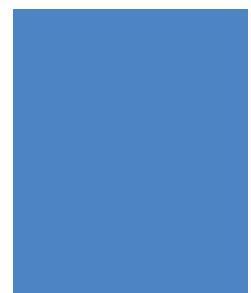
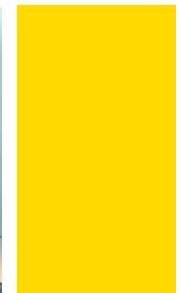




PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Centro de Políticas Públicas UC

Las infancias invisibilizadas: desafíos de los datos estadísticos e indicadores biopsicosociales de niños y niñas indígenas y migrantes



TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA

Año 19 / N° 180 / Diciembre 2024
ISSN 0718-9745

Las infancias invisibilizadas: desafíos de los datos estadísticos e indicadores biopsicosociales de niños y niñas indígenas y migrantes

DAYANN MARTÍNEZ-SANTANA

Escuela de Enfermería UC, Sochienfa, Sochena y Schpp

CLAUDIA ALCAYAGA-ROJAS

Escuela de Enfermería UC

ANGÉLICA FARÍAS-CANCINO

Escuela de Enfermería UC, Sochena y Sochienfa

FRANCISCA MÁRQUEZ-DOREN

CAMILO LUCCHINI-RAIES

Escuela de Enfermería UC, Sochena y Sochipec

MARCELA GONZÁLEZ-AGÜERO

CLAUDIA BUSTAMANTE-TRONCOSO

Escuela de Enfermería UC y Sochienfa

1. Introducción

Todos los niños y niñas tienen el derecho a disfrutar de una vida saludable, en donde se desarrollos seguros, protegidos y puedan recibir servicios sociales de salud y educación que les permita acceder a oportunidades básicas para tener una trayectoria de vida productiva y próspera (Decreto N° 830 de 1990, Ministerio de Relaciones Exteriores). Sin embargo, se ha observado que niños y niñas indígenas y migrantes durante su primera infancia están expuestos a mayores desigualdades sociales (Domínguez, 2017; González-Rábago y Martín, 2019; Puerto y Vázquez, 2023).

Para comprender de manera integral la salud y bienestar infantil desde los datos estadísticos, se deben considerar los diversos componentes que los determinan desde el modelo biopsicosocial (Engel, 1977; Organización Mundial de la Salud, 2014; Peredo Vide, 2014; Rey y Leiva, 2014). Los indicadores de salud biopsicosociales son herramientas cuantitativas que integran variables relacionadas con la salud física, psicológica y social de una población. En el caso de las infancias indígenas y migrantes, permiten una evaluación integral del estado de salud y bienestar, abarcando dimensiones que van más allá de la salud física, incluyendo aspectos emocionales, psicológicos y sociales. Estos indicadores pueden incluir tasas de mortalidad, niveles de desarrollo

psicomotor, prevalencia de problemas de salud mental y bienestar infantil, y el acceso a servicios socioeducativos y sanitarios que respeten las particularidades culturales de estas poblaciones (Canetti, 2017).

Realizar un análisis crítico de las fuentes de datos estadísticos y de los indicadores de salud biopsicosociales es fundamental para monitorear y mejorar la precisión y pertinencia de las políticas públicas orientadas a las infancias indígenas y migrantes. Identificar y corregir brechas y sesgos en los datos existentes contribuye a evitar la subestimación de las necesidades de estas poblaciones, cuya invisibilidad limita la efectividad de las políticas públicas destinadas a mejorar su calidad de vida. Contar con datos e indicadores multidimensionales y representativos permite diagnosticar y monitorear con mayor precisión la situación integral de salud, permitiendo a los tomadores de decisiones diseñar estrategias que promuevan la equidad, respetando las particularidades culturales y sociales de estas poblaciones vulnerables (Canetti et al., 2011).

Este artículo tiene como objetivo analizar críticamente las fuentes de datos estadísticos e indicadores de salud biopsicosocial de las infancias indígenas y migrantes en Chile, y analizar su impacto en la formulación y

ejecución de políticas públicas de salud. Para cumplir este objetivo, primero se identificará la información estadística disponible que dé cuenta del estado de salud biopsicosocial de la infancia indígena y migrante del país. En segundo lugar, se caracterizarán las bases de datos e indicadores bajo diversos criterios de calidad propuestos por la literatura, evaluando su capacidad de dar a conocer la situación actual de estas infancias y facilitar el monitoreo continuo. En tercer lugar, se presentarán recomendaciones para mejorar la recopilación de datos, formulación de indicadores y lineamientos para políticas públicas. Para finalizar se reflexionará sobre las implicancias éticas y sociales de la invisibilidad de estos grupos para el sistema de salud y sus políticas. A través de este análisis, se espera contribuir al desarrollo de políticas más inclusivas y equitativas que respondan a las necesidades específicas de estas poblaciones.

1.1 Situación sociodemográfica y epidemiológica de la infancia indígena y migrante en Chile

En Chile, las infancias indígenas y migrantes representan grupos importantes dentro de la población infantil general, abarcando el 18% y 4,3%, respectivamente, según lo reportado en la encuesta Casen 2022 (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022). Dentro de las infancias indígenas predomina la ascendencia mapuche, seguida por aymara, diaguita y licán antai, lo cual refleja una gran diversidad sociocultural y una distribución territorial que se concentra principalmente en la Región Metropolitana, seguida por la Araucanía y Los Lagos. Los niños y niñas migrantes, por su parte, provienen principalmente de Perú, Venezuela y Bolivia y se encuentran en mayor proporción en las regiones Metropolitana, de Antofagasta y de Tarapacá (Instituto Nacional de Estadísticas, 2017).

Estos grupos son víctimas de mayores índices de pobreza multidimensional, hacinamiento y condiciones de saneamiento deficitarias en sus viviendas, tal como puede observarse en la Tabla 1. Además, en relación con la educación y el acceso a la información, la niñez indígena y migrante muestra menores niveles de asistencia al sistema educativo convencional (16,3% y 25,7%, respectivamente) en comparación con los niños y niñas nacidos en Chile que no pertenecen a un pueblo indígena (13,9%) (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022).

Estos resultados evidencian la necesidad de contar con estrategias y planes de acción específicos en el ámbito sociosanitario de esta población, que valoren sus particularidades y busquen reducir las brechas que perpetúan la inequidad entre los grupos de niños y niñas. Para esto es primordial contar con fuentes de datos e indicadores biopsicosociales de alta calidad, que permitan una comprensión integral y precisa de las necesidades particulares de estas poblaciones en contextos vulnerables.

1.2 Contexto de políticas públicas en Chile: análisis de su relevancia y contingencia

A lo largo de la historia de Chile, niños y niñas han transitado desde la invisibilidad hasta ser reconocidos como sujetos de derecho (Rojas, 2010). En 1990, Chile ratificó la Convención de los Derechos del Niño, comprometiéndose a respetar y garantizar sus derechos sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional, étnico o social, entre otras características (Decreto N° 830 de 1990, Ministerio de Relaciones Exteriores).

Con el objetivo de avanzar en la garantía de estos derechos, Chile establece la nueva Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2015-2025 basada en cinco en-

Tabla 1. Condiciones socioeconómicas y de vivienda de la población infantil indígena y migrante internacional

Población infantil	Pobreza multidimensional (cinco dimensiones)	Hacinamiento	Saneamiento deficitario de la vivienda
Indígena	49,7%	16,3%	13,8%
Migrante internacional	27,2%	41,5%	12%
No indígena ni migrante	19,4%	13,5%	6,3%

Fuente: Encuesta Casen, 2022.

foques claves: derechos, desarrollo humano, curso de vida, intercultura y género, estableciendo como áreas prioritarias la: (i) familia y comunidad, (ii) salud integral y bienestar, (iii) formación integral e inclusiva, (iv) protección, reparación y restitución de derechos y (v) libertad de opinar e incidir (Consejo Nacional de la Infancia, 2017).

La implementación de esta política se articula en el Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018-2025, que organiza sus objetivos en cuatro ejes de derechos: supervivencia, desarrollo, protección y participación. De manera transversal, este plan establece que los sistemas de protección integral deben reforzar medidas para grupos prioritarios, tales como niños y niñas indígenas, en situación migratoria, con diversidad sexual, con discapacidad, en condiciones de pobreza, sujetos a medidas de protección, privados de libertad o en situación de emergencia, entre otros. En este marco, la Política de Infancia y el Plan de Acción incluyen directrices específicas para la infancia indígena y migrante, destacando aquellas orientadas al reconocimiento y evaluación de la diversidad cultural, la promoción de la inclusión y protección social sin discriminación, y la integración social y educativa.

Respecto a las metas o estrategias específicas para la población infantil perteneciente a pueblos indígenas, se enfatiza en el respeto y la promoción de los derechos culturales, sociales y lingüísticos, integrando sus perspectivas y conocimientos en las políticas públicas y en la creación de programas educativos que reconozcan y fortalezcan su identidad cultural, así como el acceso a la salud y servicios sociales que consideren sus particularidades.

Para la población infantil migrante, se proponen metas y estrategias que incluyen la integración social y educativa, con el aseguramiento del acceso a servicios de salud, educación y protección social sin discriminación; el reconocimiento y valoración de la diversidad cultural, la promoción del respeto y la inclusión dentro de las comunidades y en el sistema educativo; la necesidad de adaptación de los programas y servicios a las particularidades de esta población, considerando los desafíos específicos que enfrentan, como barreras idiomáticas y culturales, y el fomento de la participación de las comunidades migrantes en el diseño e implementación de políticas que les afectan directamente, promoviendo un enfoque de desarrollo basado en el respeto a sus derechos y a su autonomía.

