



Análisis del cumplimiento de los derechos de la primera infancia (0-5 años)

LOS DERECHOS DE LA INFANCIA
Y LA ADOLESCENCIA EN CHIHUAHUA

Capítulo 2

La primera infancia es una etapa fundamental para generar las condiciones que les permitirán a niñas y niños ejercer sus derechos en el futuro. Desde esta etapa las niñas y niños son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales y en las constituciones políticas federal y del estado de Chihuahua. Son derechos cruciales de la primera infancia la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación. En el primer año de vida deberá garantizarse el registro civil de niñas y niños.

Si durante los primeros años de vida los niños y niñas reciben buena alimentación y atención, tendrán más probabilidades de sobrevivir, de crecer en buen estado de salud, de sufrir menos enfermedades y de adquirir aptitudes y conocimientos relacionados con el pensamiento, el lenguaje, las emociones y las relaciones sociales. En esta etapa del ciclo de vida las experiencias e interacciones con madres, padres, miembros de la familia y otros adultos influyen sobre la manera en que se desarrolla el cerebro de niñas y niños.

El obstáculo más grave para el desarrollo en la primera infancia es la dificultad para diseñar y ejecutar políticas eficaces que alcancen a todos los niños, niñas y familias, que les garanticen a éstos el disfrute de buena salud física y les ayuden a disponer de los elementos necesarios para poder aprender.⁸¹

81 UNICEF, Estado Mundial de la infancia 2001. Primera infancia.

También hay argumentos económicos para la inversión en la primera infancia: aumento de la productividad a lo largo de toda la vida; mejor nivel de vida cuando niñas y niños llegan a la edad adulta; ahorro en la educación necesaria para remediar anteriores deficiencias, así como en la atención de la salud, en los servicios de rehabilitación, y mayores ingresos para las familias. Asimismo, hay razones sociales para la mencionada inversión: la intervención en las primeras etapas de la vida ayuda a reducir las disparidades sociales, económicas y las desigualdades de género que dividen a la sociedad, contribuyendo así a la inclusión de quienes tradicionalmente quedan excluidos.⁸²

En Chihuahua residen 389,706 niñas y niños de 0 a 5 años de edad. De ellos 16.5% habita en localidades rurales y 83.5% en localidades urbanas. Este grupo de edad representa 33.1% de la población infantil y adolescente y 11.4% del total de habitantes del estado.⁸³

Derecho a la supervivencia

El análisis de este grupo de derechos incluye indicadores básicos que ofrecen un panorama de las condiciones en que se desenvuelve la primera infancia en Chihuahua. Entre ellos se cuentan la salud materna, atención del parto y cuidados al nacimiento, morbilidad y mortalidad infantil –considerando sus principales causas–, vacunación, lactancia materna y otras prácticas de alimentación, nutrición y derechohabiencia a servicios de salud.

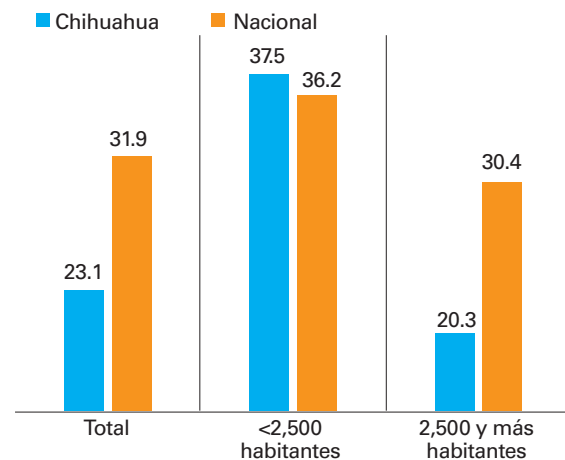
Derechohabiencia a servicios de salud⁸⁴

La derechohabiencia o afiliación a una institución de seguridad social facilita la garantía a la salud, asistencia médica y servicios sociales, aunque la sola condición de afiliación no garantiza el acceso efectivo a estos servicios o el pleno ejercicio de los derechos.⁸⁵

En 2010, en Chihuahua había 89,978 niños y niñas de 0 a 5 años sin derechohabiencia, 23.1% del total de ese grupo de edad (por debajo del promedio nacional de 31.9%). La carencia en las zonas rurales era 37.5%, y en las urbanas 20.3%.⁸⁶

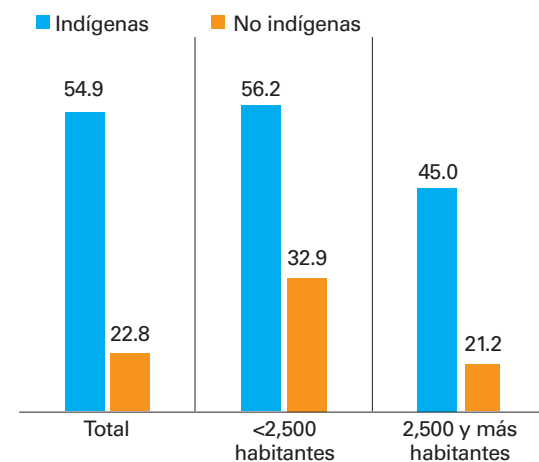
Aunque en el promedio estatal la proporción de niños sin derechohabiencia era de 23.1%, entre los niños y niñas indígenas⁸⁷ esta carencia alcanzó a un 54.9%. Entre niñas y niños indígenas rurales el porcentaje llega a 56.2%,

- **Gráfica 2.1.** Población de 0 a 5 años sin derechohabiencia, según tamaño de localidad. Chihuahua y Nacional, 2010



Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

- **Gráfica 2.2.** Población de 0 a 5 años sin derechohabiencia, según tamaño de localidad y condición indígena. Chihuahua, 2010



Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

mientras que entre los no indígenas suma 32.9%. En el caso de los urbanos la brecha es 45.0% frente a 21.2%. Los municipios con mayor porcentaje de niñas y niños de 0 a 5 años sin derechohabiencia fueron Balleza (68.5%), Carichí (61.1%), Galeana (57.0%), Janos (57.0%), Ascensión (51.0%) y Allende (50.5%).⁸⁸

En Chihuahua, según la institución de derechohabiencia, en 2010 la mayor proporción de niñas y niños de 0 a 5 años era atendida por el IMSS (44.1%) y el Seguro Popular (24.6%), frente a 29.2% y 31.4% en el país, respectivamente.⁸⁹

82 UNICEF, *Ibid.*, 2001.

83 INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

84 En este contexto, la derechohabiencia se define como lo hace el INEGI; es decir, como el derecho de las personas a recibir servicios médicos en instituciones de salud públicas o privadas, como resultado de una prestación laboral por ser pensionado o jubilado, por inscribirse o adquirir un seguro médico o por ser familiar designado beneficiario.

85 CONEVAL, "Evaluación estratégica de protección social en México", México, 2013.

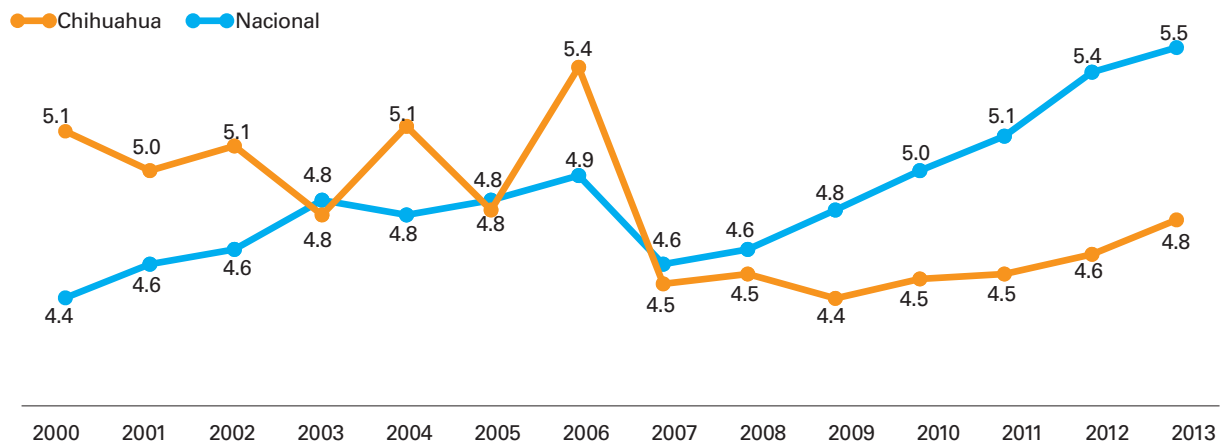
86 INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

87 La definición de población indígena utilizada es la del Censo, que se refiere a hablantes de lengua indígena y sólo incluye a mayores de 3 años. Bajo la definición de población indígena como aquella que habita hogares donde el jefe o jefa habla una lengua indígena –que abarcaría también a la población menor de 3 años– no era posible hacer la desagregación por subgrupos de edad contenida en el presente análisis.

88 INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

89 INEGI, *Ibid.*, 2010.

● **Gráfica 2.3.** Promedio de consultas prenatales por embarazada atendida en las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Chihuahua y Nacional, 2000-2013



Fuente: Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR). En Sistema de información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México.

Salud materna

Los niños sanos necesitan madres sanas. La muerte materna es un indicador claro de injusticia social, inequidad de género y pobreza: el que un embarazo o parto desemboque en la muerte de la mujer refleja problemas estructurales, tanto de acceso como de calidad en la atención a la salud. De hecho, es el más dramático de una serie de eventos que revelan la falta de acciones para atender la situación de atraso, marginación y rezago en que vive un sector de las mujeres mexicanas. Asimismo, da cuenta de una serie de relaciones económicas, sociales y culturales que colocan a la mujer en franca desventaja.⁹⁰

Atención del parto

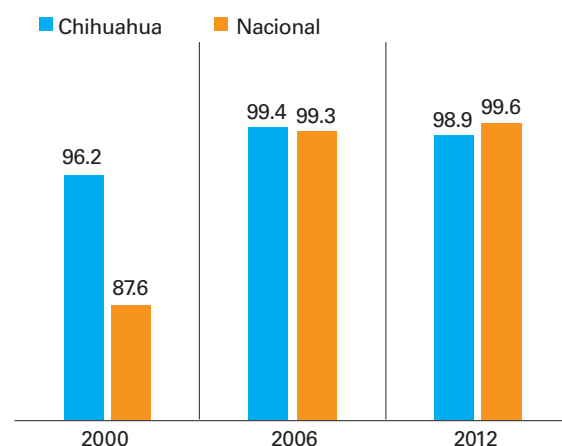
Tener adecuado acceso a servicios de salud, equipo médico y suministros suficientes, así como contar con profesionales de salud, médicos y enfermeras especializados, es crucial para asegurar la supervivencia de los recién nacidos y sus madres, además de que permite responder oportuna y eficazmente a una eventual emergencia obstétrica o neonatal. Las discrepancias en la atención al parto entre las zonas rurales y urbanas y entre la población indígena y no indígena son un claro síntoma de la desigualdad que afecta a la población más vulnerable.

La proporción de partos con asistencia de personal sanitario capacitado en Chihuahua durante 2013 fue 96.4% (en el país, 96.1%) y permitió al estado superar la meta nacional de 90.0% comprometida como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015.⁹¹

En Chihuahua a partir de 2006 ha habido un descenso en el número de consultas prenatales, las cuales pasaron de 5.4 a 4.8 consultas por mujer embarazada en 2013. Para este último año el estado ocupaba la posición 28 entre las entidades del país; es decir que fue la quinta con menor número promedio de consultas.⁹²

98.8% de los partos en Chihuahua fueron atendidos por personal de salud (promedio nacional, 99.6%), lugar 28 entre las entidades federativas.⁹³

● **Gráfica 2.4.** Porcentaje de partos atendidos por personal de salud. Chihuahua y Nacional, 2000, 2006 y 2012



Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012).

