aliado importante a la hora de visibilizar el mayor número de variables que interactúan en los procesos y las dinámicas desiguales de la crianza (Martínez, 2005); variables que van desde las demográficas y las económicas hasta las biológicas y psicosociales tienen influencia en los procesos de socialización que se da entre los menores y

su entorno (determinantes sociales de la salud), lo que desde un análisis multidimensional facilita la aproximación a esta categoría desde la noción de relación de poder.

Esto ayudaría a explicar por qué los modelos de crianza en ciertos lugares del mundo como Colombia, y en este caso particular Antioquia, están permeados por preceptos que ayudan a afianzar ciertos valores dentro de la sociedad donde por medio del ejercicio de un rol como adulto significativo se le da una orientación a los cuidadores de cómo se deben de dar los procesos de crianza y donde el Estado cumple la función juez y verdugo, pues muchas de las condiciones que son necesarias para superar la desigualdad están por fuera del control de los que ejercen el rol de cuidadores y aun así para el Estado éstos son los principales responsables del bienestar de los niños.

Según la gobernación de Antioquia (2016), en las proyecciones del DANE para el 2017 había un total de 6.534.857 de habitantes en el territorio, conformados por 3.193.573 hombres y 3.341.284 mujeres y donde casi la mitad de la población, unas 3.266.413 personas son menores de 29 años, lo que hace que Antioquia sea un departamento joven demográficamente hablando; donde la población menor de 14 años asciende a 1.585.780, 535.099 tienen entre 0 y 4, 525.013 entre 5 y 9 y 525.668 entre 10 y 14.

La tasa de fecundidad del departamento que se proyectó para el quinquenio comprendido entre 2015 y 2020 por el DANE es de 2.09 hijos por mujer fértil, una tasa levemente inferior a la proyectada para Colombia que se encuentra en 2.27, pero muy inferior a la presentada en otros departamentos como el Chocó que presenta una de 3.30, tasas que si bien han tenido una moderada reducción en comparación con el quinquenio inmediatamente anterior que se encontraba en 2.12, 2.36 y 3.63 respectivamente, muestran la diferencia de condiciones en las que se encuentra Antioquia, que en su mayoría de aspectos está en una mejor situación que otros departamentos.

En la siguiente tabla se muestran otros de los datos proporcionados por el DANE en sus proyecciones 2015-2020, en la cual se evidencia el comportamiento de otras tasas como la de Natalidad que también se redujo de una manera pareja tanto en Antioquia y Chocó como en el país; en contraste tenemos que la tasa de mortalidad infantil presenta una reducción significativa de 5.4 puntos en el Chocó y 2.1 puntos en el departamento de Antioquia, mientras que en Colombia la reducción sólo fue de 1 punto; aun así, y aunque la reducción en Chocó es la más significativa, la diferencia con el departamento de Antioquia es abrupta siendo casi de 50 puntos. La esperanza de vida al nacer se comporta de una manera similar, mejora sus datos en el quinquenio actual pero el panorama sigue siendo mejor para Antioquia y Colombia al ambas ubicarse por encima del Chocó en casi 6 años.

Tabla 1: Comparación del comportamiento de algunas variables demográficas entre Antioquia, Colombia y Chocó en los quinquenios 2010-2015 y 2015-2020.

Quinquenio	Antioquia		Colombia		Chocó	
	2010-2015	2015-2020	2010-2015	2015-2020	2010-2015	2015-2020
Tasa de Natalidad.	17,09	16,44	19,40	18,18	29,27	27,12
Tasa de Mortalidad Infantil.	17,00	14,90	17,90	16,90	70,40	65,00
Esperanza de Vida al Nacer.	74,56	76,25	73,76	75,02	69,30	70,64

Datos tomados de las proyecciones del Dane: Censo Nacional de Colombia 2005.

Como vimos anteriormente el departamento de Antioquia presenta unos datos más esperanzadores, inclusive sus tasas están por encima del promedio nacional, pero cuando hacemos una comparación en el interior, en sus municipios, notamos que están presentes condiciones de desigualdad que es pertinente evidenciar, pues las diferencias que podemos observar entre lo rural y lo urbano en algunos casos específicos son preocupantes, como es el caso de la mortalidad infantil donde la tasa del departamento fue de 14.1 en 2016², teniendo a

² Información tomada de la página del DANE en Cuadro 2. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR MUNICIPIO (Defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos) Serie 2005-2016.

los municipios del área metropolitana entre sus mejores datos, por ejemplo Medellín con 11.1 y Envigado 6.2, pero en algunos municipios principalmente rurales como Murindó y Necoclí la tasa que se presentó en el mismo año fue mucho mayor, 39.8 y 32.2 respectivamente, muy cercana a la de Chocó que fue de 40.9.

La encuesta de calidad de vida en Antioquia realizada en el año 2013 muestra en algunos de sus resultados que si bien el porcentaje de hogares con al menos una necesidad básica insatisfecha (NBI) o en condición de pobreza en términos generales tuvo una mejoría con respecto a la medición del 2011 (el índice pasó de 17.30 a 15.06), si nos vamos a la minucia observamos que este índice aumentó abruptamente en lo rural mientras que en lo urbano decreció, pasando de 36.87 a 44,98 y de 10,75 a 4,05 respectivamente, lo que nos muestra un innegable aumento de la desigualdad en la brecha campo-ciudad en el departamento. Esta idea se refuerza aún más cuando observamos que el porcentaje de hogares con dos o más necesidades básicas insatisfechas (MISERIA) aumentó en casi dos puntos al pasar de estar en 2,84 para el 2011 a 4,39 en 2013, nuevamente teniendo un descenso, esta vez moderado en lo urbano (pasando de estar en 1,06 a 0,42), pero un elevado aumento en lo rural (8,15 en 2011 y 15,18 en 2013).

Los estudios que muestran una relación entre los estados de salud y la pertenencia a una condición social se pueden situar principalmente en un campo que se denominó epidemiología social; Segura (2013) plantea a este campo como un lugar donde convergen diversas ciencias y disciplinas como la sociología y la salud pública, y donde, aunque se utilizan los conceptos y las herramientas de la epidemiología, su accionar se basa principalmente en evidenciar la relación existente entre la salud y el contexto social que permea a los individuos. Desde hace algún tiempo:

No solo se publican cada vez más estudios de este tipo en las revistas científicas y hay mayor interés por ellos en los jóvenes epidemiólogos, sino que este interés empieza a extenderse a los gobernantes. Muestra de ello es el impacto que está teniendo el reciente estudio de

determinantes sociales de salud de la OMS/ONU, o la incorporación de análisis de situación de las DSS, y de objetivos de reducción de las mismas, en algunas agendas políticas europeas, nacionales, regionales y locales. (Segura, 2013).

Como consecuencia de ello en Colombia y el mundo se han desarrollado diversos estudios que muestran la importancia de ligar este tema con la política pública, desencadenado en artículos y publicaciones en general que buscan dar cuenta de dicha relación; “Epidemiología, equidad en salud y justicia social” es un ejemplo de ello y busca evidenciar el vínculo de algunas maneras de entender la Epidemiología (moderna, social anglosajona y social latinoamericana) con teorías de justicia social en el marco de dos grandes tradiciones políticas y de pensamiento: el liberalismo y la teoría crítica de la sociedad, con el fin de aportar elementos para ampliar la discusión epistemológica, ética y política de la Epidemiología como disciplina científica y su contribución en la reducción de inequidades en salud (Arias, 2017); otro ejemplo podría ser “Las políticas para disminuir las desigualdades en salud” que revisa las políticas para disminuir las desigualdades sociales en salud y presenta algunos ejemplos. Previamente repasa el modelo sobre los determinantes sociales de las desigualdades en salud. El modelo descrito sobre los determinantes de las desigualdades en salud es el utilizado por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, que contiene tres elementos principales: el contexto socioeconómico y político, la posición socioeconómica y los factores intermediarios (Borrell & Artazcoz, 2008).

Este tipo de estudios han demostrado que la morbilidad materno-infantil es una cuestión de gran importancia para la política pública, pues *tasas como la mortalidad infantil funcionan como un verdadero indicador del grado de desarrollo de una comunidad en su totalidad* (Díaz & Alonso, 2008) al estar relacionado con condiciones de vida de los estratos sociales, culturales y económicos de la población, y aunque se utiliza como indicador de salud también ocupa un lugar importante entre los indicadores socio-económicos (Taucher, 1979), pues las nuevas generaciones son las que tendrán que cargar con el relevo generacional que es

la base para que las sociedades se mantengan vivas, y un detrimento en estos indicadores estaría reflejando la poca capacidad cumplir el cometido de mejorar la calidad de vida de las poblaciones.

Pregunta orientadora.

¿Cómo la mortalidad infantil, bajo una mirada enfocada en los determinantes sociales de la salud, sirve para evidenciar condiciones de desigualdad en el departamento de Antioquia en el periodo acontecido entre 2011 y 2013?

Capítulos:

1. ¿Por qué es importante estudiar el impacto de los ambientes de salud en la crianza?

Las investigadoras Marta Martínez y María Cristina García en su artículo La crianza como objeto de estudio actual desde el modelo transaccional (2012) dicen que los primeros estudios sobre crianza se enfocaban en estilos que promovían un “comportamiento competente” en los niños y niñas preescolares, concepto que se asociaba con un menor que fuera feliz, independiente, autónomo y cooperativo; estos estudios se han convertido en una parte fundamental para la comprensión de los procesos de socialización y desarrollo infantil, enfocándose en las relaciones del niño o niña con su cuidador.

La crianza tomó forma como objeto de estudio en la segunda mitad del siglo XX, bajo estudios con diseños correlacionales o de laboratorio simples, teniendo como principales exponentes los estudios realizado por *Baldwin en 1945*³ o por *Baumrind en los años de 1967*⁴, *1971*⁵ y *1973*⁶; el método estadístico que se utilizó en estos estudios, y en otros publicados posteriormente, fue el análisis de varianza con énfasis en variables individuales que como resultado mostraban diferencias grupales sobre una dimensión única. A medida que se llegaba al fin del siglo la perspectiva de laboratorio simple ya no era la única visión posible de la cual aprender sobre la crianza; *la pregunta acerca de cuál es la forma en la que el contexto de crianza debe variar para promover el desarrollo* tomaba vigencia, pero ésta vez se tenía presente que las madres y los padres (o el cuidador) ajustan su rol en respuesta a las necesidades y a las características de sus niñas y niños, a las condiciones en las cuales viven, y a las

³ Patterns of parent behavior.

⁴ Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior

⁵ Current patterns of parental authority.

⁶ The development of instrumental competence through socialization.

circunstancias de sus propias vidas (Martínez & García, 2012, p. 172). Aparece entonces hacia mediados de la década del 70 el modelo ecológico propuesto por Urie Bronfenbrenner como una nueva perspectiva para los estudios en la crianza; Bronfenbrenner en las primeras líneas de su texto *Ecología del desarrollo humano* (1987) nos define el desarrollo como *“Un cambio perdurable en el modo en que una persona percibe su ambiente y se relaciona con él”* (p. 23), lo que puso en el centro de la discusión en los estudios de este tipo el concepto de ambiente como algo que se extiende más allá del entorno inmediato para *abarcas las interconexiones entre distintos entornos y la influencia que sobre ellos se ejercen desde entornos más amplios como la familia, los pares, la comunidad y la cultura* (Bronfenbrenner en Martínez & García, 2012, p. 173), categorizando a la crianza como un lugar de interconexión, donde confluyen varios sectores de la sociedad; y por ende, su estudio no se puede centrar en una única dimensión.

Este texto plantea entonces al ambiente como un conjunto de estructuras seriadas o entornos (también las podemos entender como dimensiones) donde cada uno está supeditado al anterior, el primer entorno es el más inmediato y contiene a la persona en desarrollo, este nivel puede ser su escuela o el hogar y está en total relación con el segundo, pues en este es donde se materializan las relaciones de interdependencia entre dos o más entornos inmediatos *“Es posible que la capacidad del niño para aprender a leer en los primeros cursos no dependa menos de cómo se le enseña que de la existencia y la naturaleza de los lazos que unen la escuela y el hogar”* (Bronfenbrenner, 1987, p. 23) como también sería posible plantear que *las situaciones sanitarias y de salud que afecta a las personas, entre ellos a la infancia, no responden únicamente a causas biológicas sino que dependen en gran medida de las condiciones en las que se relacionan los individuos con su entorno*. Un tercer nivel nos pone frente a la posibilidad de que el desarrollo de una persona se pueda ver afectado por cosas que ocurren en entornos con los que ni siquiera tienen contacto, como ejemplo tenemos que *el*

desarrollo de un niño en las sociedades modernas está estrechamente relacionado con las condiciones de empleo de sus padres; por último, la cuarta dimensión nos dice que las pautas que se tiene en la sociedad sobre el desarrollo pueden verse afectadas al producirse cambios socialmente aceptados en la conducta de las personas.

