

unicef 

para cada niño

**LOS DERECHOS DE LA INFANCIA
Y LA ADOLESCENCIA
EN MÉXICO**



Los derechos de la infancia y la adolescencia en México

Foto de portada: © UNICEF México/EvaQuesada

La elaboración de este informe estuvo a cargo de las áreas de Políticas Públicas, Educación, Protección de la Infancia, y Monitoreo y Evaluación de la oficina de UNICEF en México. Asimismo contó con la contribución de Gabriela García como consultora para la elaboración de los capítulos sobre los derechos a la salud y la nutrición.

Además este informe contiene los comentarios y aportaciones de la Oficina Regional de UNICEF en América Latina y el Caribe, y de la Secretaría Ejecutiva del Sistema de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes (SIPINNA) en México.

También se recibieron valiosos comentarios técnicos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), de la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AMEXCID), de la Oficina de la Presidencia de la República, de la Subsecretaría de Educación Básica y de la Dirección General de Desarrollo Curricular de la Secretaría de Educación Pública y de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud.

La corrección de estilo fue realizada por Ariella Aureli Sciarreta y el diseño editorial por Abigail Virgen bajo la coordinación editorial de Alejandra Castillo de UNICEF México.

Se requiere permiso para reproducir cualquier parte de esta publicación. Los permisos se otorgarán gratuitamente a organizaciones educativas o sin fines de lucro. Para mayor información, por favor contáctenos a través del correo: comunicacion.mexico@unicef.org

**LOS DERECHOS DE LA INFANCIA
Y LA ADOLESCENCIA
EN MÉXICO**

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| PRESENTACIÓN | 12 |
| PARTE I: CONTEXTO | 16 |
| 1. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO | 16 |
| 1.1 Contexto demográfico | 16 |
| 1.2 Los hogares en México | 18 |
| 1.3 Migración | 18 |
| 1.4 Contexto económico | 20 |
| 1.5 Pobreza y desigualdad | 20 |
| 1.6 Acceso a los servicios básicos | 23 |
| 1.7 El sector privado y los derechos de niños, niñas y adolescentes en México | 25 |
| 2. CONTEXTO NORMATIVO | 29 |
| 2.1 Marco normativo nacional en los derechos de la infancia | 29 |
| 2.2 Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes | 31 |
| 2.3 El derecho a la salud y supervivencia | 32 |
| 2.4 El derecho a la educación | 34 |
| 2.5 El derecho a la participación | 36 |
| 2.6 Observaciones del Comité de los Derechos del Niño | 38 |
| 3. CONTEXTO POLÍTICO E INSTITUCIONAL | 40 |
| 3.1 Políticas públicas de infancia | 40 |
| 3.2 Estructura del sector social en México | 43 |
| 3.2.1 El sector salud | 43 |
| 3.2.2 El sector educativo | 49 |
| 3.2.3 El Sistema de Protección | 54 |
| 3.3 Panorama de la inversión en la infancia en México | 55 |
| 3.4 La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible | 59 |
| 4. NIÑEZ EN SITUACIÓN DE MAYOR VULNERABILIDAD | 61 |
| 4.1 Pobreza infantil | 61 |
| 4.2 Niños, niñas y adolescentes indígenas | 63 |
| 4.3 Violencia e inseguridad | 66 |
| 4.4 Igualdad de género: la mujer y la niña en la sociedad mexicana | 68 |
| 4.5 Discapacidad | 72 |
| 4.6 Impacto de los desastres naturales y riesgos por emergencias en la infancia y adolescencia | 76 |

PARTE II: ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

| | |
|---|------------|
| 1. LA SITUACIÓN DE LOS DERECHOS DE LA NIÑEZ DE CERO A CINCO AÑOS | 86 |
| La primera infancia | 87 |
| 1.1 La inversión en la primera infancia en México | 88 |
| 1.2. Derecho a la salud y la supervivencia | 91 |
| 1.2.1 Atención prenatal, durante el parto y el posparto | 91 |
| 1.2.2 Mortalidad materna | 94 |
| 1.2.3 Mortalidad neonatal e infantil | 97 |
| 1.2.4 Lactancia materna | 100 |
| 1.2.5 Enfermedades diarreicas agudas | 105 |
| 1.2.6 Infecciones respiratorias agudas | 106 |
| 1.2.7 Desnutrición y anemia | 108 |
| 1.2.8 Vacunación | 111 |
| 1.2.9 Lesiones accidentales | 115 |
| 1.2.10 Otros temas de supervivencia en la primera infancia | 116 |
| 1.3 Derecho al desarrollo | 117 |
| 1.3.1 Desarrollo infantil temprano | 117 |
| 1.3.2 Educación inicial y preescolar | 122 |
| 1.4 Derecho a la protección | 124 |
| 1.4.1 Registro de nacimiento | 124 |
| 1.4.2 Niños y niñas sin cuidados parentales | 127 |
| 1.4.3 Niños y niñas en acogimiento alternativo | 129 |
| 1.4.4 Niños y niñas en proceso de adopción | 131 |
| 2. LA SITUACIÓN DE LOS DERECHOS DE LA NIÑEZ DE SEIS A 11 AÑOS | 134 |
| La niñez entre los seis y 11 años: la edad escolar | 135 |
| 2.1 Derecho a la salud y la supervivencia | 135 |
| 2.1.1 Sobrepeso y obesidad | 135 |
| 2.1.2 Mortalidad de niños de seis a 11 años | 138 |
| 2.1.3 Otros temas de supervivencia infantil | 141 |
| 2.2 Derecho al desarrollo | 142 |
| 2.2.2 Inclusión educativa de grupos en situación de vulnerabilidad | 150 |
| 2.3 Derecho a la protección | 152 |
| 2.3.1 Violencia contra niños y niñas | 152 |
| 2.3.2 Trabajo infantil | 157 |
| 2.4 Derecho a la participación | 160 |
| 2.4.1 Participación de niños en la sociedad y en la escuela | 160 |
| 3. LA SITUACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS ADOLESCENTES DE LOS 12 A 17 AÑOS | 163 |
| La niñez entre los 12 y 17 años: la adolescencia | 164 |
| 3.1 Derecho a la salud y la supervivencia | 165 |
| 3.1.1 Salud sexual y reproductiva | 165 |
| 3.1.2 Embarazo adolescente | 168 |
| 3.1.3 Niños, niñas y adolescentes con VIH/SIDA | 173 |
| 3.1.4 Suicidio | 177 |
| 3.1.5 Adicciones, consumo de tabaco y alcohol | 179 |
| 3.1.6 Enfermedades no transmisibles | 183 |
| 3.1.7 Lesiones accidentales | 186 |
| 3.2 Derecho al desarrollo | 188 |
| 3.2.1 Cobertura, asistencia, eficiencia terminal, abandono escolar, niños fuera de la escuela y calidad educativa ... | 188 |
| 3.2.2 Desarrollo de capacidades afectivas y emocionales | 195 |
| 3.3 Derecho a la protección | 197 |
| 3.3.1 Migración de niñas, niños y adolescentes | 197 |
| 3.3.2 Violencia armada: homicidios y otros delitos | 203 |
| 3.3.3 Trata de niñas, niños y adolescentes | 205 |
| 3.3.4 Matrimonio y uniones tempranas | 209 |
| 3.3.5 Justicia para adolescentes | 211 |
| 3.4 Derecho a la participación | 215 |
| 3.4.1 Participación de adolescentes en ámbitos políticos, sociales y culturales | 215 |
| 3.4.2 Acceso y uso de tecnologías de información y comunicación | 218 |
| PARTE III: RECOMENDACIONES | 221 |
| Acrónimos | 224 |
| Bibliografía | 226 |

GRÁFICOS Y TABLAS

PARTE I: CONTEXTO SOCIAL, ECONÓMICO, INSTITUCIONAL Y NORMATIVO

GRÁFICOS

- Gráfico 1.1.** Composición de la población por grupo de edad
- Gráfico 1.2.** Población de niños, niñas y adolescentes por entidad federativa
- Gráfico 1.3.** Distribución de la población por tamaño de localidad
- Gráfico 1.4.** Porcentaje de población menor de 18 años en hogares, según condición de presencia de los padres
- Gráfico 1.5.** Estructura por edad y sexo de los migrantes internacionales mexicanos, agosto 2009 - septiembre 2014
- Gráfico 1.6.** Evolución de la pobreza 2010-2014
- Gráfico 1.7.** Evolución de las carencias sociales 2010-2015
- Gráfico 1.8.** Porcentaje de la población en pobreza por entidad federativa, 2014
- Gráfico 1.9.** Población en situación de pobreza según características sociales
- Gráfico 1.10.** Carencia de acceso a los servicios básicos en la vivienda según área, sexo, pertenencia étnica y grupo de edad (porcentajes)
- Gráfico 1.11.** Porcentaje de viviendas con acceso a agua entubada por entidad federativa
- Gráfico 3.1.** Distribución de la matrícula escolarizada por tipo educativo. Ciclo escolar 2014-2015
- Gráfico 3.2.** Evolución de la inversión pública en la infancia en México, como porcentaje del PIB, del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) y del gasto programable, 2012-2015 (precios constantes de 2008)
- Gráfico 3.3.** Tendencia de la inversión pública en la infancia en México por niño, 2012-2015. Montos en términos reales a precios de 2008
- Gráfico 3.4.** Evolución del gasto público en la infancia 2012-2016 (mdp) según presupuesto aprobado anual
- Gráfico 3.5.** Distribución de la inversión pública en la infancia por grupo de derechos 2012-2016
- Gráfico 3.6.** Distribución observada y recomendada del Gasto en Desarrollo Humano por deciles del Índice de Desarrollo Humano (IDH)
- Gráfico 3.7.** Objetivos de Desarrollo Sostenible: 17 metas para transformar el mundo
- Gráfico 4.1.** Porcentaje de la población de 0 a 17 años indígena y no indígena con carencias sociales y por debajo de la Línea de bienestar económico (LBE) y de la Línea de bienestar mínimo (LBM).
- Gráfico 4.2.** Comparación entre el total víctimas del delito y número de denuncias recibidas por el ministerio público en materia de delitos del fuero común en 2011 y 2017 a nivel nacional
- Gráfico 4.3.** Tasa global de fecundidad (TGF) y tasas específicas por grupo de edad de mujeres que hablan lengua indígena, 2014
- Gráfico 4.4.** Peso relativo de la población con discapacidad por grupo de edad
- Gráfico 4.5.** Incidencia de discapacidad en niños de 0 a 14 años (por tipo)
- Gráfico 4.6.** Funcionamiento y discapacidad de niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años
- Gráfico 4.7.** Distribución de niños, niñas y adolescentes de 5-17 años por dificultad funcional
- Gráfico 4.8.** Porcentaje de integrantes del hogar entre 3 y 14 años por grado de dificultad para ver y oír según condición de asistencia a la escuela

TABLAS

- Tabla 3.1.** Niñas y niños beneficiarios de PROSPERA según condición de pobreza, 2014
- Tabla 3.2.** Población por condición de aseguramiento, 2015
- Tabla 3.3.** Tiempos de traslado al hospital de acuerdo a la institución, 2010
- Tabla 3.4.** Personas afiliadas al Seguro Popular y niños afiliados al SMSXXI, 2010-2015
- Tabla 3.5.** Incidencia de carencia de acceso a servicios de salud según características sociodemográficas en la población de 0 a 17 años, 2010 y 2014
- Tabla 3.6.** Organización del sistema educativo escolarizado en México
- Tabla 3.7.** Educación primaria. Ciclo escolar 2014-2015
- Tabla 3.8.** Estudiantes de 12 a 14 años en educación secundaria en el ciclo escolar 2014-2015
- Tabla 3.9.** Educación especial. Ciclo escolar 2012-2013 (absolutos y porcentajes)
- Tabla 3.10.** Estudiantes de 15-17 años en educación media superior en el ciclo escolar 2014-2015
- Tabla 3.11.** Organización de la modalidad no escolarizada (o extraescolar) del Sistema Educativo Nacional (SEN)
- Tabla 4.1.** Pobreza y carencias de la población total y de la población de 0 a 17 años, por sexo, 2014
- Tabla 4.2.** Características de las viviendas de la población indígena
- Tabla 4.3.** Distribución de la población con discapacidad por grupo de edad

PARTE II: ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

GRÁFICOS

- Gráfico 1.1.** Inversión social en primera infancia (ISPI) en México, como porcentaje del gasto público social (GPS), del gasto público total (GPT) y del producto interno bruto (PIB)
- Gráfico 1.2.1.** Porcentaje de madres embarazadas que no tuvieron controles prenatales, por entidad federativa, 2009-2014
- Gráfico 1.2.2.** Distribución porcentual de las defunciones maternas por grupos de edad, 2014
- Gráfico 1.2.3** Tasa de lactancia exclusiva de niños menores de 6 meses, a nivel regional, 2013
- Gráfico 1.2.4.** Lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses, según características
- Gráfico 1.2.5.** Razones para no amamantar
- Gráfico 1.2.6.** Evolución de la prevalencia de bajo peso, baja talla y emaciación, 1999-2015
- Gráfico 1.2.7.** Prevalencia de baja talla por región
- Gráfico 1.2.8.** Prevalencia de anemia en niños de 1 a 4 años
- Gráfico 1.2.9.** Prevalencia de anemia en niños de 1 a 4 años por región en México
- Gráfico 1.2.10.** Esquema de vacunación en México
- Gráfico 1.2.11.** Cobertura de niños de un año de edad con esquema básico completo de vacunación, 2009-2014 (porcentajes)
- Gráfico 1.2.12.** Proporción de niños de un año de edad con esquema básico completo de vacunación, 2014
- Gráfico 1.2.13.** Cobertura de los esquemas completo de vacunación y de cuatro vacunas según la edad del niño
- Gráfico 1.2.14.** Brechas en la cobertura de vacunas individuales para niños de un año de edad por entidad federativa
- Gráfico 1.2.15.** Defunciones por lesiones accidentales en niñas y niños de 0 a 5 años por tipo de causa, 2010 y 2015
- Gráfico 1.3.1.** Niveles de atención y cobertura de niños menores cinco años en el ciclo escolar 2014 – 2015
- Gráfico 1.4.1.** Porcentaje de población menor a un año con registro de nacimiento por entidad federativa
- Gráfico 1.4.2.** Población residente por grupo etario y tipo de alojamiento
- Gráfico 2.1.1.** Evolución de prevalencias de sobrepeso y obesidad según sexo en niños y niñas de 5 a 11 años
- Gráfico 2.1.2.** Defunciones por accidentes en niñas y niños de 6 a 11 años de acuerdo a tipo, 2014 (frecuencias)
- Gráfico 2.2.1.** Modelo de tránsito escolar en el sistema educativo escolarizado
- Gráfico 2.2.2.** Características de los hogares de los niños y niñas que no asisten a la escuela en edades de 6 a 11 años
- Gráfico 2.3.1.** Niñas, niños y adolescentes de 10 a 17 años que han sufrido algún tipo de violencia según su entorno, 2012
- Gráfico 2.3.2.** Sector de actividad económica según sexo
- Gráfico 2.3.3.** Motivos por los que se trabaja según sexo
- Gráfico 3.1.1.** Adolescentes de 12 a 19 años que han iniciado su vida sexual y uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, según sexo, 2006 y 2012 (porcentajes)
- Gráfico 3.1.2.** Distribución porcentual de casos acumulados de Sida y VIH en niños de 10-14 años y adolescentes de 15-19 años, según categoría de transmisión
- Gráfico 3.1.3.** Exposición a drogas (marihuana regalada) en la población de 12 a 17 años por sexo, situación escolar y nivel de escolaridad, 2008 y 2011
- Gráfico 3.1.4.** Defunciones por lesiones accidentales en adolescentes de 7 a 12 años por tipo de causa, 2010 y 2015
- Gráfico 3.2.1.** Porcentaje de asistencia (escolarización) de los Niños Fuera de la Escuela (NFE) según edad y nivel educativo
- Gráfico 3.2.2.** Niños Fuera de la Escuela de 15 a 17 años de acuerdo con escolaridad alcanzada, por grado escolar
- Gráfico 3.3.1.** Eventos de repatriación de niñas, niños y adolescentes mexicanos desde Estados Unidos por condición de viaje, 2014 y 2015
- Gráfico 3.3.2.** Eventos de repatriación de niñas, niños y adolescentes por entidad federativa de origen, 2015
- Gráfico 3.3.3.** Niñas, niños y adolescentes migrantes extranjeros presentados ante la autoridad migratoria por nacionalidad, 2015
- Gráfico 3.3.4.** Niñas, niños y adolescentes migrantes extranjeros presentados ante la autoridad migratoria, 2013-2015
- Gráfico 3.3.5.** Eventos de niñas, niños y adolescentes presentados, retornados y con protección internacional, 2014
- Gráfico 3.3.6.** Porcentaje de víctimas de trata de personas en el país, por año, según su grupo etario
- Gráfico 3.3.7.** Porcentaje de niñas, niños y adolescentes víctimas de trata de personas en el país por año, según sexo.
- Gráfico 3.3.8.** Víctimas de trata de personas y tráfico de menores de edad identificados en averiguaciones previas durante 2014, según entidad federativa
- Gráfico 3.3.9.** Adolescentes sujetos a proceso por estado
- Gráfico 3.3.10.** Tipo de delitos cometidos por adolescentes
- Gráfico 3.3.11.** Delitos cometidos por adolescentes según fuero
- Gráfico 3.4.1.** Proporción de usuarios de internet por grupos de edad
- Gráfico 4.9.** Riesgo de desastres en la niñez por estado