90 Castañeda, M., et al. "La Mortalidad Materna en México"; Cuatro visiones críticas, Fundar-UAM Xochimilco, Mex, 2004.

91 Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Proporción de partos con asistencia de personal sanitario capacitado, en: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud.

92 Secretaría de Salud, *Ibid.*, 2014.

93 El indicador se refiere a partos de las mujeres de 20 a 49 años de edad que tuvieron un hijo nacido vivo en los últimos cinco años. INSP, ENSANUT 2012.

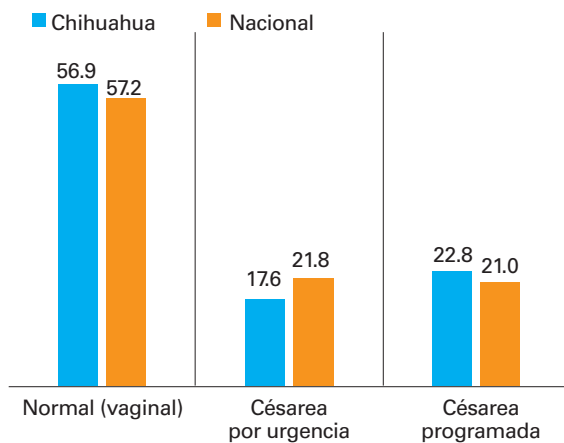


© UNICEF México / Eva Ouesada

En cuanto a la resolución de parto en mujeres de 20 a 49 años, la principal fue por vía vaginal, 59.6% en 2012, frente al 57.2% nacional. La cesárea programada ocupa el segundo lugar, con 22.8%, por encima del promedio nacional de 21.0%. Luego aparece –con 17.6%– la

cesárea por urgencia, debajo de la proporción en el país de 21.8%.⁹⁴

● **Gráfica 2.5.** Resolución de parto en mujeres de 20 a 49 años. Chihuahua y Nacional, 2012



Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012).

El porcentaje de partos resueltos por cesárea pasó de 32.8% en 2000 a 40.4% en 2012.⁹⁵ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cesárea necesaria –aquella que se estima indispensable– ocurre entre 10 y 15% de los partos. México ocupa el cuarto lugar (después de China, Brasil y EUA) en cuanto a mayor número de cesáreas innecesarias. Si la cesárea se practica sin las indicaciones precisas los riesgos sobrepasan los beneficios, lo que genera complicaciones para las mujeres sometidas a ese procedimiento y costos adicionales para el sistema de salud.⁹⁶

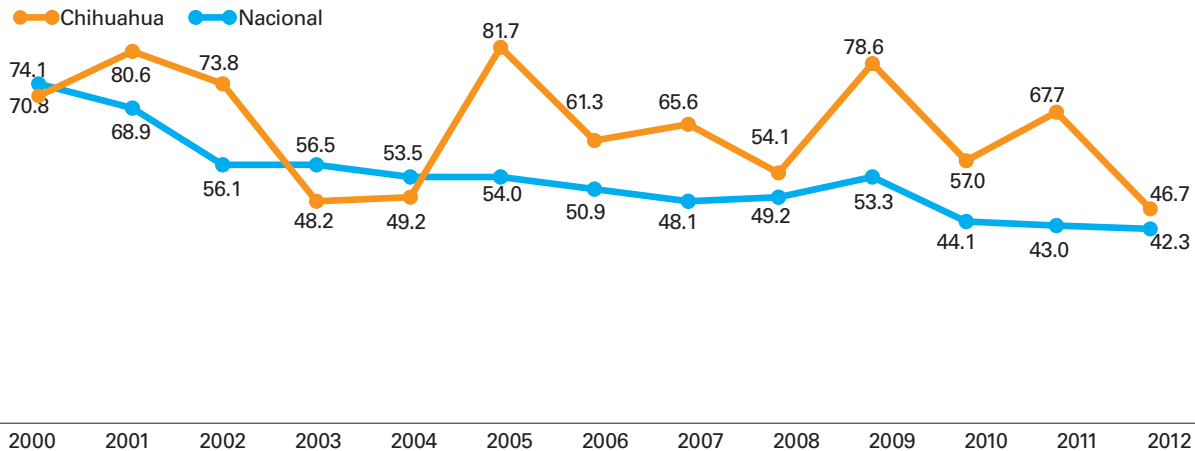
La ENSANUT 2012 se refiere a la atención de las necesidades de anticoncepción de las mujeres después del parto, mediante la promoción y ofrecimiento de orientación-consejería sobre el uso de la anticoncepción posparto. La imposibilidad de obtener opciones anticonceptivas modernas durante el posparto, expone a las mujeres al riesgo de embarazos poco oportunos –o no deseados– y de riesgo. La prestación de servicios de calidad en planificación familiar durante el periodo del posparto puede

94 INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

95 INSP, *Ibid.*, 2012.

96 INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Evidencia para la política pública en salud. Elevada recurrencia a las cesáreas: Revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto.

● **Gráfica 2.6.** Razón de mortalidad materna. Chihuahua y Nacional, 2000-2012



Fuente: INEGI-Secretaría de Salud. Bases de datos de mortalidad. En: Sistema de información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México.

contribuir a reducir la mortalidad y morbilidad materno-infantil.⁹⁷ En Chihuahua les fueron entregados anticonceptivos después del parto a 62.6% de las mujeres de 20 a 49 años (promedio del país, 57.6%).⁹⁸

Mortalidad materna

La Razón de Mortalidad Materna (RMM)⁹⁹ en el estado se redujo de 70.8 en 2000 (74.1 nacional) a 46.7 en 2012 (42.3 nacional), ubicándose en la posición 30 en 2011 y 22 en 2012 entre las entidades federativas con valores más elevados de RMM en el país,¹⁰⁰ y aún se encuentra por encima de la meta nacional de los Objetivos del Milenio para 2015, fijada en 22.2.¹⁰¹

En 2012 las tres principales razones de muerte materna fueron causas obstétricas indirectas (22.9%), aborto (17.1%) y otras complicaciones principalmente puerperales (14.3%). Enseguida aparecen la hemorragia en el embarazo, parto y puerperio (11.4%), otras complicaciones del embarazo y parto (11.4%) y enfermedad hipertensiva (11.4%). En menor proporción se ubican las muertes maternas tardías (5.7%), sepsis y otras infecciones puerperales (2.9%) y coriocarcinoma (2.9%).¹⁰²

Cuidados al nacimiento

El bajo peso al nacer es una de las principales causas de mortalidad neonatal, con un impacto negativo en varios aspectos del desarrollo infantil. Los recién nacidos con bajo peso (menos de 2,5 kg.) tienen más probabilidades de morir durante los primeros meses o los primeros años de vida. Los que sobreviven presentan disminuidas las funciones de su sistema inmunológico y corren mayor riesgo de padecer posteriormente varias enfermedades, incluida la diabetes y diversas cardiopatías. Asimismo, muestran propensión a seguir malnutridos y a evidenciar discapacidades cognitivas. El peso al nacer refleja la experiencia intrauterina; no sólo es un buen indicador del estado de salud y la nutrición de la madre, sino también de las probabilidades de supervivencia, crecimiento, salud a largo plazo y desarrollo psicosocial del recién nacido.¹⁰³

En 2012 nacieron en Chihuahua 3,208 niñas y niños con peso menor a 2,500 gr. (5.1%, frente a 5.4% en el país).¹⁰⁴ La ENSANUT 2012 refiere un promedio nacional de bajo peso de 8.4%, y de acuerdo con esta fuente Chihuahua tendría una prevalencia por encima de la meta nacional de 6.8%, aunque inferior a 8.4%. También expone que 22 entidades federativas no habrían alcanzado la meta del Programa Arranque Parejo en la Vida (PAE-APV) de reducir a 6.8% la prevalencia de bajo peso al nacer.¹⁰⁵ La diferencia entre la primera información, procedente de registros administrativos, y la segunda, obtenida mediante una encuesta, es explicable por el subregistro del bajo peso en las unidades de salud.

97 Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva. Anticoncepción, posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto, 2002.

98 INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012.

99 La RMM relaciona el número de defunciones debidas a complicaciones del embarazo, parto o puerperio durante un año con el número total de nacidos vivos para el año o periodo de estudio. Se obtiene al dividir el número de defunciones por complicaciones del embarazo, parto o puerperio durante un año o un periodo determinado por el número total de nacidos vivos para el mismo año o periodo determinado, por cada 100 mil nacidos vivos durante el mismo periodo.

100 INEGI-Secretaría de Salud, Bases de datos de mortalidad.

101 Razón de mortalidad materna (defunciones por cada 100 mil nacidos vivos), Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, en: INEGI, "Sistema de información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio".

102 Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).

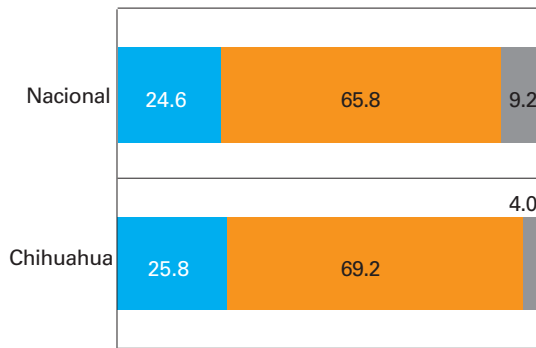
103 UNICEF, Low birthweight. Country, regional and global estimates, 2004.

104 Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Información en Salud, Base de datos de nacimientos, 2012.

105 INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Indicadores de bienestar infantil en México: una agenda política para el monitoreo y la acción.

- **Gráfica 2.7.** Porcentaje de cobertura de la prueba de tamiz neonatal en niños menores de un año. Chihuahua y Nacional, 2012

■ Sí y está registrado en la cartilla
 ■ Sí, dice haberse realizado la prueba
 ■ No le he realizado la prueba



Fuente: INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

La Cartilla Nacional de Vacunación (CNV) es el documento oficial en el que se registran las vacunas que cada niño ha recibido. Ayuda a los padres a conocer el esquema de vacunación de sus hijos y permite al personal respectivo identificar las dosis que faltan por aplicar. En 2012, en Chihuahua, 55.5% de los niños y niñas recibió la CNV o la Cartilla Nacional de Salud antes de salir del hospital/clínica (promedio nacional, 54.9%).¹⁰⁶

Si bien en México ha habido avances en términos de atención a la infancia, aún persisten importantes retos. Por ejemplo, la Norma Oficial Mexicana 031-SSA2-1999,¹⁰⁷ establece el carácter obligatorio de la detección y atención temprana al desarrollo, como acciones indispensables que contribuyen a la equidad de oportunidades para el crecimiento de los niños y niñas menores de 2 años. Sin embargo, se observa que entre los indicadores de bienestar infantil¹⁰⁸ disponibles en la ENSANUT 2012 la atención al desarrollo fue, en Chihuahua, el indicador con peores resultados (31%) a escala nacional.¹⁰⁹

El tamiz neonatal¹¹⁰ permite la prevención, reducción y atención oportuna de discapacidades y otros problemas de desarrollo. Las recomendaciones internacionales señalan la importancia de que todos los niños reciban atención que incluya procedimientos de tamizaje relacio-

106 En la encuesta se pregunta a los padres con niños de 5 años si recibieron la cartilla al salir del hospital o la clínica. INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

107 Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño. [Consultado el 25 de noviembre de 2012] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>

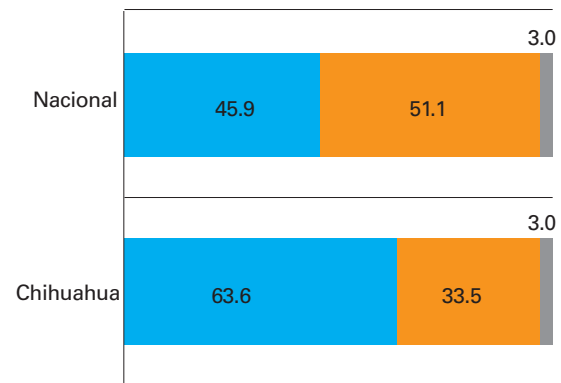
108 La ENSANUT 2012 definió la atención para el desarrollo infantil como el conjunto de acciones dirigidas a "la vigilancia de problemas de desarrollo en niños con menos de dos años con propósitos de atención, prevención y canalización puntual". Operativamente se definió el indicador y meta de que a los dos años 90% de los niños hubiera recibido 10 consultas de atención al desarrollo. En: De Castro, Filipa et al., Indicadores de bienestar y desarrollo infantil en México. En: Salud Pública Méx 2013; vol. 55 (sup 2): 267-275.