En la actualidad los estudios que giran en torno a la crianza están permeados por la perspectiva de derechos (Izzedin & Pachajoa, 2009), lo que significa que la crianza no puede ir en contra de la normatividad vigente; la norma debe ser entendida como un bien para los niños y es necesario que ponga límites a sus cuidadores, *ya que el Estado, por medio de múltiples instituciones, tiene el deber de cumplir un rol de supervisor en las prácticas de crianza*; a éste tipo de crianza se le denomina como una crianza humanizada (Posada, Gómez & Ramírez, 2008) y nos lleva a plantear la crianza como un constructo social, pues esta perspectiva nos dice que:

La crianza humanizada [...] considera a los niños, niñas y adolescentes como gestores de su propio desarrollo, con los cuidadores adultos como modelos, pues como afirma el político francés Jean Jaurés, no se enseña lo que se sabe, no se enseña lo que se quiere, se enseña lo que se es [...] En el caso de prácticas de crianza humanizada se pretende que los niños, niñas y adolescentes hagan, alcancen, esperen, necesiten, sientan, les guste y sean lo que ellos pueden y deben ser (Posada, Gómez & Ramírez, 2008, p. 297).

Desde este enfoque se tiene a la sociedad y al Estado como principales jueces de los procesos de crianza, pues dichos procesos *deben dar respuesta a las necesidades que se tiene como sociedad*; para que esto ocurra, se le da pie a la aparición de un sin fin de relaciones entre las personas, destacándose en ellas el rol de la crianza como fundamental para el buen funcionamiento de la vida en sociedad.

Para entender la crianza como uno de los muchos roles que puede cumplir una persona cuando vive en sociedad es necesario en primera instancia decir que “rol” remite a un *“conjunto de actividades y relaciones que se esperan de una persona que ocupa una posición determinada en la sociedad, y las que se esperan de los demás, en relación con aquella”*

(Bronfenbrenner en Peñaranda, 2011, p. 949); cumpliendo la función de, como nos dice Frederick (1972), ser puente entre la sociedad y el individuo, pues el rol vincula la conducta esperada del individuo con sentimientos y valores culturalmente aceptados.

El cambio hacia una perspectiva de derechos, nos muestra a la crianza como un rol que se otorga a adultos significativos⁷, bajo unos conocimientos, pautas, valores y sentimientos en torno a los significados sociales de la crianza en un contexto socio-histórico particular, cambiando la noción de que los niños y niñas

Son jugadores relativamente pasivos dentro del proceso de la socialización, ya que se ha logrado obtener un cuerpo substancial de evidencia que demuestra las muchas maneras en que los niños y niñas contribuyen a sus ambientes, y específicamente influyen en la crianza que reciben; por este motivo, los investigadores e investigadoras se centran ahora en considerar las maneras en las cuales los padres y madres influyen sobre los niños y niñas, y éstos influyen sobre sus padres y madres (Martínez & García, 2012, p. 170).

Haciendo una relación entre Bronfenbrenner y Peñaranda (2011) se puede proponer que el contexto socio-histórico contribuye a la crianza por medio de la socialización, tanto primaria como secundaria, esto no vendría siendo otra cosa que la base del modelo ecológico, pues se entremezcla con un contexto ontológico-experiencial, dándole singularidad a este rol y lo encamina hacia un proceso de individuación. La socialización primaria (entorno inmediato) se encarga de dotar al niño o niña de significantes que permiten su introducción a la sociedad, al interiorizar la forma de concebir el mundo de sus adultos significativos; este proceso supone la adquisición de hábitos, normas y comportamientos, apropiándose de actitudes y valores que les permiten la identificación de roles dentro de su entorno, en ese sentido la crianza es más que un acto cognitivo; es vivencial y emocional, es la base de la identidad.

De esta manera, el niño o niña se apropia de los roles y actitudes de los otros significantes, lo cual es necesario para la construcción de su propia identidad. Ésta la construye el individuo

⁷ Según Shaffer (1972) los adultos significativos, son todos aquellos, responsables de los niños en sus hogares (Familia, vecinos, docentes, padres representantes y cuidadores). George Herbert Mead utiliza este término para hacer referencia al rol de crianza que abarca dos funciones centrales: educación y cuidado del niño o niña.

dentro de un proceso dialéctico entre “la autoidentificación y la identificación que hacen los otros, entre la identidad objetivamente atribuida y la que es subjetivamente asumida” (Berger & Luckmann en Peñaranda, 2011, p. 951).

A la socialización primaria estar atada a *características socio-históricas*, la crianza se encuentra cargada de pautas donde comporta secuencias de aprendizaje socialmente definidas (Berger & Luckmann, en Peñaranda 2011, p. 951), por ejemplo es común en las instituciones de salud *el programa de Crecimiento y Desarrollo*, creado bajo la resolución 412 del 2000 del ministerio de salud; desde estos programas, presentes en todo el territorio nacional se le *dan* a los adultos significativos *ciertos parámetros* de cómo debe de ser el desarrollo físico, motriz y psicológico de los niños y niñas con el fin de *disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad* por causas evitables, lo que convertiría al adulto significativo, poniéndolo en palabras de Winnicott (1994), en “un experto” en la crianza del niño o la niña.

Por su parte, y en estrecha relación con el segundo y tercer nivel que plantea el modelo ecológico, la socialización secundaria hace referencia al proceso de internalización de submundos o realidades concretas distintas a las interiorizadas por medio de la socialización primaria, en instituciones que no necesariamente tienen que ser la institución familia, como es el caso de la salud, laboral, política, religiosa, entre otras. Esta socialización se caracteriza por ser un poco más laxa ya que a diferencia de la primaria, donde el niño o la niña no puede abandonar su rol pasivo ya que los patrones socializantes le vienen impuestos, en ésta la elección de los patrones y pautas que se internalizarán se da en un momento más consciente.

De esta manera las instituciones participan en la producción del “universo de significados socialmente compartido”, el cual se encarna por medio de roles concretos. Los roles, que abarcan dimensiones cognoscitivas, morales y emocionales, configuran mediaciones entre la realidad objetiva (universo de significados socialmente compartidos) y la realidad subjetiva (Berger & Luckmann en Peñaranda 2011, p. 951).

Como se puede observar, la socialización nunca es total y nunca termina (Berger & Luckmann en Peñaranda 2011, p. 952) pues normalmente la secundaria se construye desde la primaria y no contra ella. *En este sentido el rol en la crianza del adulto significativo se pone*

en discusión en terrenos de esta última socialización (la secundaria) donde por medio de las instituciones se ejerce influencia sobre el sentido de ese rol y se determina las funciones que este debe cumplir. En muchos casos, la influencia ejercida por las instituciones alrededor de la crianza alcanza a cooptar otros aspectos de la vida de los sujetos por medio de un proceso dialéctico entre socialización e individuación, pues la socialización secundaria se convierte en un dispositivo de “*control simbólico*” para la “*construcción y distribución de formas de la especialización de los sujetos y, por lo tanto, la precondition para la producción y reproducción de la cultura*” (Bernstein en Peñaranda, 2011. p. 952).

Así pues, se podría plantear que *los estudios* sobre condiciones de salud *en la infancia* en una población específica sirven como *radiografía de cómo están funcionando los procesos de socialización* tanto primaria como secundaria entre los adultos significativos y las instituciones en general, donde se van construyendo pautas en razón de la *delimitación de roles en la crianza* según las necesidades que una determinada sociedad priorice para esta labor, pero también son muestra de cómo *los ambientes de salud* son tanto consecuencia como razón de *la relación que hay entre las características culturales y las condiciones sociales y económicas de la población.*

2. Los ambientes de salud en la crianza desde la mirada relacional del poder.

Como se ha dicho anteriormente, *los estudios en la crianza* están muy relacionados con la vida en sociedad y con la forma en como esta se debería de dar; desde autores como Norbert Elias (1998) se propone que la vida moderna se da gracias a *los procesos de autorregulación*, pues resultan imperativos para la convivencia, y se convierten en un patrón que regula pasiones e impulsos, por eso, desde los procesos de crianza se plantea la necesidad de *propiciar las condiciones para que los individuos se autorregulen*, para esto, Elias en *La civilización de los padres* y otros ensayos (1998) se basa en los procesos civilizatorios para plantear un paradigma relacional que subraya la interdependencia entre diferentes dimensiones donde tenemos las de orden político, sociológico y psíquico para proponer una teoría del control social según la cual

Los controles externos se debilitan al provecho de una racionalización más fuerte de los controles internos. Elias no afirma que el control de la sociedad sobre el individuo ha dejado de existir, sino que tiende a ser interiorizado por el propio individuo (Urteaga, 2013).

Esta interiorización es el resultado de la interdependencia entre el individuo y lo societal pues ni el primero está externo al segundo ni el segundo está por fuera del primero, pero esta relación sí varía dependiendo de los controles estatales presentes en una época determinada (Leyva, 2002), por ello desde los estudios de corte relacional es importante la elaboración de las líneas de vinculación entre las acciones y méritos de acciones individuales históricos conocidos, y la estructura de las asociaciones sociales dentro de las cuales aquellos cobran importancia (Elias, 1996).

En este sentido si planteamos *los ambientes de salud como una relación de poder*, despojando a esta categoría de una noción abstracta e inmutable, ya que al centrar el análisis en *“las relaciones de poder”* se le da una connotación de *“socialmente construida”* nutrida bajo una relación de interdependencia, decimos que:

No están en una posición de exterioridad con respecto a otros tipos de relaciones (procesos económicos, relaciones de conocimientos, relaciones sexuales), sino que emanan de las últimas;

son el efecto inmediato de las divisiones, desigualdades y desequilibrios que ocurren en estas últimas y son además las condiciones internas de estas diferenciaciones (Foucault en Emirbayer, 1997, p. 297).

El “*poder*” que generalmente se aborda como si se tratase de una especie de entidad o posesión, también puede ser abordado como un *proceso de objetivación* tal como nos sugiere el enfoque relacional; desde esta perspectiva, *los ambientes de salud* aparecen como producto de las relaciones sociales, pues surge de la mediación sujeto-objeto, por esta razón, pasa de ser tomado como un concepto de sustancia a un concepto de relación. Dicho proceso de objetivación puede ser entendido como la estabilización que mediante un proceso de valuación los integrantes de cierta sociedad le dan a las relaciones que se presentan en su entorno, relaciones que generan ambientes de interdependencia, como es el caso que se presenta entre la situación de la salud en un territorio y las condiciones económicas y sociales en una sociedad. Definir estos *ambientes* en términos relacionales del poder sería entenderlos como la consecuencia de las posiciones que los actores sociales ocupan en una o más redes (Knoke en Emirbayer, 1997, p. 296), en palabras de Elias (1978) el poder es el núcleo de las figuraciones cambiantes -en efecto, el centro mismo del proceso de figuración- es un equilibrio fluctuante, tenso, un balance moviéndose de un lado a otro.

El ambiente de salud se encuentra inmerso en una relación de poder donde *por un lado el Estado*, que tiene el deber constitucional de proteger el derecho a la salud al considerarse conexo a la vida⁸, con la intención de mejorar las cifras de morbilidad y mortalidad, *ejerce poder* a través de instituciones que *por medio del diseño y ejecución de políticas públicas* impactan la vida de los individuos; tal y como dice Graham (2004) la desigual distribución de los determinantes sociales de la salud lleva a desigualdades en salud; *por el otro los individuos* que hacen parte del Estado se encuentran inmersos en un *contexto socioeconómico específico* que determina en gran medida las condiciones de salud en las que viven y del cual a gran parte

⁸ Sentencias 076 de 1994, 192 de 1994, 010 de 1999 y 304 de 1998

de la población *les es difícil salir* debido a la *falta de cobertura y al mal manejo de la implementación de las políticas concernientes a mejorar las cifras de desigualdad*, por tal motivo los individuos con niveles socioeconómicos más altos tienden no solo a tener más esperanza de vida, sino también a tener menos enfermedades crónicas, más años vividos libres de discapacidad y mejor salud auto percibida, en comparación con los individuos con niveles socioeconómicos más bajos (Ramos, 2009).

3. La pobreza infantil como la principal fuente de aparición de malos ambientes en salud y la lucha de Los Determinantes Sociales de la Salud, la Justicia Social y las Políticas Públicas para erradicarla.

En 2015 el desarrollo del niño en la primera infancia fue incluido por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en sus Objetivos de Desarrollo Sostenible basándose en que cada niño tiene derecho a desarrollarse “en la máxima medida posible” y reconociendo “el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social”.