PARTE II: ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

TABLAS

- Tabla 1.1.** Indicadores de cobertura de vacunación en niñas y niños de 12 a 23 y de 24 a 35 meses de edad, 2015
- Tabla 1.2.1.** Indicadores de cobertura de vacunación en niñas y niños de 12 a 23 y de 24 a 35 meses de edad, 2015 (porcentajes)
- Tabla 1.3.1.** Porcentaje de niñas y niños que presentan un desarrollo no adecuado en al menos uno de los ámbitos motriz, social-emocional o lenguaje
- Tabla 1.3.2.** Niños y niñas menores de 5 años que presentan un desarrollo no adecuado en los ámbitos motriz, social emocional y lenguaje
- Tabla 1.3.3.** Indicadores de desarrollo infantil y apoyo al aprendizaje en niños menores de 5 años que habitan en hogares indígenas y no indígenas
- Tabla 1.3.4.** Índice de desarrollo infantil desagregado por quintil de riqueza
- Tabla 1.3.5.** Atención en educación inicial
- Tabla 1.3.6.** Matrícula de educación preescolar
- Tabla 1.4.1.** Registro de nacimiento por edad y por entidad federativa
- Tabla 1.4.2.** Población de niños y niñas en instituciones de acogida
- Tabla 2.1.1** Principales causas de defunciones en niñas y niños de 6 a 11 años. Frecuencias, tasas y porcentajes, 2010 y 2015
- Tabla 2.1.2.** Defunciones por accidentes de acuerdo con estrato rural-urbano y edad. Frecuencias y Tasas. 2015.
- Tabla 2.2.1.** Indicadores educativos de la modalidad escolarizada.
- Tabla 2.2.2.** Tasa de asistencia escolar por edad de los 6 a los 11 años según subpoblaciones, 2015
- Tabla 2.2.3.** Niños y niñas fuera de la escuela según años de escolaridad aprobados en primaria, 6 a 11 años
- Tabla 2.2.4.** Resultados en Lenguaje y Comunicación de 6º de primaria según tipo de escuela.
- Tabla 2.2.5.** Hombres y mujeres matriculados en primaria con uno o más años de extraedad. Ciclo escolar 2014-2015
- Tabla 3.1.1.** Incidencia de casos nuevos de principales ITS en adolescentes, por grupos de edad y sexo, 2014 (tasas nacionales)
- Tabla 3.1.2.** Distribución de casos notificados de Sida y de VIH en adolescentes de 10 a 14 años, adolescentes de 15 a 19 años y total de la población, por sexo.
- Tabla 3.1.3.** Casos de defunciones por lesiones autoinfligidas (suicidios) de acuerdo con diversas características sociodemográficas en adolescentes de 12 a 17 años.
- Tabla 3.1.4.** Proporción de usuarios de alcohol y otras drogas que reportaron haber iniciado el consumo a edades tempranas y edad media de inicio de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Tabla 3.1.5.** Consumo de alcohol, tabaco y drogas reguladas en estudiantes de secundaria y bachillerato por sexo y tipo de comunidad
- Tabla 3.1.6.** Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población de 12 a 19 años de edad por sexo, 2006 y 2012
- Tabla 3.1.7.** Egresos hospitalarios por tumores malignos en adolescentes de 12 a 17 años, 2014
- Tabla 3.2.1.** Estudiantes en educación secundaria (12-14 años) en el ciclo escolar 2014-2015 en la modalidad escolarizada
- Tabla 3.2.2.** Estudiantes en educación media superior (15-17 años) en el ciclo escolar 2014-2015 en la modalidad escolarizada
- Tabla 3.2.3.** Niños y niñas fuera de la escuela (NFE) por grupo de edad y sexo
- Tabla 3.2.4.** Hombres y mujeres matriculados en secundaria con uno o más años de extraedad
- Tabla 3.2.5.** Hombres y mujeres matriculados en educación media superior con uno o más años de extraedad
- Tabla 3.2.6.** Factores asociados al abandono escolar
- Tabla 3.2.7.** Tasa de asistencia escolar por edad (12 a 17 años) según subpoblaciones, 2015
- Tabla 3.2.8.** Resultados en matemáticas de 3º de secundaria según tipo de escuela
- Tabla 3.2.9.** Resultados de la prueba PLANEA en la educación media superior a nivel nacional
- Tabla 3.3.1.** Total de homicidios por año de niñas, niños y adolescentes (0 a 17 años)
- Tabla 3.3.2.** Porcentaje de defunciones accidentales y violentas por año de niñas, niños y adolescentes, según rango de edad y tipo de defunción
- Tabla 3.3.3.** Porcentaje de homicidios, por año y género, según rango de edad
- Tabla 3.3.4.** Adolescentes privados de libertad





PRESENTACIÓN

Durante la última década, en todo el mundo se han producido grandes avances en las condiciones de vida de los niños, niñas y adolescentes. A pesar de todos los esfuerzos que han realizado los Estados, el progreso no ha sido igual para todos ya que factores como la pobreza y la desigualdad han afectado sus vidas y poco a poco se han convertido en barreras que impiden el pleno cumplimiento tanto de sus derechos como de su desarrollo.

En México, los casi 40 millones niños, niñas y adolescentes representan la tercera parte de la población del país y viven realidades diversas. Por un lado hay niños y adolescentes que disfrutan de servicios sociales producto de la ampliación de la oferta institucional y en otro extremo, se encuentran los niños y adolescentes que, debido a la exclusión social como resultado de su lugar de residencia, su origen étnico, lengua o condición de discapacidad, no pueden ejercer algunos o varios de sus derechos. Por ejemplo, una niña que vive en un municipio en la región de la montaña de Guerrero está expuesta a mayores condiciones de pobreza, contextos de violencia o barreras para acceder a una alimentación adecuada, en comparación a una niña que vive en las zonas metropolitanas principales como pueden ser la Ciudad de México o Guadalajara, donde cuenta con más y mejores servicios y oportunidades de bienestar.

Para tener una medida de los avances en la garantía de derechos y así dimensionar los desafíos que enfrentan el gobierno y la sociedad, es necesario explorar y reflexionar sobre las tendencias y brechas que revelan las estadísticas nacionales. Esto no solamente implica ámbitos como educación y salud, sino también todos aquellos que están contenidos en la Convención sobre los Derechos del Niño y en los demás tratados internacionales de derechos humanos reconocidos por el país, así como en la legislación nacional en materia de infancia. A pesar de que aún persisten vacíos de información que den cuenta del cumplimiento de algunos derechos, México dispone de una riqueza estadística que permite abordar muchos aspectos y facetas de la vida de los niños y adolescentes. Por ello, este informe aprovecha esa información y la analiza desde el enfoque de derechos de la infancia.

El informe *Los derechos de la infancia y la adolescencia en México* busca, a través de la recopilación y análisis de las cifras y estadísticas oficiales, describir a profundidad el grado del cumplimiento de los derechos niños, niñas y adolescentes en México, con el fin de visibilizar los grupos en mayor rezago o menor ejercicio de derechos y promover una discusión colectiva por parte de los tomadores de decisiones del gobierno en sus diferentes niveles con el objetivo de cerrar las brechas existentes.

Haciendo un recorrido por cada etapa de vida de las niñas, niños y adolescentes y en reconocimiento a las particularidades que hay en cada momento de su vida, este informe destaca la importancia de tener una mirada integral para atender y garantizar los derechos propios de cada grupo específico de edad, razón por la cual el documento se divide en: niñez de cero a cinco años (primera infancia), niñez de seis a 11 años (edad escolar) y niñez de los 12 a 17 años (adolescencia).

Entre los más importantes progresos en materia de bienestar de la infancia en los últimos años se encuentran sin duda alguna, la publicación de la Ley General de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (LGDNNA) en el año 2014 y la creación del Sistema Integral de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes, mecanismo dirigido a coordinar la acción pública del gobierno para mejorar las condiciones de vida de este grupo poblacional. Otros avances hacia la garantía universal de los derechos de la niñez en México también son: el incremento en la cobertura de vacunación en niños menores de cinco años, el incremento en la cobertura de atención hospitalaria de parto y lograr la cobertura universal en la educación primaria, por mencionar algunos. Sin embargo, las cifras y estadísticas sistematizadas en este informe, revelan que aún hay muchos niños y adolescentes en México a los que todavía no se les ha podido garantizar plenamente su desarrollo.

En este informe se destacan cinco temas prioritarios en los que es necesario profundizar y acelerar su progreso por medio del diseño de políticas, programas y presupuestos dirigidos a: i) reducir la **violencia** a la que están expuestos muchos niños y adolescentes en varios ámbitos que, además de vulnerar sus derechos de protección, comprometen su desarrollo adecuado; ii) mejorar los resultados en cuanto al **desarrollo infantil temprano** y avanzar hacia la garantía de los derechos de este grupo de edad que ha recibido menor atención por parte del gobierno; iii) disminuir los elevados niveles de **sobrepeso y obesidad** infantil que afectan el bienestar de aquellos que lo padecen y constituye un riesgo para su salud futura; iv) solventar los desafíos que aún persisten en el **tema educativo** como los niños y adolescentes fuera de la escuela y los resultados insatisfactorios en la calidad de la enseñanza-aprendizaje, y v) atender el volumen y la severidad de la vulneración de los derechos de niños y niñas en situación de **migración**.

Para trabajar en todo lo anterior, un ámbito de acción que este informe identifica como imprescindible es una mayor y mejor coordinación de las instancias y niveles del gobierno, así como la articulación y concurrencia de los programas, estrategias y acciones de los mismos. Otro ámbito es la mejora en la cobertura de los servicios sociales y la calidad de estos principalmente en zonas excluidas y poblaciones en situación de pobreza.

Un elemento indispensable para los siguientes años debe ser la implementación efectiva de la LGDNNA, lo cual implica la efectiva ejecución de los mecanismos que define dicha ley, el desarrollo de legislación secundaria con base en ésta, el fortalecimiento de las capacidades del gobierno y el funcionamiento pleno de las **Procuradurías de Protección de la Niñez**. A la vez, es fundamental avanzar en la rendición pública de cuentas y la evaluación de las políticas sociales, principalmente en el nivel subnacional. Finalmente el informe hace énfasis en la necesidad de avanzar hacia una cultura de derechos de infancia, donde la acción pública **pase de una visión asistencialista y caritativa y sea orientada por el deber legal de garantizar el ejercicio de los derechos**.

Los derechos de la infancia y la adolescencia en México también incluye información sobre temas emergentes y novedosos, tales como la situación del derecho a la **participación**, el riesgo que constituyen para los niños las **emergencias** derivadas de desastres naturales, el acceso a **tecnologías de información y comunicación**, las **enfermedades no transmisibles** en la niñez, o el **suicidio en adolescentes**.

México es un país con instituciones sólidas que cuentan con capacidades y recursos para dar respuesta a los desafíos que se presentan en torno a la garantía de los derechos de la infancia. Este documento busca inspirar a los tomadores de decisiones del gobierno, la sociedad civil y a todos los actores sociales involucrados en las respuestas jurídicas, institucionales y sociales e invita a conjuntar esfuerzos para construir un país apropiado para los niños, niñas y adolescentes.

Desde UNICEF creemos que los resultados, análisis y recomendaciones de este informe son valiosos insumos para la formulación de leyes, programas, estrategias y presupuestos dirigidos a garantizar los derechos de todos los niños que viven en este país y avanzar en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Asimismo, va dirigido al público en general que desee contribuir a la discusión sobre la vida de la niñez y adolescencia en México.

Christian Skoog
Representante
UNICEF México





PARTE I
CONTEXTO

1. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

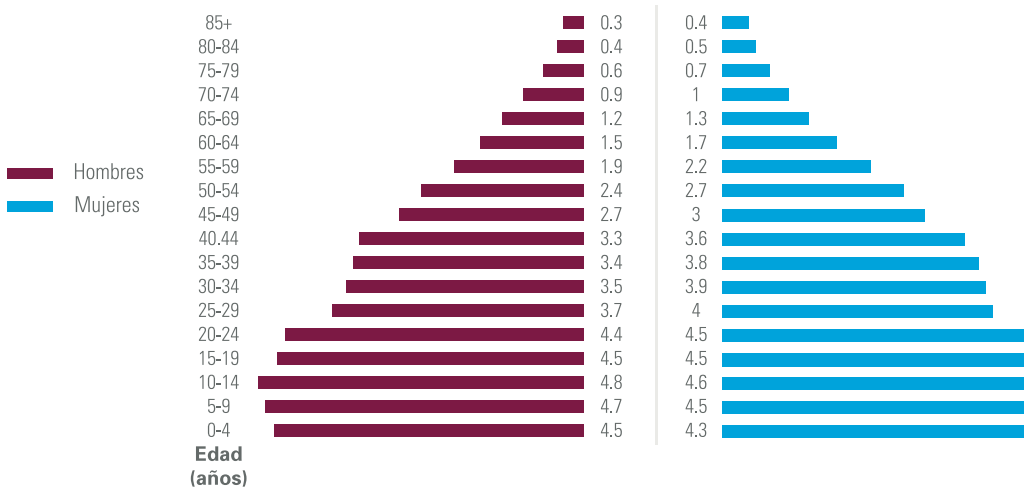
1.1 Contexto demográfico

Los resultados de la Encuesta Intercensal 2015 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) muestran que en México habitan 119,530,753 personas, de las cuales 51.4% son mujeres y 48.6% hombres.¹ De 2010 a 2014, al igual que en el decenio anterior, la población en México creció a una tasa de 1.4% anual.

Como en otros países que transitan hacia un nivel de desarrollo alto,²² la pirámide poblacional de México ha ido paulatinamente reduciendo su base y aumentando el tamaño proporcional del centro y la parte superior (Gráfico 1.1). En otras palabras, la proporción de niñas, niños y adolescentes ha disminuido, a la vez que ha crecido la de adultos y adultos mayores. Lo anterior se refleja en un aumento de la edad mediana de la población mexicana, que ha pasado de 26 a 27 años en el periodo de 2010 a 2015, según la información del Censo de Población y Vivienda 2010³⁰ y de la Encuesta Intercensal 2015.

Uno de los factores que explican la transición demográfica hacia una población con mayor proporción de adultos en México es el descenso en las tasas de fecundidad. Los resultados del Censo de Población 2005, del Censo 2010 y de la Encuesta Intercensal 2015 muestran que el promedio de hijos nacidos vivos ha disminuido gradualmente durante la última década, pasando de 2.0 en el 2000 -de acuerdo con el Censo general de población y vivienda de ese año- a 1.7 en el 2015. Esta disminución es generalizada en todas las mujeres en edad reproductiva, entre las cuales las que alcanzaron un mayor nivel de escolaridad presentan un menor número de hijos, lo cual a su vez sugiere que la educación es un factor importante en las decisiones de reproducción de las mujeres.