109 De Castro, Filipa et al., Indicadores de bienestar y desarrollo infantil en México. En: Salud Pública Méx 2013; vol. 55 (sup 2): 267-275.

110 El tamiz neonatal se refiere a los exámenes de laboratorio practicados al recién nacido para detectar padecimientos de tipo congénito o metabólico. Su definición y aplicación están detallados en la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, para la prevención y control de los defectos al nacimiento.

- **Gráfica 2.8.** Porcentaje de cobertura de la prueba de tamiz neonatal auditivo en niños menores de un año. Chihuahua y Nacional, 2012

■ Sí ■ No ■ NS/NR



Fuente: INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

nados con el desarrollo tres veces durante el primer año de vida, dos veces en el segundo año de vida y anualmente después de los 2 años.^{111 112 113 114}

En Chihuahua la cobertura de la prueba de tamiz neonatal en niñas y niños menores de un año registrada en la cartilla fue de 25.8% (nacional, 24.6%), aunque sin registro dice haberse realizado el estudio 69.2% (nacional, 65.8%). Para este indicador el estado ocupa la octava mejor posición en el país. No le han realizado la prueba a 4.0% (nacional, 9.2%).¹¹⁵

El porcentaje de cobertura de la prueba de tamiz neonatal auditivo en niños menores de un año fue de 63.6% (nacional, 45.9%), y Chihuahua ocupa el cuarto lugar entre las entidades federativas.¹¹⁶

No obstante la posición relativamente favorable del estado frente a los promedios nacionales, queda mucho por hacer para prevenir, detectar y atender oportunamente riesgos de discapacidad sensorial, motora e intelectual en su población de niños, niñas y adolescentes. Es necesario mejorar las estrategias de monitoreo, particularmente en los sistemas de tamizaje y diagnóstico temprano de situaciones de riesgo de discapacidad.

111 INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Indicadores de bienestar infantil en México: una agenda política para el monitoreo y la acción.

112 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2012, Niñas y niños en un mundo urbano.

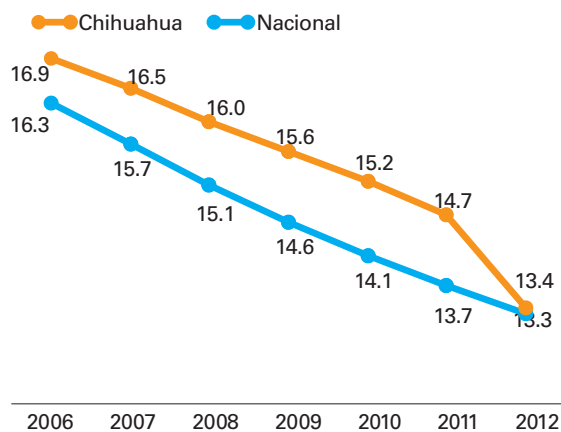
113 Equipo Gerencial del PRIDI, Programa Regional de Indicadores de Desarrollo Infantil (PRIDI), Marco Conceptual. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2011.

114 Vegas E, Santibáñez L., The Promise of Early Childhood Development in Latin America and the Caribbean, Washington, D.C./Bogotá: International Bank for Reconstruction and Development/World Bank/Banco Mundial/ Mayol Ediciones, 2010.

115 INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

116 INSP. *Ibid.*, 2012.

● **Gráfica 2.9.** Tasa de mortalidad infantil. Chihuahua y Nacional, 2006-2012



Fuente: INEGI y Secretaría de Salud. Bases de datos de mortalidad. En: Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México.

Mortalidad infantil

En Chihuahua, entre 2006 y 2012 la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)¹¹⁷ en menores de un año se mantuvo por encima del promedio nacional, y el estado ocupaba la posición 20 entre las entidades del país, aún distante de la meta de 10.8 establecida para 2015 en el marco de los ODM.¹¹⁸

En el periodo 2000-2012 la Tasa de mortalidad en menores de 5 años pasó de 25.9 a 17.4 (en el país, de 25.0 a 16.1). En 2012 Chihuahua ocupó el lugar 24 para este indicador entre los estados de la república. Es necesario

redoblar los esfuerzos para alcanzar la meta de 13.7 que tiene México para 2015.¹¹⁹

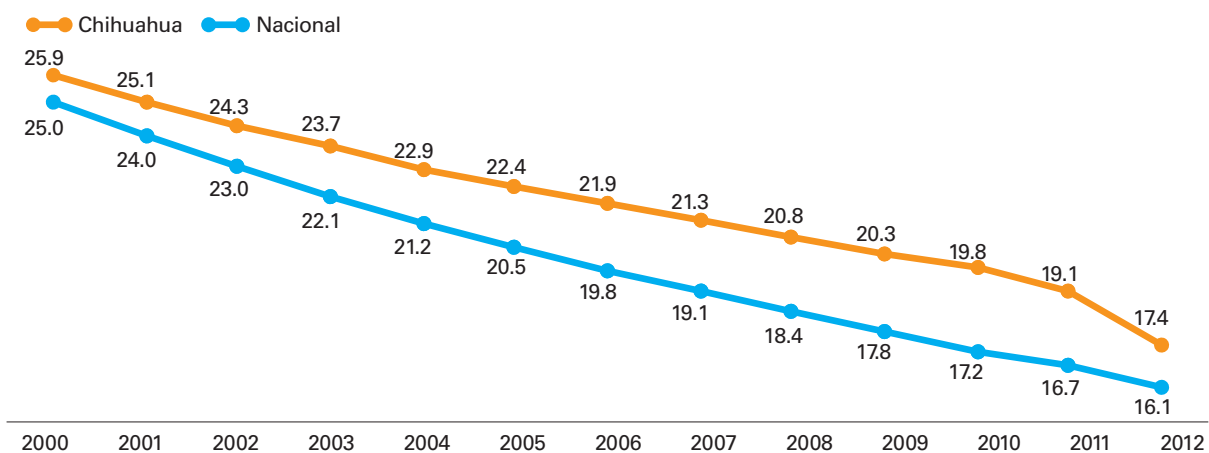
La Comisión Estatal de Derechos Humanos de Chihuahua ha observado que en la entidad los índices de mortalidad infantil disminuyen muy lentamente. Es preocupante que de enero a octubre de 2013 hayan fallecido 552 menores de un año de edad, y que 233 decesos hayan ocurrido en Ciudad Juárez y 100 más en la capital del estado.

En 2012 más de la mitad de las muertes antes del primer año de vida (54.1%) se concentraban en 13 causas principales. Casi una tercera parte correspondía a asfixia y trauma al nacer (29.0%), seguidos de bajo peso al nacimiento y prematuridad (6.2%), malformaciones congénitas del corazón (6.1%) e infecciones respiratorias agudas bajas (5.5%).¹²⁰

En cuanto a las causas de defunción entre niños y niñas de uno a 5 años, 11 explican 93.2% de los fallecimientos en Chihuahua. La primera son los accidentes de vehículo automotor (17.4%); le siguen las infecciones respiratorias agudas bajas (12.1%), peatón lesionado en accidente de vehículo de motor (12.1%), y desnutrición calórico proteica (10.6%).¹²¹

Las defunciones por lesiones de causa externa¹²² (accidentes, homicidios y suicidios) entre niños y niñas de uno a 5 años fueron causa de 25.6% de las muertes en ese rango de edad en 2012, por encima del promedio nacional (18.1%). En el caso de los hombres, esta proporción ascendió a 24.8% (frente a 19.8% nacional) y en el de las mujeres a 26.5% (frente a la nacional de

● **Gráfica 2.10.** Tasa de mortalidad en menores de cinco años. Chihuahua y Nacional, 2000-2012



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y Secretaría de Salud. Bases de datos de mortalidad. En: Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México.

117 Número de defunciones de niños menores de un año de edad por cada mil nacidos vivos, en el año de referencia.

118 Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y Secretaría de Salud. Bases de datos de mortalidad. En: Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México

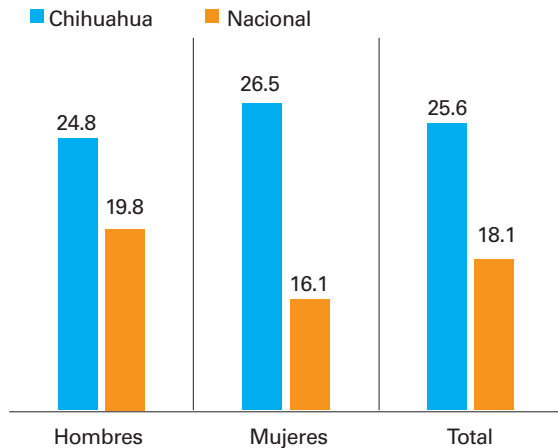
119 INEGI, *Ibid.*, 2014.

120 Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud (DGIS), Base de datos de defunciones generales 1979-2012.

121 Secretaría de Salud, *Ibid.*, 2012.

122 De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), las causas externas se refieren a los accidentes, suicidios, homicidios, lesiones por intervención legal y de guerra, así como aquellas lesiones que se ignora si fueron accidentales o intencionalmente infligidas.

- **Gráfica 2.11.** Porcentaje de defunciones por lesiones de causa externa entre niñas y niños de 1 a 5 años, según sexo. Chihuahua y Nacional, 2012

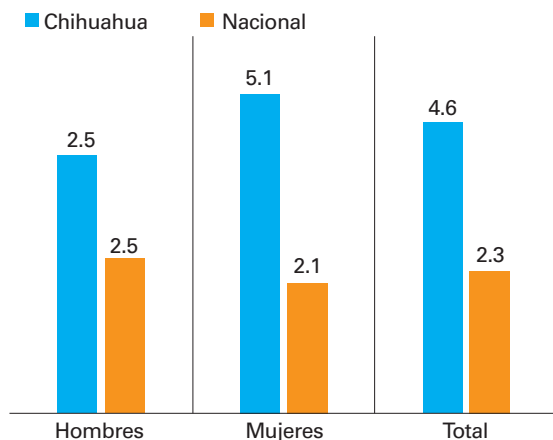


Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2012.

16.1%). Esto significa que en hombres es 25.2% y en mujeres 64.2% mayor que el promedio nacional.