En el ámbito de la salud se reconoce el establecimiento de objetivos y metas para la población infantil en Chile. Esto es a través de la Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030 operacionalizada a través de siete objetivos estratégicos (Ministerio de Salud, 2022). Si bien se reconoce como un avance, no se encuentran disponibles los indicadores y metas para cada objetivo estratégico, lo que dificulta, por una parte, la identificación de la población infantil en general y, por otra, de la población infantil de mayor vulnerabilidad como la indígena y migrante (Ministerio de Salud, 2022).

Desde el año 2006 existe la Política de Salud y Pueblos Indígenas que propone: “contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos originarios, a través del desarrollo progresivo de un modelo de salud intercultural que involucre su activa participación en la construcción, ejecución y evaluación del proceso” (Ministerio de Salud, 2009, pág. 8). Esta política establece tres ejes: equidad, interculturalidad y participación (Ministerio de Salud, 2024b).

A su vez, considerando los riesgos a los que están expuestas las personas migrantes en el proceso migratorio y la necesidad de priorizar a este grupo poblacional en las políticas públicas, el Ministerio de Salud, en el año 2017, publicó la Política de Salud de Migrantes Internacionales, cuyo propósito es contribuir al máximo al estado de salud de los migrantes con equidad, enmarcado en el enfoque de derechos humanos (Ministerio de Salud, 2017b).

Otras medidas orientadas a proteger la infancia son la creación del Consejo Nacional de la Infancia en el año 2015, dependiente del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, y la promulgación de la Ley N° 21.430 sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia. Asimismo, se identifican iniciativas de orden transversal que, a pesar de no estar focalizadas exclusivamente en la niñez, sí promueven la garantía de sus derechos (ver Tabla A1 en Anexo). Por tanto, si bien existe un marco político y legal orientado a proteger a la infancia en general, en la operacionalización de este surge la necesidad y relevancia de focalizar esfuerzos en poblaciones expuestas a mayor vulnerabilidad como las infancias indígenas y migrantes.

Asimismo, se reconoce que, para evaluar el impacto de las intervenciones y estrategias contenidas en las políticas públicas, es necesario monitorearlas sistemáticamente mediante indicadores biopsicosociales de calidad

y representativos de los ámbitos de interés. En este contexto, disponer de información precisa y actualizada es fundamental para evitar, entre otros problemas, diagnósticos imprecisos sobre el estado de salud infantil en general y de estos grupos en particular, lo que afecta la formulación de programas e intervenciones dirigidas a esta población. Además, esto contribuye a resolver su invisibilidad en categorías de análisis relevantes para la toma de decisiones en salud infantil, lo cual representa una forma de discriminación y exclusión.

1.3 Relevancia de las fuentes de datos e indicadores en salud en la formulación de políticas públicas

Las fuentes de datos proporcionan información necesaria para construir y monitorear indicadores relevantes. Para cumplir con este propósito deben entregar datos de alta calidad que permitan evaluar la situación de salud, entender las tendencias de enfermedades o condiciones, tomar decisiones y formular estrategias y políticas públicas destinadas a mejorar los resultados en una determinada población. Según su origen, las fuentes de datos se pueden clasificar en primarias o secundarias. Las primarias son aquellas que se recolectan directamente de la población objetivo, sus datos aún no han sido procesados y son creadas para lograr un objetivo específico. A su vez, las secundarias corresponden a datos ya existentes y recopilados con otros propósitos (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

La selección de fuentes de datos secundarias está determinada por una serie de requisitos, entre ellos, destaca la representatividad poblacional que poseen –y la precisión que garantiza su representatividad–, la periodicidad con que se levantan los datos y la validez de los mismos; el sentido de oportunidad que presentan –lo que implica qué tan disponibles y fiables son en un momento determinado–, la posibilidad que dan estos datos de ser subagrupados por áreas de interés, la sostenibilidad en el tiempo, su calidad y pertinencia y, por último, el acceso a ellos.

Por su parte, un indicador de salud corresponde a un valor cuantitativo o cualitativo que consolida información importante relativa a varios atributos (características o cualidades de la salud) y dimensiones (físico, emocional, espiritual, ambiental, mental y social) de un evento de interés para su estudio o seguimiento. Se trata de una característica o variable cuantificable utilizada en el ámbito de la vigilancia de la salud pública

para describir un estado de salud específico en una población en particular (Lengerich, 1999; Organización Panamericana de la Salud, 2018).

Los indicadores son dinámicos y van a variar según distintas situaciones y contextos culturales (Organización Panamericana de la Salud, 2018). Debido al carácter multidimensional de la salud, deben considerar variables vinculadas a la salud física de niños y niñas, su salud psicológica mental y social. El uso de indicadores en la salud pública tiene como objetivo fundamentar la toma de decisiones, con el fin de mejorar la salud de la población y disminuir las desigualdades (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

Los usos de los indicadores en salud pueden ser diversos, destacando entre estos: la descripción del fenómeno o atributo que se quiere medir; la predicción del estado de salud de una población o pronóstico de un grupo de pacientes; comprender o explicar el comportamiento de ciertas variables en algunas personas o grupos poblacionales; gestionar el sistema de salud y mejorar la toma de decisiones; y evaluar los resultados de la aplicación de políticas, programas, servicios o acciones de salud específicas.

Debido a la diversidad de variables y determinantes que afectan la salud de la población, los indicadores deben tener la factibilidad de poder ser medidos en diferentes territorios y subgrupos poblacionales, según edad, sexo, género, nivel socioeconómico, pertenencia a pueblo indígena o nacionalidad y ser sensibles a los cambios a lo largo del tiempo, por ejemplo, a la aplicación de distintas políticas públicas (Batistella, 2007).

2. Metodología

En primer lugar, se realizó una revisión documental que abarcó políticas públicas de salud infantil, estrategias de salud, documentación y fuentes de datos que permitieran identificar metas, objetivos, indicadores y datos vinculados a la infancia con énfasis en las infancias indígena y migrante internacional del país.

Luego, para hacer un análisis crítico de las fuentes de datos e indicadores de salud biopsicosocial se construyeron rúbricas de evaluación con base en los criterios de calidad descritos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Valenzuela, 2005; Organización Panamericana de la Salud, 2018). Para evaluar la calidad de las fuentes de datos, la rúbrica incluyó los criterios de

representatividad, precisión, validez, estratificación por subgrupos o áreas de interés, sentido de oportunidad, periodicidad, actualización, información complementaria y sostenibilidad (ver Tabla A2 en Anexo). A su vez, la rúbrica de evaluación de calidad de los indicadores de salud consideró los criterios de: mensurabilidad y factibilidad, validez, oportunidad, reproducibilidad, sostenibilidad, relevancia e importancia y comprensibilidad (ver Tabla A3 en Anexo). Cada uno de estos criterios se clasificaron en los niveles excelente, bueno, aceptable y deficiente.

Posteriormente se aplicaron estos criterios a las siguientes fuentes de datos y a algunos indicadores de estas: censo poblacional, Población Inscrita Validada por Fonasa (PIV), Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI), Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM), Sistema de Registro y Monitoreo (SRDM) del programa Chile Crece Más (ex ChCC), Encuesta de Caracterización Sociodemográfica Nacional (Casen), Encuesta Nacional de Salud (ENS), Encuesta Longitudinal de Primera Infancia (ELPI), Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (Encavi),- Encuesta Nacional sobre Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes (Eanna), II Estudio Nacional de la Discapacidad (Endisc) y la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE), determinándose fortalezas y desafíos de estas¹.

Se excluyeron del análisis las fuentes de datos vinculadas al sector de educación, ya que, a pesar de ser relevantes y complementarias, se enfocan principalmente en el rendimiento académico, acceso u otras variables educativas que no responden directamente al enfoque de este artículo.

3. Resultados

3.1 Diagnóstico de las fuentes de datos estadísticas de salud de la infancia indígena e infancia migrante

A nivel nacional se reconoce la existencia de diversas fuentes de datos estadísticos, con determinadas fortalezas y limitaciones, que permiten conocer el estado de salud de la infancia y en especial la de la población infantil indígena y migrante. Un desafío significativo para la selección de la mejor fuente de datos es la ausencia de un mapeo consolidado, puesto que no existen documentos que unifiquen y detallen todas las fuentes de datos disponibles y sus características. Su inexistencia dificulta la toma de decisiones eficientes para la elaboración de indicadores que permitan el monitoreo y el cumplimiento de metas de salud biopsicosocial en las infancias migrantes e indígenas.

Como se puede observar en la Tabla 2, dentro de las fortalezas de las fuentes de datos disponibles para la caracterización de la salud biopsicosocial de las infancias indígena y migrante, destaca la alta representatividad que tienen algunas de las encuestas poblacionales actuales con el muestreo de algunos grupos indígenas y migrantes, como la Encuesta Longitudinal de Primera Infancia (ELPI), la Encuesta de Caracterización Socio-demográfica Nacional (Casen), la Encuesta Nacional de Salud (ENS) y la obligatoriedad y periodicidad del registro en los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) del sistema de vigilancia de la salud pública.