Gráfico 1.1. Composición de la población por grupo de edad (porcentajes)



¹ Diversos fenómenos explican la brecha poblacional entre hombres y mujeres en los diferentes grupos de edad: si bien nacen 103 niños por cada 100 niñas, la mortalidad infantil es mayor en los niños, por lo que la relación se iguala. En la adolescencia la relación es similar: a partir de los 20 años hay una mayor proporción de mujeres, lo cual se debe a la fuerte emigración internacional masculina y a la mayor mortalidad en varones, principalmente ocasionada por el fenómeno de la violencia. En el grupo de edad de adultos mayores (70 y más años) hay una importante brecha entre hombres y mujeres, en la cual este último grupo muestra una mayor sobrevivencia (INEGI, 2015. Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015. México).

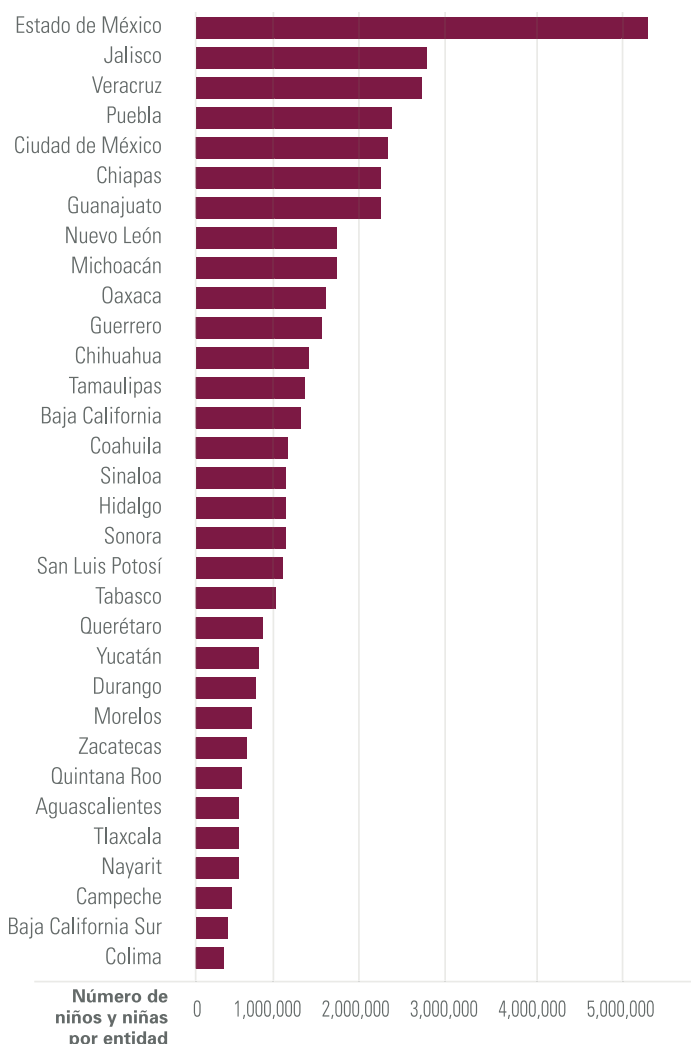
² ONU (2016). Índice de Desarrollo Humano (IDH)

³ INEGI (2011). Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/default.aspx>

De los más de 119 millones de habitantes del país, 32.8% tienen menos de 18 años, y están distribuidos en casi la misma proporción en tres grupos de edad: 32% son niños y niñas menores de cinco años, 34% tienen entre 6 y 11 años, y 34% son adolescentes entre 12 y 17 años.

El Estado de México es la entidad federativa con mayor número de niños, niñas y adolescentes, ya que en él residen más de cinco millones de niños y niñas. Le siguen Jalisco (2,612,241), Veracruz (2,582,521) y Puebla (2,166,945). En su conjunto, estos cuatro estados concentran una tercera parte (32%) de la población infantil del país.

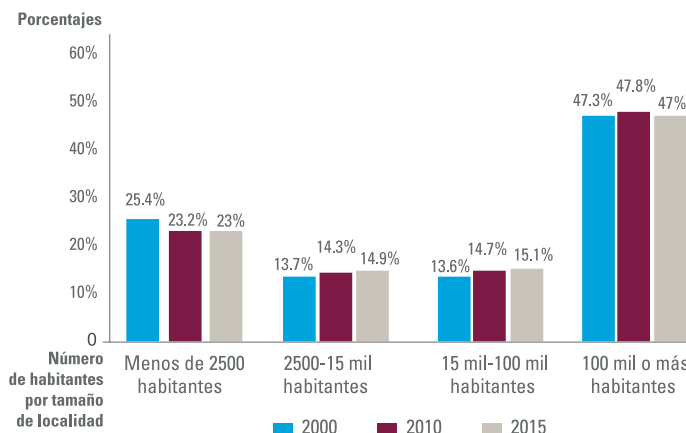
Gráfico 1.2. **Número de niños, niñas y adolescentes por entidad federativa**



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Intercensal 2015, INEGI.

México es un país cada vez más urbano, 62% de sus habitantes viven en localidades de 15,000 o más habitantes, es decir, en áreas urbanas del territorio. Un 23% de la población nacional aún reside en localidades pequeñas (menores de 2,500 habitantes), que se encuentran altamente dispersas geográficamente, toda vez que el restante 15% habita en poblaciones de tamaño intermedio (Gráfico 1.3).

Gráfico 1.3. **Distribución de la población por tamaño de localidad (porcentajes)**



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Intercensal 2015, INEGI.

Como lo muestran los resultados de la Encuesta Intercensal 2015, uno de cada cinco mexicanos (21.5%) se identifica como indígena. Esto representa 25.7 millones de habitantes, una cantidad notablemente mayor que el total de mexicanos hablantes de alguna lengua originaria (7.3 millones). Los estados de Oaxaca y Yucatán presentan la mayor proporción de personas de origen indígena, de los cuales dos de cada tres personas se autorreconocen como indígenas (65.7% y 65.4% respectivamente).

Los afrodescendientes son el tercer grupo poblacional de México, según la clasificación cultural, ya que suman 1.4 millones de personas que se autoidentifican como afroamericanas o afrodescendientes (esto es, un 1.2% de la población nacional). Guerrero, Oaxaca y Veracruz son las tres entidades federativas con la mayor población de este grupo, con 6.5%, 4.9% y 3.3% respectivamente.

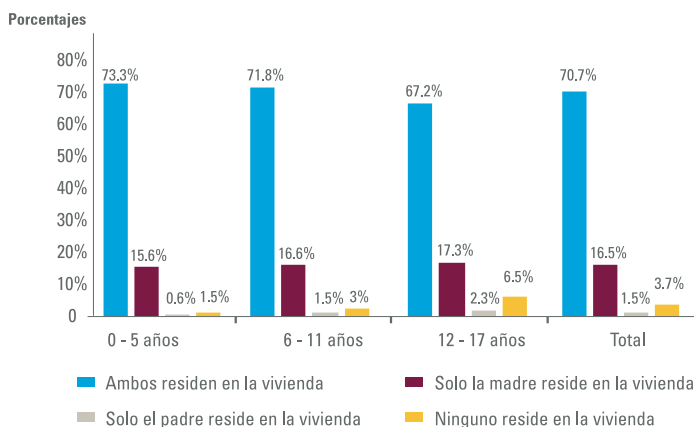
1.2 Los hogares en México

La sociedad mexicana está predominantemente organizada en familias que, como tales, son el principal ambiente de desarrollo de los niños, niñas y adolescentes hasta edad adulta. Según datos de la Encuesta Intercensal 2015, los habitantes de México conforman 31.9 millones de hogares, de los cuales 28.4 millones son hogares familiares (al menos uno de los integrantes tiene relación de parentesco con el jefe del hogar) y 3.5 millones son hogares no familiares, es decir, ninguna de las personas que conforman estos hogares tiene relación de parentesco con el jefe del hogar.

La mayoría de la población de niños, niñas y adolescentes vive con alguno de sus progenitores. Según la información proveniente de la Encuesta Intercensal 2015, y como se puede ver en el siguiente gráfico (Gráfico 1.4), 70.7% vive con ambos padres y 18% reside con alguno de ellos (en la mayoría de los casos la madre), mientras que un 3.7% del total de la población infantil no reside con ninguno de sus padres biológicos en el hogar que habita.

En el grupo de niños de cero a cinco años -una etapa en que la presencia, cuidado y estimulación son fundamentales- 1.5% de los niños no habita con ninguno de sus progenitores, y en el grupo de 11 a 17 años este porcentaje llega a 6.5%. Las principales razones por las que estos niños, niñas o adolescentes no conviven con alguno de sus padres son la muerte o la migración internacional de uno de ellos. Así lo reporta la información de la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM) 2015, la cual informa que 4.9% de los niños menores de 18 años tiene al menos un progenitor muerto, y 0.7% tiene alguno que reside en el extranjero.

Gráfico 1.4. **Porcentaje de población menor de 18 años en hogares, según condición de presencia de los padres**



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Intercensal 2015, INEGI.

Los resultados de la Encuesta Intercensal 2015 muestran también que en México las familias están compuestas por 3.7 integrantes en promedio, resultado de la disminución en el tamaño medio de los hogares y de la expansión en el número de viviendas. Este fenómeno también se refleja en una menor tasa de dependencia infantil,⁴ que ha pasado de 45 a 42 de 2010 a 2015. En la Ciudad de México esta tasa es de 28, mientras que en el estado de Chiapas es aproximadamente del doble, lo cual significa que en dicho estado habría dos veces más niños que las personas en edad productiva en comparación con la Ciudad de México.

El progresivo incremento de la participación laboral de la mujer dada por cambios en los patrones culturales y sociales y una mayor inclusión en el mercado laboral ha contribuido a reconfigurar su rol en muchos hogares de México, que ya no se limita a la de cuidadora principal de los hijos y a la realización de los quehaceres domésticos. Los registros de jefatura de hogar de la Encuesta Intercensal 2015 reflejan este cambio, al reportar que tres de cada diez hogares en México (29%) están encabezados por una mujer, una cifra 4.4 puntos porcentuales mayor que la de los registros de 2010. La Ciudad de México es la entidad federativa con una mayor prevalencia de la jefatura de hogar femenina, ya que más de uno de cada tres hogares está encabezado por una mujer (35.7%).

1.3 Migración

México es un país de origen tránsito, destino y retorno de migrantes -con todas las consecuencias inherentes a ese fenómeno- del cual también forman parte los niños, niñas y adolescentes. Como país de origen, el principal destino de los migrantes mexicanos es Estados Unidos, país hacia el cual migra anualmente una cantidad estimada de un millón de mexicanos, documentados y no documentados. Al tránsito fronterizo se suman aproximadamente 400,000 personas repatriadas anualmente desde Estados Unidos, lo cual convierte a la frontera México-Estados Unidos en una de las más transitadas del mundo.⁵



© UNICEF México/Adriana Zehbrauskas

⁴ Un 4.4% restante corresponde a la respuesta "no sabe/no contestó".

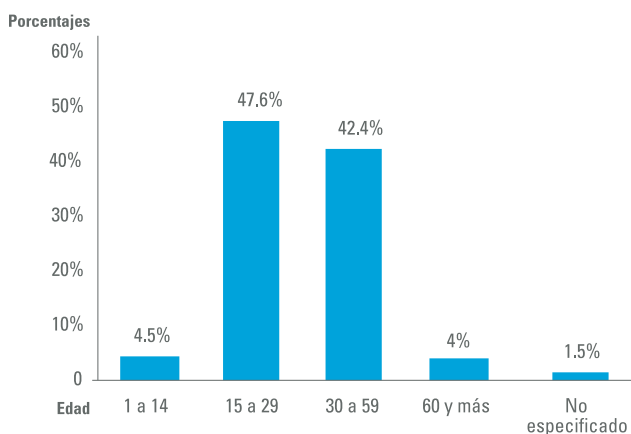
⁵ Esta tasa relaciona a la población dependiente (de cero a 14 años) con la población en edad de trabajar (de 15 a 64 años) multiplicada por 100. De esta forma, una tasa de dependencia de 28 significa que hay 28 niños de cero a 14 años por cada 100 personas en edad de trabajar.

Las políticas migratorias de Estados Unidos se han endurecido, lo que ha afectado a cientos de miles de migrantes centroamericanos, especialmente niñas, niños y adolescentes.⁷ Lo anterior se complica dada la situación de violencia que en general se vive en Centroamérica. De acuerdo con datos de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) aproximadamente el 50% de las niñas y niños centroamericanos migran para huir de la situación de violencia en su país de origen. Al no poder estar en Estados Unidos ni en sus países de origen, cada vez más optan por hacer de México su país de destino.

La búsqueda de oportunidades laborales es reconocida, principalmente entre los hombres, como la principal motivación para migrar a otro país. Así lo revelan los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014: ocho de cada 10 hombres (80.8%) declararon que la búsqueda de trabajo ha sido la razón para emigrar, mientras que para las mujeres la principal motivación fue reunirse con su familia (34.1%). La información de la ENADID 2014 también muestra que tres de cada cuatro mexicanos (74%) que emigran son hombres y que 8.3% del total son niños, niñas o adolescentes (Gráfico 1.5).

Durante 2016, el número de niñas, niños y adolescentes migrantes detectados en México por el Instituto Nacional de Migración fue de 40,114; de estos, casi la mitad eran no acompañados (17,557). Esta cifra bajó de enero a noviembre de 2017 a 6,866 niñas, niños y adolescentes no acompañados.

Gráfico 1.5. Estructura por edad y sexo de los migrantes internacionales mexicanos, agosto 2009 - septiembre 2014 (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENADID 2014, INEGI.

La ubicación geográfica también convierte a México en un país de tránsito de migrantes centroamericanos con destino a los Estados Unidos. Aunque no se dispone de cifras oficiales, se estima que anualmente ingresan de manera irregular por los estados fronterizos de Campeche, Chiapas, Quintana Roo y Tabasco cerca de 150,000 migrantes centroamericanos, sudamericanos y extracontinentales. Algunas organizaciones de la sociedad civil estiman que la cifra de migrantes en tránsito asciende a 400,000 al año.

En lo que se refiere a la niñez mexicana migrante que es retornada de Estados Unidos, las estadísticas indican que en 2016 fueron 13,737 y en 2017 fueron 8,108 las niñas, niños y adolescentes retornados. A nivel interno también se producen flujos migratorios entre estados mexicanos: la información obtenida de la Encuesta Intercensal 2015 revela que un 2.9% de los mayores de cinco años de edad cambió de entidad federativa de residencia entre 2010 y 2015. Esta dinámica se reproduce al interior de los estados mismos, ya que, de todos los que cambiaron de residencia, 3% lo hizo dentro del mismo estado, hacia un municipio diferente.

Según la ENADID 2014, a nivel interestatal las principales razones de la migración son la reunificación familiar y la búsqueda de trabajo, en 39.7% y 17% de los casos respectivamente. Cabe destacar que un 6% de los migrantes que cambiaron de entidad federativa de residencia en los últimos cinco años lo hicieron por la inseguridad o la violencia.

A nivel federal, México ha dado pasos importantes en su normatividad y sus políticas públicas migratorias, así como en algunas buenas prácticas en proyectos y programas destinados a atender el fenómeno de la migración desde una perspectiva integral de derechos humanos de las personas migrantes. Sin embargo, para garantizar los derechos de niñas, niños y adolescentes migrantes durante la estadía en México es indispensable crear y fortalecer modelos de cuidado que promuevan su atención integral y la integración de aquellos que necesiten permanecer en el país. Eso implica el fortalecimiento de capacidades en los estados donde más se concentra la población migrante. En la actualidad, México está liderando el Pacto Mundial para la Migración; que tiene como un punto importante de trabajo, la no detención de niñas, niños y adolescentes. México tiene que impulsar un discurso coherente entre su legislación y su actuar para así mostrarse como un ejemplo en otros países.

⁶ OIM. Hechos y Cifras 2014, México.

⁷ Por ejemplo, el Departamento de Seguridad Nacional de Estados Unidos decidió terminar con el Estatus de Protección Temporal (TPS, por sus siglas en inglés) para El Salvador. Igualmente, se están suspendiendo programas de regularización y protección temporal para mexicanos en Estados Unidos, por ejemplo, el Programa Acción Diferida para los Llegados en la Infancia (DACA).