En el caso de las defunciones por homicidio de niños y niñas de uno a 5 años la proporción para ese grupo de edad es mayor en Chihuahua que en el resto del país: 4.6% frente a 2.3%. En hombres es 4.1% frente a 2.5% del promedio nacional, y en mujeres es 5.1% en el estado y 2.1% en toda la república. En otros términos, para el caso de los hombres la proporción de Chihuahua es 66.4% superior a la nacional, mientras que para el caso en las mujeres es 143.9% mayor.

- **Gráfica 2.12.** Porcentaje de defunciones por homicidio respecto a defunciones totales, de población de 1 a 5 años, según sexo. Chihuahua y Nacional, 2012



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2012.



Morbilidad

Enfermedades diarreicas y respiratorias

No obstante el descenso en la mortalidad por diarreas en las últimas décadas, ésta sigue siendo una de las principales causas de mortalidad infantil en México. Entre niñas y niños de uno a 4 años las enfermedades infecciosas intestinales ocuparon el quinto lugar nacional como causa de muerte en 2010 (266 defunciones, con una tasa de 3.5 por cada 100 mil nacimientos estimados).¹²³ Según el Sistema de Información sobre Objetivos del Milenio, en 2012 la tasa de mortalidad¹²⁴ por esta causa entre menores de 5 años fue de 9.8 en Chihuahua (nacional, 8.5), con lo que el estado ocupó la posición 26 en el país.¹²⁵

En la entidad, la prevalencia de enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años, al contrario de lo que

¹²³ INSP Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Enfermedades diarreicas agudas en niños menores de cinco años: la respuesta es multifactorial.

¹²⁴ Defunciones por cada 100 mil menores de 5 años.

¹²⁵ Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, en: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y Secretaría de Salud, Bases de datos de mortalidad, en: Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México.



© UNICEF México / Eva Quesada

ocurre en el país, se incrementó al pasar de 6.3% en 2006 a 7.4% en 2012 (promedio nacional, 11.0% en este último año).¹²⁶ Las infecciones respiratorias agudas en menores de 10 años –rango de edad disponible en la EN-SANUT 2012– también aumentaron, al subir de 33.2% a 34.6%, aunque manteniéndose por debajo del promedio nacional de 44.8% en 2012.¹²⁷

En el país, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) son la primera causa de morbilidad y egreso hospitalario con una razón de 13 por 100 consultas médicas, ocurriendo entre dos y cuatro episodios de IRA al año entre niñas y niños con menos de 5 años de edad.¹²⁸ En Chihuahua durante 2012 se registraron 273,954 consultas por ese motivo, 76.0% del total entre menores de 5 años.¹³⁰ La tasa de mortalidad¹³¹ por esta causa en menores de 5 años fue en 2012 de 19.7, inferior al promedio nacional de 20.0, pero el estado se ubicó en el lugar 26 entre las

126 INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

127 INSP *Ibid.*, 2012.

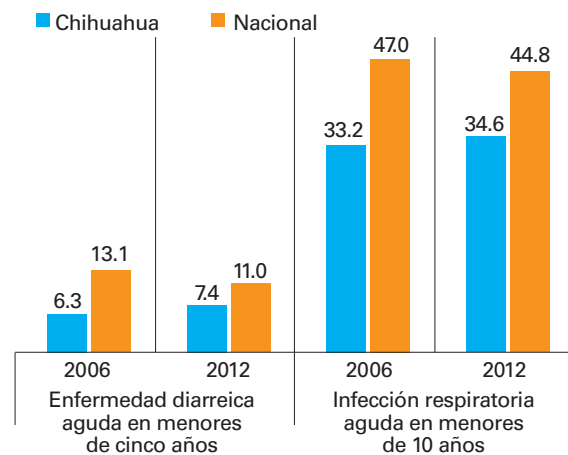
128 INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Infecciones respiratorias agudas en niños: inmunizar a tiempo y educar la respuesta. 2012.

129 Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Perfil epidemiológico de la Infancia en México 2010.

130 Secretaría de Salud, Anuarios de morbilidad.

131 Defunciones por cada 100 mil menores de 5 años.

- **Gráfica 2.13.** Prevalencia de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años y de infección respiratoria aguda en menores de 10 años. Chihuahua y Nacional, 2006-2012



Fuente: INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

entidades federativas (el séptimo con mayor tasa en el país).¹³²

Las principales causas de enfermedad entre la población menor de 5 años en 2012 fueron las infecciones respiratorias agudas (76.0%), infecciones intestinales (14.0%), infecciones en las vías urinarias (1.9%) y varicela (1.5%).¹³³

En 2013 la incidencia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)¹³⁴ en el estado fue de 2.94 en niñas y niños menores de un año (0.99 nacional) y de 0.36 entre uno y 4 años (0.23 nacional). Para el primer grupo Chihuahua fue el sexto lugar nacional con mayor incidencia, mientras para el segundo grupo ocupó la octava posición en cuanto a prevalencia más alta.¹³⁵

Lactancia y alimentación en la primera infancia¹³⁶

La lactancia es la mejor estrategia para mejorar la salud y prevenir la mortalidad infantil. Los niños y niñas amantados experimentan menor mortalidad, incluido el síndrome de muerte súbita, y menor frecuencia y gravedad de morbilidad por diarreas, infecciones respiratorias y dermatitis.

132 Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, en: Instituto Nacional de Estadística y Geografía y Secretaría de Salud, Bases de datos de mortalidad, en: Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México.

133 SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos 2012, en: Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Anuarios de morbilidad.

134 Incidencia por 100 mil habitantes calculada con Proyecciones de la Población de México 1990-2030, Censo 2010, CONAPO.

135 SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos 2013, en: Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Anuarios de morbilidad.

136 INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

Los niños amamantados tienen mayor coeficiente intelectual y menos riesgo de diabetes, obesidad, asma y leucemia.¹³⁷ Además, la lactancia materna potencia el sistema inmune de los bebés y contribuye a protegerles de enfermedades crónicas de la edad adulta, como la diabetes y la obesidad.¹³⁸

En 2012 Chihuahua fue el tercer estado del país donde un porcentaje mayor de niños nunca fueron amamantados (13.5%), siendo menor que en Baja California y Aguascalientes. Además se comprobó que entre los 0 y 23 meses de edad 59.1% recibió biberón (promedio nacional, 49.9%). La alimentación con biberón aumenta el riesgo de infecciones por contaminación con organismos patógenos en la leche, la fórmula láctea y el agua que se usa en la preparación, incrementa costos para las familias y conlleva riesgo de alergias, obesidad y otros problemas de salud.¹³⁹

En el consumo de alimentos ricos en hierro entre los 6 y 11 meses el registro es 53.5% (nacional, 55.9%) y entre los 12 y 23 meses alcanza 76.8% (nacional, 72.9%). Chihuahua registra 100% de introducción de sólidos, semi-sólidos y suaves entre los 6 y 8 meses (nacional, 94.8%).

En cuanto a diversidad alimentaria mínima,¹⁴⁰ entre los 6 y los 11 meses se registra 90.3% (nacional, 74.0%), mientras que entre los 12 y 23 meses el porcentaje es de 96.8 (nacional, 86.7%). La frecuencia mínima de consumo de alimentos entre los 6 y los 23 meses alcanza 76.6% (nacional, 74.0%).

Vacunación

En Chihuahua, la proporción de niños y niñas de 5 años vacunados antes de salir del hospital o la clínica después de su nacimiento fue: contra la tuberculosis (Tb) 79.4% (nacional, 69.4%); y contra la hepatitis B 75.6% (nacional, 66.0%).¹⁴¹

Sólo 57.7% de los responsables de niñas y niños menores de 5 años pudo mostrar que posee la CNV y/o Cartilla Nacional de Salud, por debajo del promedio nacional de 61.3%. La proporción mayor de posesión de este documento ocurrió entre los niños de menores de un año, con 58.7%.¹⁴²



Solamente 45.2% al año cumplido y 55.7% hasta los 2 años pudo acreditar, además de la posesión de la cartilla, el esquema completo de vacunación, menos que el promedio nacional de 60.7% y 64.5%, respectivamente¹⁴³ y por debajo de la meta nacional de los ODM para 2015, que es de 90%.¹⁴⁴ Para el indicador de cobertura del esquema completo al año de edad, Chihuahua ocupó la posición 27 (sólo cinco entidades tuvieron una cobertura menor) del país, y a los 2 años el lugar 28.

137 INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apegarse a lo básico. 2013.

138 http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_breastfeeding.html

139 <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0b.htm>

140 La ENSANUT 2012 define la diversidad alimentaria mínima como el número de grupos de alimentos consumidos el día anterior.

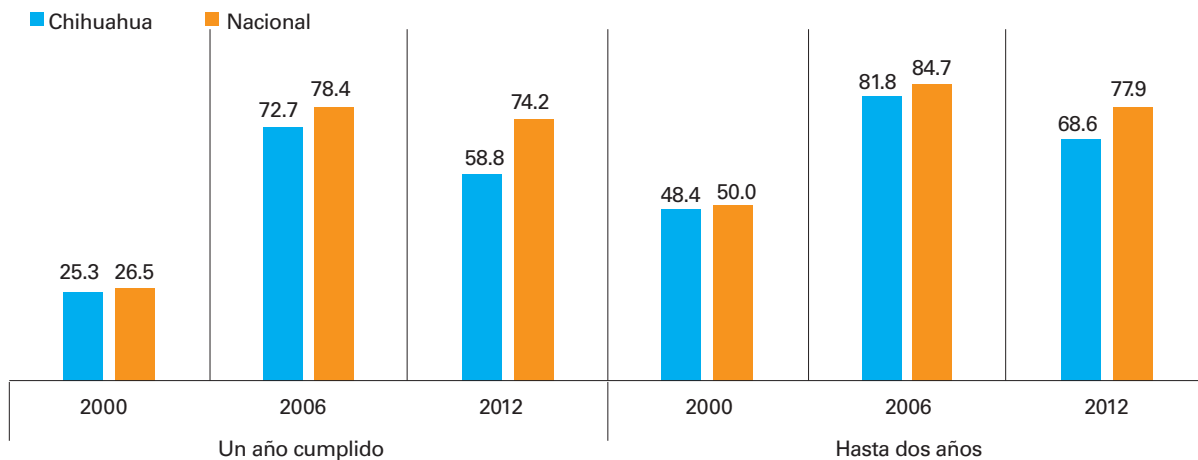
141 INSP, Op. Cit., 2012.

142 INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

143 En la ENSANUT 2012 las estimaciones de cobertura de vacunación se realizaron a partir de la transcripción directa de la CNV o de la CNS de los datos sobre vacunación, y la información recolectada por autorreporte de los padres o cuidadores del niño se reportó como porcentajes de vacunación.

144 Secretaría de Salud, Centro Nacional de Salud para la Infancia y la Adolescencia (CEN-SIA), Sistema de información de dosis aplicadas del Sistema de Información de Vacunación (PROVAC), en: INEGI, "Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México".