¹ Las fuentes de datos a las que se les aplicó la rúbrica de calidad se describen en la Tabla A4 en Anexo.

Tabla 2. Evaluación de calidad de las fuentes de datos en salud infantil

Nombre de la fuente de datos	Evaluación de calidad*
Censo (Instituto Nacional de Estadísticas, 2017)	Presenta un <i>excelente</i> nivel de representatividad, precisión, validez de los datos, estratificación por subgrupos o áreas de interés, sentido de oportunidad, periodicidad del levantamiento de datos, información complementaria de la base de datos y sostenibilidad. Respecto a la actualización de los datos, se realiza cada 10 años, considerado por rúbrica como <i>deficiente</i> , lo que específicamente genera limitaciones en la exactitud de los datos en períodos más lejanos al censo y en reconocer el movimiento migratorio en específico.
Población Inscrita validada por Fonasa	Presenta un <i>excelente</i> nivel de representatividad, precisión, validez de los datos, sentido de oportunidad, periodicidad del levantamiento de datos, actualización de los datos, información complementaria de la base de datos y sostenibilidad. Respecto a la estratificación por subgrupos o áreas de interés (<i>deficiente</i>), es imposible obtener el dato por pertenencia a pueblo indígena y país de nacimiento.
Registro Nacional de Inmunizaciones	Presenta un <i>excelente</i> nivel de representatividad, precisión, validez de los datos, actualización de los datos, periodicidad del levantamiento de datos, información complementaria de la base de datos y sostenibilidad. Sin embargo, respecto al sentido de oportunidad (<i>deficiente</i>), el acceso a los datos es limitado, ya que solo puede realizarse a través de una solicitud mediante la Ley de Transparencia. Por otra parte, se requiere más información para determinar el grado de calidad respecto a la estratificación por subgrupos o áreas de interés respecto al registro de población indígena o migrante.
Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM)	La representatividad, precisión y validez, estratificación por subgrupos es <i>aceptable</i> . Por otro lado, el sentido de oportunidad, periodicidad del levantamiento, actualización, información complementaria y sostenibilidad es <i>excelente</i> . Sin embargo, algunos indicadores no poseen la estratificación por pueblo indígena, lo que impide monitorear ciertos aspectos de la salud de la población atendida en el sistema público como por ejemplo, la evaluación del desarrollo psicomotor (DSM). En el programa para Niños, Niñas y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud (Nanaes), el REM P 2023 (instrumento destinado a recoger las estadísticas de la población bajo control) considera la variable población en control. Sin embargo, no es reportada en detalle, sino que solo en grupo total del tramo de edad cero a 19 años en población indígena, lo que imposibilita saber el real estado de salud la población infantil. Solo es posible calcular el porcentaje de cada condición respecto del total. Además, presenta imposibilidad de conocer coberturas del control, puesto que la PIV no posee la estratificación por pueblos indígenas y migrantes. En la dimensión Lactancia Materna, la estadística se reporta mensualmente, por lo que el mismo niño/a se registra más veces en el año. El tipo de alimentación reportado para pueblos indígenas considera en un solo grupo desde la diada hasta el vigésimo cuarto mes.
Sistema de Registro y Monitoreo del programa Chile Crece Más (ex ChCC)	A pesar de que los datos son registrados individualmente permitiendo una <i>excelente</i> periodicidad y actualización, con gran precisión y validez de los datos, presenta un limitado nivel de sostenibilidad y representatividad debido al bajo registro en este sistema. La estratificación es buena, permite identificar a los niños y niñas y sus familias según diversos riesgos psicosociales presentes en infancia. A pesar de permitir la estratificación según situación migratoria, no permite filtrar los datos por pueblos indígenas. Respecto al sentido de oportunidad, es <i>deficiente</i> . Los datos requieren ser solicitados por Ley de Transparencia y el solicitante debe conocer las variables que considera la base de datos para solicitarlas y que estas sean entregadas. No existe una información abierta complementaria a la base de datos que especifique los datos estadísticos que pueden extraerse.
Encuesta de Caracterización Sociodemográfica Nacional (Casen)	Presenta un <i>excelente</i> nivel de representatividad, precisión, validez de los datos, estratificación por subgrupos o áreas de interés, sentido de oportunidad e información complementaria de la base de datos, con una adecuada periodicidad (<i>bueno</i>).
Encuesta Nacional de Salud (ENS) (Ministerio de Salud, 2017a)	Presenta un <i>excelente</i> nivel de representatividad, validez de los datos, estratificación por subgrupos o áreas de interés, sentido de oportunidad, información complementaria de la base de datos y sostenibilidad. Respecto a la periodicidad del levantamiento de datos, esta ha sido cada seis años aproximadamente (<i>deficiente</i>). Sin embargo, solo se ha agregado un módulo infantil en la última versión. También, presenta un alto nivel de precisión en los datos con un error muestral de 2,6% a nivel nacional (error absoluto, estimaciones con 95% de confianza y error relativo inferior a 30%).

Encuesta Longitudinal de Primera Infancia (ELPI) (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2017)	Presenta un <i>excelente</i> nivel de representatividad, precisión, validez de los datos, estratificación por subgrupos o áreas de interés, sentido de oportunidad, periodicidad del levantamiento de datos, actualización de los datos, información complementaria de la base de datos y sostenibilidad. Por otra parte, los tramos de edad reportados no permiten su comparación con otras bases de datos. Sobre la dimensión Cuidados Infantiles, se reportan diferencias, las que podrían generar análisis sesgados por el desconocimiento de las prácticas culturales de cada pueblo indígena.
Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (Encavi) (Ministerio de Salud, 2016a)	Presenta un <i>excelente</i> nivel de representatividad, precisión y validez de los datos (error muestral de 2,5% en la encuesta de 2006), sentido de oportunidad, información complementaria de la base de datos y sostenibilidad. Respecto a la periodicidad del levantamiento de datos, esta ha sido intermitente (2000, 2006 y 2016) (<i>deficiente</i>). La versión del año 2000 no permite conocer la situación de salud de la infancia y la de 2006 no permite ver los resultados estratificados por subgrupos vinculados a infancia indígena y migrante. La versión de 2016 incorpora la pertenencia de pueblo indígena y nacionalidad solo del entrevistado.
Encuesta Nacional Sobre Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes (EANNA)	Datos aún no se encuentran disponibles.
II Estudio Nacional de la Discapacidad (Endisc) (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2015)	Presenta un <i>excelente</i> nivel de representatividad, precisión, validez de los datos, estratificación por subgrupos o áreas de interés, sentido de oportunidad, periodicidad del levantamiento de datos, actualización de los datos, información complementaria de la base de datos y sostenibilidad.
Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) (Ministerio de Salud, 2016b)	No permite conocer la situación de la infancia entre cero a nueve años ni tampoco hay estratificación según las variables de interés de pertenencia a pueblos indígenas o niñez migrante (<i>deficiente</i>).

*Evaluación obtenida a través de la aplicación de las rúbricas.

Respecto a la calidad de las encuestas poblacionales, cabe destacar que, considerando el universo, estas ofrecen información limitada para conocer la situación de la infancia indígena y migrante por tener un tamaño muestral inferior al estimado para un nivel de confianza del 95% y 5% de margen de error. Además, no permiten conocer específicamente la situación intragrupo por la insuficiente representatividad de los distintos pueblos indígenas y migrantes. Por ejemplo, la encuesta ENS de 2017, de donde se extraen datos para conocer la situación de salud infantil a nivel nacional, solo levantó información de 178 niños y niñas indígenas y 48 migrantes, de un total de 145.188 niños y niñas indígenas y 15.071 migrantes de cero a cuatro años contabilizados en el censo. A su vez hay pueblos y países no considerados, como el pueblo kawésqar, yagan, rapa nui y países como Haití, Venezuela, entre otros (ver Tabla A5 en Anexo).

Otra limitación está relacionada con los cambios metodológicos y la periodicidad de la recopilación de datos, que puede dificultar la comparación de los resultados a lo largo del tiempo o entre diferentes fuentes. Esto conlleva desafíos, en especial cuando se desea medir el impac-

to de intervenciones o el cumplimiento de metas. Es así como la utilidad de los resultados de diversas encuestas para el monitoreo a largo plazo no ofrece una comparabilidad metodológica ideal, sin embargo, ante la ausencia de otros datos, permiten en ocasiones visualizar una idea general de tendencia. Este es el caso de la encuesta ENS de 2017 que considera un módulo de desarrollo infantil que no está en sus versiones anteriores. Del mismo modo, la metodología de la evaluación del desarrollo psicomotor o desarrollo integral infantil es diferente a la de otras encuestas poblacionales como la ELPI. A su vez, la metodología de levantamiento de datos de esta última encuesta ha cambiado cada vez que se ha aplicado una nueva versión a las muestras de refresco, imposibilitando comparar los datos (para ver más respecto a las metodologías de levantamiento de datos, ver Tabla A6 en Anexo). Lo mismo sucede con el sistema de vigilancia REM en cuanto a su estratificación por edad y a su instrumento de medición. Así, cuando se consideran los resultados de una fuente de datos para establecer una línea de base, es fundamental preservar la metodología de recopilación de datos para garantizar su comparabilidad.