1.4 Contexto económico

México es un país de ingreso medio-alto y nivel desarrollo humano también medio-alto, con un PIB per cápita promedio anual de \$18,579 USD. Es la decimoquinta economía más grande del mundo y la segunda de América Latina, superada únicamente por Brasil.⁸

El comportamiento de su economía está fuertemente ligado con el desempeño del sector manufacturero, la exportación de recursos naturales -principalmente petróleo- y el gasto público del gobierno.

La alta integración comercial y financiera de México con el resto del mundo, y fundamentalmente con Estados Unidos como principal destino de las exportaciones, conduce a una gran sensibilidad de su economía frente a los cambios y a la trayectoria económica de su vecino del norte. En el plano económico, los mayores esfuerzos se han centrado en la renegociación de las condiciones y el futuro del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN). Está incertidumbre, posiblemente reducirá el crecimiento del PIB hacia un promedio de 2.1% para el período 2018-22.⁹

En los últimos cinco años, el comportamiento de la economía mexicana ha seguido una tendencia cíclica y volátil, de acuerdo con el contexto económico internacional. De especial manera, entre 2012 y 2015 el crecimiento promedio del Producto Interno Bruto (PIB) mexicano se ha situado en 2.6%,¹⁰ un nivel similar al promedio de las últimas dos décadas.

De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL),¹¹ entre 2005 y 2017 el poder adquisitivo del ingreso laboral promedio de los hogares se redujo 10.6 por ciento, aunque se incrementó 8.6 por ciento entre 2014 y 2016.

Asimismo, el aumento de la inflación registrada durante 2017 se tradujo en una caída en el poder adquisitivo del ingreso laboral per cápita, lo cual ha tenido impacto en el poder de compra de las familias y en el nivel de pobreza.¹²

La política fiscal se mantendrá relativamente ajustada debido a los precios del petróleo y a la necesidad de contrarrestar los efectos adversos del nerviosismo en el mercado local, ante el cambio de gobierno y a la volatilidad global potencial. El déficit de deuda pública persistirá con un pronóstico de que el nivel de deuda aumente hasta alcanzar 54.4% del PIB en 2022.

Contrario al incremento inflacionario que alcanzó casi 7% en 2017, en 2018 se pronostica que la tasa de inflación oscile en un promedio de 3.5% para el periodo 2018-2022. No obstante, el debilitamiento del peso mexicano se enfrentará a algunas presiones, lo cual implicará la continuidad de una política monetaria restrictiva.¹³

Esta situación, en caso de prolongarse, podría tener como efecto perjudicial en la extensión del gasto público social en la infancia (particularmente para la primera infancia) y aquella orientada al logro de derechos que históricamente no han contado con asignaciones presupuestales adecuadas, como lo son los derechos a la protección y participación.

1.5 Pobreza y desigualdad

A pesar de su elevado desarrollo industrial, de ser la decimoquinta economía del mundo¹⁴ y de estar clasificado por el Banco Mundial como un país de ingreso mediano alto, México presenta una proporción importante de habitantes que aún viven en condiciones de pobreza. Sin bien ha habido mejoras en algunos indicadores que reflejan el bienestar de la población -tales como esperanza de vida, escolaridad y acceso a la vivienda- la población considerada en situación de pobreza ha permanecido estable. De acuerdo con el CONEVAL,¹⁵ en 2016, 43.6% de la población era pobre y 7.6% estaba en pobreza extrema; es decir, en términos de número de habitantes, significa que 53.4 y 9.4 millones de personas se encontraban en condición de pobreza y pobreza extrema, respectivamente.¹⁶ Cabe destacar que la pobreza extrema ha disminuido entre 2008 y 2018 en 3.4 puntos porcentuales, que representa 2.9 millones de personas menos en situación de pobreza extrema.

Pese a que las carencias sociales -uno de los factores más importantes que conforman las mediciones de la pobreza y la pobreza extrema- han tenido una evolución positiva entre los años 2010 y 2016,¹⁷ los niveles de pobreza han seguido una trayectoria constante y con escasos logros en su reducción, tanto porcentualmente como en el número de personas afectadas (Gráfico 1.6), como se observa para el periodo 2010-2016.

⁸ The World Bank. World Development Indicators, 2016.

⁹ The Economist, Country Report- Mexico, April 2018. Disponible en: <http://country.eiu.com/mexico>

¹⁰ INEGI, PIB y Cuentas Nacionales. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/cn/bs/default.aspx>. Consultado el 4 de julio de 2017.

¹¹ CONEVAL. Comunicado de Prensa No. 005, 23 de julio de 2015. México.

¹² CONEVAL (2018), Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018, Ciudad de México.

¹³ The Economist, Country Report- Mexico, April 2018. Disponible en: <http://country.eiu.com/mexico>

¹⁴ IMF, World Economic Outlook Database. Disponible en: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2017/01/weodata/index.aspx>

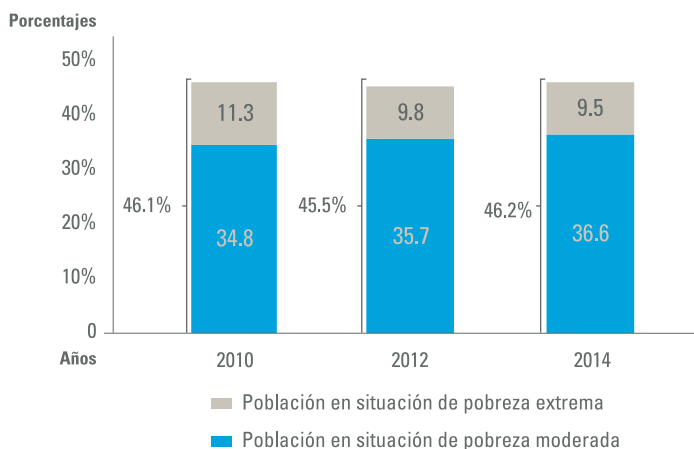
¹⁵ CONEVAL (2015). Anexo Estadístico 2010-2014. México.

¹⁶ CONEVAL (2018), Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Ciudad de México, pag. 22

¹⁷ Entre 2010 y 2014 el rezago educativo se redujo de 20.7% a 18.7%; la carencia por acceso a los servicios de salud bajó de 29.2% a 18.2%; la carencia por acceso a la seguridad social bajó de 60.7% a 58.5%; la carencia por calidad y espacios de la vivienda se redujo de 15.2% a 12.3%; la carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda se redujo de 22.9% a 21.2%, y la carencia por acceso a la alimentación paso del 24.8% a 23.4%. Ver CONEVAL (2015). CONEVAL informa los resultados de la medición de pobreza 2014, Comunicado de prensa no. 005, Dirección de Información y Comunicación Social, México. Disponible en: http://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Documents/Comunicado005_Medicion_pobreza_2014.pdf; y CONEVAL (2013), CONEVAL informa los resultados de la medición de pobreza 2012, Comunicado de prensa no. 003, Dirección de Información y Comunicación Social, CONEVAL, México. Disponible en: http://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/Pobreza_2012/COMUNICADO_PRENSA_003_MEDICION_2012.pdf

Si bien el porcentaje de personas en pobreza extrema se ha reducido entre 2008 y 2016 (de 11% a 7.6%), los niveles de pobreza -es decir, la suma de pobreza moderada y pobreza extrema- han variado menos de un punto porcentual entre 2008 y 2016 (44.4% en 2008 frente a 43.6% en 2016) Por otro lado, el número de personas en pobreza se ha incrementado de 49.5 millones en 2008 hasta 53.4 millones de personas en 2016.

Gráfico 1.6 Evolución de la pobreza 2010-2014 (porcentajes)

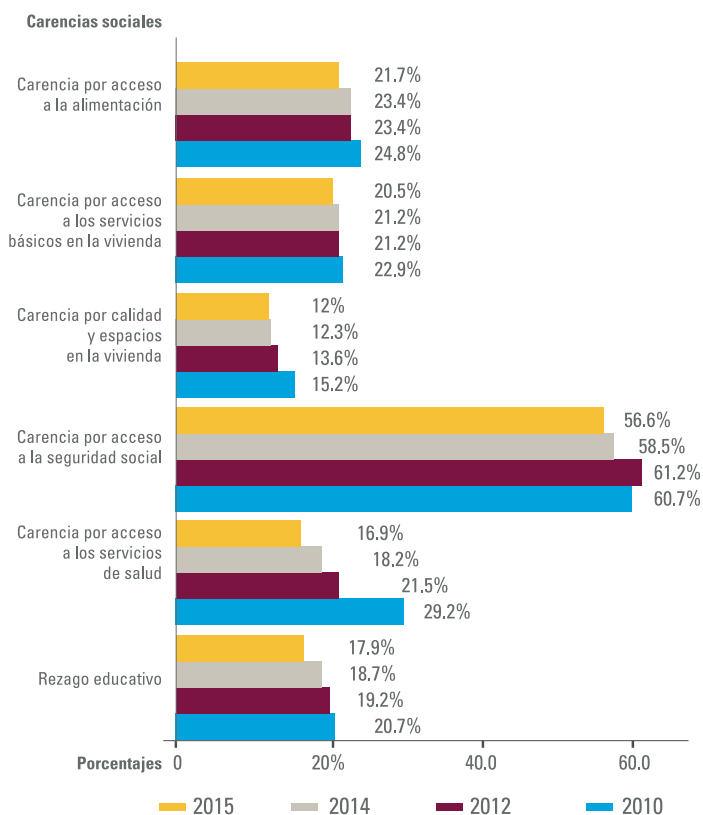


Fuente: Elaboración propia con base en datos de CONEVAL, 2015.

Al analizar la composición de la pobreza según la metodología de cálculo de CONEVAL,¹⁸ se observa que el estancamiento en los niveles de pobreza a lo largo de los últimos cuatro años se debe principalmente a la pobreza por ingreso, que se ha incrementado.¹⁹ Según las estimaciones del CONEVAL, la población vulnerable por ingresos se ha incrementado en los últimos ocho años; pues en 2016, 8.6 millones de personas tenían un ingreso inferior o igual a la línea de bienestar.

Por otra parte, como se puede ver en el Gráfico 1.7, en los últimos cinco años la pobreza por carencias sociales ha mejorado progresivamente, lo que se observa principalmente en los resultados de la última medición, gracias a los avances de la administración pública en la cobertura del acceso a servicios de salud por medio de programas como el Seguro Popular y el Seguro Médico Siglo XXI.

Gráfico 1.7. Evolución de las carencias sociales 2010-2015 (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de CONEVAL, 2017.

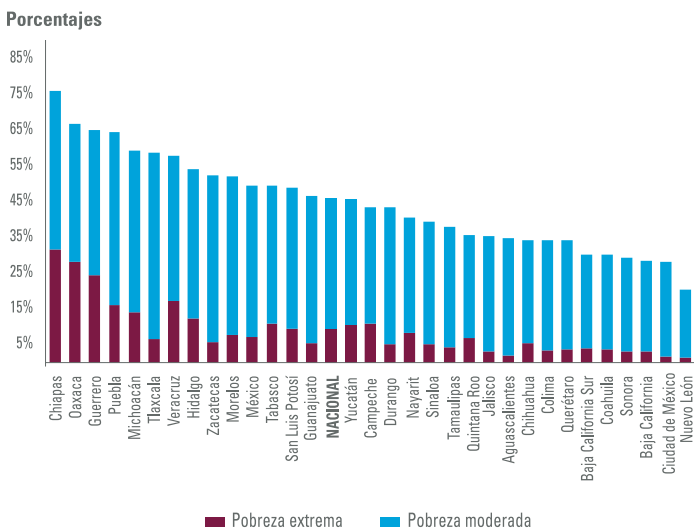
¹⁸ La medición desarrollada por CONEVAL es la primera medición oficial de pobreza a nivel mundial que adoptó una aproximación multidimensional basada en derechos. Esta metodología considera de manera simultánea las condiciones de vida de la población en tres espacios analíticos: el bienestar económico (ingreso corriente per cápita); las carencias en el ejercicio de los derechos sociales (rezago educativo, acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, acceso a servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación), y el contexto territorial, visto a través de medidas del grado de cohesión social, tales como la desigualdad en el ingreso, el acceso a redes sociales y la polarización social. Con base en los principios de indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos, esta metodología no pondera con mayor peso a ninguno de los derechos sociales. La selección de los derechos sociales incluidos se basa en la Ley General de Desarrollo Social. (Ver CONEVAL/UNICEF (2013). Pobreza y derechos sociales de niñas, niños y adolescentes en México, 2008-2010, UNICEF, México).

¹⁹ De acuerdo con lo establecido por la Ley General de Desarrollo Social – LGDS (Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/264_010616.pdf), la medición de la pobreza se construye a partir de dos elementos: el ingreso de los hogares y las carencias sociales en materia de educación, acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, acceso a servicios básicos en la vivienda, acceso a la alimentación y cohesión social.

Los resultados de la medición de pobreza del CONEVAL también muestran que México experimenta grandes disparidades a nivel estatal: las tasas de pobreza de los estados del sur son más del doble que las del resto del país, con brechas particularmente significativas entre los estados del norte y del sur de México. Por ejemplo, en el estado de Nuevo León sólo un 20% de los habitantes se encuentra en condición de pobreza, un porcentaje notablemente menor respecto a los niveles registrados en los estados de Guerrero, Oaxaca y Chiapas, donde la pobreza alcanza alrededor de dos tercios de la población o más (65.2%, 66.8% y 76.2% respectivamente).

Asimismo, el progreso en la reducción de la pobreza a nivel de estados presenta una gran heterogeneidad, en la cual se han identificado experiencias de éxito: por ejemplo, en Durango y Zacatecas la pobreza ha caído aproximadamente ocho puntos porcentuales entre los años 2010 y 2014; en cambio, en Morelos y el Estado de México ha aumentado en 9.0 y 6.7 puntos porcentuales respectivamente.

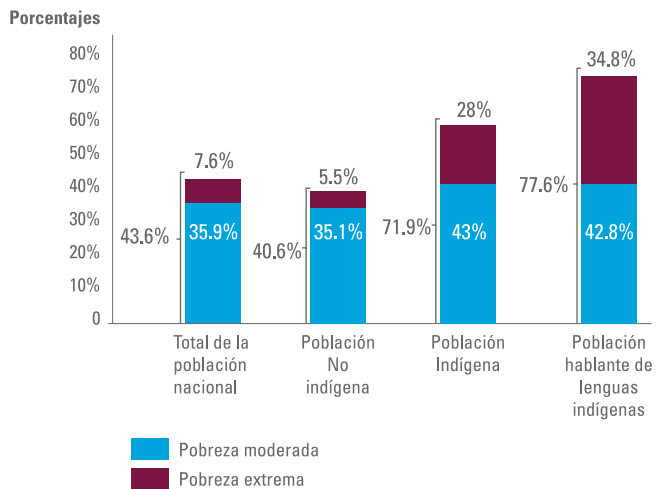
Gráfico 1.8. **Porcentaje de la población en pobreza por entidad federativa, 2014**



Fuente: Elaboración propia con base en datos de CONEVAL, 2015.

Las brechas en los niveles de pobreza son también notorias e importantes entre la población urbana y rural. En este ámbito, las estimaciones de 2014 muestran una brecha de casi 20 puntos porcentuales entre las áreas urbanas y las rurales (61.1% y 41.7% respectivamente). La mayor brecha registrada en las estimaciones de pobreza de CONEVAL es la existente entre la población de origen indígena²⁰ y no indígena, pues la población indígena enfrenta brechas en todos los casos en que se compara con población no indígena, ya que en 2016 más de siete de cada 10 mexicanos (77.6%) de origen indígena son pobres, frente a 40.6% de la población no indígena, como se puede ver en el siguiente gráfico.