Más allá de una dimensión económica *la pobreza* se puede definir como *un estado de existencia en el cual una persona no tiene cubiertas las necesidades básicas para vivir*, en otras palabras, una persona pobre carece de lo que necesita para sobrevivir. *En la niñez las condiciones de pobreza dificultan el desarrollo tanto físico, mental y emocional como el cultural, social, familiar o espiritual*, pues se les priva del apropiado desarrollo de libertades individuales como es el caso del acceso a una vivienda digna, a la atención sanitaria, a tener una educación escolar, alimentación, seguridad y protección e información, *desencadenando en malos ambientes de salud que en algunas circunstancias privan al niño o niña del derecho fundamental de la vida*, por lo que la pobreza es la principal causa de la violación de los derechos infantiles tal y como se definen en la Convención sobre los Derechos del Niño, lo que se convierte en un obstáculo para alcanzar su pleno potencial y participar como miembros plenos de la sociedad (Unicef, 2015).

La pobreza infantil es un fenómeno complejo e injusto, puesto que afecta a personas especialmente vulnerables que por ello deberían estar especialmente protegidas, es así como los derechos de los niños deberían estar por encima que los de los demás; el artículo 44 de la

Constitución Política de Colombia indica: “Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión”.

Desde la niñez la pobreza tiene consecuencias que se proyectan en el mediano y largo plazo, estudios relacionados con el tema⁹ demuestran que existe una fuerte asociación entre pobreza y mala salud, desnutrición, mortalidad, acceso y abandono escolar, *trabajo infantil, exposición a situaciones de riesgo, y otras circunstancias que constituyen obstáculos para el bienestar y el desarrollo de los niños y las niñas* en sus primeros años pero que repercuten en la edad adulta.

Abordar la perspectiva de *los determinantes sociales de la salud* como vía para lograr una equidad social y sanitaria en *los ambientes de salud*, presupone plantear que las inequidades en salud *son desigualdades injustas y por ende evitables*, pues como se ha dicho anteriormente afectan a principalmente a los grupos poblacionales más desfavorecidos como es el caso de la infancia. Desde dicha perspectiva se *busca explicar* de una manera más asertiva *las diferencias que existen entre las diversas comunidades* con relación a las condiciones de vida, salud y bienestar, teniendo en La Justicia Social un eje central para orientar las discusiones alrededor del debate político que engloba lo que es justo y lo que no, así como también para *entender* la influencia que ejercen las condiciones políticas, económicas, sociales, culturales, históricas y ambientales sobre la salud y el *bienestar de los colectivos humanos*.

Cortés (2013) entiende a *la justicia como el bienestar y la seguridad social garantizados por un orden social*, esta premisa se apoya en las *teorías liberales utilitaristas* de justicia que proponen un orden social que *debe proteger ciertos intereses socialmente reconocidos por la*

⁹ Blanco. M., Vargas, J. F. y Vargas, J. E. (2010). Los niños y las niñas son los principales afectados por las crisis económicas, y los impactos son perdurables. En: “Primero la Primera Infancia”. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

mayoría como dignos de ser protegidos yendo *en contra* de la idea Platónica de *la justicia como felicidad*, debido a que no es viable que en un orden social se obtenga la totalidad de las aspiraciones de bienestar y felicidad individual, si se tienen en cuenta dos factores, a saber: la escasez de recursos y la ambición o el egoísmo humano, pues los intereses sociales que deben ser protegidos son aquellos que hacen posible la libertad; teniendo al Estado como su principal protector tanto en la esfera pública como en la privada éste debe proteger el mercado y la libre competencia para promover el desarrollo económico como condición del desarrollo social y humano (Peñaranda, 2015).

Por lo anterior algunos autores resaltan desde *una mirada* que también podría ser catalogada como *utilitarista*, pues desde ella el bienestar de los niños y niñas es visto como un medio para alcanzar un bien mayor, que *una atención oportuna durante los primeros años de vida contribuye de manera óptima en la superación de la pobreza pues ayuda a transformar las condiciones de vida en el mediano y largo plazo de una sociedad*¹⁰; estimaciones de la UNICEF dicen que por cada dólar invertido en el desarrollo de un niño en la primera infancia se puede esperar un rendimiento hasta de 13 dólares (unicef.org). *Esta postura liberal de la justicia*, que parte del realismo Hobbesiano, entiende a la justicia como algo que *va desde lo estatal a lo interestatal*, dejando por fuera lo supraestatal, de no ser así se estaría violando el derecho soberano de cada Estado de ejercer poder dentro de sus fronteras:

[...] mientras que en el marco doméstico el Estado tiene el monopolio de la violencia, y lo usa sancionando a aquellos que violan las leyes, no puede haber una autoridad supraestatal con un monopolio de la fuerza. Todos los Estados son soberanos. El principio de la soberanía de los Estados no se puede unificar con una autoridad supraestatal (Hobbes en Cortés, 2013).

Por su parte Kant plantea que un Estado de derecho no puede garantizar la paz interna si no se dan simultáneamente los procesos jurídicos de la paz de acuerdo con el derecho internacional

¹⁰ Un estudio emblemático al respecto es realizado por Brazelton y analizado en el artículo: A theoretical basis for investing in early child development, publicado por el Grupo Consultivo en Primera Infancia y Desarrollo en Diciembre de 1991

y de una paz cosmopolita (Kant en Cortés, 2013), lo que podría extrapolarse para el tema que aquí nos compete en que *los Estados necesitan basarse en una idea común de Justicia para poder adaptarla dentro de sus fronteras*, esto se logra a partir de la incorporación del derecho internacional en las políticas públicas concernientes a cada Estado y de los convenios que se hacen con organizaciones supranacionales como la ONU, la OMS entre otras.

Si bien este tipo de estudios con matiz utilitarista justifican la necesidad de una intervención desde la Doctrina Internacional de los Derechos de la Niñez y sustentados por los discursos PSI para combatir las condiciones de pobreza, *actualmente es necesario replantear la manera en cómo entendemos la niñez* pues el contexto ha cambiado dando pie a otro tipo de relaciones sociales, políticas, económicas y culturales que no permiten que la relación entre pobreza y niñez se aborde de la misma manera. En primera instancia la mirada utilitarista entiende a la infancia como quien no tiene la capacidad de la persona adulta para saber, pensar y vivir¹¹ y por lo tanto se necesita que un adulto significativo se encargue de su bienestar, lo que hace una división tajante entre quien es adulto y quien no que se agudizó durante el siglo XIX y hasta mediados del XX con la creación de marcos legales y políticas sociales específicas enfocadas en “las condiciones de vida” de la infancia y que se reforzaban en un “Sistema de protección tutelar”:

El problema de la pobreza infantil fue “la cuestión socialmente problematizada” en este campo. Este problema ha sido objeto de diferentes políticas público-sociales (estatales y de la sociedad civil) que fueron dándole forma al campo, y determinaron las respuestas institucionales al respecto. (Luciani, 2010)

Una perspectiva menos utilitarista de *la justicia social* planteada por Peñaranda (2015) nos dice que ésta se refiere a *la forma como se distribuyen los bienes y las cargas en la sociedad, la definición de los derechos de las personas y la forma cómo se llevan a cabo los procesos de toma de decisiones*, teniendo al ingreso y la riqueza, el poder y las oportunidades, los deberes

¹¹ La palabra “infans” viene del latín, que significa “el que no habla”, basado en el verbo “for” (hablar, decir). La palabra infancia en latín (infantía) equivalía a “incapacidad de hablar”.

y los derechos, así como los empleos y los honores entre los bienes que se distribuyen; esta definición se apoya en que *la forma de entender la justicia puede variar dependiendo de las diferentes morales que las orientan*, producto, a su vez, de *concepciones diversas sobre la sociedad* y el sujeto que implican posiciones políticas distintas en tensión y conflicto (Peñaranda, 2015).

La anterior connotación de la justicia que extrapola el término a un aspecto más político *critica la instrumentalización del ser humano planteada por el utilitarismo* y encuentra en corrientes como *la justicia como equidad* de John Rawls y *el enfoque de las capacidades* de Amartya Sen y Martha Nussbaum unos referentes teóricos potentes, ambas proponen una *justicia distributiva* que compense a los grupos humanos, a los cuales *la organización injusta de la sociedad no les garantiza la oportunidad para llevar una vida digna* (Peñaranda, 2015); Rawls pone énfasis en los bienes primarios y la importancia de que las sociedades creen *instituciones justas* basándose en un principio de *diferencia*; por su parte, Sen (2010) se centran en el sujeto partiendo de *la solución de injusticias concretas*, sin esperar la transformación estructural de la sociedad para actuar, con una teoría que tiene al *desarrollo como fuente principal para desplegar capacidades*, postura de la que luego partiría Nussbaum para proponer su “*Enfoque de capacidades*” que busca por una parte hacer una conexión entre las capacidades y los derechos humanos y por otra fundamentar todo esto en *la dignidad humana* (Alvarez, 2014) en aras de la libertad, a la cual se llega con el acceso a los “*bienes sociales primarios*” como es el caso del acceso a ciertos servicios entre los que se encuentra *la salud, capacidad básica humana que permite la realización de un proyecto de vida buena, de desarrollo de los planes de vida que cada quien tiene razones para valorar* (Vélez, 2015), estos servicios son importantes no sólo para la vida privada (como llevar una vida sana y evitar la morbilidad y la muerte prematura), sino también para participar más eficazmente en las actividades económicas y políticas (Sen, 2000).

En la actualidad la capacidad de gobierno de los Estados actuales se reduce a causa de procesos que se derivan de la globalización y que guían a la política a un campo cosmopolita (Luciani, 2010), donde las fronteras territoriales pierden importancia pues la política global busca condiciones de gobernanza mundializados, regionales y con pluriniveles de determinación ocasionando que la legitimidad, autonomía y autoreferenciación de la política a nivel local entre en crisis frente a la creciente fuerza que toman tanto los convenios como el derecho internacional, deslegitimando al Estado como el único proveedor de bienestar (Villalta en Llovet, 2011, p. 451).

Sin embargo, “... no puede darse lo cosmopolita sin lo local...” (Robertson, op. cit., p. 220), lo cual nos lleva a la dialéctica “global-local”, dado que más que de opuestos y/o excluyentes se trata de aspectos co-constitutivos. Si “...lo global es local y lo local es global...” (Vallespín en Luciani, 2010).

Como ejemplo de lo anterior tenemos el informe final de la comisión internacional de la Organización Mundial de la Salud del 2008 el cual puso el tema de *los determinantes sociales de la salud* en la agenda política de los países, pues como nos dicen Peñaranda y Otálvaro (2013) si bien el reconocimiento de la naturaleza social de la salud (y su relación con las condiciones de pobreza) no es asunto nuevo en la historia de la salud pública, pues se han reconocido importantes desarrollos en esta línea de pensamiento durante el siglo XIX y las primeras décadas del XX, *sólo en el presente siglo podría afirmarse que es un discurso de la agenda mundial de la salud.*

Dependiendo del lugar donde nos encontremos los determinantes sociales de la salud se abordan de una manera diferente, *en el caso colombiano la perspectiva de éstos como vía para lograr la equidad social y sanitaria se ha incorporado a la política pública en grandes proyectos como es el caso del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.* Pero

Pese a todo, viabilizar este reconocimiento enfrenta obstáculos de una doble naturaleza en relación tanto con la propia construcción teórico-epistemológica como con sus posibilidades prácticas, puesto que su construcción se realiza de manera ecléctica en el plano teórico y bajo las condiciones del enfoque que atraviesa la lógica de las prácticas en el sistema de salud, en

las cuales la salud se entiende como bien privado que se realiza en el consumo individual de servicios bajo las reglas del aseguramiento (Peñaranda & Otálvaro, 2013).

En este sentido, *este escrito* apuesta por una *justicia social* entendida desde la propuesta de Amartya Sen (2000) *como la expansión de libertades*; esta perspectiva propone que es necesario que los gobiernos definan sus políticas de salud sobre la base de la necesidad de intervenir aquellos determinantes que explican el deterioro de las condiciones de vida y de salud de grandes franjas de la población (OMS, 2011) tanto en el interior de los países como a escala mundial, por ello, la cooperación internacional, la participación social, la reorientación de los servicios de salud y *el fortalecimiento de políticas públicas contra la pobreza multidimensional son fundamentales para lograr una reducción en la brecha social, económica y cultural que en últimas terminan afectando directamente el desarrollo de niños y niñas alrededor del mundo.*

Para la CDSS (Comisión de los determinantes sociales de la salud) *el avance en la salud y en la equidad en salud como parte de la justicia social implica por un lado el ejercicio de acciones políticas y sociales para disminuir la brecha de la inequidad* y por otro promover, proteger y enfatizar en los derechos humanos, incluida la salud dentro de los derechos económicos, culturales y sociales (Venkatapuram S, Bel I, Marmot M en Rubio D, 2013).