Otra limitación radica en cómo se formulan las preguntas en las encuestas poblacionales y en si estas reflejan o no pertinencia cultural. Por ejemplo, en la ENS se incluyen preguntas generales sobre cuidados infantiles que no permiten reconocer las prácticas culturales específicas de los pueblos indígenas y de otros países. Esto implica que los datos recopilados deben interpretarse considerando esta limitación, ya que, de lo contrario, podrían generarse análisis sesgados al no contemplar las prácticas de cuidado propias de los pueblos indígenas y de los grupos migrantes.

Para establecer metas en las políticas públicas de salud, se utilizan principalmente datos de encuestas poblacionales. Según la OPS, estas encuestas presentan varias limitaciones como fuentes de información, entre las cuales destacan: (i) la limitada objetividad en la evaluación del estado de salud, ya que la medición de la salud como enfermedad es autorreferida por la persona; (ii) la dependencia de la receptividad del entrevistado para proporcionar información; (iii) el aumento de costos de la encuesta a medida que se requiere mayor representatividad y desagregación de los datos; y (iv) la limitada sostenibilidad en el tiempo, determinada por la disponibilidad de recursos o voluntad política (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

Es importante considerar que la consulta sobre la pertenencia a un pueblo indígena se realiza a la madre o al cuidador, quienes aportan la información, asumiendo que el niño o niña también pertenece a ese pueblo. Dado el principio de autonomía progresiva, se recomienda establecer períodos en los que se realice esta consulta directamente a los niños y niñas. Además, cabe destacar que las encuestas poblacionales ofrecen una visión más completa del estado de salud, ya que incluyen participantes de los sistemas de salud público y privado, a diferencia de las bases de datos de salud pública.

Por otra parte, los REM y la Población Inscrita Validada por Fonasa (PIV) presentan desafíos vinculados a la estratificación de los datos por subgrupo indígena y migrante. El Decreto N° 643 de 2016, actualizado en el Decreto N° 231, manda que el registro clínico electrónico debe indicar la pertenencia de los pacientes a un pueblo indígena. Sin embargo, actualmente aún existe un subregistro, perjudicando conocer con exactitud las variables de salud biopsicosociales estratificadas por pueblo de origen en el REM. Las brechas en este ámbito se generan debido a la diversidad de proveedores de ficha clínica, lo que limita el registro en cada territorio. Actualmente

en la mayoría de ellos se establece el registro al ingreso al Cesfam, sin embargo, debería existir el casillero de registro correspondiente en los Registros Clínicos Electrónicos (RCE) independiente de la empresa que preste el servicio y la obligatoriedad de su registro y actualización por parte de los profesionales de salud. Adicionalmente otro factor limitante es la imposibilidad de estratificar los indicadores según etapa del ciclo vital –es decir, etapa lactante, preescolar y escolar– para considerar las diferencias biopsicosociales de cada etapa en la misma base REM, generada con base en las atenciones clínicas.

Finalmente, respecto a la validez de los datos, los REM presentan distorsiones que pueden ser provocadas por errores en el registro, problemas de gestión, doble conteo de la población en distintos centros de salud, competencias profesionales, entre otras. Un ejemplo de esto son los datos referentes al conteo del total de la población bajo control que supera en muchos casos a la inscrita validada por Fonasa.

3.2 Diagnóstico de los indicadores biopsicosociales actuales sobre infancia indígena y migrante

Para caracterizar a la población infantil en general, incluyendo a la niñez indígena y migrante, se utilizan principalmente los datos provenientes de las bases de datos señaladas anteriormente. A nivel de salud pública, los principales indicadores para el monitoreo de la salud de la infancia en Chile están descritos en la siguiente documentación: (i) el Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia; (ii) la Estrategia Nacional de Salud, que establece los objetivos sanitarios de la década; (iii) el Índice de Actividad de la Atención Primaria (IAAPS), en el que se establecen un conjunto de ámbitos a evaluar sobre el funcionamiento de la Atención Primaria en Salud (APS); (iv) la Matriz de Cuidados de Salud a lo Largo del Curso de Vida de la APS, la que consolida los objetivos, actividades, indicadores, metas y fuente de datos a desarrollar en el año en curso y su vinculación a las metas sanitarias determinados en la Estrategia Nacional de Salud, al IAAPS y el Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia (Ministerio de Salud, 2024a); y (v) el Catálogo de Prestaciones del Componente de Salud de Chile Crece Más (Gobierno de Chile, 2020).

Al analizar el total de indicadores del Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018-2025 (131 indicadores) se observa que ninguno explícita la medición de resultados en la infancia migrante e indígena, evidenciando su invisibilidad dentro del monitoreo actual en salud. A

pesar de que en este plan se establece que en los sistemas de protección integral de derechos se deben reforzar las medidas en grupos prioritarios como niños y niñas que pertenecen a pueblos indígenas y en situación migratoria, ninguno de sus indicadores se focaliza en esta población. Las líneas de base se limitan a la medición de la población infantil en general y estratificada por grupo de edad, respondiendo al compromiso de los resultados estratégicos. No obstante, el plan de acción sí considera en algunas líneas estrategias específicas para la población indígena y migrante, cuyo desafío es incorporar en los indicadores.

Por otro lado, se destaca que en la Matriz de Cuidados de Salud a lo Largo del Curso de Vida, se identifican indicadores que responden a las metas sanitarias 2011-2020 y al IAAPS vinculados a infancia, además de indicadores de ChCC. Al analizar los indicadores de esta matriz de acuerdo con su tipo –es decir, si es de proceso, resultado o impacto–, se observa que siete se orientan a la medición de resultados de la salud en la infancia en general. Estos indicadores miden la prevalencia de lactancia materna, el estado nutricional, la proporción de niños y niñas que recuperan su desarrollo psicomotor, que terminan el tratamiento kinésico y aquellos que son dados de alta terapéutica en el programa de salud mental. A su vez, existen 13 indicadores que, aunque están diseñados para medir la actividad de inmunización, el cumplimiento de la meta implica alcanzar los resultados epidemiológicos esperados. Además, hay 55 indicadores

relacionados con la medición de coberturas en el acceso a actividades realizadas en la APS. Estas se dividen en las siguientes áreas: promoción de hábitos y conductas saludables; fortalecimiento de habilidades parentales y generación de ambientes estimulantes; mejora de la salud mental; prevención o pesquisa precoz de enfermedades prevalentes; mejora del estado de salud bucal; educación grupal a padres y/o cuidadores sobre prevención de infecciones respiratorias agudas (IRA) y fomento de entornos saludables para la nutrición infantil. Esta distribución de indicadores, que en su mayoría miden procesos (73%), muestra que desde el programa aún existen importantes brechas para poder medir resultados e impacto de las acciones que se realizan en APS y, con ello, el cumplimiento de las políticas públicas.

Respecto a la focalización de los indicadores de la Matriz de Cuidados de Salud a lo Largo del Curso de Vida, se identifica uno vinculado a la infancia indígena y tres relacionados con la infancia migrante (Tabla 3). Sin embargo, ninguno está orientado a medir resultados o impacto en la dimensión de salud propiamente tal. Al analizar estos indicadores según su relevancia, se observa que los primeros dos solo permiten monitorizar el acceso a la atención de salud de la población infantil indígena y migrante –información que permitiría la realización de acciones para mejorar la cobertura del control de salud integral–, pero no el estado de salud biopsicosocial específico de dicha población.

Tabla 3. Indicadores orientados a la infancia indígena y migrante de la matriz de cuidados en el curso de vida de APS

Nombre indicador	Objetivo	Fórmula de cálculo	Meta	Fuente y articulación
1. Control de salud a niños y niñas pertenecientes a pueblos indígenas (indicador de proceso).	Asegurar la pesquisa oportuna de alteraciones del desarrollo integral en niños y niñas pertenecientes a pueblos indígenas.	Número de niños y niñas pertenecientes a pueblos indígenas bajo control año 2023 - número de niños y niñas pertenecientes a pueblos indígenas bajo control año 2022 / número de niños y niñas pertenecientes a pueblos indígenas bajo control año 2022 * 100	Aumentar o mantener el porcentaje de niños y niñas pertenecientes a pueblos indígenas bajo control en relación con el año anterior.	Fuente REM. Se articula con programa pueblos indígenas.
2. Control de salud a niños y niñas migrantes (indicador de proceso).	Asegurar la pesquisa oportuna de alteraciones del desarrollo integral en niños y niñas con pertinencia cultural.	Número de niños y niñas migrantes bajo control año 2023 - número de niños y niñas migrantes bajo control año 2022 / número de niños y niñas migrantes bajo control año 2022 * 100	Aumentar o mantener el porcentaje de niños y niñas migrantes bajo control en relación con el año anterior.	Fuente REM. Se articula con ChCC y programa migrantes.
3. Taller de promoción temprana del desarrollo del lenguaje en el primer año de vida, con pertinencia cultural (indicador de proceso).	Fortalecer las habilidades parentales y generar ambientes estimulantes con pertinencia cultural.	Número de niños y niñas menores de un año cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres de promoción del desarrollo del lenguaje / número de niños(as) bajo control menores de un año * 100	25%	Fuente REM. Se articula con ChCC y programas migrantes.
4. Taller de promoción temprana del desarrollo motor en el primer año de vida, con pertinencia cultural (indicador de proceso).	Fortalecer las habilidades parentales y generar ambientes estimulantes con pertinencia cultural.	Número de niños y niñas menores de un año cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres de promoción del desarrollo motor / número de niños(as) bajo control menores de un año * 100	25%	Fuente REM. Se articula con ChCC y programas migrantes.