● **Gráfica 2.14.** Porcentaje de población de uno y dos años con esquema completo de cuatro vacunas. Chihuahua y Nacional, 2006 y 2012



Fuente: INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

En el caso de la vacunación contra el sarampión al año de edad, en 2013 la cobertura en Chihuahua fue de 79.7% (lugar 25 entre las entidades federativas) frente a 88.7% nacional, objetivo 4.3 de los ODM en México, cuya meta en 2015 es de 95.0%.¹⁴⁵

Si no se consideran las vacunas neumocócicas ni contra el rotavirus (las dos de más reciente inclusión en el esquema), la cobertura del esquema completo de cuatro vacunas alcanzó en el estado 58.8% al año cumplido (promedio nacional, 74.2%) en 2012 y 68.6% hasta los 2 años (promedio nacional, 77.9%).¹⁴⁶ Después de incremento en la cobertura de este esquema antes del primer año de vida entre 2000 (25.3%) y 2006 (72.7%), a partir de este año se registró una disminución importante en el país, pero sobre todo en Chihuahua, donde en 2012 llegó a 58.8%.¹⁴⁷

La cobertura de vacunación en general ha mejorado en relación con encuestas previas. No obstante, con excepción de la BCG¹⁴⁸ las demás vacunas presentan coberturas insuficientes. El hecho de que la cobertura de vacuna individual sea superior a la cobertura del esquema completo de todas las vacunas, sugiere que no se realiza vacunación múltiple. Probablemente también existe, en la Comisión Nacional de Salud (CNS), subregistro de dosis aplicadas a los niños, lo que explica que la cobertura administrativa basada en censos nominales de vacunación sea superior a los resultados de la ENSANUT 2012.¹⁴⁹



© UNICEF México / Eva Quesada

145 Secretaría de Salud, Ibíd., 2014.

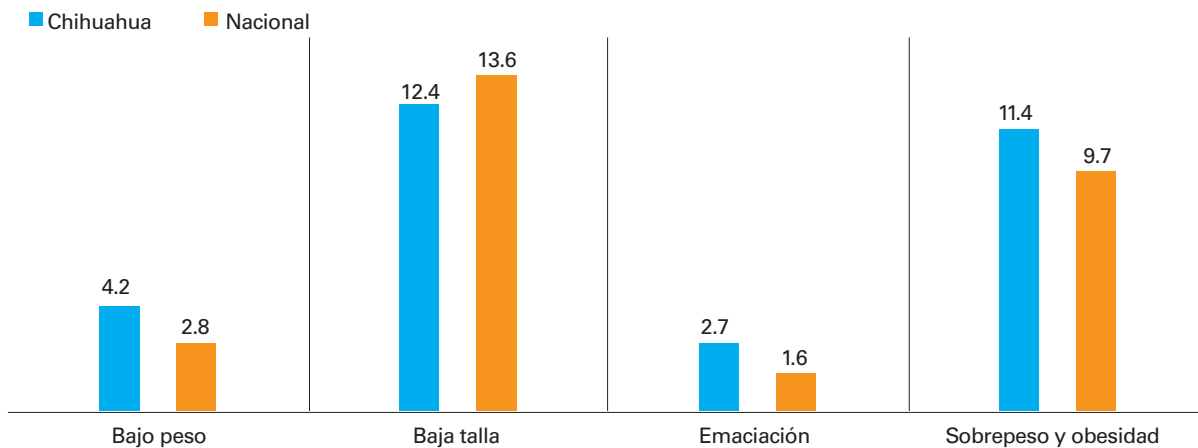
146 Secretaría de Salud, Ibíd., 2014.

147 INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

148 BCG: Bacilo Calmette Guerin. Vacuna contra la tuberculosis.

149 INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Evidencia para la política pública en salud. Vacunación en niños: hacia un mejor registro y aplicación sin restricciones.

- **Gráfica 2.15.** Prevalencia de bajo peso, baja talla, emaciación y sobrepeso en población menor de cinco años. Chihuahua y Nacional, 2012



Fuente: INSP Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

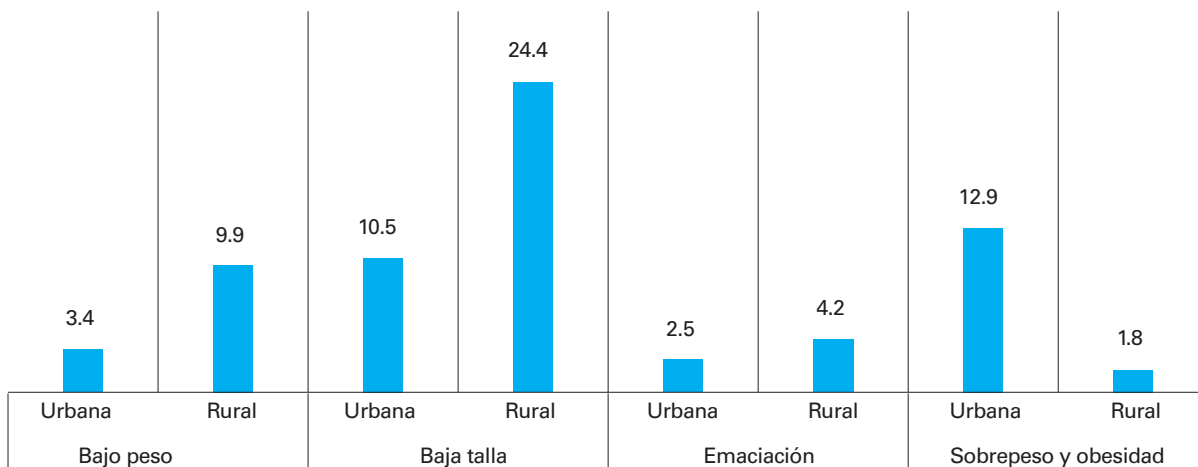
Nutrición

La desnutrición que ocurre durante la gestación y en los primeros años de vida tiene efectos irreversibles sobre la salud y el desarrollo de capacidades. Entre sus causas inmediatas se encuentran una alimentación poco adecuada en cantidad o calidad, la incidencia de enfermedades infecciosas y los cuidados inadecuados, las cuales son resultado de la inapropiada disponibilidad de alimentos, servicios de salud y educación y de infraestructura sanitaria deficiente. La desnutrición es reflejo de la inequidad en la distribución de recursos, acceso a servicios públicos y oportunidades.¹⁵⁰

De los niños y niñas menores de 5 años de Chihuahua, 4.2% presentaba bajo peso, proporción mayor al promedio nacional de 2.8%.^{151 152} La prevalencia de bajo peso alcanza 9.9% en las zonas rurales (4,500 niñas y niños), prácticamente el triple que en las zonas urbanas (3.4%; 9,800 niñas y niños).¹⁵³

En cuanto a baja talla (desnutrición crónica) el estado presenta una prevalencia de 12.4% entre la población menor de 5 años (nacional, 13.6%), pero en las zonas rurales alcanza 24.4% (11 mil niñas y niños), más del doble que en las zonas urbanas (10.5%; 30,600). La emaciación (bajo peso para la talla) está presente en 2.7% de los niños y

- **Gráfica 2.16.** Prevalencia de bajo peso, baja talla, emaciación y sobrepeso en población menor de cinco años según tamaño de localidad. Chihuahua, 2012



Fuente: INSP Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

150 INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012), Desnutrición en México: intervenciones hacia su erradicación.

151 Objetivos del Milenio, Proporción de niños menores de 5 años con insuficiencia ponderal, con base en: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud.

152 El Sistema de Información de los Objetivos del Milenio en México hace referencia a la insuficiencia ponderal definida como el porcentaje de niñas y niños menores de 5 años con peso inferior a dos desviaciones estándar con respecto a la mediana de las tablas internacionales (OMS) de referencia para la edad y sexo, indicador equivalente al de bajo peso en la ENSANUT.

153 INSP Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

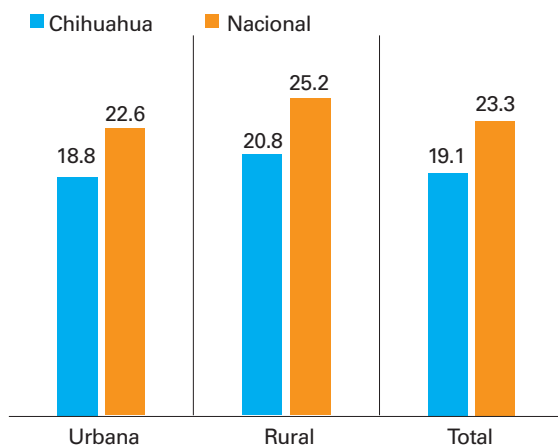
niñas (por encima del 1.6% nacional), sobre todo en las zonas rurales donde alcanza 4.2% (1,900 niñas y niños), mientras que en las urbanas es de 2.5% (7,300).¹⁵⁴

De los niños y niñas en este grupo de edad, 11.4% presenta sobrepeso y obesidad (promedio nacional, 9.7%), sobre todo en las zonas urbanas con 12.9% (37,500 niñas y niños), mientras que en las rurales afecta a 1.8% (800 niñas y niños).¹⁵⁵

La anemia persiste como un grave problema de salud pública en México, en tanto afecta los procesos para defenderse de las infecciones y tiene efectos dañinos en las funciones nerviosas superiores de niños y niñas, tales como obstaculizar su capacidad de pensamiento abstracto, el aprendizaje de matemáticas y la resolución de problemas, entre otros.

53,224 niñas y niños de uno a 4 años presentaban anemia en Chihuahua en 2012, equivalente a 19.1% del total de población en ese grupo de edad, frente al promedio nacional de 23.3%. La brecha de la prevalencia entre zonas urbanas y rurales fue de dos puntos porcentuales (18.8% y 20.8%, respectivamente), siempre por debajo del promedio nacional en ambos tipos de localidades (22.6% urbana y 25.2% rural). Sin embargo, la cantidad de niños y niñas que padecen anemia es también un factor a considerar: en las localidades urbanas los casos llegan a 45,256 y en las rurales a 7,968.¹⁵⁶

- **Gráfica 2.17.** Prevalencia de anemia en población de 1 a 4 años según tamaño de localidad. Chihuahua y Nacional, 2012



Fuente: INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

154 INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

155 INSP. *Ibid.*, 2012.

156 INSP. *Ibid.*, 2012.

Derecho al desarrollo

La educación es un derecho humano fundamental, así reconocido desde 1948, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y reafirmado en la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, ratificada por México en 1990. El artículo 3° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos también lo reconoce y en la reforma educativa de 2013 le impone a la educación obligatoria que imparta el Estado la característica de ser de calidad, entendiéndose por ello "...que los materiales y métodos educativos, la organización escolar, la infraestructura educativa y la idoneidad de los docentes y los directivos garanticen el máximo logro de aprendizaje de los educandos".¹⁵⁷

En este apartado se enfatiza el derecho de niñas y niños a recibir cuidados y atención educativa durante los primeros 5 años de su vida. En particular, se describe la oferta institucional de educación inicial y preescolar así como su distribución entre las diferentes modalidades educativas de este nivel; las condiciones físicas de la infraestructura escolar disponible; los resultados del sistema educativo estatal para este nivel, en particular matriculación oportuna y trayectoria educativa, y la cobertura actual para niñas y niños de 3 a 5 años en el estado.

Educación inicial

La educación inicial es el primer nivel que conforma el sistema educativo nacional. Si bien no forma parte de la educación básica, su impacto en los niveles educativos posteriores es crucial. Especialmente si se ofrece como parte de una estrategia integral de desarrollo infantil que incluya medidas de salud, nutrición y estimulación temprana, así como registro oportuno de nacimiento.