Gráfico 1.9. **Población en situación de pobreza según características (porcentajes)**



Fuente: elaboración CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2016
Nota: Algunas cifras pueden cambiar por cuestiones de redondeo

De manera similar a los escasos progresos en la reducción de la pobreza, los logros en la distribución del ingreso en el país no han sido particularmente destacados, ya que México es, hoy en día, uno de los países más desiguales de América Latina. Si bien el coeficiente de Gini (la medida convencional para medir la desigualdad en la distribución del ingreso) ha seguido una trayectoria decreciente a lo largo de las últimas dos décadas, las mediciones más recientes de CONEVAL (2010-2014) muestran un estancamiento situado alrededor del 0.5 (0.498 en 2012 y 0.503 en 2014).²¹

²⁰ Se consideran como población indígena todas las personas que forman parte de un hogar donde algún miembro del hogar declaró ser hablante de una lengua originaria.

²¹ Esquivel, G. (2015). Desigualdad extrema en México: Concentración del poder económico y político. Oxfam-Iguales. México.

Si se considera a la pobreza por ingreso como el componente que ha obstaculizado los avances en la reducción de la pobreza en general, esto significa que los individuos en dicha situación no logran acceder a mejores trabajos y salarios, lo cual coloca al mercado de trabajo en un sitio importante en el escenario de la reducción de la pobreza.

En efecto, en México por lo común las personas más pobres están empleadas en trabajos precarios, inestables y entre los peor remunerados; esto, a su vez, se refleja en la proporción de trabajadores que se encuentran en la informalidad: casi seis de cada diez personas ocupadas (57.8%) se desempeñan en empleos informales, según los resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2015. En otras palabras, una proporción importante de trabajadores no accede a buenos empleos y a beneficios como la seguridad social y la posibilidad de cotizar una pensión para el retiro.

La pobreza y desigualdad de México también se expresan en los niveles de desarrollo humano, medidos por el Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), cuyas estimaciones para México²² dan un valor de 0.775, que sitúa al país en un rango de desarrollo humano alto y en el puesto 74 a nivel mundial. Sin embargo, los resultados del estudio también muestran que -al igual que en las estimaciones de pobreza- en México existe una gran heterogeneidad de niveles de desarrollo humano entre regiones y estados: la Ciudad de México presenta el mayor nivel de desarrollo humano (0.830), mientras que Chiapas (0.667), Guerrero (0.679) y Oaxaca (0.681) muestran los menores índices del país.

1.6 Acceso a los servicios básicos

Las condiciones en las que se desarrolla la vida de las personas son importantes para comprender el tema del cumplimiento de sus derechos. El acceso a los servicios básicos en la vivienda -como agua potable, saneamiento y electricidad- dan una pauta del entorno en que niños, niñas y adolescentes interactúan y se desarrollan, así como un panorama de los obstáculos que enfrentan para alcanzar

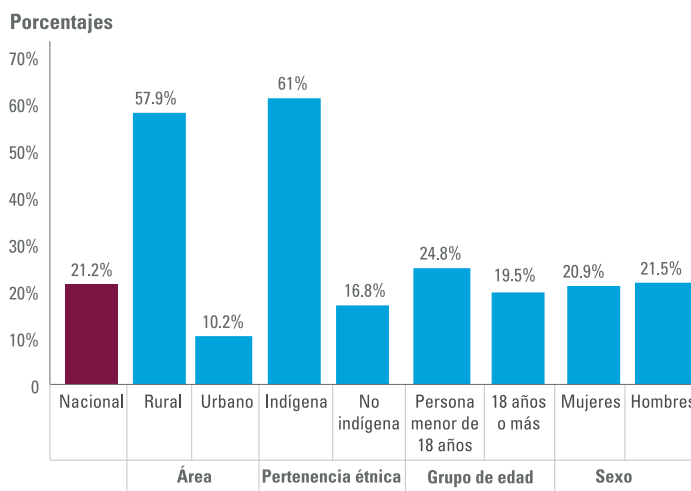


acceso y mejoras en materia de salud, educación y abatimiento de la pobreza (Gráfico 1.10). De especial manera, la falta de agua potable y las prácticas inadecuadas de higiene y saneamiento inciden negativamente en la prevención de enfermedades gastrointestinales, como la diarrea. A manera de ejemplo, evidencias científicas demuestran que el impacto del saneamiento reduce entre 32% y 48% los casos de diarrea.²³

Según las estimaciones del CONEVAL a partir de datos del Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (MCS-ENIGH) 2014, 21.2% de la población mexicana en ese año tenía carencia de alguno de los siguientes servicios básicos en la vivienda: agua potable, drenaje, electricidad y combustible para cocinar (leña o carbón). En términos absolutos, este porcentaje representa 25.4 millones de mexicanos que carecen de alguno de estos servicios en sus viviendas; es decir, medio millón de personas más que en el 2012.

Es importante hacer notar que el acceso al servicio de agua de la red pública en las viviendas, no implica que esta agua sea potable ni bebible. De hecho, según resultados del Módulo de Hogares y Medio Ambiente (MOHOMA)-INEGI 2017, un 76.3% de la población compra agua de garrafón o botella para beber; y que la razón de la compra es por salud (69,4%) o por el sabor o color del agua de la red pública (19.6%).

Gráfico 1.10. **Carencia de acceso a los servicios básicos en la vivienda según área, sexo, pertenencia étnica y grupo de edad (porcentajes)**



Fuente: Elaboración propia a partir de MCS-ENIGH 2014, INEGI.

²² PNUD (2015). Índice de Desarrollo Humano para las entidades federativas, México 2015.

²³ Fewtrell et al., 2005; Waddington et al., 2009; Cairncross et al., 2010; Esrey et al., 1997; Huttly et al., 1997; Curtis et al., 2003; Fewtrell et al., 2005; Waddington et al., 2009; Cairncross et al., 2010.

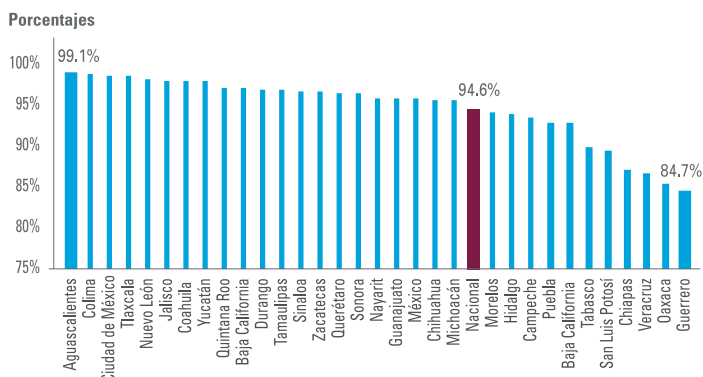
Las estimaciones de CONEVAL también muestran que las carencias de acceso a los servicios básicos en la vivienda son mayores en la población menor de 18 años en comparación con la población de adultos (24.8% contra 19.5%), lo cual significa que los hogares con niños, niñas o adolescentes tienen mayores probabilidades de encontrarse en situación de pobreza.

Las carencias en el acceso a los servicios básicos son marginalmente mayores entre los hombres respecto a las mujeres (21.5% y 20.9% respectivamente). Por otra parte, las brechas más relevantes en el acceso a estos servicios básicos se observan en los ámbitos rural y urbano e indígena y no indígena, ya que la carencia de las viviendas en las áreas rurales es 5.7 veces mayor que en las viviendas urbanas; mientras que la brecha entre viviendas indígenas y no indígenas es 3.6 veces superior a favor de los no indígenas. Considerada la alta correlación entre las características rural e indígena en México, queda evidente que la población que reúne estas dos características (indígena y rural) es el grupo con mayor rezago en cuanto a sus condiciones de vida, como se observa en el Gráfico 1.10.

El análisis de los servicios básicos de vivienda permite apreciar que, durante los últimos cuatro años, hay avances en el acceso a agua entubada y al drenaje, esenciales para garantizar la salud en la población infantil por su importancia para garantizar la higiene y prevenir la diarrea²⁴ y otros riesgos para la salud.

Por su parte, la información de la Encuesta Intercensal 2015 revela que un 94.6% de las viviendas dispone del servicio de agua entubada (Gráfico 1.11) y un 93.2% de drenaje, y que en algunos estados la cobertura de estos servicios es casi universal. Sin embargo, no hay información precisa de la calidad de agua que llega a las viviendas, estimándose que sólo 43.2% de esta agua estaría libre de contaminación fecal. Por otro lado, en los estados de Oaxaca y Guerrero, 15 de cada 100 viviendas aún no cuentan con estos servicios básicos esenciales, a lo cual se suman las evidentes las dificultades para garantizar servicios básicos a las poblaciones pequeñas y dispersas: un 84.5% de las viviendas en localidades de menos de 2,500 habitantes no tiene acceso a agua entubada, y 21.74% de las viviendas de localidades menores de 2,500 habitantes no disponen de drenaje. Cabe recordar que en México un 23% de los habitantes reside en estas localidades.

Gráfico 1.11. **Porcentaje de viviendas con acceso a agua entubada por entidad federativa**



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Encuesta Intercensal 2015, INEGI.

La eliminación segura de las heces (que consiste en la eliminación de los excrementos, ya sea de parte del niño que usa la instalación sanitaria o desechándolo en un baño o letrina), es también una práctica importante para mantener la higiene en el hogar. La información de la ENIM 2015 muestra que sólo 14% de las madres de niños y niñas de cero a dos años de edad realiza una eliminación segura de heces.

La información estadística de la ENIM 2015 revela asimismo que uno de cada 10 hogares en el país (9.7%) carece de un lugar específico para lavarse las manos, donde haya agua y jabón u otro agente de limpieza, y que un 7.6% de los mismos no dispone de jabón u otro agente de limpieza. La falta de condiciones para el aseo y lavado de manos hace particularmente vulnerables a niños y adolescentes a las enfermedades que se transmiten por contacto.

En cuanto al acceso domiciliario a la electricidad, se reconocen los progresos de México por convertirlo en un servicio universal, ya que actualmente llega a un 98.7% de las viviendas, según datos de la Encuesta Intercensal 2015. Sin embargo, en algunos municipios de áreas rurales y dispersas –como Batopilas en Chihuahua o Mezquital en Durango– sólo una de cada dos viviendas dispone de energía eléctrica.²⁵

Las iniciativas del gobierno para mejorar estas condiciones se han dado mediante varios programas, entre los cuales las acciones públicas más importantes son el Programa Vivienda Digna del Fideicomiso Fondo Nacional de Habitaciones Populares (FONHAPO)

²⁴ La evidencia internacional muestra que el saneamiento mejorado puede reducir las enfermedades diarreicas en más de un tercio. Ver CONEVAL (2014). Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular. México.

²⁵ En Mezquital, Durango, el porcentaje de acceso a la electricidad es de 43.9%, mientras que en Batopilas, Chihuahua, llega a 51.9%.

y el Programa para el desarrollo de zonas prioritarias. A través del primero, el gobierno federal otorga subsidios a los hogares mexicanos con ingresos por debajo de la línea de bienestar y con carencia de calidad y espacios de la vivienda, con el fin de que construyan, amplíen o mejoren sus viviendas. El segundo, es otro esquema de subsidios públicos que se orienta al mejoramiento del acceso a los servicios básicos y a la infraestructura comunitaria para familias en situación de pobreza.

1.7 El sector privado y los derechos de niños, niñas y adolescentes en México

1.7.1 Derechos del niño y empresas: retos

Las empresas interactúan con los niños diariamente, aunque a menudo no lo hacen de modo directo ni intencionado. Los niños son familiares de sus empleados y miembros de las comunidades donde operan. En muchos países, los niños son considerados cada vez más como un grupo de consumidores por sí mismos, con ingresos discrecionales que pueden gastar y con influencia creciente en las compras familiares, pero que al mismo tiempo necesitan protección frente a la publicidad inapropiada y frente a productos y servicios poco saludables o seguros.

Las empresas tienen un enorme potencial para mejorar las vidas de los niños mediante el modo en que operan, en que desarrollan y comercializan sus productos, en que proporcionan sus servicios, y mediante su influencia en el desarrollo económico y social. A la inversa, las empresas también pueden ignorar o incluso poner en peligro los intereses de los niños, muchos de los cuales se encuentran invisibilizados y tienen menos poder para hacer oír su voz. Algunas políticas o prácticas empresariales pueden causar daños de por vida a los niños y amenazar no sólo su potencial de desarrollo, sino incluso su supervivencia.



© UNICEF México/Mauricio Ramos

En el ámbito global, todavía no se ha conseguido centrar la atención debidamente en el papel positivo que las empresas pueden desempeñar para mejorar la vida de los niños y las niñas, ni en el considerable impacto negativo que las estrategias y operaciones empresariales pueden tener sobre su supervivencia y desarrollo. A medida que cada vez más empresas adoptan públicamente una postura fuerte en materia de responsabilidad social empresarial, se hace imprescindible situar a los niños en el centro de la agenda del sector público y privado. En el marco de los Principios Rectores en Empresas y Derechos Humanos de las Naciones Unidas,²⁶ que especifican la obligación de las empresas de respetar los Derechos Humanos, UNICEF, Save the Children y el Pacto Mundial de Naciones Unidas desarrollaron los *Derechos del Niño y Principios Empresariales*,²⁷ una herramienta de diálogo con el sector privado para identificar sus principales impactos, tanto positivos como negativos, así como sus principales oportunidades de contribuir al bienestar de la niñez.

1.7.2 Panorama de los impactos del sector privado en la niñez en México

UNICEF México ha llevado a cabo investigaciones y estudios para visibilizar los efectos del sector privado en los derechos de niños, niñas y adolescentes, y ofrecer soluciones prácticas para resolver estos retos. A manera de ejemplo, en el caso del sector hotelero se identificaron siete impactos, de los cuales destacan los retos que enfrentan los padres y madres que trabajan en el sector y que no pueden asegurar a sus hijos el goce integral de sus derechos, debido a las condiciones laborales precarias en México (sueldos bajos, jornadas laborales extendidas, restricciones en el derecho a la libre asociación sindical, corta duración de licencias de maternidad y paternidad, etcétera) y a las prácticas de trabajo en este sector (turnos rotativos, frecuentes contratos temporales, jornadas laborales con horas extras, escasez de servicios de guarderías de calidad en zonas hoteleras, falta de apoyo para la continuación de la lactancia materna, entre otras).

En 2016, UNICEF realizó en México un estudio pionero para identificar las oportunidades y los desafíos del sector hotelero para respetar los derechos de niños, niñas y adolescentes.²⁸ México ha firmado la mayoría de los instrumentos de derecho internacional que regulan a las empresas en cuestiones de derechos humanos y derechos de niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, existen todavía algunos tratados que el país podría ratificar y que son importantes para la protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes.

²⁶ ONU (2011). Principios rectores sobre las empresas y los derechos humanos. Estados Unidos. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/Publications/GuidingPrinciplesBusinessHR_SP.pdf

²⁷ UNICEF, Pacto Global de las Naciones Unidas y Save the Children (2013). Derechos del Niño y Principios Empresariales. Costa Rica. Disponible en https://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_Derechos_del_Niño_y_Principios_Empresariales.pdf

²⁸ UNICEF (2016). La niñez y la industria hotelera en México. México. Disponible en https://www.unicef.org/mexico/spanish/Reporte_UNICEF.La_ninez_y_la_industria_hotelera_en_Mexico.pdf

El gobierno mexicano no ha definido todavía algún referente para promover los derechos de niños, niñas y adolescentes hacia el sector empresarial. Sería recomendable que México evalúe la relevancia de adoptar y promover los Derechos del Niño y Principios Empresariales. A pesar de que existen diversos planes, programas y leyes cuyo objetivo es proteger, promover y garantizar los derechos de niños, niñas y adolescentes, México no cuenta, a la fecha, con una iniciativa pública nacional de promoción y respeto por parte del sector privado. Lo anterior requeriría que el gobierno mexicano, junto con el sector empresarial, analice los mecanismos y acciones para lograr que las empresas se comprometan a respetar los derechos establecidos en los Derechos del Niño y Principios Empresariales, y que monitoree las acciones al respecto

Entre 2016 y 2017, en el marco de las obligaciones de los Principios Rectores para Empresas y Derechos Humanos de Naciones Unidas, el gobierno mexicano, a través de la Secretaría de Gobernación y de la Secretaría de Relaciones Exteriores, desarrolló un Programa Nacional para Empresas y Derechos Humanos (PNEDH). UNICEF participó contribuyendo con una línea base de derechos del niño y empresas en México, y aportó asesoría técnica al Grupo de Trabajo Nacional en sus juntas ordinarias y extraordinarias. Aún está pendiente la publicación del PNEDH, y que, como parte de este programa, el gobierno mexicano evalúe el impacto de la legislación que regula al sector privado en los derechos de niños, niñas y adolescentes.