Por tal motivo es necesario evidenciar que como nos sugiere la literatura, un paso importante para acabar con *las desigualdades en la infancia* debe ser menguar el flagelo de la pobreza pues éste *se transmite cíclicamente de la infancia a la adultez* (menor nivel educativo, más probabilidad de experimentar desempleo, menores ingresos, condiciones de vivienda desfavorables, conflicto con la ley, entre otras condiciones), a esto se le denomina *reproducción intergeneracional de la pobreza*, su premisa principal es que *“quienes nacen en familias pobres suelen ser adultos pobres que tendrán a su vez hijos que seguirán siendo pobres”* (Vargas, Vargas, Ramírez y Blanco, 2010) lo que permitiría decir que las condiciones de pobreza son cíclicas y de las cuales es difícil salir sin la intervención necesaria, pues *desde la niñez se refleja*

una limitación de oportunidades que impacta el desarrollo hasta llegar a la adultez, situación injusta que contribuye a la prolongación de inequidades de generación en generación.

En los países de ingresos medianos y bajos, 250 millones de niños menores de 5 años corren el riesgo de no alcanzar su potencial de desarrollo debido a la pobreza extrema y al retraso del crecimiento. Los descuidos y la inacción tienen un alto precio y comportan consecuencias a largo plazo para la salud, la felicidad y las capacidades para obtener ingresos cuando estos niños alcanzan la edad adulta. También contribuyen a perpetuar los ciclos internacionales de pobreza, desigualdad y exclusión social (Unicef.org, s,f).

Bajo esta lógica desde mediados del *siglo XX* los *estudios* que giran en torno a la *infancia* comienzan a tener un *enfoque de derechos* a través del cual se particulariza la situación de la infancia y *se pasa* a un “*sistema de protección integral de derechos*” donde la norma debe ser entendida como un bien para los niños y niñas (Izzedin & Pachajoa, 2009), *es decir, pasa a una mirada que tiene a la niñez como fin, y no como medio de las políticas de protección* obedeciendo al cambio de la “era del Estado Nacional moderno” a la “era de la política global” donde se parte de una idea general de cuáles deberían de ser los derechos que se les proteja a la niñez (derechos integrales de la niñez) buscando que estén en relación con los derechos humanos; lo que se logra por medio de procesos de institucionalización (Carli, 2006; Llovet, 2006 en Llovet, 2011).

Para Bourdieu (1994) la institucionalización se constituye en el medio a través del cual los significados culturales y las categorías jerárquicas se mueven del ámbito del debate para tener toda la apariencia de lo natural. Por su parte, Fraser (1989) ve las estructuras sociales como patrones institucionalizados de interpretación, a través de los cuales ciertos significados adquieren una estabilización temporaria y hegemonía relativa (Llovet, 2011).

Así es como *el Estado*, debido a la institucionalización y a la precarización de las condiciones de vida, ambas inmersas en un contexto de democracia cosmopolita que deslegitima su rol protector, *juega un papel importante en la producción y reproducción de desigualdades*, pues de acuerdo a las condiciones sociales e institucionales locales que se articulan de maneras diversas con el lenguaje de derechos se podrían dar lugar a modalidades más o menos restrictivas de interpretación del bienestar (Llovet, 2011), así como a

Formas de gestión poblacional mediante los mecanismos de regulación que tienen en su centro la definición articulada de necesidades y derechos. Aquellos modos más restrictivos, constituirán formas específicas de dominancia de la reproducción de desigualdades (Llovet, 2011).

En consonancia con esto *la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño* establece la necesidad de poner en marcha *acciones para aumentar las oportunidades y capacidades de la infancia para salir del círculo de la pobreza*. El interés superior de la infancia obliga a considerar la pobreza infantil como una prioridad en la lucha contra la pobreza a nivel global sin quitarle importancia a la misma, es decir, *si bien al mejorar las condiciones de pobreza en la infancia se estaría ayudando a la superación de la pobreza global, el fin de estas acciones van encaminadas a los niños y niñas como sujetos de derecho*, a mejorar su calidad de vida y *a potenciar sus ambientes de salud* para mejorar los índices de morbilidad y mortalidad evitables. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en su primer objetivo hablan de “poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo” y además, sin dejar a nadie atrás, alertando de que si no se hace nada, para 2030 contaremos con 167 millones de niños y niñas viviendo en situación de pobreza extrema y 60 millones de menores que no podrán acceder a la educación; además, se estima que de no poner en marcha los ODS, morirán 69 millones de niños y niñas menores de 5 años en menos de 15 años, la condición de vulnerabilidad de niños y niñas hace que les afecte mucho más la situación de pobreza.

Esta mirada de la justicia bajo el enfoque de las capacidades tiene en la política pública su forma de lograr una distribución de bienes de una forma más equitativa que contribuya a fortalecer la dignidad de las personas (Urquijo M, 2008) pues ésta:

es reflejo de los ideales y anhelos de la sociedad, expresan los objetivos de bienestar colectivo y permiten entender hacia dónde se quiere orientar el desarrollo y cómo hacerlo, evidenciando lo que se pretende conseguir con la intervención pública y cómo se distribuyen las responsabilidades y recursos entre los actores sociales. Por lo tanto, las políticas públicas no son solo documentos con listados de actividades y asignaciones presupuestales, su papel va más

allá; son la materialización de la acción del Estado, el puente visible entre el gobierno y la ciudadanía (Torres, J & Santander, J, 2013).

Siendo el resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental frente a un problema o sector relevante de su competencia (Meny, I & Thoenig, J en Grisales, L & Giraldo, L, 2007) las políticas públicas responden al cómo un gobierno debe manejar las situaciones socialmente problemáticas, sustentandose en posturas políticas que conforman los factores de viabilidad y factibilidad de la política pública en cuestión (Grisales, L & Giraldo, L, 2007).

4. Políticas públicas en Colombia que interfieren en los ambientes de salud de la infancia.

En la actual Constitución Política de Colombia, aunque el derecho a la salud no está consagrado explícitamente, por varios pronunciamientos de la Corte Constitucional como las sentencias 076 de 1994, 192 de 1994, 010 de 1999 y 304 de 1998 se considera a la salud como un derecho conexo a la vida, derecho inviolable proclamado en el artículo 2 del título II concerniente a “De los derechos, las garantías y los deberes”.

Durante el siglo XX se acrecentó la demanda social hacia el atendimento institucional integral a los niños y niñas, en gran parte debido a los cambios sociales, económicos y culturales que acontecían en la época y que modificaron el concepto de familia, como es el caso del ingreso de las mujeres en el mercado laboral; esto conllevó a ciertos cambios con el interés de garantizar los derechos de la infancia. Con nuevas políticas que garantizaran de manera normativa sus derechos básicos se buscaba alcanzar el desarrollo integral de los niños, en cuanto a lo cognitivo, lo físico, el lenguaje, el desarrollo socioemocional, reconociendo al niño y la niña como sujetos interlocutores válidos, diversos, con intereses y necesidades particulares, con capacidades y potencialidades y en cuyo desarrollo participan los actores y los contextos con quienes interactúan (Castro en Flaborea, R & Navío, A, 2016). Lo anterior se hace posible por medio de las políticas públicas no solo por su carácter instrumental en la provisión de servicios básicos o la administración de bienes públicos sino porque:

Son apuestas socio-políticas para resolver problemas públicos concretos, necesidades individuales y colectivas que son definidas por la misma sociedad. Así, la política pública juega un rol fundamental en la construcción de la realidad social. Su naturaleza pública la hace

portadora de definiciones que son el resultado de las tensiones políticas que se dan en los escenarios públicos de discusión o al interior de las oficinas gubernamentales. (Torres, J & Santander, J, 2013).

En América Latina estos avances han llegado de manera aletargada y apenas hace unas pocas décadas Colombia cuenta con políticas públicas alrededor de la infancia; en la década de los setenta se expide la ley 27 de 1974 “Por la cual se dictan normas sobre la creación y sostenimiento de Centros de atención integral al pre-escolar, para los hijos de empleados y trabajadores de los sectores públicos y privados” concretándose así el primer programa de atención a la primera infancia:

En esta ley se reglamenta la política de atención y protección a los niños y niñas menores de siete años, estableciendo el recaudo de fondos para la creación de estos centros, así como la reglamentación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar como responsable de estos centros. La ley tiene por objetivo garantizar el derecho de los niños en su atención integral (Isaza, 2008).

Luego, en el 2000, Colombia junto a otros 188 países se comprometieron en 8 objetivos con la intención de lograr un mundo más equitativo, el pacto ocurrió durante la Asamblea general de las Naciones Unidas en colaboración con el Banco Mundial, el FMI y la OCDE y se denominó como Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los cuales buscaban un desarrollo que estuviera basado en principios de equidad, seguridad y derechos humanos; las situaciones que motivaron este compromiso se relacionan con el gran número de muertes y desplazamientos de personas a causa de violaciones masivas de los derechos humanos haciéndose evidente en desplazamientos forzados, ejecuciones extrajudiciales y actos de violencia sexual, a lo que se suman la malnutrición y las enfermedades prevenibles causadas por la falta de acceso a alimentos, agua y servicios básicos de saneamiento (Conpes 91). La intención del pacto era que cada gobierno incorporará los objetivos en sus agendas de acción en forma de políticas públicas nacionales y programas de cooperación internacional para lograr una reducción en variables claves como las relacionadas con la pobreza y la salud, entre las que se encuentran la reducción de la mortalidad en niños menores de 5 años, el mejoramiento

de la salud materna y la lucha contra el vih/sida, el paludismo, el dengue entre otras enfermedades (Conpes 91), para ello aparte de los 8 objetivos se trazaron 18 metas y 48 indicadores.

Para los ODM el entendimiento de la salud como un componente esencial y una fuerza propulsora del desarrollo es indispensable para que los objetivos de desarrollo no pierdan vigencia al ser trasladados al contexto de la formulación de políticas nacionales, como nos cuentan Grisales, L & Giraldo, L (2007) en su texto “Políticas públicas vigentes en Colombia que contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio afines con el sector salud”, la Asamblea general de las Naciones Unidas del 2000 plantea los siguientes desafíos a superar para los países:

- Promover la intersectorialidad e interinstitucionalidad. La salud es un fenómeno multidimensional que requiere de estrategias intersectoriales, que formen parte de estrategias más amplias de desarrollo y de reducción de la pobreza. Por ello, para lograr mejoras en la salud hay que trascender la visión de compartimientos y reconocer los niveles de interdependencia de las metas.
- Mejorar la equidad y extender la protección social en materia de salud. Las estrategias de protección social en salud destinadas a eliminar la exclusión son intervenciones públicas orientadas a garantizar el acceso de los ciudadanos a una atención digna y eficaz y a reducir los efectos negativos, tanto económicos como sociales, que tienen para la población en general y para los grupos vulnerables las enfermedades y el desempleo y los desastres naturales.
- Incrementar y hacer más progresivo el gasto corriente y de inversión en salud. Es necesario replantear los temas de financiamiento público y de eficiencia y efecto distributivo del gasto. El replanteo debe tener lugar en el marco del equilibrio que debe existir entre bienes y servicios de salud, por una parte, y el consumo de otros bienes o

servicios que repercuten en la salud (alimentación, vivienda, educación, saneamiento) y contribuyen al bienestar individual y social, por la otra.

- Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud. La consecución de los objetivos de desarrollo exige la ejecución de programas específicos, entre otros de salud sexual y reproductiva y de control de las enfermedades infecciosas, así como el desarrollo de los sistemas y servicios de salud indispensables para que los programas y las intervenciones lleguen a todos los ciudadanos.

Cinco años después, en 2005, Colombia promulga el documento Conpes 91 que junto con otras políticas, proyectos y programas, algunos ya mencionados en las líneas anteriores y otros que se tratarán posteriormente, sirvieron de apoyo para el cumplimiento del compromiso que Colombia adquirió al firmar los ODM. En el caso específico colombiano estos desafíos propuestos por los ODM y condensados en el Conpes 91 tendrían que funcionar bajo la ley 100 de 1993, con la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral del país buscando regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

Otro de los hitos en el tema de las políticas frente a la infancia en Colombia llega con la expedición de la ley 1098 de 2006 conocida como el Código de Infancia y Adolescencia, donde hubo un avance en materia de normatividad al reglamentar el derecho de los niños y niñas como algo prioritario (Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021), colocando al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar como ente rector, coordinador y articulador del Sistema Nacional de Bienestar Familiar. Muy acorde con la expedición de esta ley y en el marco del Plan Decenal de Infancia 2004-2014, en 2007 se puso en marcha la política pública “Colombia por la infancia. Política pública por los niños y niñas desde la gestación hasta los 6 años” (Conpes 109) suscrita al instituto de Bienestar Familiar al igual que a los ministerios de Protección Social y Educación apoyándose en discusiones de carácter internacional las cuales

apuntan a que “*Garantizar una atención integral en la primera infancia es una oportunidad única para impulsar el desarrollo humano de un país*” (Conpes 109, pág 3).