Fuente: Ministerio de Salud, 2024a.

Dentro de la fórmula de estos indicadores se considera a la población bajo control² de los distintos programas de salud (dato que se obtiene de la Serie P del REM). Respecto a esto y a la validez de los datos, se observa que el registro estadístico mensual de la población bajo control en infancia (REM P) presenta una distorsión al sobreestimarla, dado que, al comparar los datos de la población bajo control con la población inscrita y validada por Fonasa (la que puede atenderse en los Cesfam), se obtiene que cada comuna está atendiendo a una mayor cantidad de niños y niñas que los que se encuentran inscritos.

Esto puede deberse a errores en los registros de ingresos y egresos al programa de salud infantil, ya sea por el doble conteo de estos niños al realizarse controles en distintos Cesfam –en la misma comuna o en diferentes en el transcurso del año– o por fichas físicas duplicadas, entre otras causas.

Respecto a los indicadores 3 y 4, estos permiten monitorizar el ingreso al taller de promoción del desarrollo motor y lenguaje otorgado por los programas del subsistema de Chile Crece Contigo, sin embargo, no especifica

² Población que recibe las distintas prestaciones o que muestra determinados resultados en un programa de salud. La serie P de los REM se diferencia de la Serie A en que esta última contabiliza las actividades realizadas y no personas.

en la fórmula de cálculo de la estratificación “migración”. A su vez, la fuente de datos³ entrega como valor la sumatoria de todos los niños y niñas migrantes entre cero y 23 meses que ingresan a los talleres de lenguaje y de cero a cinco años que ingresan a los talleres de desarrollo motor, lo que imposibilitaría conocer el resultado del indicador estratificado para menores de un año, como lo señala la fórmula de cálculo. De esta manera, respecto a la validez, estos indicadores no logran medir de manera focalizada la ocurrencia del evento en la infancia migrante y respecto a la relevancia e importancia, este indicador solo está midiendo el acceso a una prestación, pero no es posible saber el resultado de las intervenciones en dichas prestaciones.

Por otro lado, dentro de los objetivos señalados en el último catálogo de prestaciones de ChCC, ninguno de los 69 indicadores del programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial se focaliza en la infancia indígena o migrante internacional.

Cabe destacar que, para las metas vinculadas a políticas a nivel nacional para la generación de indicadores, las fuentes de datos principales son estadísticas provenientes de encuestas poblacionales, lo que genera una limitación en la mensurabilidad y factibilidad por los costos asociados y en la oportunidad y sostenibilidad en el caso que la encuesta poblacional no se aplique cuando quiera verificar el cumplimiento de la meta.

Finalmente, en relación con la calidad y trazabilidad de los indicadores existentes se observa una insuficiente representación, pertinencia cultural y reconocimiento de la salud biopsicosocial de las infancias indígena y migrante en las estadísticas e indicadores en salud. El déficit de datos precisos, trazables y representativos de estos grupos contribuye a una visión parcial y, en muchos casos, errónea de sus condiciones de salud, necesidades y desafíos, puesto que muchos instrumentos utilizados para el levantamiento de datos estadístico, para la posterior generación de indicadores de salud, no se encuentran validados culturalmente.

3.3 Pertinencia cultural de las fuentes de datos

Los resultados en salud van a estar determinados por una serie de variables entre las que se encuentra la cultura (Fietje y Stein, 2015). Por esto, la competencia cultural en salud es relevante y se entiende como la habilidad para reflexionar sobre la propia cultura e incor-

porar una visión social y cultural en cada interacción con el usuario (Pedrero, Bernales y Chepo, 2019). A su vez, un sistema de salud competente culturalmente debe incorporar la cultura en los distintos niveles de gestión de manera que proporcione y dé respuestas atingentes a la población objetivo (Sue, 2008). La competencia cultural considera reconocer metas y objetivos terapéuticos según las creencias y costumbres de las personas y sus necesidades (Pedrero, Bernales y Chepo, 2019), las que deben levantarse en las diversas fuentes de datos.

Cuando se requiere el desarrollo de indicadores con pertinencia cultural que provean de datos de calidad, es necesario crear instancias participativas que involucren a representantes de las comunidades indígenas y migrantes, tanto para su creación como para su monitoreo. Lo anterior da garantías de que los indicadores reflejen las prioridades, valores y contextos culturales de estas poblaciones, como, por ejemplo, prácticas de crianza tradicionales, como la lactancia materna exclusiva durante un periodo establecido o la atención prenatal temprana. A su vez, el monitoreo participativo promueve la transparencia y fortalece la capacidad de las comunidades para abogar por su propia salud.

Del mismo modo, la sensibilidad cultural (parte de la competencia cultural) que se tenga a la hora de definir los indicadores implica considerar la relevancia que estos tienen para las propias poblaciones que se intentan describir y su capacidad para dar cuenta de las prácticas de salud y las creencias culturales específicas que poseen.

También es importante contar con los datos desagregados por grupo étnico, origen migratorio y que incluya aquellos factores relevantes para identificar las disparidades que existan en salud infantil entre estos subgrupos. En este sentido, los métodos de evaluación del impacto de estos datos requieren de mecanismos que incluyan las perspectivas culturales y los contextos específicos de estas comunidades.

4. Recomendaciones

4.1. Mejoras para fuentes de datos

A continuación, se plantean recomendaciones relacionadas con las fuentes de datos. En primer lugar, para mejorar la representatividad, las encuestas poblacionales deberían considerar en el tamaño muestral la cantidad de participantes necesarios, tanto para reconocer la si-

³ Se encuentra en la pestaña de la base de datos de los Resúmenes Estadísticos Mensuales denominada REM A27, sección A.

tuación de salud biopsicosocial de la infancia indígena y migrante en general, como para identificar diferencias intragrupo. Por otra parte, no solo basta con cumplir con la periodicidad del levantamiento de datos, sino que también con que la metodología sea la misma entre encuestas, de manera que los indicadores puedan ser comparados prospectivamente.

A su vez, se debe contar con una validación cultural de los instrumentos aplicados, característica con la que ninguna de las fuentes analizadas cuenta. Las fuentes actuales ofrecen datos que permiten describir la situación de salud biopsicosocial de la infancia indígena y migrante, pero con base en criterios establecidos para la población infantil en general. Se requiere, por esto, que las fuentes de datos incorporen aspectos culturalmente sensibles como la salud mental, bienestar espiritual y la cohesión comunitaria. De esta manera, los formularios de levantamiento de las próximas encuestas poblacionales deberían considerar estas variables a partir de la evidencia.

Por otra parte, resulta necesaria la participación de las comunidades indígenas y migrantes que validen y propongan las áreas temáticas e información a levantar en las distintas fuentes de datos (Wallerstein y Duran, 2010). Esto puede llevarse a cabo mediante distintas estrategias de participación ciudadana, previo a la construcción de los términos de referencia o metodologías de levantamiento (Betancourt, Green y Carrillo, 2002).

Del mismo modo, debe mejorarse la información sobre la pertenencia a un pueblo indígena en los registros que alimentan las diversas fuentes de datos (desde el registro clínico a la construcción de la estratificación en las distintas variables de la base de datos de salud pública), en línea con el objetivo estratégico de interculturalidad que señala: “Mejorar el sistema de registro de la variable de pertenencia a pueblos indígenas en los sistemas de información en salud, en los registros clínicos electrónicos y actualizar la población inscrita validada, en los establecimientos de la red pública de salud, realizando la pregunta por pertenencia a pueblos indígenas a los/as beneficiarios/as” y “Desarrollar estrategias de mejora para aquellos sistemas que registran en forma agrupada, tales como los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) y los sistemas que permiten la identificación de la persona por pueblos indígenas” (Ministerio de Salud, 2024b, pág. 4).

La elección de las encuestas poblacionales para medir la situación de salud de la niñez indígena y migrante ofrece beneficios, considerando que en la construcción

de estas ya se ha tenido en cuenta a estos grupos poblacionales y se pueden incorporar variables de interés a medida que aumente el conocimiento respecto a su cosmovisión de salud.

Por su parte, los Resúmenes Estadísticos Mensuales ofrecen grandes oportunidades para el monitoreo de las acciones y resultados en salud, requiriendo mejorar aspectos ya abordados en las secciones anteriores.

Finalmente, el Plan de Acción de Niñez y Adolescencia establece explícitamente la necesidad de fortalecer el sistema de registro de información del subsistema Chile Crece Contigo de manera de poder hacer seguimiento a los niños y niñas que lo requieran (Ministerio de Desarrollo Social y Consejo Nacional de la Infancia, 2018).

4.2. Mejoras para los indicadores de salud de infancias indígena y migrante

En la siguiente sección, se proponen tres ámbitos de mejora para los indicadores en salud. En primer lugar, la generación de una matriz en la que se articulen las políticas públicas, los objetivos sanitarios vigentes para la década y las principales dimensiones que abordan la salud biopsicosocial de la infancia. El sentido de esta matriz es facilitar la integración de los diferentes componentes incorporados en torno a la situación de la infancia y, a su vez, construir indicadores que describan de manera explícita la población en la que se quiere medir. En la actualidad, al no aparecer explícitamente la niñez indígena o migrante en los indicadores usados habitualmente, se invisibiliza a esta población.