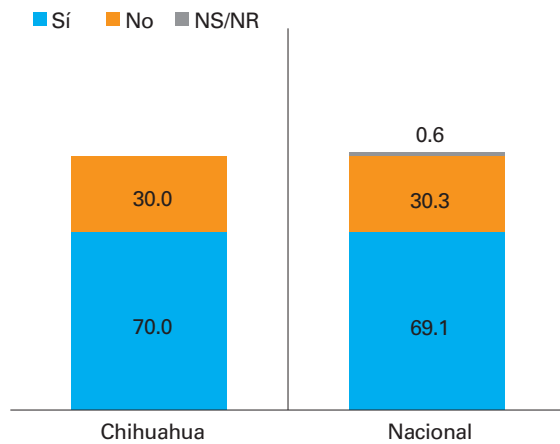
En el artículo 10 de la Ley de Educación del estado de Chihuahua se reconoce que "Todos los individuos deberán cursar la educación preescolar, primaria y secundaria. Quienes ejerzan la patria potestad o la tutela tienen la obligación de hacer que sus hijas, hijos o pupilos concurren a las escuelas públicas o privadas para recibir la educación de estos niveles y procurando que, además, cursen la educación inicial". Por su parte el Artículo 33 señala que "la educación inicial está dirigida a la población infantil desde los cuarenta y cinco días de su nacimiento hasta menos de tres años; se imparte en centros de desarrollo infantil, estancias infantiles, albergues escolares e instituciones similares, incluye orientación a padres y madres de familia y tutores para la educación de sus hijos o pupilos".¹⁵⁸

157 INEE. El derecho a una educación de calidad, Informe 2014.

158 Ley Estatal de Educación del estado de Chihuahua, disponible en: <http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/9db15657-4ea9-47fe-9fe6-4a6181040a2c/chihuahua.pdf>

LOS DERECHOS DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA EN CHIHUAHUA

- **Gráfica 2.18.** Porcentaje de responsables de menores de un año con capacitación sobre técnicas de estimulación temprana en el hogar. Chihuahua y Nacional, 2012



Fuente: INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

En 2012, siete de cada 10 responsables de niñas y niños menores de un año en Chihuahua recibieron capacitación sobre técnicas de estimulación temprana¹⁵⁹ en el hogar (70.0%), ligeramente mejor que el promedio nacional (69.1%).¹⁶⁰

Poco más de seis de cada diez niñas y niños de 0 a 6 años son cuidados por su mamá (65.1%), menos que en

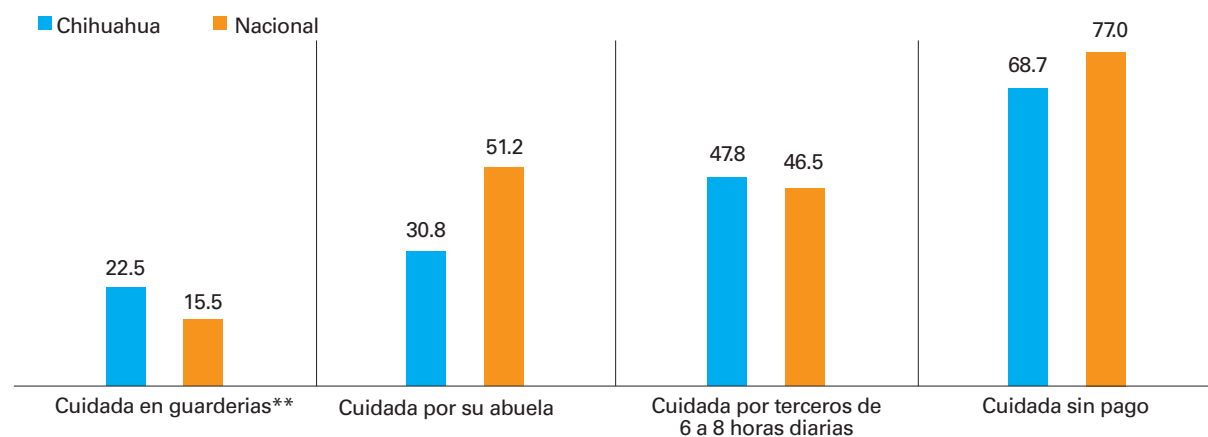
el promedio nacional (68.1%). Tres de cada 10 (31.6%) son cuidados por terceros¹⁶¹ cuando la madre trabaja (por encima del promedio nacional de 25.9%). La mayoría de estas niñas y niños atendidos por terceros lo son de 6 a 8 horas diarias (47.8%, cercano al promedio nacional de 46.5%). Las abuelas cuidan a tres de cada 10 niños (30.8%, mucho menos que el promedio nacional de 51.2%) y en 68.7% de los casos los cuidados ocurren sin pago (por debajo del promedio nacional de 77.0%). Sólo 22.5% de las niñas y niños son cuidados en guarderías, aunque esta proporción es significativamente mayor que el promedio nacional de 15.5%.¹⁶²

La oferta de servicios para esta población en Chihuahua estaba compuesta, en el ciclo 2011-2012, por 95 centros de desarrollo infantil (CENDI) donde fueron atendidos 11,223 niñas y niños (3,719 lactantes¹⁶³, 6,578 maternas¹⁶⁴ y 926 preescolares¹⁶⁵), a través de 135 docentes y 3,372 personas de apoyo.¹⁶⁶

Del total de niños y niñas atendidos, 12.7% (1,424) asistía a 10 CENDI de sostenimiento federal, mientras que 15.2% (1,701) lo hacía en los 13 CENDI estatales. La mayor parte de la atención se proporcionaba a través de 72 CENDI particulares, que brindaron atención a 8,098 niños, 72.2% del total.¹⁶⁷

Para el ciclo escolar 2013-2014, la Secretaría de Educación, Cultura y Deporte refiere la atención, a través de la modalidad escolarizada, de 11,664 niños, atendidos por 139 docentes en 99 escuelas o CENDI, guarderías

- **Gráfica 2.19.** Población de 0 a 6 años cuidada por terceros* cuando su mamá trabaja, según características seleccionadas. Chihuahua y Nacional, 2013



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013. ENESS. Tabulados básicos. 2014.

* Los terceros son las personas que integran las redes sociales de apoyo, familiar o no familiar, que colaboran con la madre o tutor en el cuidado del niño o niña.
 ** Se refiere a guarderías públicas y privadas.

159 Es el conjunto de actividades que los cuidadores pueden realizar con los bebés desde el nacimiento para proporcionar cuidados y experiencias necesarias para el desarrollo de capacidades sensoriales, cognitivas y emocionales. Además de estimular la atención, memoria, comunicación, curiosidad y el desarrollo mental y motor en general, la estimulación temprana es una oportunidad para el monitoreo de los hitos en el desarrollo infantil, en: De Castro, Filipa *et al.* Indicadores de bienestar y desarrollo infantil en México, en: Salud Pública Méx 2013; vol. 55 (sup 2):267-275.
 160 INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

161 Los terceros son las personas que integran las redes sociales de apoyo, familiar o no familiar, que colaboran con la madre o tutor en el cuidado del niño o niña. Las guarderías son públicas o privadas. INEGI, Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013, ENESS, Tabulados básicos, 2014.

162 INEGI, Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013, ENESS, Tabulados básicos, 2014.

163 Se considera a la población de 45 días a 1 año 6 meses de edad.

164 Se considera a la población de un año 7 meses a 2 años 11 meses de edad.

165 Se considera a la población de 3 a 5 años 11 meses de edad.

166 Servicios Educativos del Estado, Dirección de Planeación Educativa; Departamento de Estadística, en: Anuario estadístico y geográfico 2012 del estado de Chihuahua.

167 *Ibidem*, 2012.



© UNICEF México / Eva Quesada

y estancias infantiles. Mediante la modalidad no escolarizada en comunidades rurales se reportó la atención de 9,220 alumnos, por parte de 692 educadoras en 103 comunidades.¹⁶⁸

Hay diferencia entre las cifras referidas por las autoridades educativas estatales y las de la Encuesta Nacional de Seguridad Social (ENSS 2013), la cual estima la atención total en guarderías públicas y privadas de 32,127 niñas y niños menores de seis años, 7.1% de la población menor de 6 años de Chihuahua en 2013.¹⁶⁹

En 2014 hay en el estado 470,768 mujeres ocupadas,¹⁷⁰ y 34.3%¹⁷¹ de ellas tiene hijos de 0 a 4 años (161,473). Se observa, en consecuencia, que la oferta de cuidados infantiles en la entidad es insuficiente. Si además se considera que 56,638 mujeres ocupadas no reciben ingresos o éstos son inferiores al salario mínimo (19,436 tendrían hijos de 0 a 4 años) por tanto, es estratégico

fortalecer la oferta de educación inicial pública o subsidiada de calidad.¹⁷²

Educación preescolar ¹⁷³

Estudios recientes, incluidos los de neurociencias, coinciden en señalar que la primera infancia es la edad más importante para la educación y que la atención educativa temprana repercute en carreras escolares más prolongadas y exitosas, así como en vidas adultas más saludables, libres de violencia y crimen.¹⁷⁴ De allí la importancia de revisar las condiciones de prestación de este servicio educativo en Chihuahua, así como los principales retos que enfrenta.

Según el Censo de Escuelas, Maestros y Alumnos de Educación Básica y Especial (CEMABE 2013), en Chihuahua existen 2,350 escuelas de educación

168 Gobierno del estado de Chihuahua, Secretaría de Educación, Cultura y Deporte. Estrategia estatal para el desarrollo de la educación básica. Abril, 2014.

169 INEGI, Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013, ENES, Tabulados básicos, 2014.

170 INEGI, Banco de Información INEGI.

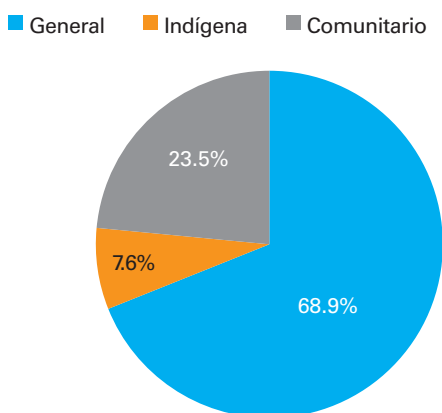
171 INEGI, Encuesta Nacional de Empleo, Cuarto trimestre de 2012, en: Calderón, G. ¿Cómo afectan las guarderías en las decisiones laborales de madres? El caso de México, en: Mexicanos Primero, Los invisibles. Las niñas y los niños de 0 a 6 años: Estado de la Educación en México, 2014.

172 En 2008, por ejemplo, de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares, las familias tuvieron que asumir un gasto por el cuidado de los hijos de 975 pesos mensuales en promedio. Calderón, G. ¿Cómo afectan las guarderías en las decisiones laborales de madres? El caso de México, en: Mexicanos Primero. Los invisibles. Las niñas y los niños de 0 a 6 años: Estado de la Educación en México, 2014.

173 La educación preescolar general es un servicio que ofrecen la Secretaría de Educación Pública, los gobiernos de los estados y los particulares en los medios rural y urbano. La modalidad indígena es atendida por la SEP. Este servicio se proporciona a los niños de diversas etnias y es atendido por profesores que conocen las lenguas respectivas, SEP, La estructura del sistema educativo mexicano.