En 2011 es presentada la política pública “Estrategia nacional de atención a la primera infancia” más conocida como “de 0 a siempre”; posteriormente en 2016 es proclamada como política de Estado permanente y se consolida la Comisión Intersectorial de Primera Infancia, conformada por diferentes ministerios e instituciones dinamizando alianzas, convenios y contactos a nivel local y territorial orientados a la atención desde la gestación hasta los seis años (Flaborea, R & Navío, A, 2016) y donde se prioriza la salud, la nutrición y los ambientes de aprendizaje como principios de desarrollo integral de los niños y niñas (Ñungo y Fandiño en Flaborea, R & Navío, A, 2016):

Entiéndase por desarrollo integral el proceso singular de transformaciones y cambios de tipo cualitativo y cuantitativo mediante el cual el sujeto dispone de sus características, capacidades, cualidades y potencialidades para estructurar progresivamente su identidad y su autonomía. El Desarrollo Integral no se sucede de manera lineal, secuencial, acumulativa, siempre ascendente, homogénea, prescriptiva e idéntica para todos los niños y las niñas, sino que se expresa de manera particular en cada uno. La interacción con una amplia variedad de actores, contextos y condiciones es significativa para el potenciamiento de las capacidades y de la autonomía progresiva, el desarrollo ocurre a lo largo de todo el ciclo vital y requiere de acciones de política pública que lo promuevan más allá de la primera infancia (Congreso de la República de Colombia, 2016).

Luego en el 2018 se crea La Política para la Infancia y la Adolescencia, política que tiene como beneficiarios a la población de entre 6 y 18 años, buscando el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes que según cifras del DANE son 10.241.869, lo que corresponde al 20% de la población colombiana, ampliando el acceso a la oferta del Estado en busca de mejorar la calidad de vida, el desarrollo de sus capacidades y el fortalecimiento de la articulación interinstitucional e intersectorial (ICBF página virtual). La Directora General del ICBF, Karen Abudinen Abuchaibe sostuvo que:

Para el ICBF como rector del Servicio Nacional de Bienestar Familiar (SNBF) es un orgullo que este arduo trabajo de varios años hoy se pueda materializar. Con la Política de Infancia y

Adolescencia estamos seguros que podemos garantizar la continuidad de la atención a los niños y niñas entre los 0 y 5 años de edad beneficiarios de la Política de Cero a Siempre (ICBF página virtual).

Esta política se suscribe al Plan Nacional de Desarrollo 2014–2018 que como uno de sus proyectos tenía la implementación de una política de desarrollo integral para este grupo poblacional que hasta la fecha no contaba con políticas claras para atacar problemáticas específicas que según datos del propio ICBF han venido en aumento, como el trabajo infantil y la explotación sexual.

En la actualidad, la mayoría de las anteriores políticas y programas funcionan bajo los lineamientos de El plan decenal de salud pública 2012-2021 que citando al Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (1950) nos dice que *el acceso a la salud es un derecho fundamental* independientemente del estado legal o condición socioeconómica o financiera que se posea. *Un derecho que debería ser particularmente protegido a los grupos vulnerables y en mayor riesgo de experimentar barreras de acceso* como es el caso de la infancia:

En este escenario, el Gobierno Nacional garantiza el derecho al reconocimiento de las diferencias sociales y en consecuencia, la aplicación de medidas a favor de aquellos grupos sociales en quienes esas diferencias significan desventaja o situación de mayor vulnerabilidad, dando cumplimiento al principio constitucional que expresa: “todos los seres humanos nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional, lengua, religión, opinión política o filosófica”. Por consiguiente “el Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real, efectiva y adoptará las medidas en favor de grupos discriminados o marginados” (Colombia R. d., Constitución Política de Colombia, 1991) (Plan decenal de salud pública 2012-2021).

En dicho plan se ponen en discusión los aspectos requeridos para *lograr una buena calidad de vida* en la población colombiana, *independientemente de la etapa del ciclo de vida*, la pertenencia étnica o la condición socioeconómica (Plan decenal de salud pública 2012-2021). Bassedas, Huguet y Solé (1999) nos dicen que la primera infancia es una etapa que involucra

diversos aspectos del desarrollo personal del niño o la niña en un proceso continuo que se considera complejo pues no solo se caracteriza por presentar diferencias dependiendo de los rangos de edad, sino que además a esta población encontrarse inmersa en otras que de igual forma son consideradas “de mayor vulnerabilidad” por sus condiciones de género, de pertenencia étnica (Pueblos Indígenas, Afro y Rom), de situación de discapacidad, derivadas de la victimización del conflicto o aquellas determinadas por la ubicación geográfica (zonas rurales dispersas o asentamientos), hace aún más difícil su tratamiento, por lo que se opta por un enfoque diferencial como método de análisis que toma en cuenta las diversidades e inequidades en nuestra realidad con el propósito de brindar una adecuada atención y protección de los derechos de esta población (CODHES, 2008).

Se toman en cuenta las diferencias de género, identidad sexual, identidad étnica, edad y situación de salud entre otras, con el fin de evidenciar las formas de exclusión, discriminación y dominación que se ejercen sobre las personas y sobre los colectivos como efecto de las diversas asimetrías en las relaciones de poder en las cuales participan (Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021).

El plan se apoya en que es *en la primera infancia* donde se definen aspectos tan importantes como las bases sobre las cuales *se desarrollaran las capacidades, habilidades y potencialidades de los individuos*, los cuales posteriormente se convierten en los cimientos de la sociedad, es decir, *invertir en la primera infancia es beneficioso para las sociedades pues es allí donde se apuesta por el tipo de sociedad que se desea*, impactando en la vida presente y futura de las personas y en las posibilidades de progreso de la sociedad a la que pertenecen; por lo que este Plan Decenal de Salud Pública pone énfasis en procesos intersectoriales implicados en el abordaje de determinantes sociales en pro de la disminución de las inequidades.

A pesar de los avances anteriormente mencionados, el principal obstáculo por el que pasan estas políticas es quizás la poca financiación; para 2016 el gasto del PIB para consolidar la política de primera infancia, incluidos lo educativo y todos los otros frentes fue del 0,3%, muy

por debajo de países pioneros en la protección a la infancia como Reino Unido, Italia y Australia que tienen políticas de primera infancia consolidadas (Flaborea, R & Navío, A, 2016), debido a esto en políticas como la de De 0 a Siempre se apuesta por la descentralización y la autonomía territorial, estableciendo unos mínimos que los equipos de gobierno locales deben incorporar de manera activa en sus políticas, lo que permite que sin dejar de cumplir los propósitos trazados por la política los entes territoriales logren trazar su propia ruta de atención integral, flexibilizar los servicios de atención sin perjuicio de la calidad de los mismos y proyectar las asignaciones presupuestales de sostenibilidad en acuerdo con los presupuestos nacionales (Gobierno de Colombia, 2017). La descentralización de estas políticas no funciona de la manera esperada en todo el territorio nacional pues:

En lo presupuestal se dan diferencias importantes dependiendo de la capacidad de inversión del ente territorial. Por ejemplo, Medellín paga la operación de calidad completa, sin déficits, mientras que en otras ciudades, el déficit supera el 20% (Patiño, 2017).

5. Algunas variables para entender, desde la perspectiva de la pobreza, el contexto de las desigualdades en la crianza que son consecuencia de los malos ambientes de salud en Antioquia:

Como hemos tratado en apartados anteriores, la crianza es un proceso transversal que aunque su accionar esté direccionado hacia la infancia, buscando mejorar las condiciones físicas, emocionales y de salud de los niños y niñas, no está presente solo en esta; los procesos de crianza interfieren y se propagan socialmente en todas las esferas, pues de su funcionamiento depende el desarrollo social, económico y cultural de las sociedades, por esto la crianza afecta tanto a los niños y niñas como a los adultos significativos encargados socialmente de ejercer dicho rol, el mismo que a su vez se ve trastocado por el contexto pues en entornos con una alta desigualdad el cumplimiento de las funciones esperadas por quien lo ejerce se ve imposibilitado debido a la falta de acceso a ciertos bienes y servicios desencadenando en altas tasas de morbimortalidad infantil.

5.1 Variables poblacionales:

Tabla 2: Población de Antioquia por subregiones para el año 2013						
Región	Población					
	2013					
	Total		Urbano		Rural	
VALLE DE ABURRÁ	3.685.423	100%	3.314.997	89,95%	370.426	10,05%
BAJO CAUCA	287.279	100%	173.017	60,23%	114.262	39,77%
MAGDALENA MEDIO	112.784	100%	69.045	61,22%	43.739	38,78%
NORDESTE	181.327	100%	90.649	49,99%	90.679	50,01%
NORTE	256.209	100%	118.559	46,27%	137.651	53,73%
OCCIDENTE	200.104	100%	70.986	35,47%	129.118	64,53%
ORIENTE	573.885	100%	326.278	56,85%	247.607	43,15%
SUROESTE	376.422	100%	183.504	48,75%	192.918	51,25%
URABÁ	626.597	100%	368.157	58,75%	258.440	41,25%
ANTIOQUIA	6.300.031	100%	4.715.192	74,84%	1.584.839	25,16%

Datos tomados de la encuesta de calidad de vida de Antioquia 2013.

Las cifras poblacionales de Antioquia para el 2013 muestran un departamento principalmente urbano, esto debido en gran medida a que más de la mitad de su población, un 58.5%, habita los diez municipios que conforman el Valle de Aburrá, municipios con un gran nivel de industrialización por lo que presentan una alta densidad poblacional; el Bajo Cauca es la siguiente subregión que más aporta a nivel poblacional con un 10%, mientras que el Magdalena Medio la que menos con solo un 2%. El 25.16% de los habitantes del departamento habita lo rural, y regiones como Nordeste, Norte, Occidente y Suroeste son principalmente de este tipo de población.

5.2 Variables e índices referentes a condiciones de pobreza:

La brecha económica en un país o región es una de las principales fuentes de desigualdad, pues cada espacio geográfico tiene unas características específicas que determinan un desigual ingreso; el contexto económico hace que unos mismos factores incidan de manera diferente de población a población; la desigualdad en el ingreso entre espacios geográficos suele ser más problemática que la desigualdad al interior de ellos, en tanto refleja segmentación y diferenciaciones en el nivel de vida, y acceso a bienes y servicios (Sánchez, 2017) facilitando la aparición de condiciones de pobreza que se traducen en situaciones de rezago entre un territorio y otro.

5.2.1 PIB per cápita:

Tabla 3: PIB per cápita de Antioquia por subregiones y su porcentaje de participación para los años 2013-2014 y 2015

Región	Año					
	2013		2014		2015	
	Total	Participación %	Total	Participación %	Total	Participación %
VALLE DE ABURRÁ	60456	65,3	66287	65,2	72947	65,2
BAJO CAUCA	8275	8,9	9386	9,2	10574	9,2
MAGDALENA MEDIO	5720	6,2	6372	6,3	6523	6,3
NORDESTE	3630	3,9	4251	4,2	4316	4,2
NORTE	3292	3,6	3922	3,9	4136	3,9
OCCIDENTE	3109	3,4	3514	3,5	3883	3,5
ORIENTE	2994	3,2	2938	2,9	2935	2,9
SUROESTE	2676	2,9	2869	2,8	2787	2,8
URABÁ	2428	2,6	2110	2,1	2093	2,1
ANTIOQUIA	92581	100,0	101650	100,0	110194	100,0

Datos tomados de la Dirección de Sistema de Indicadores Departamento Administrativo de Planeación Gobernación de Antioquia.

El PIB per cápita, que es tomado en cuenta a la hora de calcular el ingreso económico total de un territorio, muestra un aumento en la mayoría de las regiones para el 2015 a excepción de Oriente y Urabá donde pasó de 2994 a 2935 y 2438 a 2093 respectivamente con relación al 2013, disminuyendo la participación de estas regiones en el PIB per cápita global del departamento. El Valle de Aburrá en 2013 (Al igual que en 2015) tuvo una participación superior al 65% con un dato de 60456, la segunda región que más aporta al PIB es el Bajo Cauca con una participación del 8.9% en 2013 la cual pasó a 9.2 en 2015; el aporte más bajo lo da Urabá con un 2.6 en 2013 y un 2.1 en 2015.

5.2.2 Pobreza:

Tabla 4: Porcentaje de hogares en Antioquia con al menos una necesidad básica insatisfecha (Pobreza) por subregiones.

Región	Año					
	2011			2013		
	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total
VALLE DE ABURRÁ	7,83	13,96	8,44	2,82	9,32	3,49
BAJO CAUCA	24,61	58,69	38,81	16,54	82,54	49,42
MAGDALENA MEDIO	30,02	34,81	32,04	7,94	37,5	21,47
NORDESTE	20,74	59,83	40,22	8,24	70,76	41,86
NORTE	14,17	47,79	32,19	4,42	53,99	31,68
OCCIDENTE	9,24	34,58	25,78	5,07	47,83	34,28
ORIENTE	13,17	27,63	20,06	3,16	36,18	18,74
SUROESTE	10,73	41,81	27,18	4,45	45,84	26,82
URABÁ	28,84	64,51	43,42	12,97	80,91	44,86
ANTIOQUIA	10,75	36,87	17,3	4,05	44,98	15,06

Datos tomados de las encuestas de calidad de vida de Antioquia 2011 y 2013.