El segundo ámbito de mejora profundiza la consideración de que existen particularidades entre las diferentes culturas, tanto indígenas como migrantes, que requieren ser reconocidas para que contribuyan al cumplimiento o puedan ser incorporadas en las políticas públicas en salud (Ministerio de Salud, 2024b), y para las cuales, indicadores tradicionales, construidos, por ejemplo, con base en encuestas poblacionales, no necesariamente permiten identificar y describir estas variabilidades. En este sentido, se propone generar una instancia que rescate a nivel local, con mirada del territorio, la situación biopsicosocial de la infancia indígena y migrante. A través de mirar sistemáticamente esas experiencias, se podrá rescatar además de las características de la población, las buenas prácticas que se estén desarrollando y las brechas en la atención de las necesidades particulares de estos grupos. Se asemejaría a la lógica de los centros centinela que permiten monitorear una situación o a la

de un observatorio, en cuanto a la amplitud de la mirada. Sin embargo, esta propuesta tiene especificidades y, por eso, una forma de avanzar en este trabajo sería identificar preliminarmente establecimientos donde se entrega atención a estos grupos –como, por ejemplo, los centros de salud intercultural o los centros de salud familiar en comunas con alta presencia de grupos indígenas o migrantes– y observar el diseño, implementación y aprendizaje de esas experiencias.

Finalmente, el tercer ámbito se relaciona con la relevancia e importancia de los indicadores de salud, ya que estos deben permitir la identificación clara de las variables que potencian la inequidad en estos grupos poblacionales. Por lo tanto, los indicadores deben estar orientados a detectar mejoras en el acceso, la calidad, la cobertura y la efectividad de la atención de salud para los pueblos indígenas y migrantes (Ministerio de Salud, 2024b). La garantía de los derechos de la infancia indígena y migrante en Chile, por lo tanto, requiere un esfuerzo concertado para desarrollar y aplicar indicadores de salud biopsicosocial culturalmente pertinentes y específicos. Esto permitiría un monitoreo adecuado y la implementación de políticas públicas informadas y efectivas que aborden las necesidades únicas de estos niños y niñas, asegurando su bienestar y promoviendo su desarrollo integral en una sociedad que respeta y valora la diversidad. Además, la distribución geográfica de estos niños y niñas, señalada en la introducción, insta a la consideración de enfoques regionales específicos para abordar de manera efectiva sus necesidades en las políticas públicas.

5. Consideraciones finales: implicancias de la invisibilidad de las infancias indígenas y migrantes en la garantía de sus derechos

La Ley de Garantías de los Derechos de la Niñez busca garantizar derechos integrales a todos los niños, niñas y adolescentes en Chile, sin embargo, su aplicación respecto a la infancia indígena y migrante no puede ser especificada, ya que es considerada en los grupos generales de población. El Ministerio de Salud, el Servicio Nacional del Menor (Senamer), el Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (Mejor Niñez) y el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) juegan un papel en el monitoreo y la promoción de los derechos de estos grupos, sin embargo, estas categorías están ausentes en otros ministerios estrechamente vinculados a la infancia, como el Ministerio de Educación. Se observan algunas líneas de acción específicas de es-

tas instituciones orientadas a la población indígena, que se desvanecen en la medición del impacto.

La imposibilidad de vincular los indicadores específicos para monitorear la salud biopsicosocial de niños y niñas indígenas y migrantes tiene importantes implicancias para la garantía de sus derechos. Esta situación compromete la capacidad del Estado y de las instituciones involucradas para identificar y abordar de manera efectiva las necesidades únicas y los desafíos que enfrentan estos grupos de la población infantil. Al no contar con datos precisos y representativos, se perpetúa una invisibilidad que impide el desarrollo de políticas públicas y programas de intervención que respondan adecuadamente a sus realidades específicas. Esta situación conlleva el riesgo de prolongar ciclos de desigualdad y exclusión, alejando aún más a estos niños y niñas de acceder a sus derechos fundamentales garantizados por legislaciones como la Ley sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia (Ley N° 21.430), la cual enfatiza la necesidad de considerar las particularidades de niños en situaciones de vulnerabilidad.

Además, esta omisión afecta negativamente la capacidad de cumplir con compromisos nacionales e internacionales relativos a los derechos de la infancia, dificultando la evaluación del impacto de las políticas implementadas y la formulación de estrategias de mejora. La ausencia de indicadores adecuados para estos grupos en los planes de acción y estrategias nacionales de salud limita seriamente los esfuerzos para promover el bienestar y desarrollo integral de la infancia indígena y migrante, lo cual es crucial para el progreso hacia una sociedad más inclusiva y equitativa que resalte y proteja los derechos de todos sus miembros desde una edad temprana.

La carencia de indicadores específicos para el monitoreo de la salud biopsicosocial de niños y niñas indígenas y migrantes no solo subraya la falta de visibilidad y reconocimiento de estas poblaciones en las estadísticas nacionales de salud, sino que también resalta una brecha significativa en la implementación de medidas orientadas a garantizar sus derechos fundamentales. Esta situación plantea desafíos sustanciales en varios frentes:

Desarrollo de políticas públicas adecuadas: sin datos fiables y representativos es prácticamente imposible desarrollar políticas públicas y programas de intervención que aborden de manera efectiva las necesidades y desafíos específicos que enfrentan estos niños y niñas.

La falta de indicadores conduce a una formulación de políticas basada en suposiciones generales que no reflejan las realidades complejas de las vidas de estos grupos vulnerables, resultando en intervenciones que pueden ser ineficaces o, en el peor de los casos, perjudiciales.

Cumplimiento de obligaciones internacionales: Chile, como signatario de varios tratados internacionales como la Convención sobre los Derechos del Niño, tiene la obligación de garantizar y proteger los derechos de todos los niños y niñas bajo su jurisdicción. La ausencia de indicadores específicos obstaculiza la capacidad del Estado para monitorear el progreso y reportar de manera efectiva sobre la implementación de estas obligaciones internacionales, especialmente en lo que respecta a los grupos vulnerables.

Invisibilización y discriminación: la falta de reconocimiento estadístico de las condiciones de salud y bienestar de las infancias indígena y migrante perpetúa su invisibilización en el discurso público y en la agenda política. Esta omisión puede interpretarse como una forma de discriminación y estigma social, ya que niega

a estos niños y niñas el derecho a ser contados y considerados en la planificación y asignación de recursos destinados a la salud y el bienestar.

Impacto en la planificación y asignación de recursos: sin un entendimiento claro de las necesidades de salud de estos grupos, es difícil asignar recursos de manera eficiente y efectiva. La falta de datos específicos puede llevar a una distribución desigual de los recursos, dejando a estos niños y niñas sin acceso a servicios esenciales de salud, educación y bienestar social.

Promoción del bienestar integral: la salud biopsicosocial comprende no solo la salud física, sino también el bienestar mental, emocional y social. La ausencia de indicadores que capturen estas dimensiones para los niños y niñas migrantes e indígenas limita gravemente los esfuerzos para promover su desarrollo integral y el pleno ejercicio de sus derechos.

Referencias

- Batistella, C.** (2007). *Abodagens contemporaneas do concepto de saude*. Disponible en: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39204>
- Betancourt, J. R., Green, A.R. y Carrillo, J.E.** (2002). *Cultural Competence in Health Care: Emerging Frameworks and Practical Approaches*. New York: The Commonwealth Fund. The Commonwealth Fund. Disponible en: <https://www.commonwealthfund.org>.
- Canetti, A. et al** (2011). *Seminario Modelos e indicadores de desarrollo y bienestar infantil*. 1st edn. Uruguay: Espacio Interdisciplinario - Universidad de la República.
- Canetti, A.** (2017). Construcción de una herramienta de medición del crecimiento, desarrollo y bienestar infantil: la experiencia del Centro Interdisciplinario de Infancia y Pobreza (CIIP), *Interdisciplina*. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8555>
- Consejo Nacional de la Infancia** (2017). *Política Nacional de la Niñez y Adolescencia. Sistema Integral de Derechos de la Niñez y Adolescencia. 2015-2025*.
- Dominguez, I.** (2017). *Determinantes sociales de la salud en primera infancia indígena en Chile*. Universidad de Chile. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/148991>
- Engel, G.** (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine, *Science*, pp. 129–36. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/847460/>
- Fietje, N. y Stein, C.** (2015). Culture and health, *The Lancet*, 385(9968), p. 601. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60226-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60226-4)
- Gobierno de Chile** (2020). *Catálogo de Prestaciones 2019-2020. Componente Salud*. Disponible en: https://www.creccecontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2019/10/catalogo-prestaciones-PADBP_-2019-2020.pdf
- González-Rábago, Y. y Martín, U.** (2019). Salud y determinantes sociales de la salud en hijos e hijas de personas inmigrantes internacionales: ¿desigualdades sociales en salud desde la infancia?, *Gaceta Sanitaria*, 33, pp. 156–161. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.007>.
- Instituto Nacional de Estadísticas** (2017). *Censo de Población y Vivienda*. Disponible en: <http://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/censos-de-poblacion-y-vivienda/censo-de-poblacion-y-vivienda>
- Lengerich, E. J.** (1999). *Indicators for Chronic Disease Surveillance: Consensus of CSTE, ASTCDPD, and CDC*. Atlanta, GA: Consejo de Epidemiólogos Estatales y Territoriales.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia** (2015). *II Estudio Nacional de la Discapacidad - ENDISC*. Disponible en: <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/endisc-2015>
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia** (2017). *Encuesta Longitudinal de Primera Infancia*. Disponible en: <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/elpi-cuarta-ronda>
- Ministerio de Desarrollo Social y Consejo Nacional de la Infancia** (2018). *Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018-2025*. Disponible en: <https://plandeaccioninfancia.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/>
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia** (2022). *Encuesta CASEN*. Disponible en: <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2022>.
- Ministerio de Salud** (2009). *Salud y Derechos de los Pueblos Indígenas en Chile: Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribunales de la OIT*. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/cartilla%20DERECHOS%20Y%20SALUD%20C169%20.pdf>
- Ministerio de Salud** (2016a). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud - ENCAVI*. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/encuesta-encavi/>
- Ministerio de Salud** (2016b). *Informe de la Encuesta Mundial de Salud Escolar Chile 2013*. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/resultados-encuestas/>
- Ministerio de Salud** (2017a). *ENS – Encuesta Nacional de Salud*. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/encuesta-ens/>
- Ministerio de Salud** (2017b). *Política de Salud de Migrantes Internacionales*. Disponible en: <https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2018/01/Politica-de-Salud-de-Migrantes-310-1750.pdf>
- Ministerio de Salud** (2022). *Estrategia Nacional de Salud*. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf>
- Ministerio de Salud** (2024a). *Matriz de Cuidados en el curso de vida*. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/RPE-1-Lineamientos-de-pueblos-indigenas.pdf>
- Ministerio de Salud** (2024b). *RPE Nº 1: Lineamiento Pueblos Indígenas - Programación en Red 2024*. Disponible en: <https://www.minsal.cl/orientaciones-para-la-planificacion-y-programacion-en-red/>
- Organización Mundial de la Salud** (2014). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos*. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud** (2018). *Indicadores de Salud: Aspectos Conceptuales y Operativos*. Washington, D.C.: OPS. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275320051>
- Pedrero, V., Bernales, M. y Chepo, M.** (2019). Escala de Medición Competencia Cultural (EMCC-14): Manual de APLICACIÓN, Universidad del Desarrollo. ed. Santiago.
- Pereedo Videña, R.A.** (2014). El valor biopsicosocial de la primera infancia: Argumentos a favor de su priorización, *Revista de Investigación Psicológica*, (11), pp. 23–41. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2223-30322014000100003&lng=es&nrm=iso&tlang=es