174 INEE, El derecho a una educación de calidad, Informe 2014.

● **Gráfica 2.20.** Porcentaje de escuelas de educación preescolar según tipo de servicio. Chihuahua, 2013



Fuente: INEGI-SEP. Censo de Escuelas, Maestros y Alumnos de Educación Básica y Especial, CEMABE, 2013.

preescolar.¹⁷⁵ Por tipo de sostenimiento, casi nueve de cada diez escuelas de este nivel (87.5%) son públicas y 12.5% privadas. 1,620 escuelas preescolares (68.9%) son de la modalidad general y concentran a 93.9% de los alumnos (116,724); los preescolares comunitarios suman 23.5% (552) y atienden a 2.9% de los alumnos (3,612), y los preescolares indígenas representan 7.6% (178), brindando atención a 3.2% de los alumnos (3,965).¹⁷⁶

En el ciclo escolar 2011-2012 Chihuahua fue el sexto estado con mayor porcentaje de escuelas preescolares multigrado¹⁷⁷ a escala nacional, proporción que aumentó entre los ciclos 2000-2001 y 2011-2012, siempre por encima del promedio del país. 24.1% de las preescolares generales en Chihuahua tenían una organización multigrado en ese ciclo; es decir, una de cada cuatro, por encima del promedio nacional de 15.9%. En el caso de las preescolares indígenas el porcentaje era de 80.4% multigrado, superior al promedio nacional de 49.3%.¹⁷⁸

En lo referente a escuelas públicas de nivel preescolar, Chihuahua presentó desventajas en materia de acceso a servicios básicos como disponibilidad de cisterna o aljibe (13.0% frente a 41.3% nacional) y disponibilidad de baño o sanitario (79.9% frente a 84.8% nacional).¹⁷⁹

Desde la perspectiva de las modalidades educativas, se observa que en la entidad las modalidades de indígena y comunitaria presentan las mayores carencias. Sólo dispone de acceso a agua de la red pública 39.9% de

175 INEGI-SEP. Censo de Escuelas, Maestros y Alumnos de Educación Básica y Especial, CEMABE, 2013.

176 INEGI-SEP. *Ibid.*, 2013.

177 EL INEE define a la escuela multigrado como aquella donde algún docente atiende a alumnos de distintos grados escolares en la misma aula.

178 Se excluye preescolar inicial. INEE, cálculos con base en las Estadísticas continuas del formato 911 (inicio de los ciclos escolares 2000-2001, 2006-2007 y 2011-2012), SEP-DGP.

179 INEGI-SEP. *Ibid.*, 2013.

● **Tabla 2.1.** Porcentaje de escuelas de nivel preescolar que disponen de servicios básicos, por tipo de sostenimiento. Chihuahua y Nacional, 2013

Servicio	Sostenimiento	Chihuahua	Nacional
Agua de la red pública	Total	93.6	95.7
	Público	92.7	94.7
	Privado	99.7	99.9
Energía eléctrica	Total	98.1	85.4
	Público	97.9	82.4
	Privado	99.3	99.4
Cisterna o aljibe	Total	15.9	45.8
	Público	13.0	41.3
	Privado	36.1	66.9
Baño o sanitario	Total	82.2	87.3
	Público	79.9	84.8
	Privado	98.3	99.0
Drenaje	Total	63.2	58.9
	Público	58.8	50.6
	Privado	93.5	96.9

Fuente: INEGI-SEP. Censo de Escuelas, Maestros y Alumnos de Educación Básica y Especial, CEMABE, 2013.

las preescolares indígenas y 45.3% de las comunitarias (frente al promedio estatal de 79.4%); cuenta con cisterna o aljibe 5.8% y 8.8% respectivamente (frente al promedio estatal de 15.9%). Dispone de baño o sanitario 43.6% de las preescolares indígenas y 56.9% de las comunitarias (frente al promedio estatal de 82.2%) y cuenta con drenaje 14% y 24.6%, respectivamente (frente al promedio en el estado de 63.2%).¹⁸⁰

Estas cifras colocan a Chihuahua como el quinto estado con mayor carencia de agua de la red pública en las escuelas preescolares públicas del país, y la cuarta entidad federativa con mayor porcentaje de carencia en materia de servicio de energía en ese nivel educativo. Es, también, la entidad donde más escuelas preescolares carecen de cisterna o aljibe y el sexto estado con mayor proporción de escuelas de nivel preescolar sin baño o sanitario.¹⁸¹

180 INEGI-SEP. *Ibid.*, 2013.

181 INEGI-SEP. *Ibid.*, 2013.

● **Tabla 2.2.** Porcentaje de escuelas de nivel preescolar que dispone de servicios básicos, por modalidad educativa. Chihuahua, 2013

	Agua de la red pública	Energía eléctrica	Cisterna o aljibe	Baño o sanitario	Drenaje
Total	79.4	98.1	15.9	82.2	63.2
General	92.2	99.4	19.3	94.6	80.9
Indígena	39.9	92.1	5.8	43.6	14.0
Comunitario	45.3	90.4	8.8	56.9	24.6

Fuente: INEGI-SEP. Censo de Escuelas, Maestros y Alumnos de Educación Básica y Especial, CEMABE 2013.

Desempeño del sistema educativo

Matriculación oportuna

La tasa neta de matriculación en preescolar para niños de 3 a 5 años, para el ciclo 2011-2012, fue de 68.3% para hombres y 70.4% para mujeres.¹⁸² Chihuahua se encuentra todavía lejos de la meta del Milenio para 2015 (100% de matriculación en este grupo de edad)^{183 184} y en las últimas posiciones en cuanto a tasa de matriculación en preescolar: 29 en mujeres y 30 hombres, entre las entidades federativas.

Para el ciclo 2011-2012 prácticamente era nulo el rezago ligero (0.1% para ambos sexos). Asimismo, era prácticamente igual para ambos sexos la asistencia en el grado

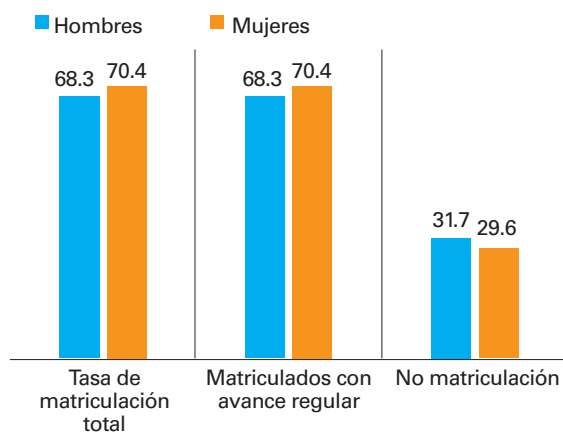
correspondiente a la edad (62.8% para hombres y el 62.9% para mujeres).¹⁸⁵

Inasistencia escolar

En 2013, el CONAPO¹⁸⁶ estimó para Chihuahua una población de 210,842 niñas y niños de 3 a 5 años mientras que el CEMABE identificó a 124,301 estudiantes de preescolar. Considerando que todos estuvieran en la edad normativa, puede calcularse que 41.0% (86,541) no asistía a la escuela en ese grupo de edad, proporción inferior a la señalada por el Censo en 2010 (55.6%), lo que indicaba una mejora de cobertura en los últimos años.

En Chihuahua 55.6% (113,145) de los niñas y niños de entre 3 y 5 años no asistía a la escuela en 2010 (55.9% de los hombres y 55.3% de las mujeres), porcentaje

● **Gráfica 2.21.** Tasa de matriculación según avance en la trayectoria escolar por sexo (3 a 5 años). Chihuahua, 2011 y 2012



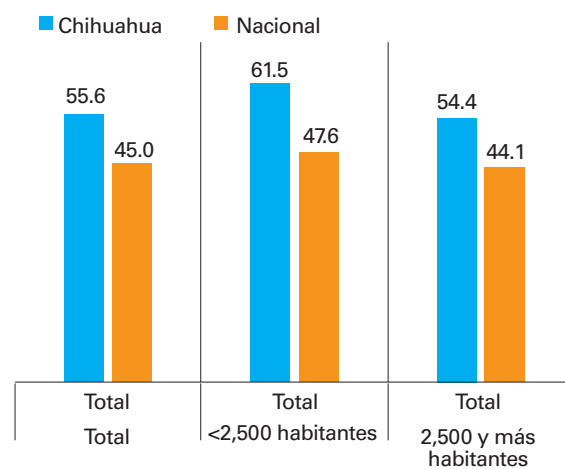
Fuente: INEE, cálculos con base en las Estadísticas continuas del formato 911 (inicio del ciclo escolar 2011-2012), SEP-DGP, y en las Proyecciones de la población de México 2010-2050, CONAPO. En: INEE, Panorama educativo de México 2012.

182 INEE, cálculos con base en las estadísticas continuas del formato 911 (inicio del ciclo escolar 2011-2012), SEP-DGP, y en las Proyecciones de la población de México 2010-2050, CONAPO, en: INEE, Panorama educativo de México 2012.

183 Tasa neta de matriculación en educación preescolar (3 a 5 años de edad) 2013-2014, con base en: Dirección General de Planeación y Estadística Educativa, en: Sistema de información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

184 En el caso de México se definieron los compromisos denominados "Más Allá de las Metas del Milenio", que se traducen en 22 indicadores entre los cuales se incluye la matriculación del 100% de las niñas y niños de 3 a 5 años.

● **Gráfica 2.22.** Porcentaje de población de 3 a 5 años que no asiste a la escuela según tamaño de localidad. Chihuahua y Nacional, 2010

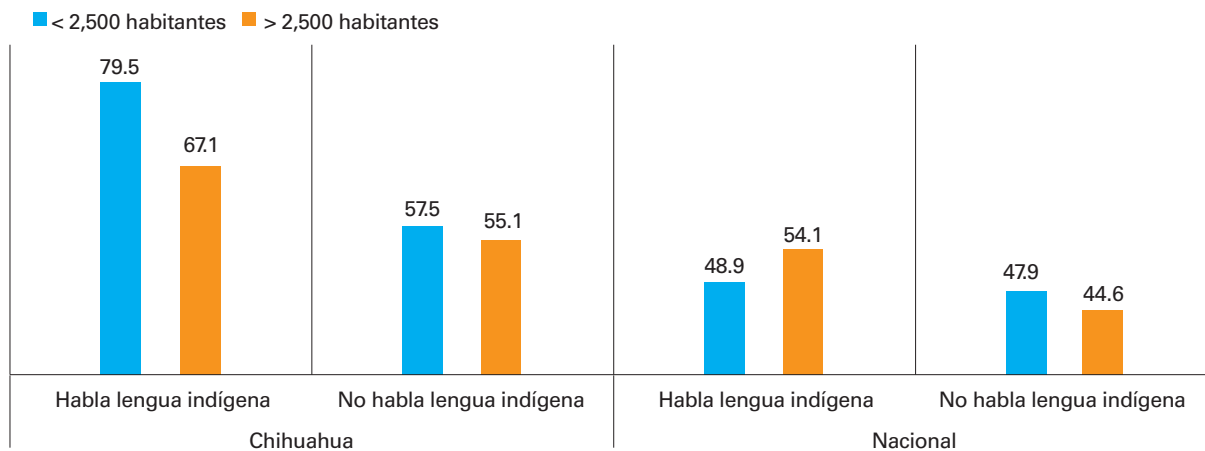


Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

185 INEE, cálculos con base en las Estadísticas continuas del formato 911 (inicio del ciclo escolar 2011-2012), SEP-DGP, y en las Proyecciones de la población de México 2010-2050, CONAPO. En: INEE, Panorama educativo de México 2012.