Para reforzar el respeto por parte de las empresas de los derechos de niños, niñas y adolescentes, la legislación mexicana podría exigir a las empresas con las que el Gobierno mantiene acuerdos comerciales y celebra contratos públicos que se comprometan a respetar estos derechos. Hasta hoy no existe tal regulación, por lo que se recomienda que el gobierno mexicano analice la conveniencia de imponer dicha condición a las empresas con las que establece relaciones comerciales.



En cuanto al trabajo infantil, a pesar de los esfuerzos realizados por México para erradicarlo, se estima que en 2017 había en México casi 2.5 millones de niños, niñas y adolescentes trabajando, de los cuales casi la mitad no percibía ingresos.²⁹ Las empresas privadas y las paraestatales podrían solicitar a sus proveedores el compromiso de asegurar que no emplean a niños, niñas y adolescentes en sus procesos de producción. Igualmente, las entidades y organismos de financiamiento podrían negar apoyo a las empresas o proyectos que no garanticen que están libres de trabajo infantil.

Al respecto de las condiciones de trabajo de padres, madres y cuidadores, existen grandes oportunidades de fortalecimiento legal para permitir que estos aseguren sus obligaciones y concilien las necesidades de la vida familiar con las de la vida laboral. La Recomendación 179 sobre las condiciones de trabajo (hoteles y restaurantes), de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), señala que los trabajadores deben gozar de cuatro semanas pagadas de vacaciones al año y descansos de 36 horas seguidas entre cada semana de trabajo. En el caso de México, podría analizarse y, en su caso, adoptar en la legislación dicha recomendación para fomentar una mayor convivencia familiar a favor de niños, niñas y adolescentes.

Por otra parte, la duración de la licencia de maternidad en México (12 semanas) es de las más bajas entre los países miembros de la OCDE;³⁰ es menor a los estándares internacionales establecidos en el Convenio 183 de la OIT (14 semanas) y a la recomendación 191 (por lo menos 18 semanas). El Gobierno mexicano y el sector privado podrían analizar incrementar el periodo de licencia de maternidad para contribuir significativamente a aumentar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y fomentar el apego, permitiendo así grandes beneficios para las empresas³¹ y para la sociedad.³²

Es también clave que las empresas, en línea con el Decreto Presidencial de abril 2014,³³ y apoyados en la Guía Práctica de Lactancia Materna en el Lugar de Trabajo publicada por el IMSS y UNICEF en 2016,³⁴ promuevan activamente la continuación de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses del bebé y parcial hasta los dos años. Para ellos, las empresas deben permitir a las mujeres gozar de dos descansos extraordinarios de media hora cada día y de un lugar adecuado e higiénico para extraer su leche o amamantar, y tendrán acceso a capacitación y fomento para la lactancia materna.

²⁹ INEGI. Módulo de Trabajo Infantil (MTI) 2015. Indicadores Básicos y tabulados. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/ninos.aspx?tema=P>

³⁰ OECD (2018). Duración de la licencia de maternidad (Length of maternity leave). Disponible en: <http://www.oecd.org/gender/data/length-of-maternity-leave-parental-leave-and-paid-father-specific-leave.html>

³¹ Caso Vodafone. Disponible en: <http://www.vodafone.com/content/index/media/vodafone-group-releases/2015/global-maternity-policy.html>

³² OMS. Beneficios de la lactancia materna. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0b.htm>

³³ Presidencia de la República. Decreto presidencial del 2 de abril 2014 sobre la promoción de la lactancia materna en los lugares de trabajo. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339161&fecha=02/04/2014

³⁴ UNICEF (2016). Guía Práctica de Lactancia Materna en el Lugar de Trabajo, México. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/spanish/guia lactancialess.pdf>

Actualmente la duración de la licencia de paternidad en México es de cinco días, una de las más bajas entre los países miembros de la OCDE.³⁵ Es urgente revisar la duración de esta licencia y llevar a cabo acciones complementarias para evitar los desequilibrios actualmente existentes en cuanto a la carga de trabajo no remunerado de cuidado infantil, que recae de manera casi exclusiva sobre las mujeres y en ocasiones se convierte en un factor de discriminación laboral. Esto fomentaría la igualdad de género en el cuidado familiar.

La Ley Federal del Trabajo (LFT) establece expresamente la prohibición a los patrones de exigir la presentación de certificados médicos de no embarazo para el ingreso, permanencia o ascenso en el empleo, y de despedir a una trabajadora o coaccionarla directa o indirectamente para que renuncie por estar embarazada, por cambio de estado civil o por tener a su cargo el cuidado de hijos. Sin embargo, existen retos en el monitoreo e implementación exitosa de estas disposiciones³⁶ y, por tanto, habría que evaluar posibles acciones en este sentido.

A pesar de las disposiciones protectoras del trabajador contenidas en la LFT, en México las jornadas de trabajo son largas, sobre todo en sectores donde se suele recurrir a horas extras, fuera de lo permitido por la LFT, y a turnos variables (turismo, transporte, construcción), afectando así a la capacidad de los padres y cuidadores de atender la vida familiar y a sus niños, niñas y adolescentes.³⁷ En este sentido, una tarea pendiente es evaluar los riesgos que presentan estas jornadas excesivas y regularlas, con el fin de evitar afectaciones negativas a las familias de los trabajadores.

Respecto del vínculo entre prestaciones laborales, nivel salarial y pobreza, México es el país de la OCDE con el menor nivel salarial.³⁸ El salario mínimo en México no permite cubrir la necesidad básica de la línea de bienestar definida por el CONEVAL, que incluye canasta alimentaria y no alimentaria.³⁹ Si contemplamos que, en un hogar mexicano promedio con cuatro integrantes, dos trabajan y perciben el salario mínimo, el ingreso total no les alcanza para cubrir ni la mitad de las necesidades de la familia. Resulta entonces apremiante evaluar los niveles de ingresos de los trabajadores mexicanos, y sus prestaciones, para asegurar el goce integral de derechos de sus hijas e hijos.

La LFT establece un salario justo dependiendo del puesto desempeñado y no en función del sexo del trabajador. Sin embargo, siguen existiendo disparidades en los salarios de hombres y mujeres, ya que en México las mujeres perciben en promedio 16% menos que los hombres.⁴⁰ El gobierno y el sector privado tienen que implementar medidas puntuales para eliminar la brecha salarial entre hombres y mujeres.

La LFT fortaleció las funciones de los Inspectores del Trabajo quienes se encargan de revisar el cumplimiento de las regulaciones laborales. No obstante, estos no cuentan con la capacidad suficiente para inspeccionar con regularidad todos los espacios de trabajo,⁴¹ lo que pone en riesgo la oportuna identificación de violaciones cometidas por algunas empresas, que vulneran los derechos humanos y en específico los derechos de niños, niñas y adolescentes. Se recomienda al gobierno mexicano evaluar el número y el grado de empoderamiento de estos Inspectores del Trabajo para que puedan llevar a cabo una correcta y eficiente supervisión del cumplimiento de las obligaciones de los patrones.

En cuanto a los riesgos de trata ocasionados por la actividad de las empresas en sectores como viaje y turismo, proyectos de infraestructura, y explotación minera y petrolera, la Ley de Trata contempla entre los mecanismos de protección a las víctimas de delitos, el garantizar la atención física y psicológica. Existen todavía retos para las autoridades y la sociedad mexicana en cuanto a la efectiva aplicación de la Ley de Trata, así como a los tratados internacionales de los que México es parte para reducir y erradicar las conductas de trata y abuso sexual de niños, niñas y adolescentes. Se recomienda al gobierno mexicano y al sector privado establecer mecanismos para detectar y denunciar casos de trata de niños, niñas y adolescentes mediante la adopción de códigos de conducta que regulen al sector privado. En el caso de la economía informal es todavía mayor el riesgo de trata; por lo tanto, es importante prestar una atención particular a este riesgo para su detección, denuncia y erradicación.

³⁵ OECD (2018). Duración de la licencia de paternidad (Length of paid paternity leave). Disponible en: <http://www.oecd.org/gender/data/length-of-maternity-leave-parental-leave-and-paid-father-specific-leave.html>

³⁶ UNICEF (2016). La niñez y la industria hotelera en México. Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/Reporte_UNICEF.La_ninez_y_la_industria_hotelera_en_Mexico.pdf#page=26

³⁷ Ibidem

³⁸ OECD (2018). Compensación de los empleados. Salario promedios. (Employee compensation. Average wages). Disponible en: <https://data.oecd.org/earnwage/average-wages.htm>

³⁹ CONEVAL (2017). Evolución de las líneas de bienestar y la canasta alimentaria en Medición de la pobreza 2008-2016. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-bienestar-y-canasta-basica.aspx>

⁴⁰ OECD (2018). Brechas de salario promedio por género (Gender wage gap). Disponible en: <https://data.oecd.org/earnwage/gender-wage-gap.htm#indicator-chart>

⁴¹ Prevencionar (2016). OIT: México, con 0.2 inspectores de STPS por cada 10 mil empleados en Prevencionar.com.mx, Comunidad de especialistas en seguridad y trabajo en Hispanoamérica. Disponible en: <http://prevencionar.com.mx/2016/10/05/oit-mexico-0-2-inspectores-stps-10-mil-empleados/>

Debido a los hábitos de alimentación y al consumo de alimentos altamente procesados, actualmente en México más de un tercio de los niños, niñas y adolescentes sufre de obesidad. El sistema de etiquetado regulado por la COFEPRIS (GDA)⁴² no ha logrado limitar el consumo de alimentos altos en azúcares y grasas saturadas, ni prevenir eficazmente la obesidad.⁴³ Ante esta situación, es necesario ajustar la regulación del etiquetado y la mercadotecnia de estos productos.


En materia de regulación de las fórmulas de leche para niños menores de 6 meses, México firmó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, cuyo objetivo es incentivar la lactancia materna y controlar la promoción de sucedáneos de leche. El Gobierno mexicano tiene la obligación de vigilar que se respete tal Código en las empresas que producen sucedáneos de leche y en las instituciones de salud públicas.

Finalmente, con respecto a la seguridad en línea y riesgos para la población infantil, aún es escaso el conocimiento de la regulación vigente en materia de privacidad y del derecho a la intimidad entre las familias y los niños, niñas y adolescentes; tampoco es suficiente la información sobre de qué manera y conforme a qué vías los niños, niñas y adolescentes pueden acceder a los mecanismos de salvaguarda de este derecho fundamental. Se recomienda al Gobierno mexicano evaluar y, en su caso, aumentar la difusión de los principios y derechos que rigen esta materia.

La legislación aplicable contempla el acceso a las tecnologías de la información para niños, niñas y adolescentes y existen diversos esfuerzos de autoridades y organizaciones no gubernamentales sobre la materia. Sin embargo, persiste todavía una oportunidad para reforzar su regulación en cuanto a seguridad, calidad y respeto a la privacidad.

⁴² Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). Manual del etiquetado frontal nutrimental. México. Disponible en: http://www.cofepris.gob.mx/AS/Documents/COMISI%C3%93N%20DE%20OPERACI%C3%93N%20SANITARIA_Documentos%20para%20publicar%20en%20la%20secci%C3%B3n%20de%20MEDICAMENTOS/ALIMENTOS/ManualEtiquetado_VF.pdf

⁴³ CONACYT (2018). Con deficiencias el etiquetado de alimentos en México en Noticias de la agencia informativa CONACYT. México. Disponible en: <http://www.conacytprensa.mx/index.php/ciencia/salud/19323-deficiencias-etiquetado-alimentos-mexico>



2. CONTEXTO NORMATIVO

2.1 Marco normativo nacional en materia de derechos de la infancia

El marco normativo mexicano está conformado por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM, 1917), los tratados internacionales aprobados y ratificados por el país, y las leyes generales, federales y locales. El país presenta un marco jurídico complejo debido a su estructura federal, que impone la necesidad de contar con normatividades de distinta índole en sus 2,457 municipios y 32 entidades federativas, así como a nivel federal.

México es uno de los países que más tratados multilaterales de derechos humanos ha ratificado. Firmó desde sus inicios la Declaración Universal de los Derechos Humanos⁴⁴ y es parte de los pactos internacionales de derechos civiles y políticos y de derechos económicos, sociales y culturales.⁴⁵ También ha suscrito la Convención Americana de los Derechos Humanos⁴⁶ y ha aceptado la competencia de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, así como, a partir de 1999, la jurisdicción vinculante de la Corte Interamericana.⁴⁷

El país también ha ratificado las principales convenciones universales e interamericanas de derechos humanos, como la relacionada con la eliminación de todas las formas de discriminación racial,⁴⁸ las convenciones internacionales e interamericanas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres,⁴⁹ las convenciones contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes,⁵⁰ los tratados multilaterales para proteger a las personas contra la desaparición forzada,⁵¹ las relacionadas con los derechos de las personas con discapacidad⁵² y la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares.⁵³

⁴⁴ Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). Declaración universal de los derechos humanos, Resolución 217 A (III).

⁴⁵ Asamblea General de las Naciones Unidas (1966). Pacto internacional de derechos civiles y políticos, Nueva York. Adhesión de México: 24 de marzo de 1981; Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales (1966), Nueva York. Adhesión de México: 23 de marzo de 1981.

⁴⁶ OEA (1969). Convención americana sobre derechos humanos "Pacto de San José de Costa Rica", San José, Costa Rica, del 7 al 22 de noviembre de 1969, publicada en el Diario Oficial de la Federación en México el 7 de mayo de 1981.

⁴⁷ DOF (1999). Declaración para el reconocimiento de la competencia contenciosa de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de febrero de 1999.

⁴⁸ Asamblea General de las Naciones Unidas (1966). Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial, ratificada por México el 20 de febrero de 1975.

⁴⁹ OEA (1977). Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención de Belém Do Pará" Brasil, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 1999; Asamblea General de las Naciones Unidas (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Nueva York, ratificado por México el 23 de marzo de 1981.

⁵⁰ Asamblea General de las Naciones Unidas (1984). Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Nueva York, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de marzo de 1986; Convención Interamericana para prevenir y sancionar la tortura (1985), Cartagena de Indias, Colombia, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1° de septiembre de 1987.

⁵¹ OEA (1994). Convención interamericana sobre la desaparición forzada de personas (1994). Belém do Pará, Brasil, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de mayo de 2002; Asamblea General de las Naciones Unidas (2006). Convención internacional para la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas, EUA, ratificada por México el 18 de marzo de 2008.

⁵² OEA (1999). Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, Guatemala, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de marzo de 2001; Asamblea General de las Naciones Unidas (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, Nueva York, ratificada por México el 13 de diciembre de 2007.

⁵³ Asamblea General de las Naciones Unidas (1990). Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, Nueva York, ratificada por México el 8 de marzo de 1999.

En lo concerniente a los derechos de la niñez, México ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño el 21 de septiembre de 1990. Anteriormente había suscrito convenios internacionales sobre temas de adopción⁵⁴ y edad mínima para contraer matrimonio,⁵⁵ y en fechas sucesivas entraron en vigor los Protocolos facultativos sobre la participación de niñas y niños en conflictos armados,⁵⁶ y para prevenir y sancionar la utilización de niñas y niños en pornografía y prostitución infantil,⁵⁷ así como la Convención de la Haya sobre la protección de menores y la cooperación en materia de adopción internacional.⁵⁸ México también ratificó el Convenio 182 sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación⁵⁹ y, en junio de 2015, el Convenio 138 sobre la edad mínima de acceso al empleo, que garantiza que ninguna niña o niño trabaje antes de los 15 años de edad.⁶⁰

Por otra parte, a septiembre de 2018, México aún no iniciaba los procedimientos de ratificación del tercer Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño y del Protocolo del Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, además de aceptar la competencia del Comité de la Convención internacional para la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas, a fin de que los órganos que se desprenden de los tratados internacionales antes señalados⁶¹ puedan recibir y examinar comunicaciones de individuos, incluidos niñas, niños y adolescentes.