Para la encuesta de calidad de vida de Antioquia la pobreza se presenta cuando un hogar tiene al menos una necesidad básica insatisfecha, en niveles generales entre los resultados de la encuesta en 2011 y los de 2013 este porcentaje disminuyó en 5 subregiones del departamento y aumentó en Bajo Cauca, Nordeste, Occidente y Urabá llegando a cifras que rondan el 40 %. Para el 2013 la diferencia entre lo rural y lo urbano en cuanto a situación de pobreza era abrupta en subregiones como Bajo Cauca y Urabá, pues, aunque en todo el departamento el territorio rural presentaba un porcentaje más elevado, en estas dos subregiones este porcentaje supera el 80%; en contraposición el Valle de Aburrá presenta las mejores cifras, pues su porcentaje en lo es de 2.82 en lo urbano, 9.32 en lo rural y el porcentaje total 3.49.

5.2.3 Miseria:

Tabla 5: Porcentaje de hogares en Antioquia con al menos dos necesidades básicas insatisfechas (Miseria) por subregiones en los años 2011 y 2013

Región	Año					
	2011			2013		
	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total
VALLE DE ABURRÁ	0,65	1,67	0,75	0,23	1,05	0,31
BAJO CAUCA	4,74	15,68	9,3	2,79	55,76	29,18
MAGDALENA MEDIO	6,18	5,75	6	1,4	10,15	5,41
NORDESTE	3,32	12,73	8,01	0,35	15,34	8,41
NORTE	1,16	9,37	5,56	0,22	9,17	5,14
OCCIDENTE	1,01	5,95	4,24	0,35	11,73	8,12
ORIENTE	1,34	2,42	1,85	0,15	3,92	1,93
SUROESTE	0,57	5,12	2,98	0,16	6,57	3,63
URABÁ	2,52	29,1	13,38	2,43	50,33	24,92
ANTIOQUIA	1,06	8,15	2,84	0,42	15,18	4,39

Datos tomados de las encuestas de calidad de vida de Antioquia 2011 y 2013.

En cuanto a los hogares en condición de miseria, situación que se presenta según la misma encuesta cuando un hogar tiene dos o más necesidades básicas insatisfechas, los datos muestran que disminuyó en regiones como el Valle de Aburrá, el Magdalena Medio y en la región Norte; en regiones como Nordeste, Oriente y Suroeste aumentó de una manera tímida al no superar los 2 puntos porcentuales, mientras que en en Bajo Cauca, Occidente y Urabá el aumento fue más significativo alcanzando en el caso del primero casi 20 puntos porcentuales y el último un aumentó casi 10, en este mismo año, 2013, estas dos subregiones (Bajo Cauca y Urabá) presentaron un porcentaje en lo rural que supera el 50%, mientras que en lo urbano se tenía un 2.79 y un 2.43% respectivamente.

5.2.4 Condiciones de vida:

Contrastando con lo anterior el índice multidimensional de condiciones de vida, indicador que se utiliza para estimar las condiciones de vida de los hogares Antioqueños mediante un conjunto de 40 variables relacionadas en 15 dimensiones entre las que se encuentran: entorno y la calidad de la vivienda, el acceso a servicios públicos, temas de movilidad, medioambiente, salud, entre otros, mejoró de manera tímida disminuyendo sólo en el Bajo Cauca pasando de 28.01 en 2011 a 25.8 en 2013. El indicador asigna a cada hogar un puntaje que varía entre cero y cien: A medida que el valor del índice aumenta, las condiciones de vida del hogar mejoran.

Tabla 6: Índice multidimensional de condiciones de vida para los años 2011 y 2013 de las subregiones de Antioquia.

Región	Año					
	2011			2013		
	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total
VALLE DE ABURRÁ	47,32	38,77	46,52	47,87	39,79	47,04
BAJO CAUCA	29,74	25,51	28,01	29,15	22,38	25,8
MAGDALENA MEDIO	29,92	28,54	29,34	32,21	27,95	30,27
NORDESTE	32,33	28,82	30,59	34,68	27,41	30,73
NORTE	34,07	27,43	30,52	39,73	29,16	33,93
OCCIDENTE	35,79	29,33	31,61	38,16	29,3	32,1
ORIENTE	33,87	30,13	32,1	44,95	35,3	40,44
SUROESTE	35,74	30,66	33,08	38,54	31,2	34,57
URABÁ	31,3	23,36	28,16	32,46	24,7	28,83
ANTIOQUIA	43,44	30,72	40,3	45,14	31,76	41,54

Datos tomados de las encuestas de calidad de vida de Antioquia 2011 y 2013.

5.2.5 Calidad de Vida:

Por su parte el índice de calidad de vida que permite conocer la calidad de vida de los hogares antioqueños mediante un conjunto de 16 variables relacionadas en las siguientes 5 dimensiones: calidad de la vivienda y capital físico, acceso de la vivienda a servicios públicos, capital humano y escolarización, algunas variables demográficas como la existencia de menores 6 años y la cantidad de personas que componen el hogar, empleo y Seguridad social en Salud, creció levemente en 4 subregiones y decreció en 5, la principal reducción se dio en la región del Bajo Cauca al pasar de 55.09 en 2011 a 47.83 en 2013 otras de las regiones que también tuvieron una reducción significativa fueron Occidente y Urabá.

Tabla 7: Índice de calidad de vida para los años 2011 y 2013 de las subregiones de Antioquia.

Región	Año					
	2011			2013		
	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total
VALLE DE ABURRÁ	72,51	70,69	72,34	73,48	72,51	73,38
BAJO CAUCA	60,8	47,16	55,09	59,03	36,68	47,83
MAGDALENA MEDIO	61,11	56,09	59	61,75	54,87	58,58
NORDESTE	63,26	50,21	56,72	63,95	47,56	55,03
NORTE	67,42	51,43	58,78	69,04	54,57	61,06
OCCIDENTE	65,07	52,41	56,78	66,64	49,45	54,85
ORIENTE	67,88	57,3	62,85	70,59	59,34	65,31
SUROESTE	66,13	52,28	58,79	67,97	55,06	60,95
URABÁ	62,58	41,87	54,1	63,08	41,42	52,98
ANTIOQUIA	70,43	55,78	66,76	71,55	55,77	67,28

Datos tomados de las encuestas de calidad de vida de Antioquia 2011 y 2013.

5.3 Sistema de salud:

5.3.1 Tipo de afiliación al sistema de salud:

A diferencia del Valle de Aburrá donde la mayoría de la población se encuentra afiliado al régimen contributivo con un 33.16% como cotizante y un 29.04% como beneficiario, en las demás regiones del departamento más de la mitad de la población se encuentra afiliada al régimen subsidiado, en regiones como el Magdalena Medio, Suroeste y Urabá se presenta un porcentaje de 69.26, 63.07 y 62.29 respectivamente, esta última subregión también cuenta con el porcentaje más alto de habitantes que si bien no se encuentran afiliados a un sistema de seguridad social, tampoco están encuestados por el sisben con un 3.50%.

Región	Tipo de Afiliación						
	Cotizante	Beneficiario	Subsidiado	Reg-Esp	Ben-Reg-Esp	No afiliado	Sin Sisbén
VALLE DE ABURRÁ	33,16%	29,04%	27,68%	0,58%	1,93%	4,68%	2,63%
BAJO CAUCA	11,33%	4,94%	61,61%	0,39%	10,84%	7,79%	2,98%
MAGDALENA MEDIO	8,70%	13,36%	69,26%	1,31%	2,75%	2,78%	1,39%
NORDESTE	7,04%	9,26%	55,79%	0,45%	18,53%	6,61%	2,23%
NORTE	12,53%	16,64%	54,46%	0,39%	8,06%	6,10%	1,58%
OCCIDENTE	8,36%	12,81%	70,44%	0,49%	0,82%	5,09%	1,80%
ORIENTE	24,78%	19,33%	45,58%	0,53%	1,56%	6,15%	1,83%
SUROESTE	10,59%	13,52%	63,07%	0,56%	1,31%	8,29%	2,51%
URABÁ	8,19%	16,44%	62,29%	0,50%	1,15%	7,70%	3,50%
ANTIOQUIA	24,75%	23,01%	40,41%	0,56%	2,89%	5,57%	2,55%

Datos tomados de la encuesta de calidad de vida de Antioquia 2013.

5.3.2 Percepción sobre situación de salud:

En la encuesta de calidad de vida del 2013 les preguntaron a los jefes de hogar cuál era la percepción de la situación del sistema de salud en los últimos 12 meses en sus respectivos municipios, en la mayoría de las subregiones la respuesta que más se dio fue que seguía igual a excepción del Magdalena Medio donde un 47.99% de los encuestados manifestó percibir que la situación estaba peor, en cambio solo un 10.29% dijo que estaba mejorando.

Tabla 9: Percepción de los jefes de hogar sobre la situación de salud en Antioquia en los últimos 12 meses según subregiones- 2013

Región	Situación			
	Mejorando	igual	Empeorando	No responde
VALLE DE ABURRÁ	25,90%	38,18%	30,93%	4,99%
BAJO CAUCA	13,29%	52,96%	31,87%	1,88%
MAGDALENA MEDIO	10,29%	38,86%	47,99%	2,85%
NORDESTE	14,32%	50,04%	32,61%	3,03%
NORTE	16,23%	50,80%	30,15%	2,82%
OCCIDENTE	26,12%	40,42%	31,35%	2,11%
ORIENTE	27,66%	37,56%	29,04%	5,74%
SUROESTE	24,65%	36,35%	36,81%	2,19%
URABÁ	20,68%	44,27%	33,54%	1,51%
ANTIOQUIA	24,13%	39,97%	31,67%	4,23%

Datos tomados de la encuesta de calidad de vida de Antioquia 2013.

5.4 Acceso a servicios públicos:

El acceso a los servicios públicos, en especial el acueducto y el alcantarillado es un tema fundamental a la hora de hablar sobre condiciones de desigualdad, pues su cobertura afecta directamente las condiciones de salud de las poblaciones; teniendo en cuenta datos del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2015) 2.4 mil millones de personas en el mundo no tienen acceso a servicios básicos de saneamiento como baños o letrinas, el 80% de las aguas residuales provenientes de actividades humanas se vierte a los cursos de agua sin eliminar la contaminación y cada día, cerca de 1.000 niños mueren debido a enfermedades prevenibles relacionadas con el agua y el saneamiento.

5.4.1 Alcantarillado:

Tabla 10: Porcentaje de viviendas en Antioquia que poseen o no el servicio de alcantarillado por subregiones- 2013

Región	Porcentaje					
	Total		Urbano		Rural	
	Si	No	Si	No	Si	No
VALLE DE ABURRÁ	94,1	5,9	97,06	2,94	68,23	31,77
BAJO CAUCA	32,31	67,69	57,82	42,18	6,58	93,42
MAGDALENA MEDIO	64,62	35,38	83,66	16,34	41,85	58,15
NORDESTE	35,15	64,85	70,43	29,57	4,81	95,19
NORTE	51,91	48,09	92,66	7,34	18,55	81,45
OCCIDENTE	35,41	64,59	88,78	11,22	10,67	89,33
ORIENTE	54,8	45,2	92,48	7,52	12,98	87,02
SUROESTE	50,39	49,61	91,1	8,9	15,79	84,21
URABÁ	44,11	55,89	82,08	17,92	5,5	94,5
ANTIOQUIA	75,27	24,73	93,75	6,25	25,11	74,89

Datos tomados de la encuesta de calidad de vida de Antioquia 2013.

En Antioquia para el 2013 la situación más crítica se encuentra en las regiones del Bajo Cauca, Nordeste, Occidente y Urabá donde se estima que el 67,69, el 64,85, el 64,59 y el 55,89% de los hogares respectivamente no cuentan con el acceso al servicio de alcantarillado, estas cifras se vuelven más críticas cuando observamos lo rural pues de las 9 subregiones 7

cuentan con valores superiores al 80%, quedando por fuera de este criterio El Valle de Aburrá (31,77%) y Magdalena Medio (58,15 %).