186 CONAPO, Proyecciones de población 2010-2030.

● **Gráfica 2.23.** Porcentaje de población de 3 a 5 años que no asiste a la escuela según tamaño de localidad y condición indígena. Chihuahua y Nacional, 2010



Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

superior al promedio nacional de 45.0%, colocando al estado como la entidad con mayor proporción de inasistencia de todo el país. Si se considera el tamaño de la localidad donde residían, la diferencia respecto a los promedios nacionales era amplia: mientras que en localidades rurales no asistía 61.5% (nacional, 47.6%), en las urbanas no lo hacía 54.4% (frente a 44.1% en el país), ocupando las últimas posiciones entre las entidades federativas: 31 en asistencia urbana y 32 en la rural.¹⁸⁷

Las disparidades se amplían si se consideran las diferencias entre la población indígena¹⁸⁸ y no indígena: mientras que en la primera la inasistencia alcanzó 78.1% (último lugar entre las entidades federativas), en la no indígena fue 55.5%. Entre los niños y niñas indígenas que residen en localidades rurales la inasistencia era de 79.5% (frente a 57.5% de los no indígenas), más amplia que entre residentes de localidades urbanas, donde era de 67.1% (frente a 55.1% de no indígenas).¹⁸⁹

Las mayores proporciones de inasistencia ocurrían en Carichí (79.3%), Riva Palacio (77.6%), Batopilas (76.2%), Praxedis G. Guerrero (73.2%), Janos (69.8%), Ignacio Zaragoza (67.9%), Ahumada (67.6%), Galeana (67.2%) y Balleza (66.6%).¹⁹⁰

La mitad de estos municipios son mayormente rurales (Balleza, Batopilas, Carichí, Galeana, Praxedis G. Guerrero y Riva Palacio) y en tres la población de 3 a 17 años es predominantemente de habla indígena: Balleza (51.7%), Batopilas (49.3%) y Carichí (59.7%). Estos tres municipios ocupan las últimas posiciones del estado en

el Índice de Educación y en el IDH del PNUD (Batopilas el 67, Balleza el 66 y Carichí el 60).¹⁹¹

El mayor número de niñas y niños de 3 a 5 años fuera de la escuela residía en Juárez (54,595) y Chihuahua (16,063). Más de 2 mil niños y niñas en esa situación había en los municipios de Cuauhtémoc (5,703), Delicias (3,968), Guadalupe y Calvo (2,722), Guachochi (2,586), Hidalgo del Parral (2,372) y Nuevo Casas Grandes (2,253).¹⁹²

Finalmente, 54.4% de las niñas y niños de 3 a 5 años con discapacidad no asistía a la escuela en Chihuahua (53.7% de los hombres y 55.4% de las mujeres), por encima del promedio nacional de 49.9%, colocando al estado como el quinto con mayor proporción de inasistencia de niñas y niños de esa edad con discapacidad.¹⁹³

A partir de esta descripción de las características y resultados de la educación preescolar en Chihuahua, marcadas por la baja matriculación rural y urbana, el alto porcentaje de inasistencia entre población indígena o con discapacidad, la elevada proporción de escuelas multigrado, y la infraestructura educativa deficiente, se recomienda:¹⁹⁴

- * Fomentar la equidad, dotando a las escuelas ubicadas en las zonas más pobres de mayores recursos físicos, materiales y humanos, así como de apoyos más intensos y pertinentes.
- * Prestar atención especial a las escuelas unitarias y bi-docentes mediante apoyos en gestión escolar y con visitas itinerantes de profesores especializados.

187 INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

188 En este trabajo se adoptó la definición de INEGI de condición de habla indígena, descrita como la situación que distingue a la población de 3 y más años de edad, según declare hablar o no alguna lengua indígena.

189 INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

190 INEGI, *Ibid.*, 2010.

191 PNUD, Índice de desarrollo humano municipal, Nueva metodología, 2014.

192 INEGI, *Ibid.*, 2010.

193 INEGI, *Ibid.*, 2010.

194 INEE, El derecho a una educación de calidad, Informe 2014.



- * Prolongar el horario de las preescolares, a fin de aprovechar adecuadamente la inversión realizada en este nivel educativo y para satisfacer las necesidades de las madres trabajadoras, sobre todo en las ciudades.

Derecho a la protección

En este apartado se revisan algunas situaciones que pueden vulnerar los derechos de niñas y niños durante la primera infancia en Chihuahua.

Registro de nacimiento

El registro de nacimiento es la constancia oficial de la existencia de las personas y constituye una parte fundamental del derecho humano a la identidad. La inscripción del nacimiento en el registro civil reconoce a las personas ante la ley, les dota de identidad y establece sus vínculos familiares, culturales y nacionales. No estar registrado desde el nacimiento es una violación al derecho humano esencial e inalienable de todo niño o niña a la identidad.

Tal derecho es reconocido en diversos instrumentos internacionales ratificados por México, entre los que se encuentran la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, la Convención Americana de Derechos Humanos y la Convención sobre los Derechos del Niño.

El registro de nacimiento posibilita la inclusión de las personas en la vida económica, política y cultural del país, así como el pleno acceso a otros derechos esenciales como el derecho a la salud, a la educación, al cuidado, a la protección y a aquellos derechos a ejercer en la edad adulta. Por ello, una de las mayores muestras de exclusión que sufren los niños y niñas en todo el mundo es la de no ser registrados al nacer y en consecuencia, carecer de identidad legal y acceso a sus derechos.

En 2011 se registraron 57,180 niñas y niños antes de cumplir un año de vida en Chihuahua. El mayor número de registro de nacimientos tuvo lugar en Juárez (20,167), Chihuahua (13,706), Cuauhtémoc (3,048), Delicias (2,662)

e Hidalgo del Parral (2,067). En los dos primeros se concentran seis de cada 10 nacimientos en el estado.¹⁹⁵

Chihuahua ocupó el lugar 23 en registro oportuno¹⁹⁶ de nacimientos del país en 2009. En 34 de los 67 de los municipios se supera el promedio estatal de registro tardío, es decir, posterior a los primeros 12 meses después del nacimiento (9.71%). La mayor proporción de registro tardío se presentó en Morelos (62.38%), Moris (54.17%), Uruachi (51.52%), Riva Palacio (51.32%), Balleza (50.61%), Matachí (48.08%), Urique (43.67%), Manuel Benavides (41.94%), Guadalupe y Calvo (41.36%) y Guachochi (40.67%). Seis de estos municipios se ubican entre los 10 con mayor proporción de población infantil indígena.¹⁹⁷

Niñas y niños sin cuidados parentales

En 2010 había en Chihuahua 49 casas-hogar, orfanatorios y casa-cuna que, en conjunto, albergaban a 1,602 residentes. No hay información sobre la edad, sexo u otras características de estos.¹⁹⁸

Violencia intrafamiliar¹⁹⁹

La violencia contra la infancia comprende cualquier acción u omisión que daña, lastima o perturba el desarrollo de la misma. Estas formas de violencia incluyen las prácticas de crianza que conllevan violencia física (castigos físicos, nalgadas o golpes), accidentes, negligencia, abuso sexual y actos u omisiones que resultan en la muerte. La mayoría de los casos de violencia contra niños y niñas se producen en espacios en los que pasan la mayor parte de su tiempo: su hogar o la escuela.

En Chihuahua durante 2012 se reportó una incidencia de violencia intrafamiliar²⁰⁰ menor al promedio nacional. Entre niñas y niños menores de un año se registra una tasa de 0.0, frente a la tasa nacional de 6.1. Sin embargo la incidencia aumenta notablemente para el grupo de uno a 4 años, que alcanzó 2.16 en el estado frente a 6.0 del país.²⁰¹

En este documento para el reporte de la violencia intrafamiliar se utiliza la fuente de información oficial más consistente publicada en los Anuarios de morbilidad de la Secretaría de Salud, con la limitante de que su procedencia²⁰² remite sólo a aquellos casos donde las lesiones



sufridas fueron de tal gravedad que se requirió asistencia sanitaria, con la condición de que el personal de salud registrara las lesiones como ocasionadas por el padre o la madre y de que el médico lo consignara así en el formato de notificación.

Otra fuente de información podría ser el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, que a través de la Dirección General Jurídica y de Enlace Institucional publica información estadística sobre niñas y niños víctimas de maltrato, atendidos por el Programa de Prevención contra el Maltrato al Menor (PREMAN). Tiene la limitante de que los datos no están desagregados por edad de las víctimas de maltrato, tipo de maltrato y relación con el victimario, lo cual reduce su análisis,²⁰³ y en el caso de Chihuahua la información disponible sólo llega hasta 2010.²⁰⁴

En 2012 en Chihuahua la tasa de defunciones por homicidio²⁰⁵ de niñas y niños menores de 5 años fue de 3.8,

195 Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Información en Salud, "Bases de datos de nacidos vivos registrados 1990-2011".

196 Se considera registro oportuno el llevado a cabo antes de cumplirse un año de vida.

197 INEGI-UNICEF, Derecho a la identidad, La cobertura del registro de nacimiento en México en 1999 y 2009, 2012.

198 INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010.

199 Códigos Y070-Y072 en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10), que se refiere a agresiones por parte del padre, la madre o la pareja, Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Anuarios de morbilidad.

200 Tasa por 100 mil habitantes en el grupo de edad.

201 Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Anuarios de morbilidad.

202 Notificación Semanal de Casos Nuevos de Enfermedad registrados como parte del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

203 La información procedente del PREMAN incluye denuncias recibidas, reportes atendidos por los SEDIF, denuncias presentadas ante el ministerio público, menores maltratados atendidos, total de niños maltratados, total de niñas maltratadas y reportes en los que se comprueba el maltrato.

204 Para 2011, año del último reporte, el DIF Nacional señala que "Esta información no fue proporcionada por la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia del Estado".

205 Tasa por 100 mil habitantes menores de 53 años.



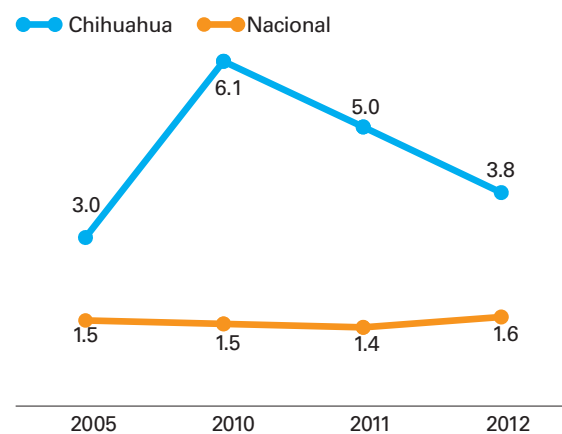
© UNICEF México / Andrés Ramírez

por encima de la nacional de 1.6. En hombres fue de 3.7 (frente a 1.8 nacional), en tanto que en mujeres alcanzó 3.9 (por encima de la nacional de 1.4).²⁰⁶

La tasa de defunciones por homicidio llegó a su máximo nivel en 2010, cuando alcanzó 6.1 (frente a 1.5 a escala nacional), con 26 defunciones por homicidio (15 hombres y 11 mujeres) en este grupo de edad.²⁰⁷ Las muertes ocurrieron en los municipios de Juárez (20), Chihuahua (2), Guachochi (2), Nuevo Casas Grandes (1) y Morelos (1). En el primero, la tasa de homicidios en ese grupo de edad fue de 12.4.²⁰⁸

Debido a las limitaciones de la información disponible, en Chihuahua se observan inconsistencias entre una incidencia relativamente baja de violencia intrafamiliar (primer lugar con menor incidencia entre menores de un año y lugar 8 para el grupo de uno a 4 años, entre las entidades del país) y una tasa de homicidios alta (cuarto estado con mayor tasa de homicidios en el grupo de 0 a 5 años de edad), respecto a los promedios nacionales.

• **Gráfica 2.24.** Tasa de homicidios de niñas y niños de 0 a 5 años. Chihuahua y Nacional, 2005-2012



Fuente: Cálculos propios con base en: INEGI, Estadísticas de mortalidad; y CONAPO, Proyecciones de población 2010-2050 y Proyecciones de población 2005-2030.

206 INEGI, Estadísticas de mortalidad; y CONAPO, Proyecciones de población 2010-2050.

207 INEGI, *Ibid.*, 2014.

208 Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).