A nivel nacional, México ha dado respuesta al paradigma global de los derechos humanos a través de la armonización de su marco normativo, tanto federal como local, conforme a los estándares establecidos en los tratados, jurisprudencia y doctrina internacional.

Sin duda, uno de los avances normativos más importantes del país fue la reforma constitucional sobre derechos humanos de 2011, por medio de la cual el Estado mexicano reafirmó que todas las personas gozan de los derechos humanos, no sólo los reconocidos por la Constitución, sino también los que se encuentran en los tratados internacionales. La Constitución mexicana confirma la obligación de todas las autoridades de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, proporcionando en todo momento a las personas la protección más amplia de sus derechos. Con ello, los derechos de las personas se constituyen en la razón de ser del Estado y el centro del quehacer público.

De 2010 a la fecha, destacan las reformas a la Constitución relacionadas con el fortalecimiento del juicio de amparo -acción de tutela- y la interposición de acciones colectivas (2010 y 2011), la inclusión de disposiciones que robustecen la investigación y sanción de la trata de personas (2011), y la facultad del Congreso de expedir un código de procedimientos penales único para todo el país (2013).

En ese mismo periodo, el Congreso de la Unión emitió leyes generales importantes, que se han traducido en la mayoría de los casos en leyes estatales para el cumplimiento de los derechos que consagran. En este tenor se promulgaron las leyes generales de Inclusión de las personas con discapacidad (2011), de Prevención social de la violencia y la delincuencia (2012), de Prevención, sanción y erradicación de la trata de personas (2012), de Protección de personas defensoras de derechos humanos y periodistas (2012), de Víctimas (2013) y de Transparencia y acceso a la información pública (2015) y la Ley para prevenir, investigar y sancionar la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (2017).

En relación con la niñez, se expidió en 2014 la *Ley general de prestación de servicios para la atención, cuidado y desarrollo integral infantil*, que busca garantizar el acceso de niñas, niños y adolescentes a los servicios de cuidado y desarrollo integral en condiciones de igualdad, calidad, calidez, seguridad y protección adecuadas. En junio de 2016 fue publicada la *Ley nacional del sistema integral de justicia penal para adolescentes*, que insta a instaurar en el país un sistema integral de justicia penal para adolescentes armonizado con los principios y estándares internacionales y constitucionales de protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Al igual que la reforma constitucional en materia de derechos humanos, la reforma al artículo 4º constitucional de octubre de 2011 tiene una trascendencia histórica en los derechos de las niñas, niños y adolescentes del país, ya que reafirma que son sujetos de derechos y establece la obligación del Estado de velar y atender el principio de interés superior de la niñez en todas sus decisiones y actuaciones, garantizando de manera plena sus derechos. En la misma fecha fue reformado también el artículo 73º de la Constitución, con la finalidad de facultar al Congreso de la Unión para expedir leyes concurrentes en todos los niveles de gobierno en materia de derechos de niñas, niños y adolescentes.

⁵⁴ Asamblea General de las Naciones Unidas (1986). United Nations Declaration On Social And Legal Principles Relating To The Protection And Welfare Of Children, With Special Reference To Foster Placement And Adoption Nationally And Internationally (General Assembly Resolution 41/85, December 3d 1986).

⁵⁵ Asamblea General de las Naciones Unidas (1962). Convención sobre el consentimiento para el matrimonio, la edad mínima para contraer matrimonio y el registro de los matrimonios. (Asamblea General en su resolución 1763 A (XVII), de 7 de noviembre de 1962).

⁵⁶ ONU (2000). Convención sobre los derechos del niño. Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados. EUA, ratificado por México el 15 de marzo de 2002.

⁵⁷ ONU (2000). Convención sobre los derechos del niño. Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de los niños en la pornografía. EUA. Ratificado por México el 15 de marzo de 2002.

⁵⁸ ONU (1993). Convención de La Haya sobre la protección de menores y la cooperación en materia de adopción internacional. Publicada en el Diario Oficial el 6 de julio de 1994.

⁵⁹ OIT (1999). Convenio 182 sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación. Suiza. Publicado en el Diario Oficial el 7 de marzo de 2001.

⁶⁰ OIT (1976). Convenio 138 sobre la edad mínima de admisión al empleo, Ginebra, Suiza. Ratificado por México el 10 de junio de 2015.

⁶¹ ACNUDH (2012). Convención internacional para la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas; OHCHR (1966). Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales; ONU (1989). Convención sobre los Derechos del Niño

Estas reformas constitucionales darían paso en 2014 a que se discutiera y aprobara la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA), que no sólo es obligatoria para todas las autoridades del país (municipales, estatales y federales), sino establece también la creación de un Sistema de protección integral, con el propósito de coordinar instituciones, servicios, programas, acciones y recursos para garantizar y proteger los derechos de todas las niñas, niños y adolescentes.

Por último, resaltan dos reformas constitucionales en materia de niñez: la primera, relativa al artículo 4º constitucional (2014), establece el derecho a la identidad de todas las personas y la obligación de las autoridades de registrar de manera inmediata y gratuita todos los nacimientos; la segunda modifica los artículos 18º y 73º de la Constitución (2015) y faculta al Congreso de la Unión para expedir una legislación única en materia de justicia penal para adolescentes, que privilegie las medidas no privativas de la libertad desde los principios del proceso penal acusatorio y la garantía del debido proceso y los derechos humanos.



©UNICEF México/Daniel Ojeda

2.2 Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

La Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA), publicada el 4 diciembre de 2014, tiene como objetivo garantizar que los derechos de niñas, niños y adolescentes sean cumplidos de forma integral. Esta ley fue una iniciativa preferente presentada por el Presidente de la República al Senado el 1 de septiembre de 2014, lo cual impuso a cada una de las cámaras del Congreso de la Unión un plazo de 30 días naturales para su dictamen. La LGDNNA fue aprobada el 6 de noviembre de 2014, fue promulgada por decreto y entró en vigor el 5 de diciembre del mismo año.

La LGDNNA, alineada con la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), reconoce al menos 20 derechos y 15 principios establecidos en esta última. Parte del reconocimiento de las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos y de su condición de personas en desarrollo, de lo cual deriva la necesidad de establecer un régimen de protección especial a su favor, que deberán observar la familia, la comunidad y el Estado, con el objeto de que niñas, niños y adolescentes puedan efectivamente acceder a sus derechos.

Mediante esta ley se crea un Sistema de protección integral (SIPINNA), como un conjunto de órganos, entidades, mecanismos, instancias, leyes, normas, políticas, servicios y presupuestos -a nivel nacional, local y municipal- orientados a respetar, promover, proteger, restituir y restablecer los derechos de los niños y niñas y reparar el daño ante la vulneración de los mismos.

El Sistema nacional y los sistemas locales y municipales complementan dicho Sistema de protección integral, con el fin de lograr una política nacional de protección de los derechos de la niñez y la adolescencia de manera concurrente, de acuerdo con sus respectivas competencias, y en coordinación entre sí a través de sus secretarías ejecutivas. Estos sistemas reaccionan ante casos de vulneración de los derechos de la niñez y la adolescencia a través de la Procuraduría de protección federal y las Procuradurías de protección locales (con competencia local y municipal), de modo que la política de asistencia social y de protección especial formen parte de la política integral de los derechos de la niñez y la adolescencia.

El Sistema nacional es el máximo órgano deliberativo y decisorio del Sistema de protección integral y le corresponde diseñar, coordinar, implementar y evaluar la política nacional de protección de los derechos de la infancia, desde una metodología que considere la instrumentación de acciones de parte de los tres niveles de gobierno y sus respectivos poderes públicos.

Dicho Sistema nacional está encabezado por el Presidente de la República y es integrado por las principales instituciones del gobierno federal, entre las cuales las Secretarías de Gobernación, Relaciones Exteriores, Hacienda y Crédito Público, Desarrollo Social, Educación Pública, Salud, Trabajo y Previsión Social y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). También lo conforman las y los titulares de los poderes ejecutivos de las 32 entidades del país, así como la Fiscalía General de la República, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y el Instituto Federal de Telecomunicaciones.

El Sistema, además, debe asegurar la participación de niñas, niños y adolescentes, así como de representantes de la sociedad civil, que tienen voz y voto en las deliberaciones. Son invitados permanentes las mesas directivas del Congreso de la Unión, el Poder Judicial de la Federación, la Comisión Nacional de Tribunales Superiores de Justicia y las asociaciones de municipios.

Las entidades federativas han conformado sus propios sistemas locales de protección, para desarrollar los mecanismos y garantías necesarias a la implementación de una política estatal de promoción y protección de los derechos de la niñez y la adolescencia. Los sistemas locales de protección deben ser presididos por el titular del poder ejecutivo, integrados por instituciones y organismos equivalentes a los que integran el sistema nacional, y contar con la participación de niñas, niños y adolescentes, así como de los sectores público y privado.

Los gobiernos municipales deben a su vez conformar los sistemas municipales de protección, con áreas y funciones similares. Adicionalmente, los municipios deben contar con un área de primer contacto o procuraduría municipal, que fungirá como enlace entre las niñas, niños y adolescentes y las autoridades locales y federales, que deberá canalizar las peticiones de la infancia y la adolescencia y facilitar que la Procuraduría de protección examine los casos de violaciones de derechos.

Además del Sistema nacional de protección integral con sus respectivas secretarías, procuradurías de protección de la niñez y programas de protección, que se deben desarrollar en los diferentes niveles, la LGDNNA establece la creación de un Sistema nacional de información, que cuente con datos para medir el cumplimiento de los derechos, así como la necesidad de tener un presupuesto con enfoque de derechos para asegurar la asignación prioritaria de recursos al cumplimiento de la Ley General.

A nivel federal, el 2 de diciembre de 2015 se instaló el Sistema nacional de protección, se nombró a su Secretario Ejecutivo y se aprobaron el Reglamento de la LGDNNA y el Manual de organización y operación del Sistema, los cuales integran las acciones necesarias para aplicar dicha ley. En este mismo año se creó la Procuraduría federal de protección, se nombró a su titular y comenzó a funcionar, tal y como lo establece la legislación.

En el ámbito estatal, en 2015 -a un año de la aprobación de la LGDNNA- todas las entidades federativas aprobaron sus leyes locales, y en el segundo semestre de 2016 se habían instalado todos los sistemas estatales. A abril de 2017 se contaba con 1,222 sistemas municipales de protección instalados.

Asimismo, desde principios de 2016, las autoridades de los tres órdenes de gobierno realizan acciones para continuar en la implementación de la ley general, entre las cuales la aprobación del Programa nacional de protección de niñas, niños y adolescentes y el funcionamiento de las procuradurías de protección en las entidades federativas.

Cabe destacar que se prevé que distintas leyes -generales, federales, estatales y municipales- relacionadas con los derechos de la niñez y adolescencia serán reformadas, con el fin de armonizar su contenido con la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

2.3 El derecho a la salud y supervivencia

A nivel nacional, el derecho a la salud y supervivencia para los niños, niñas y adolescentes en el país es normado a través de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), la Convención sobre los Derechos del Niño, la Ley General de Salud, la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, así como por la normatividad aplicable a las instituciones que brindan servicios de atención a la salud, como la Ley de los institutos nacionales de salud, la Ley federal de entidades paraestatales y la Ley del seguro social. También son aplicables las Normas Oficiales Mexicanas (NOM).

El artículo 4° de la Constitución asegura el derecho a la protección de la salud para toda persona y en el párrafo dedicado a la niñez, señala que el Estado velará y cumplirá con el principio del interés superior del niño, garantizando de manera plena sus derechos y particularmente los relacionados con la alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para el desarrollo integral.⁶²

⁶² Estados Unidos Mexicanos (1917). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>

La Convención sobre los Derechos del Niño en su artículo 24 establece que los Estados partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.⁶³

En la protección de la salud a nivel internacional también destaca la aprobación, en el 2015, de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible por los países miembros de las Naciones Unidas, entre cuyos 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) se encuentra garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. México asumió esta Agenda como un compromiso de Estado, con el fin de lograr una cobertura universal de salud y facilitar medicamentos y vacunas seguras y eficaces para todos, a través del apoyo a la investigación y al desarrollo de vacunas, además de proporcionar acceso a medicamentos económicamente asequibles.⁶⁴

La Ley General de Salud, en su artículo 1º, reglamenta el artículo 4º de la CPEUM y además establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Asimismo, en su artículo 5º especifica que el Sistema Nacional de Salud está conformado por las dependencias y entidades de la administración pública tanto federal como local; por su parte, el artículo 7º determina que la coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, a la cual corresponde establecer y conducir la política nacional en materia de salud y coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal (APF).⁶⁵

Respecto a la normatividad de las instituciones, y en el mismo sentido que el artículo 7º de la Ley General de Salud, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal en su artículo 39º señala la competencia de la Secretaría de Salud en cuanto al establecimiento y conducción de la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, así como la coordinación de los programas de servicios de salud. La Ley de los Institutos Nacionales de Salud, por su parte, regula la organización y funcionamiento de los institutos nacionales de salud, entre los cuales se encuentran el Instituto Nacional de Pediatría y el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Adicionalmente, esta ley fomenta la investigación, la enseñanza y la prestación de servicios.⁶⁶

En este mismo sentido, la Ley Federal de las Entidades Paraestatales regula la organización, funcionamiento y control de las entidades paraestatales de la APF, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM) en el caso de la atención a la salud.⁶⁷ Para la población derechohabiente, la Ley del Seguro Social garantiza el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bien individual y colectivo.⁶⁸

Respecto a la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, cabe recordar que su artículo 14º asegura el derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo, y que el artículo 50º enuncia el derecho a la protección de la salud y a la seguridad social. Este último dirige sus acciones a la reducción de la morbilidad y mortalidad, la promoción de principios básicos de salud y nutrición en aquellos que ejerzan la patria potestad, tutela o guarda y custodia, el establecimiento de medidas preventivas del embarazo en niñas y adolescentes, el aseguramiento de la prestación de servicios de atención médica durante el embarazo, parto y puerperio, y la promoción de lactancia materna exclusiva y/o complementaria. Asimismo, apoya el combate a la desnutrición crónica y aguda, al sobrepeso y obesidad, el fomento y ejecución de programas de vacunación, el asesoramiento y orientación sobre salud sexual y



⁶³ Convención sobre los Derechos del Niño. DOF: 25/01/1991. Disponible en: <http://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfOrdenamientoDetalle.aspx?IdOrd=13727&TPub=6>

⁶⁴ PNUD. Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Disponible en:

<http://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgoverview/post-2015-development-agenda/>

⁶⁵ Ley General de Salud. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.html>

⁶⁶ Ley de los Institutos Nacionales de Salud. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo11036.pdf>

⁶⁷ Ley Federal de las Entidades Paraestatales. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo13211.pdf>

⁶⁸ Ley del Seguro Social. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo9056.pdf>

reproductiva, la detección y atención especial de los establecimientos de salud ante casos de violencia sexual y familiar, el establecimiento de medidas para tratar los problemas de adicciones, así como la detección temprana de discapacidades, problemas mentales y su rehabilitación.⁶⁹

Por último, entre las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) destacan principalmente la NOM-031-SSA-1999, para la atención a la salud del niño,⁷⁰ la NOM-047-SSA2-2015, para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años,⁷¹ la NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida,⁷² la NOM-043-SSA2-2012, para servicios básicos de salud, promoción y educación para la salud en materia alimentaria, con criterios para brindar orientación,⁷³ y la NOM-034-SSA2-2013, para la prevención y control de los defectos al nacimiento.⁷⁴

2.4 El derecho a la educación

El derecho a la educación y al acceso a los servicios educativos a nivel federal se encuentran regulados por la Constitución, la Ley General de Educación (LGE), la Ley del Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (LINEE), la Ley General del Servicio Profesional Docente (LGSPD) y la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA).

A nivel estatal, cada entidad cuenta con su propia Ley de Educación,⁷⁵ que señala las atribuciones exclusivas de las autoridades estatales, así como las atribuciones concurrentes de las autoridades federales y las autoridades estatales. A partir de la publicación de la LGDNNa en 2015, se lleva a cabo una labor de identificación de las necesidades de armonización de la legislación en diferentes órdenes de gobierno, incluyendo la LGE.