5.4.2 Acueducto:

Tabla 11: Porcentaje de viviendas en Antioquia que poseen o no el servicio de acueducto por subregiones- 2013

Región	Porcentaje					
	Total		Urbano		Rural	
	Si	No	Si	No	Si	No
VALLE DE ABURRÁ	98,32	1,68	99,04	0,96	92,06	7,94
BAJO CAUCA	53,31	46,69	87,64	12,36	18,64	81,36
MAGDALENA MEDIO	83,53	16,47	97,81	2,19	66,62	33,38
NORDESTE	60,25	39,75	91,31	8,69	33,54	66,46
NORTE	72,61	27,39	99,37	0,63	50,7	49,3
OCCIDENTE	72,94	27,06	99,19	0,81	60,77	39,23
ORIENTE	82,73	17,27	99,17	0,83	64,48	35,52
SUROESTE	76,38	23,62	98,73	1,27	57,39	42,61
URABÁ	54,56	45,44	83,85	16,15	21,5	78,5
ANTIOQUIA	87,01	12,99	97,76	2,24	25,11	74,89

Datos tomados de la encuesta de calidad de vida de Antioquia 2013.

En el acceso al servicio de acueducto las cifras son similares a las de alcantarillado, los datos más altos del total de hogares que no cuentan con el acceso al servicio se encuentran en el Bajo Cauca y Urabá con cifras superiores al 40%, mientras que si nos vamos a lo rural la cifras aumentan a cerca del 80% en ambas regiones, en contraposición el Valle de Aburrá tiene únicamente un 1.68% de la población sin este servicio.

5.5 Situación Alimentaria:

La situación alimentaria también es importante a la hora de analizar las situaciones de desigualdad en una población pues el hambre y la malnutrición hacen que las personas sean menos productivas, pero también hace a la población más propensa a sufrir cierto tipo de enfermedades que al ser causadas por el hambre y la pobreza son evitables, un ejemplo de esto se nos muestra en los objetivos del desarrollo sostenible del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo que nos dice que en el mundo una cuarta parte de los niños sufren retraso en el crecimiento a causa de una inadecuada alimentación y en algunos países en desarrollo esta cifra llega a uno de cada tres, por otra parte los niños que nacen en la pobreza tienen casi el doble de probabilidades de morir antes de los 5 años que los de las familias más ricas; el hambre y la desnutrición también muestran relación con el comportamiento de algunas variables entre las que está la mortalidad infantil (Objetivos de desarrollo sostenible, 2015).

En la encuesta de calidad de vida de 2013 se sigue notando que el Bajo Cauca y Urabá siguen presentando los peores datos de todas las subregiones pues un 19.14% y un 11.18% respectivamente de los hogares encuestados manifestaron que en el último mes un niño o un joven sólo comió una vez al día o dejó de comer todo un día por falta de dinero.

Tabla 12: Hogares en Antioquia por subregiones donde alguna vez un niño o un joven sólo comió una vez al día o dejó de comer todo un día por falta de dinero en los últimos 30 días -2013

Región	Sí		No	
VALLE DE ABURRÁ	61.553	5,56%	1.045.099	94,44%
BAJO CAUCA	12.641	19,14%	53.392	80,86%
MAGDALENA MEDIO	1.812	5,52%	31.022	94,48%
NORDESTE	3.559	6,03%	55.508	93,97%
NORTE	6.926	9,35%	67.183	90,65%
OCCIDENTE	2.668	3,92%	65.464	96,08%
ORIENTE	8.017	4,20%	182.654	95,80%
SUROESTE	5.376	4,67%	109.660	95,33%
URABÁ	15.559	11,18%	123.580	88,82%
ANTIOQUIA	118.112	6,38%	1.733.564	93,62%

Datos tomados de la encuesta de calidad de vida de Antioquia 2013.

En estas mismas subregiones cerca al 30% de los hogares manifestaron que a causa de quedarse sin dinero el hogar completo se quedó sin comida por lo menos una vez en los últimos 30 días, esta vez los datos más alentadores se presentaron en Suroeste y Nordeste donde cerca de un 86 % de los hogares no pasaron por esta situación.

Tabla 13: Hogares en Antioquia por subregiones que alguna vez se quedaron sin alimento por falta de dinero en los últimos 30 días- 2013

Región	Sí		No	
VALLE DE ABURRÁ	161.613	14,60%	945.040	85,40%
BAJO CAUCA	21.887	33,15%	44.147	66,85%
MAGDALENA MEDIO	7.936	24,17%	24.898	75,83%
NORDESTE	8.055	13,64%	51.013	86,36%
NORTE	13.486	18,20%	60.623	81,80%
OCCIDENTE	10.558	15,50%	57.574	84,50%
ORIENTE	24.845	13,03%	165.826	86,97%
SUROESTE	16.928	14,72%	98.108	85,28%
URABÁ	39.807	28,61%	99.332	71,39%
ANTIOQUIA	305.115	16,48%	1.546.560	83,52%

Datos tomados de la encuesta de calidad de vida de Antioquia 2013.

5.6 Educación:

Desde el año 2000 se ha evidenciado un progreso significativo en la meta de una educación primaria universal, la cantidad de niños que no asiste a la escuela disminuyó casi a la mitad a nivel mundial, mientras que la tasa de alfabetización ha aumentado (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2015). Los datos sobre las condiciones en las que se encuentra la educación en un territorio no son importantes solo en la población infantil sino que, un buen nivel en los adultos, principalmente en las mujeres, ha demostrado que afecta directamente tasas como las de morbilidad materno infantil (Naciones Unidas, 2007) al contribuir, entre otras cosas, al crecimiento económico y a la interiorización de hábitos que tienen un efecto directo sobre la salud de las personas, las mismos que con el tiempo se convierten en padres de familia capaces de ofrecer una atención de calidad a sus hijos y pueden aprovechar mejor los servicios sanitarios y sociales de los que disponen.

5.6.1 Años de educación:

Región	Hombre	Mujer	Total
VALLE DE ABURRÁ	8,3	8,47	8,39
BAJO CAUCA	4,84	5,21	5,02
MAGDALENA MEDIO	5,35	5,75	5,54
NORDESTE	4,68	5,32	4,99
NORTE	5,22	5,74	5,48
OCCIDENTE	4,85	5,31	5,08
ORIENTE	6,22	6,69	6,45
SUROESTE	5,16	5,6	5,38
URABÁ	5,59	5,91	5,75
ANTIOQUIA	7,05	7,42	7,24

Datos tomados de la encuesta de calidad de vida de Antioquia 2013.

El promedio de años de educación de toda la población para el 2013 en Antioquia era de 7.24, en términos regionales el mejor dato es el del Valle de Aburrá que se encuentra en 8.39

mientras que el peor es el de Nordeste con 4.99, el segundo y tercer dato más alto son los de Oriente con 6.45 y Urabá con 5.75.

5.6.1 Analfabetismo:

En cuanto a la tasa de analfabetismo se muestra que el Bajo Cauca presenta el dato más preocupante pues de cada 100 personas mayor de 15 años 14.71 son analfabetas, aunque el dato más esperanzador nuevamente es el del Valle de Aburrá con 3.17, la tasa de analfabetismo en las mujeres (3.26) es levemente mayor que la de los hombres (3.06), caso que también ocurre en Urabá con el agravante de que la diferencia es más marcada, 9.84 para las mujeres y 8.67 para los hombres.

Tabla 15: Tasa de analfabetismo de 15 años y más por 100 personas para las subregiones de Antioquia-2013

Región	Hombre	Mujer	Total
VALLE DE ABURRÁ	3,06	3,26	3,17
BAJO CAUCA	14,74	14,67	14,71
MAGDALENA MEDIO	11,89	9,19	10,57
NORDESTE	14,17	11,5	12,87
NORTE	11,21	9,02	10,12
OCCIDENTE	12,77	12,18	12,48
ORIENTE	7,23	5,03	6,12
SUROESTE	10,64	9,24	9,95
URABÁ	8,67	9,84	9,25
ANTIOQUIA	5,98	5,45	5,7

Datos tomados de la encuesta de calidad de vida de Antioquia 2013.

5.7 Mortalidad Materno-infantil:

Las tasas de mortalidad materno infantil por subregiones presentadas por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia muestran que el departamento tuvo una reducción de casi una unidad en la tasa de mortalidad infantil si comparamos las cifras de 2011 con las de 2013, pasando de 10.5 a 9.8 muertes de menores de un año por mil nacidos vivos, la reducción se presentó también en casi todas las subregiones del departamento a excepción de Magdalena Medio, Norte y Occidente, la primera tuvo el aumento más significativo al pasar de 8.0 a 11.7 mientras que en las otras dos el aumento fue más moderado pasando de 11.7 a 12.5 y 11.2 a 12.6 respectivamente. Por su parte la mortalidad materna se comportó de una manera similar disminuyendo en el departamento (pasó de 55.0 a 42.8) y en la mayoría de subregiones, pero aumentando en tres: Norte, Occidente y Urabá.

Tabla 16: Tabla comparativa de la tasa de Mortalidad Infantil y la tasa de Mortalidad Materna en Antioquia por subregiones en los años 2011-2013-2014 y 2015

Región	Mortalidad Infantil x mil nacidos vivos				Mortalidad Materna x cien mil			
	Año				Año			
	2011	2013	2014	2015	2011	2013	2014	2015
VALLE DE ABURRÁ	8,4	8,3	7,5	7,8	35,4	17,6	19,4	23,8
BAJO CAUCA	17,2	14,1	15,7	14	84	76,2	58,1	63,4
MAGDALENA MEDIO	8	11,7	15,2	6,1	113,6	73	72,4	76,5
NORDESTE	9,3	7,5	10,6	8,4	143,8	83,8	0	44
NORTE	11,7	12,5	9,6	7,4	58,5	93,7	63,9	100,3
OCCIDENTE	11,2	12,6	10,7	15,9	82,8	86,7	0	132,1
ORIENTE	10,4	9,3	9,2	7,2	58,8	28,7	13,9	14,3
SUROESTE	12,6	11,1	11,7	9,5	47,5	25,9	0	26,5
URABÁ	14,3	12,6	12,8	10,4	74,9	103	71,1	93,7
ANTIOQUIA	10,5	9,8	9,5	8,80	55,0	42,8	28,4	42,10

Datos tomados de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

5.8 Comparativa entre el comportamiento de algunas variables divididas por quintiles para el año 2013.

Tabla 17: Tabla comparativa entre el comportamiento de algunas variables divididas por quintiles para el año 2013.

Región	Variables								
	Mortalidad infantil	Pobreza	Miseria	Calidad de vida	Alcantarillado	Acueducto	Alimentación niño	Años de estudio-Mujer	Analfabetis mo-mujer
VALLE DE ABURRÁ	Primer quintil.	Primer quintil.	Primer quintil.	Primer quintil.	Primer quintil.	Primer quintil.	Primer quintil.	Primer quintil.	Primer quintil.
BAJO CAUCA	Quinto quintil.	Quinto quintil.	Quinto quintil.	Quinto quintil.	Quinto quintil.	Quinto quintil.	Quinto quintil.	Quinto quintil.	Quinto quintil.
MAGDALENA MEDIO	Tercer quintil.	Tercer quintil.	Primer quintil.	Tercer quintil.	Tercer quintil.	Segundo quintil.	Segundo quintil.	Quinto quintil.	Tercer quintil.
NORDESTE	Primer quintil.	Quinto quintil.	Segundo quintil.	Cuarto quintil.	Quinto quintil.	Quinto quintil.	Segundo quintil.	Quinto quintil.	Cuarto quintil.
NORTE	Cuarto quintil.	Cuarto quintil.	Primer quintil.	Tercer quintil.	Cuarto quintil.	Tercer quintil.	Segundo quintil.	Quinto quintil.	Tercer quintil.
OCCIDENTE	Cuarto quintil.	Cuarto quintil.	Segundo quintil.	Cuarto quintil.	Quinto quintil.	Tercer quintil.	Segundo quintil.	Quinto quintil.	Cuarto quintil.
ORIENTE	Segundo quintil.	Segundo quintil.	Primer quintil.	Segundo quintil.	Cuarto quintil.	Segundo quintil.	Segundo quintil.	Tercer quintil.	Primer quintil.
SUROESTE	Tercer quintil.	Tercer quintil.	Primer quintil.	Tercer quintil.	Cuarto quintil.	Tercer quintil.	Segundo quintil.	Quinto quintil.	Tercer quintil.
URABÁ	Quinto quintil.	Quinto quintil.	Quinto quintil.	Cuarto quintil.	Quinto quintil.	Quinto quintil.	Tercer quintil.	Cuarto quintil.	Tercer quintil.

Elaboración propia con las otras tablas del trabajo como insumos.

Al traducir los datos analizados en los subcapítulos anteriores por quintiles observamos que el Valle de Aburrá y la región del Bajo Cauca presentan un contraste altamente significativo, pues mientras los datos del primero se ubican en el primer quintil (el que posee los datos más alentadores) para todas las variables presentadas en el anterior cuadro, el segundo, por su parte, se ubica en el último (el que presenta los peores datos), lo que es muestra de que entre las dos subregiones hay un alto grado de desigualdad.

Después del Valle de Aburrá la subregión que presenta los datos más alentadores es la de Oriente, pues de las nueve variables analizadas, siete pertenecen a los dos primeros quintiles, teniendo como peor dato el acceso al servicio de alcantarillado donde se ubica en el cuarto, ambas subregiones también presentan los mejores datos referentes al índice de calidad de vida

y a la tasa de analfabetismo en mayores de 15 años al estar ubicadas en el primer y segundo quintil respectivamente.