- Puerto, M.S.C. y Vázquez, M.S.** (2023). Inequidades sociales en salud, migración y desarrollo infantil, *Tempus Psicológico*, 6(1). Disponible en: <https://doi.org/10.30554/tempuspsi.6.1.4681.2023>
- Rey, R. y Leiva, J.** (2014). Modelos de Atención en salud: una visión epistemológica, *Cultura Educación y Sociedad*, 5(2), pp. 109–118.
- Rojas, J.** (2010). *Historia de la Infancia en Chile Republicano 1810-2010*. Santiago: Junta Nacional de Jardines Infantiles -JUNJI. Disponible en: https://junji.gob.cl/wp-content/uploads/2016/12/la_infancia_chile_republicano.pdf
- Sue, D. W.** (2008). *Counseling the culturally diverse: theory and practice*. 5th edn. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Valenzuela, M. T.** (2005). Indicadores de Salud: Características, Uso y Ejemplos, *Cienc Trab*, pp. 118–122. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-420785>
- Wallerstein, N. y Duran, B.** (2010). Community-Based Participatory Research Contributions to Intervention Research: The Intersection of Science and Practice to Improve Health Equity, *American Journal of Public Health*, 100(Suppl 1), pp. S40–S46. Disponible en: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.184036>

CÓMO CITAR ESTA PUBLICACIÓN:

Martínez-Santana, D., Alcayaga-Rojas, C., Fariñas-Cancino, A., Márquez-Doren, F., Lucchini-Raies, C., González-Agüero, M. y Bustamante-Troncoso, C. (2024). Las infancias invisibilizadas: desafíos de los datos estadísticos e indicadores biopsicosociales de niños y niñas indígenas y migrantes. *Temas de la Agenda Pública*, 19(180), 1-22. Centro de Políticas Públicas UC.

Anexo**Tabla A1. Instrumentos legales transversales de apoyo a la niñez**

Instrumento	Detalle
Ley Chile Crece Contigo	N° 20.379
Ley Antidiscriminación o Ley Zamudio	N° 20.609
Garantías Explícitas en Salud	N° 19.966
Ley sobre Publicidad de los Alimentos	N° 20.869
Ley Ricarte Soto	N° 20.850
Ley de Derechos y Deberes del Paciente	N° 20.584
Norma General Administrativa N° 16	Sobre Interculturalidad en los Servicios de Salud.
Resolución Exenta N° 160 del Ministerio de Salud, 2021	Aprueba el Programa Especial de Salud de los Pueblos Indígenas.
Decreto 21 del Ministerio de Salud, 2023	Aprueba reglamento sobre el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos indígenas a recibir una atención de salud con pertinencia cultural.
Ley de la Defensoría de los Derechos de la Niñez	N° 21.067

Fuente: elaboración propia.

Tabla A2. Rúbrica para la evaluación de calidad de las fuentes de datos en salud

Criterio	Excelente	Bueno	Aceptable	Deficiente
Representatividad	Los datos representan de manera exacta a la población de interés, sin sesgos significativos.	Los datos representan adecuadamente a la población de interés, con mínimos sesgos identificables.	Los datos representan de forma moderada a la población de interés, con algunos sesgos que podrían afectar el análisis.	Los datos no representan adecuadamente a la población de interés, presentando sesgos significativos.
Precisión	Los datos son extremadamente precisos, con errores mínimos o nulos, garantizando representatividad.	Los datos son precisos, con algunos errores menores que no comprometen la representatividad general.	Los datos presentan errores que afectan su precisión y, potencialmente, su representatividad.	Los datos no garantizan la precisión por lo que su representatividad está altamente afectada.
Validez de los datos	Los datos son validados utilizando metodologías robustas, garantizando su relevancia y exactitud.	Los datos son generalmente válidos, con algunas áreas de mejora en su metodología de validación.	La validez de los datos es cuestionable en ciertas áreas, afectando su confiabilidad para ciertos análisis.	Los datos carecen de validación adecuada, cuestionando su utilidad general.
Estratificación por subgrupos o áreas de Interés	Los datos se presentan de manera que permiten cualquier estratificación, permitiendo análisis específicos por subgrupos o áreas de interés.	Hay una estratificación adecuada de los datos, aunque podría mejorarse para permitir análisis más detallados.	La estratificación de los datos es básica, limitando la capacidad de realizar análisis específicos.	Los datos carecen de estratificación, impidiendo análisis por subgrupos o áreas específicas.

Sentido de oportunidad	Los datos están disponibles de manera oportuna y confiable cuando se requieren para análisis o toma de decisiones.	Los datos suelen estar disponibles de manera oportuna, con algunas demoras ocasionales.	La disponibilidad de datos es irregular, afectando la capacidad para realizar análisis en tiempo real o decisiones oportunas.	Los datos frecuentemente no están disponibles cuando se necesitan, limitando significativamente su utilidad.
Periodicidad del levantamiento de datos	Los datos se recopilan en intervalos regulares y apropiados para el tema de interés.	Los datos se recopilan en intervalos mayormente consistentes, aunque no siempre ideales para el análisis deseado.	Los datos se recopilan en intervalos irregulares que pueden limitar su utilidad para análisis continuo.	La recopilación de datos es esporádica o de una sola vez, limitando su relevancia para análisis de tendencias.
Actualización de los datos	Los datos están actualizados y permiten conocer la situación de máximo un año.	Los datos están actualizados y permiten conocer la situación de máximo tres años	Los datos están algo desactualizados, reflejando información entre tres a cinco años atrás.	Los datos reflejan la información de un periodo de tiempo mayor a cinco años.
Información complementaria de la base de datos	La base de datos se acompaña con documentación en línea detallada respecto a objetivos, metodología, limitaciones y guía de uso.	La base de datos se acompaña con documentación en línea adecuada y limitada información respecto a su uso.	La base de datos se acompaña con documentación básica e incompleta sin guía de usuario.	La base de datos no se acompaña con documentación en línea detallada respecto a objetivos, metodología, limitaciones y guía de uso.
Sostenibilidad	La fuente de datos mantiene consistentemente su calidad y pertinencia en el tiempo.	La fuente de datos generalmente mantiene su calidad, aunque ha mostrado variabilidad en el tiempo.	Hay preocupaciones sobre la capacidad de la fuente de datos para mantener su calidad y pertinencia a largo plazo.	La fuente de datos muestra una declinación en calidad y pertinencia, cuestionando su sostenibilidad futura.

Fuente: elaboración propia basada en los atributos señalados en Valenzuela, 2005, y OPS, 2018.

Tabla A3. Rúbrica de evaluación de la calidad de indicadores de salud biopsicosocial

Criterio	Excelente	Bueno	Aceptable	Deficiente
Mensurabilidad y factibilidad	Se pueden medir fácilmente con las herramientas y recursos disponibles.	Se pueden medir con un esfuerzo razonable y recursos moderadamente accesibles.	Su medición es posible, pero con dificultades y limitaciones significativas.	La medición es impracticable con los recursos o herramientas actuales.
Validez	El indicador mide precisamente lo que está destinado a medir, sin errores.	El indicador mide de manera adecuada con mínimas desviaciones aceptables.	El indicador presenta cierta validez, pero con errores notables.	El indicador no mide lo que pretende, resultando en interpretaciones erróneas.
Oportunidad	Los datos están disponibles a tiempo para la toma de decisiones relevante.	Los datos suelen estar disponibles a tiempo, con algunas demoras menores.	La disponibilidad de datos es irregular, afectando decisiones oportunas.	Los datos se proporcionan demasiado tarde para ser útiles.
Reproducibilidad	Otros pueden obtener resultados consistentes al medir el mismo fenómeno.	La mayoría logra resultados similares, con algunas variaciones menores.	Los resultados varían moderadamente entre diferentes mediciones.	Los resultados son inconsistentes y varían ampliamente.

Sostenibilidad	El indicador puede ser medido de forma sostenida a lo largo del tiempo.	El indicador muestra una sostenibilidad razonable con algunos desafíos.	La sostenibilidad del indicador es cuestionable a largo plazo.	El indicador no es sostenible para mediciones futuras.
Relevancia e importancia	El indicador es crítico para entender aspectos clave de la salud poblacional.	El indicador es útil, pero no crítico para comprender la salud poblacional.	El indicador tiene una relevancia limitada para la salud poblacional.	El indicador tiene poca o ninguna relevancia para la salud poblacional.
Comprendibilidad	El indicador es fácilmente comprensible para todos los usuarios relevantes.	El indicador es comprensible para la mayoría, aunque requiere cierta explicación.	El indicador es algo difícil de entender sin una explicación detallada.	El indicador es confuso y difícil de comprender para la mayoría de los usuarios.

Fuente: elaboración propia basado en los atributos señalados en Valenzuela, 2005, y OPS, 2018.

Tabla A4. Principales fuentes de datos biopsicosociales en infancia

Tipo de fuente de dato	Nombre	Autor	Características
Censos demográficos	Censos	Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2017)	Permite identificar la población por sexo, edad, pertenencia a pueblo indígena, situación migratoria y su distribución por regiones y comunas.
Sistema de Información en Salud: Sistemas de vigilancia de salud pública	Población Inscrita Validada por Fonasa	Fonasa y Superintendencia de Salud	Permite identificar a la población beneficiaria por edad, sexo, región, servicio de salud, comuna y centro de salud.
	Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI)	Departamento de Inmunizaciones del Ministerio de Salud	Permite conocer el historial de cada persona respecto a las dosis recibidas por tipo y esquema de inmunización. En la información de la persona se registran datos obligatorios, lo que permite conocer: nombre, edad, sexo, país de origen y la pertenencia a pueblo originario.
	Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM)	Departamento de Información y Estadística (DEIS) del Ministerio de Salud	Refleja las actividades desarrolladas por los equipos en la red de atención y reporta la población en control en distintos programas, registrada en las fichas clínicas electrónicas.
	Sistema de Registro y Monitoreo del programa Chile Crece Más (ex ChCC)	Ministerio de Desarrollo Social	Entrega datos vinculados a las prestaciones del Subsistema de Garantías y Protección Integral, Chile Crece Más.
Encuestas poblacionales	Encuesta de Caracterización sociodemográfica Nacional (Casen)	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Entrega datos de la situación de los hogares y población en situación de pobreza y grupos definidos por la política social con relación a aspectos demográficos, educación, salud, vivienda, trabajo e ingresos. Periodicidad de cada dos a tres años, generalmente, exceptuando en el periodo de pandemia que fue después de cinco años. Entre los datos vinculados a salud destacan: estado nutricional, acceso a fórmulas alimentarias u otros alimentos, problemas o accidentes recientes, acceso a prestaciones de salud, entre estos el acceso a control de niño sano (cero a nueve años), hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, acceso a GES y dificultades o discapacidades.

	Encuesta Nacional de Salud (ENS)	Ministerio de Salud (2017a)	Permite identificar la situación de salud de las personas de 15 años o más. En infancia, el año 2017 se aplicó un cuestionario para la evaluación del rezago respondido por el cuidador de niños y niñas entre siete meses y cuatro años 11 meses y 29 días. Esta encuesta entrega información epidemiológica y de cuidados infantiles, la realización de contacto piel con piel de los niños en el momento del parto y su duración.
	Encuesta Longitudinal de Primera Infancia (ELPI)	Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2017)	Encuesta longitudinal con incorporación de muestras de refresco. Recolecta alta y variada información respecto a la salud biopsicosocial de la infancia y vinculada a esta, tales como: enfermedades más frecuentes, estado nutricional, desarrollo psicomotor, consumo de alcohol, tabaco y drogas, depresión durante gestación, depresión postparto, nivel educacional de la madre y nivel socioeconómico.
	Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (Encavi)	Ministerio de Salud (2016a) e Instituto Nacional de Estadísticas	Surge con la necesidad de establecer una línea base para la elaboración de planes y programas en torno a la promoción de la salud y la generación de insumos para la formulación de políticas públicas. La versión de 2006 incluye un módulo infantil para conocer el desarrollo de niños y niñas menores de cuatro años.
	Encuesta Nacional Sobre Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes (Eanna)	Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Instituto Nacional de Estadísticas, Ministerio del Trabajo, OIT, Unicef y el Ministerio de la Mujer y Equidad de Género	Busca conocer las principales actividades que realizan las niñas, niños y adolescentes de nuestro país (de cinco a 17 años) y recoger información relevante que permita elaborar mejores políticas públicas para aumentar su bienestar y garantizar sus derechos.
	II Estudio Nacional de la Discapacidad (Endisc)	Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2015)	Caracteriza a las personas en situación de discapacidad en Chile en su contexto respecto a aspectos sociodemográficos, nivel y acceso a la educación, salud, accesibilidad, inclusión laboral, participación política y social, cultura, deporte y recreación, y situación de dependencia, identificando carencias y demandas de la población en las áreas señaladas y evaluando las distintas brechas que separan a los diferentes segmentos sociales y ámbitos territoriales, entre otras. La edad de los encuestados niños, niñas y adolescentes va entre dos y los 17 años.
	Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE)	Ministerio de Salud (2016b), Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)	Permite conocer el estado de salud de niños y niñas en las escuelas (de 13 a 18 años) con el objetivo de ayudar a formular y reformular programas para la salud escolar, permitiendo hacer comparaciones entre países.

Tabla A5. Comparación entre el tamaño muestral de niños y niñas indígenas y migrantes de la encuesta ENS en comparación con el Censo 2017

Pueblo indígena	Total de NN de cero a cuatro años (ENS, 2017)	Total de NN de cero a cuatro años (Censo, 2017)
Aymara	41	12.629
Rapa nui	0	746
Quechua	3	2.204
Mapuche	104	119.519
Lican antai (Atacameño)	11	2.282
Colla	4	1.431
Kawésqar	0	171
Diaguita	15	6.135
Yagan	0	71
Total	178	145.188
País de origen	Total de NN de cero a cuatro años (ENS, 2017)	Total de NN de cero a cuatro años (Censo, 2017)
Perú	19	3.505
Argentina	4	1.572
República Dominicana	1	S/D
Ecuador	2	588
Bolivia	15	2.465
Venezuela	1	4.005
Colombia	4	2.033
Paraguay	1	S/D
Bélgica	1	S/D
Haití	0	903
Total	48	15.071

S/D: sin datos del pueblo específico

Fuente: ENS (2017) y Censo 2017.

Tabla A6. Limitaciones de las bases de datos que permitan la comparación y el monitoreo continuo

Base de dato	Metodología de levantamiento de dato	Limitación de la base de datos
REM	Desde 2023, REM P permite conocer el resultado del DSM por rangos de edad específicos mediante la aplicación de los instrumentos EEDP para NN de cero a dos años y Tepsi para NN de dos a cinco años.	No permite conocer coberturas del DSM para poblaciones indígenas debido a la falta de estratificación en la PIV por pueblos indígenas o migrantes.
ELPI	Evaluación de cohortes infantiles con medición longitudinal desde 2010. Se han cambiado los instrumentos para evaluar el desarrollo integral infantil y DSM, utilizando distintos instrumentos en las cohortes de refresco en 2012 y 2017.	La cohorte evaluada en 2010 presenta una diferencia de 13 años con la cohorte actual obtenida desde los REM. Sigue una cohorte de NN nacidos desde el 2006 a agosto de 2009 evaluados con EEDP y Tepsi, lo que no permite la comparación con la cohorte actual de otras bases de datos actuales. Permite conocer el estado general de la infancia a través de las muestras de refresco.
ENS	Formulario de cumplimiento de hitos del DSM a través de la aplicación de encuesta por una enfermera al cuidador principal.	Por las diferencias metodológicas en la evaluación del desarrollo, no se puede comparar con resultados del desarrollo infantil obtenidos por otras encuestas o registros. Las definiciones de rezago y retraso no son comparables a las obtenidas por otros instrumentos como EEDP y Tepsi.



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Centro UC

Políticas Públicas

www.politicaspumaticas.uc.cl
politicaspumaticas@uc.cl

SEDE CASA CENTRAL

Av. Libertador Bernardo O'Higgins 340, piso 3, Santiago.
Teléfono (56) 2 2354 6637.

SEDE EDIFICIO PATIO ALAMEDA

Av. Libertador Bernardo O'Higgins 440, piso 12, Santiago.
Teléfono (56) 2 2354 5658.