Por su parte Urabá no cuenta con ninguno de sus datos en los dos primeros quintiles, mientras que cinco de ellos pertenecen al quinto, lo que la posiciona como la segunda subregión con los datos más desalentadores después de Bajo Cauca, estas subregiones también son las únicas que no se encuentran en los dos primeros quintiles en los datos que se obtuvieron cuando en la encuesta de calidad de vida del 2013 se preguntó si en el hogar un niño había dejado de comer en los últimos 30 días por falta de alimento.

El Valle de Aburrá es la única subregión que se ubica en el primer quintil tanto de la variable Pobreza (porcentaje de hogares con al menos una necesidad básica insatisfecha) como de la variable Miseria (porcentaje de hogares con al menos dos necesidades básicas insatisfechas), mientras que el Urabá y el Bajo Cauca son las únicas en ubicarse, para ambas variables, en el último quintil.

Cuando entramos a analizar la variable Mortalidad infantil en relación con las demás variables, podemos observar que en las subregiones donde se presentan los peores datos de esta variable al ubicarse en los dos últimos quintiles son el Bajo Cauca, Norte, Occidente y Urabá, éstas subregiones comparten valores similares en variables como la pobreza, el acceso al servicio de alcantarillado y el número de años estudiados en promedio por las mujeres, pues también se ubican en los dos últimos quintiles. En contraste nuevamente tenemos a las subregiones más pobladas, Valle de Aburrá y Oriente como las que presentan los mejores datos.

Consideraciones finales:

- Los ambientes de salud son causados por factores que van más allá de los biológicos, como los sociales, políticos, económicos y culturales (Determinantes sociales de la salud) ocasionando que los sectores de la población más desfavorecidos o que necesitan un cuidado especial, entre los que se encuentra la infancia, sean los más afectados cuando dichos ambientes no funcionan de una forma adecuada, la cual sirva para potenciar las capacidades individuales de los sujetos permitiéndoles vivir en libertad.
- La pobreza infantil es un fenómeno complejo e injusto, puesto que afecta a personas especialmente vulnerables que por ello deberían estar especialmente protegidas, existe una fuerte asociación entre pobreza y mala salud, desnutrición, acceso y abandono escolar, trabajo infantil, exposición a situaciones de riesgo, y otras circunstancias que constituyen obstáculos para el bienestar y el desarrollo de los niños y las niñas en sus primeros años y que si no terminan en la muerte del niño podrían terminar repercutiendo en la edad adulta.
- La Justicia Social es un eje central para orientar las discusiones alrededor del debate político que engloba lo que es justo y lo que no, así como también para *entender* la influencia que ejercen las condiciones políticas, económicas, sociales, culturales, históricas y ambientales sobre la salud y el *bienestar de los colectivos humanos*.
- Este escrito entiende la Justicia como la expansión de libertades; esta perspectiva propone que es necesario que los gobiernos definan sus políticas de salud sobre la base de la necesidad de intervenir aquellos determinantes que explican el deterioro de las condiciones de vida y de salud de grandes franjas de la población (OMS, 2011) tanto en el interior de los países como a escala mundial, por ello, la cooperación

internacional, la participación social, la reorientación de los servicios de salud y el fortalecimiento de políticas públicas contra la pobreza son fundamentales para lograr una reducción en la brecha social, económica y cultural que en últimas terminan afectando directamente el desarrollo de niños y niñas alrededor del mundo.

- En Antioquia, a pesar de que desde hace algunas décadas se viene trabajando desde la política pública para superar condiciones que puedan llevar a la aparición de desigualdades, acciones que en términos generales vienen dando frutos; si nos vamos a la minucia y observamos el comportamiento de algunas variables discriminadas por subregiones vemos que la brecha entre las subregiones más urbanizadas del departamento como lo son Oriente y el Valle de Aburrá y las más rurales como el Bajo Cauca y Urabá sigue siendo abismal y en algunas circunstancias ha empeorado en los últimos años, como ejemplo de ello tenemos que si organizamos los datos de la tasa de mortalidad infantil por quintiles las dos primeras pertenezcan a los dos primeros mientras que las dos últimas pertenezcan al quinto.

Textos referenciados:

- Álvarez, L. Los determinantes sociales y económicos de la salud. Asuntos teóricos y metodológicos implicados en el análisis. *Rev. Gerencia y Políticas de Salud* 2014, 13(27): 28–40. Disponible en <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.dses>
- Arias, S. *Epidemiología, equidad en salud y justicia social*. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2017; 35(2): 186-196.
- Bassedas, E, Huguet, T & Solé, I. (2006) *Aprender Y Enseñar En Educación Infantil*. Editorial Grao. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/39132194_Aprender_y_ensenar_en_Educacion_Infantil
- Borrell, C. (2015). *Las desigualdades sociales en salud: De la evidencia a la acción*. Agencia de Salud pública de Barcelona. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/C_Borrell_Desigualdades_en_salud-Bogota-2014.pdf
- Borrell, C & Artazcoz, L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*. 2008; 22(5). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500012
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós
- Congreso de Colombia (2016). *Ley 1804 2 de agosto de 2016*, por la cual se establece la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia De Cero a Siempre y se dictan otras disposiciones. Bogotá.
- Conpes (Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación) 91. *Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos del milenio- 2015*. 2005. Disponible en

http://www.minambiente.gov.co/images/normativa/conpes/2005/Conpes_0091_2005.pdf

Conpes (Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación) 109. *Política pública nacional de primera infancia: Colombia por la primera infancia*. 2007 Disponible en https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-177832_archivo_pdf_Conpes_109.pdf

Cortés F. Perspectivas y límites de la justicia global y el cosmopolitismo democrático. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31: (supl 1): S57-S64.

Crouch, C. (2004). *Posdemocracia*. Madrid: Taurus

Díaz, Y & Alonso, R. *La mortalidad infantil, indicador de excelencia*. 2008. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_2_08/mgi08208.htm

Elias, N. (1998). *La civilización de los padres y otros ensayos*. Bogotá, Editorial Norma.

Elias, N. (1996). *La sociedad cortesana*. México: Fondo de Cultura Económica. disponible en: https://monoskop.org/File:Elias_Norbert_La_sociedad_cortesana_1996.pdf

Flaborea, R & Navío, A. Las políticas públicas nacionales de Colombia para la formación de educadores infantiles. *Revista Latinoamericana de Educación* 2016. 7(1): 216-229. Disponible en: <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/pdf/10.18175/vys7.1.2016.11>

Gobierno de Colombia (2017) *Balance de la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia De Cero a Siempre*. Disponible en: <http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/CDocumentacionDocs/Balance-2017-politica-primer-infancia.pdf>

Grisales L, Giraldo L. Políticas públicas vigentes en Colombia que contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio afines con el sector salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2008;26(1): 78-89

ICBF, página virtual. *ICBF presentó Políticas para niños, niñas y adolescentes de Colombia.*

2018. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/noticias/icbf-presento-politicas-para-ninos-ninas-y-adolescentes-de-colombia>

Izzedin, R & Pachajoa, A. Pautas, prácticas y creencias acerca de crianza... ayer y hoy.

Liberabit. 2009; 15(2) Disponible. en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172948272009000200005&script=sci_arttext

Leyva, G. (2002). *La genealogía del sujeto occidental moderno. Proceso de civilización y constitución de la subjetividad en Norbert Elias.* Puebla y México: Universidad Iberoamericana Puebla.

Llovet, V. Las políticas para la infancia y el enfoque de derechos en América Latina: algunas reflexiones sobre su abordaje teórico. *Revista de Psicología.* 2011; 23 (3), p. 447-460.

Luciani L. La protección social de la niñez: subjetividad y posderechos en la segunda modernidad. *Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv.* 2010; 8(2): 885 - 899.

Marmot, M. (2005). *Public Health Social determinants of health inequalities.* Lancet, 365(3), 1099–1104. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)

Martínez, M, García, M. (2012) *La crianza como objeto de estudio actual desde el modelo transaccional.* Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2012; 10 (1): Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77323982009>

Ministerio de Salud (2000). *RESOLUCIÓN 412 DE 2000:* Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R0412000.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. *Plan decenal de salud pública 2012-2021*. 2013.

Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

Naciones Unidas. La educación es la clave para reducir la mortalidad infantil: El vínculo entre la salud materna y la educación. *Crónica ONU*. 2007; 44(4).

Ñungo, O. y Fandiño, G. Tareas con sentido: creencias de las docentes de Jardín y Transición. *Educación y Ciudad*. s.f; 24, 21-32. <http://www.idep.edu.co/pdf/revista/Revista24.pdf>.

Organización Mundial de la Salud. (2008) *Subsanar las desigualdades en una generación*.

Argentina. Disponible en:

http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. *Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Declaración Política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Rio de Janeiro:

oms. 2011. Disponible en:

http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf

Patiño, B. (2017). *Invertir en Primera infancia: Alternativas para la financiación de la Política De Cero a Siempre*. Bogotá: Fundación Plan.

Pega, F, Valentine, N, Rasanathan, K, Hosseinpoor, A, Torgersen, T, Ramanathan, V, Neiraa,

M. The need to monitor actions on the social determinants of health. *Bulletin of the World Health Organization*. 2017; 95(11), 784–787. Disponible en:

<https://doi.org/10.2471/BLT.16.184622>

Peñaranda F. *Salud pública, justicia social e investigación cualitativa: hacia una investigación por principios*. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2015; 33(supl 1), 106-114.

- Peñaranda, F & Otálvaro, G. El debate determinantes-determinación social de la salud: aportes para la renovación de la praxis de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2013; 31: (supl 1).
- Peñaranda, F. La crianza como complejo histórico, sociocultural y ontológico: una aproximación sobre educación en salud. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2011; 2 (9), 945 - 956.
- Posada, A, Gómez, J & Ramírez, H. Crianza humanizada: una estrategia para prevenir el maltrato infantil, *Acta Pediátrica de México*. 2008; 29(5), 45-53
<http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2008/apm085j.pdf>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Asamblea General de Naciones Unidas. 2015. Disponible en: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/>
- Ramos, M. (2009). *Estilos de vida y salud en la adolescencia*. Universidad de Sevilla, Sevilla. Disponible en: https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/15476/Y_TD_PS-PROV9.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rivera Díaz, M. La desigualdad en salud de la niñez en Puerto Rico: un elemento social, político y económicamente determinado. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos* 2015; 26(1), 123–137. Disponible en: <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/derechoshumanos/article/view/7090>
- Rodriguez, S. La desigualdad de ingreso y salud en Colombia. *Perf. latinoam*. 2016;.24 (48) Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532016000200265
- Rubio DC. Causalidad, Derechos Humanos y Justicia Social en la Comisión de Determinantes Sociales en Salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31(supl 1), 87-90.

- Torres, J & Santander, J. (2013). *Introducción a las políticas públicas: Conceptos y herramientas desde la relación entre Estado y ciudadanía*. Bogotá. IEMP Ediciones.
- Sánchez, R. Desigualdad del ingreso en Colombia: un estudio por departamentos. *Cuadernos de Economía*. 2017; 36(72). Disponible en: http://www.fce.unal.edu.co/media/files/Sanchez_Junio_16.pdf
- Segura, J. (2013). *Desigualdades sociales en salud : conceptos, estudios e intervenciones (1980- 2010)*. Bogotá : Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: https://saludpublicayotrasdudas.files.wordpress.com/2013/09/desigualdades-sociales_final.pdf
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*, pág 14-20. Bogotá, Planeta. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/539/53905501.pdf>
- Sen, A . *La idea de la justicia*. México: Santillana Ediciones Generales; 2010: pág: 255-283.
- Taucher, E. (1979). *Mortalidad infantil en chile: Tendencias diferenciales y causas*. Centro latinoamericano de demografía. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/32316/D-04602.00_es.pdf?sequence=1
- UNICEF – Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2005). *Estado Mundial de la Infancia 2005*. Nueva York, p.18
- UNICEF. *Desarrollo de la primera infancia: La primera infancia importa para cada niño*. (s,f). Disponible en <https://www.unicef.org/es/desarrollo-de-la-primera-infancia>
- Urquijo M. (2008) *La libertad como capacidad*. Cali, Colombia: Editorial Universidad del Valle.
- Urteaga, E. El pensamiento de Norbert Elias: Proceso de civilización y configuración socialbarataria. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*. 2013; (16), 15-31. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=322128810001>

Vargas, J. E., Vargas, J. F., Ramírez, C. y Blanco, M. (2010). *Primero la Primera Infancia*.

Bogotá. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, p. 29.

Vélez A. El derecho a la salud: una visión a partir del enfoque de capacidades. *Rev. Fac. Nac.*

Salud Pública. 2015; 33(1), 93-100.