El artículo 3° de la Constitución señala que todo individuo tiene derecho a recibir educación. El Estado — la Federación, los estados (incluida la Ciudad de México) y los municipios — deben impartir educación preescolar, primaria, secundaria y media superior, que serán obligatorias y gratuitas y que tendrán entre sus objetivos desarrollar todas las facultades del ser humano.⁷⁶ Además de impartir la educación obligatoria, el Estado debe promover y atender todos los tipos y modalidades educativas,⁷⁷ incluida la educación inicial y la educación superior, apoyar la investigación científica y tecnológica y alentar el fortalecimiento y la difusión de la cultura.

En la reforma constitucional del sistema educativo del 2013⁷⁸ se hizo énfasis en la calidad, al señalar que los materiales y métodos educativos, la organización escolar, la infraestructura educativa y la idoneidad de los docentes y directivos asegurarán el máximo logro de aprendizaje de los educandos, y que la calidad se basa en el mejoramiento constante y el máximo logro académico de los y las estudiantes.⁷⁹

El artículo 4° constitucional establece que niños, niñas y adolescentes tienen derecho a satisfacer sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral;⁸⁰ que su preservación y exigencia es deber de los padres, tutores y custodios, y que el Estado tiene la responsabilidad de proveer lo necesario y otorgar facilidades a los particulares para que estos contribuyan al cumplimiento de los derechos de la niñez en igualdad de oportunidades y sin discriminación. El artículo 31°, a su vez, establece la obligación de los padres, tutores o custodios de cumplir con la asistencia de niños, niñas y adolescentes a las escuelas públicas o privadas para cursar la educación básica, media y media superior.⁸¹

En cuanto a los derechos de los pueblos indígenas, el artículo 2° constitucional establece como una de las obligaciones del Estado mexicano y de sus autoridades la garantía y el incremento de sus niveles de escolaridad, así como el favorecimiento de la educación intercultural bilingüe, la alfabetización y la conclusión de la educación básica.

Por su parte, la LGE regula la educación que imparten la Federación, las entidades federativas y los municipios, así como sus organismos descentralizados y los particulares con autorización o con reconocimiento de validez oficial de estudios. La determinación de los planes y programas de estudio para los niveles obligatorios en toda la República, así como para la formación de maestros de educación básica, es competencia exclusiva de la autoridad educativa federal, cuyas facultades también comprenden la elaboración y actualización de los libros de texto gratuitos y de los materiales didácticos complementarios.⁸²

En relación con el financiamiento, la LGE establece que el monto anual que el Estado debe destinar al gasto en educación pública y en servicios educativos no podrá ser menor a 8% del PIB.⁸³ El ejecutivo federal y las entidades concurrirán al financiamiento de la educación y los servicios.⁸⁴

⁶⁹ Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5374143&fecha=04/12/2014

⁷⁰ "Para la Atención a la Salud del Niño" Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA-1999. Disponible en: <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2001/031ssa22001.pdf>

⁷¹ "Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad." Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015

⁷² "Para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y de la Persona Recién Nacida" Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Disponible en: <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/007ssa22016.pdf>

⁷³ "Servicios Básicos de Salud, Promoción y Educación para la Salud en materia Alimentaria, criterios para brindar orientación". Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012. Disponible en: <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/043ssa22013.pdf>

⁷⁴ "Para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento" Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5349816&fecha=24/06/2014.

⁷⁵ Para mayor información consultar: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/ambest.php>

⁷⁶ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), Art. 3°, p. 4-5.

⁷⁷ *Ibid.*, p. 6.

⁷⁸ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), DOF, 26 de febrero de 2013.

⁷⁹ *Ibid.*, p. 5.

⁸⁰ *Ibid.*, p. 8.

⁸¹ En los últimos años, el Estado mexicano ha realizado adecuaciones a sus sistemas jurídicos nacionales y locales como resultado de la aprobación y ratificación de un importante número de tratados internacionales en materia de derechos humanos. En lo que refiere a los derechos de la infancia y la adolescencia, resalta especialmente la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) el 21 de septiembre de 1990.

La Secretaría de Educación Pública (SEP) es la instancia rectora en el ámbito federal de la operación coordinada del Sistema Educativo Nacional (SEN), constituido por los educandos, educadores, padres de familia, autoridades educativas y el servicio profesional docente (SPD), y que también comprende los planes, programas, métodos y materiales educativos, las instituciones educativas del Estado y de sus organismos descentralizados, las instituciones particulares con autorización o con reconocimiento de validez oficial de estudios y las instituciones de educación superior a las que la ley otorga autonomía, la evaluación educativa, el sistema de información y gestión educativa (SIGED), y la infraestructura educativa.⁸⁵

Finalmente, la LGDNNA⁸⁶ establece la distribución y asignación de competencias y obligaciones para todas las autoridades federales, estatales y municipales, con objeto de garantizar los derechos de la infancia y la adolescencia. Esta ley ordena mecanismos institucionales y lineamientos que se aplicarán en todo el país al momento de diseñar, implementar y evaluar las políticas, programas y acciones que involucren los derechos de los niños, niñas y adolescentes.⁸⁷

Sus disposiciones son obligatorias para todas las autoridades de los poderes (ejecutivo, legislativo y judicial) y órdenes de gobierno (municipal, estatal y federal), así como para otros actores sociales, como las familias y la sociedad civil. En consecuencia, actualmente se realiza un trabajo de identificación de las necesidades de armonización de la LGE y de otras leyes de los diversos órdenes de gobierno. La ley establece el derecho a una educación de calidad que contribuya al conocimiento de los propios derechos.⁸⁸ Señala además que las autoridades federales, estatales y municipales deberán garantizar la permanencia de los educandos en el sistema educativo nacional.

La LGDNNA destaca la obligación de las autoridades de establecer acciones afirmativas para garantizar el derecho a la educación de niños, niñas y adolescentes de los grupos y regiones con mayor rezago educativo, dispersos, o que enfrentan situaciones

de vulnerabilidad por circunstancias específicas de carácter socioeconómico, físico, mental, de identidad cultural, origen étnico o nacional, situación migratoria, o bien relacionadas con aspectos de género, preferencia sexual, creencias religiosas o prácticas culturales.⁸⁹

Asimismo, dispone que se propicien condiciones para crear ambientes libres de violencia en las instituciones educativas, en donde se fomente la convivencia armónica y el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes, incluyendo mecanismos de mediación permanentes en los cuales participen quienes ejerzan la patria potestad o tutela.⁹⁰

En la promulgación de reformas constitucionales en estrecha relación con los derechos de niñas, niños y adolescentes es importante mencionar la Reforma educativa, aprobada en septiembre de 2013, que implicó modificaciones al artículo 3° y 73° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), así como así como la LGE, la LINEE y la LGSPD. Este marco jurídico da fundamento a la transformación estructural en el funcionamiento del servicio educativo nacional, para asegurar que todas las personas reciban una educación de calidad.



© UNICEF México/Carlos Dardón

⁸² LGE, Art. 12, Sección 1, Capítulo II.

⁸³ La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) señala que México dedicó 6.2% del PIB al gasto en instituciones educativas (la media de la OCDE es 6.3%). Cabe señalar que el país destina 83.1% de su presupuesto educativo a los sueldos del profesorado y el 93.3% a la remuneración del personal en su conjunto: se trata de los porcentajes más altos entre los países de la OCDE (cuyas medias son de 62% y 78.2%, respectivamente). Artículo disponible en: http://www.oecd.org/edu/Mexico_EAG2013%20Country%20note%20%28ESP%29.pdf. Consultado el 30 de junio de 2015.

⁸⁴ LGE, Art. 25°, Sección 3, Capítulo II.

⁸⁵ *Ibid.*, p. 4.

⁸⁶ LGDNNA, DOF del 4 de diciembre de 2014.

⁸⁷ Para más información sobre los objetivos y contenidos de la LGDNNA consultar: <http://www.leyderechosinfancia.mx/ley-general/sintesis-de-la-ley/>

⁸⁸ LGDNNA, Capítulo 11, Art. 57.

⁸⁹ *Ibid.*, Incisos VI y VII.

⁹⁰ *Ibid.*, Art. 59.

2.5 El derecho a la participación

La participación es un derecho consagrado en los instrumentos internacionales, y particularmente en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en el Pacto de Derechos Civiles y Políticos; además, la participación de los niños, niñas y adolescentes está prevista en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN);⁹¹ se trata, al mismo tiempo, de uno de los principios rectores de la CDN y del establecimiento del derecho de niñas, niños y adolescentes a ser escuchados.⁹² En particular, el artículo 12° de la CDN plantea dos componentes principales de este derecho: 1) “El derecho a formarse un juicio propio y expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan su vida, en función de su edad y madurez” y 2) que esta opinión debe tomarse debidamente en cuenta.

Lo anterior expande la concepción del derecho a ser escuchado – texto inicial de la CDN – hacia una visión amplia, donde intervienen los elementos de escucha y reacción de parte de las autoridades, padres y tutores ante las opiniones de niñas, niños y adolescentes. Por lo anterior, el espíritu del artículo 12° de la CDN se ha entendido, desde una lectura amplia e integral, como el derecho de participación; asimismo, es uno de los principios transversales de la CDN (junto con los derechos de no discriminación, vida, supervivencia y desarrollo e interés superior del niño).

Al contemplar la participación como derecho y principio jurídico interpretativo, se invita a los Estados a tomarla en cuenta para el adecuado ejercicio de todos los demás artículos de la CDN. En ese sentido, obliga a los Estados a introducir mecanismos para facilitar la participación efectiva y a “tomar debidamente en cuenta” esas opiniones una vez expresadas.



La participación, como derecho de niñas, niños y adolescentes, responde a un cambio de paradigma en la concepción del niño como sujeto de derechos, de manera que su reconocimiento ha llevado a los sistemas de derechos humanos y a los Estados a desarrollar mecanismos para su ejercicio de manera progresiva. La literatura de referencia sobre el enfoque de derechos humanos ha desarrollado suficiente evidencia empírica de las razones por las cuales el derecho a la participación es importante, y algunas conclusiones señalan que: a) contribuye al desarrollo individual y a las capacidades de las comunidades y grupos; b) produce mejores resultados en las decisiones de política pública; c) provee elementos de protección; d) permite generar ambientes de tolerancia y respeto, y e) fortalece la rendición de cuentas.⁹³

La Observación General N° 5 del Comité de Derechos del Niño menciona que es importante que los Estados incluyan a la niñez y adolescencia en procesos participativos, entendidos como un constante intercambio con los adultos en todos los aspectos que conciernen su vida. En el mismo sentido, la Observación General No. 12 del Comité de los Derechos del Niño ha permitido definir directrices en relación con las obligaciones del Estado en este ámbito: por ejemplo, señala el derecho a la participación en diferentes ámbitos sociales; indica que el derecho a la participación es considerado un derecho habilitante, o “llave”, por lo cual tiene vínculo con otros artículos de la CDN, y define su contenido, así como las condiciones mínimas de los procesos en que participen las niñas y niños.⁹⁴

A nivel regional, el derecho a la participación se contempla en la Convención Americana de Derechos Humanos y en la Opinión Consultiva OC-17/2002 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH). Sin embargo, esta última sólo hace referencia a la participación infantil en temas vinculados con procesos judiciales como “la igualdad de todas las personas en el derecho a ser oídas públicamente por un tribunal competente”, señalando que niñas, niños y adolescentes deben disfrutar por lo menos de las mismas garantías y protección que se conceden a los adultos.⁹⁵

En México, el derecho a la participación está contemplado en el artículo 26° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) que, sin embargo, hace referencia a la participación de adultos en los procesos de planeación de políticas públicas sin explicitar que en estos procesos participen niñas, niños y adolescentes. En ese sentido, no se identifican claramente las obligaciones del Estado ante este derecho, ni se reconocen todos los ámbitos en los que podía tomarse en cuenta la participación infantil; tampoco se prevé la construcción de mecanismos necesarios para dar lugar a la participación de niñas, niños y adolescentes.⁹⁶

⁹¹ UNICEF (2006), Derecho a la Participación de los Niños, Niñas y Adolescentes: Guía práctica para su aplicación, República Dominicana, disponible en: http://www.unicef.org/repUBLICADOMINICANA/unicef_proyecto.pdf

⁹² Observación General N° 12 del Comité de los Derechos del Niño, CRC/C/GC/12, 20 de julio de 2009, disponible en: <http://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF-ObservacionesGeneralesDelComiteDeLosDerechosDelNino-WEB.pdf>

⁹³ UNICEF (2011). Every Child's Right to Be Heard, A Resource Guide On The UN Committee On The Rights Of The Child General Comment No. 12. Disponible en: http://www.unicef.org/french/adolescence/files/Every_Childs_Right_to_be_Heard.pdf

⁹⁴ Ibid.

⁹⁵ CIDH (2002). Opinión Consultiva OC-17/2002, del 28 de agosto de 2002, solicitada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Condición Jurídica y Derechos Humanos del Niño. http://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_17_esp.pdf

⁹⁶ Pérez García, J. (2009). La participación como eje de las políticas públicas: Hacia la construcción de la ciudadanía infantil. REDIM, Área de análisis legislativo y de políticas públicas. Documento de trabajo.

Antes de la promulgación de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes no existía ningún instrumento legal que definiera el “derecho a la participación”, ni que señalara los elementos, contenidos y alcances de este derecho. Las leyes nacionales que regulan la obligación del Estado de tomar en cuenta la opinión de la infancia y adolescencia se enfocaban mayormente en los procesos judiciales, lo cual ha limitado el desarrollo de mecanismos de participación en otros ámbitos.

Se puede decir que en México el ejercicio del derecho a la participación aún tiene importantes desafíos, entre los cuales se encuentran:

- a. la armonización de las leyes estatales con la LDGNNNA, para que éstas contemplen de manera integral el derecho a la participación, de manera a tener una visión integral de los derechos relacionados con el derecho a la participación (derecho a la libre expresión, información, etc.).
- b. la garantía del derecho a la participación de la infancia y adolescencia no se vislumbra en relación con todos los ámbitos de la vida de niñas, niños y adolescentes, sino se limita a ciertos espacios y temas.
- c. existen resistencias institucionales para la garantía del derecho a la participación de la infancia.
- d. no existen prácticas institucionalizadas y homogéneas para el diseño o evaluación de políticas públicas o programas de infancia.
- e. dentro de los mecanismos de participación existentes aún subsiste una visión adultocéntrica y/o tutelar de los derechos de la infancia y adolescencia.
- f. las opiniones de los niños no son valoradas ni tomadas en cuenta por los adultos, y en algunos casos no se reconoce que tienen derechos (ENADIS 2010).
- g. se carece de una disposición de comportamiento social que invite a los padres o tutores a escuchar y valorar la opinión del niño, niña o adolescente.⁹⁷

A pesar de que existen algunos mecanismos para la participación de niñas, niños y adolescentes, estos presentan aún brechas para el ejercicio pleno de ese derecho. Dichos mecanismos se pueden agrupar como sigue:

1. Mecanismos escolares -tales como los Consejos escolares de participación social (CEPS)- que existen a nivel federal, estatal y municipal, y que, sin embargo, no contemplan la participación de estudiantes en activo, es decir niñas, niños y adolescentes.
2. Mecanismos comunitarios, que privilegian los mecanismos de audiencias públicas y presupuestos participativos; sin embargo, no existen estructuras específicas para la participación de los niños, niñas y adolescentes en la toma de decisiones sobre temas de la comunidad.
3. Consultas, que desde 1997 ha realizado el Instituto Federal Electoral (IFE) (ahora Instituto Nacional Electoral - INE): se trata de consultas infantiles y juveniles como mecanismos para conocer las voces de las y los niños que desafortunadamente no han sido retomadas para fines de política pública.
4. También existen mecanismos ad hoc, como el Consejo ciudadano de seguimiento de políticas públicas del Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), el programa Diputados por un día del INE y la Red nacional de difusores de los derechos de niñas, niños y adolescentes del Sistema nacional para el desarrollo integral de la familia (SNDIF). Sin embargo, estos tienen carácter esporádico, y no necesariamente proveen de insumos a los tomadores de decisión para diseñar y evaluar las políticas de infancia y adolescencia.

La LGDNNA contempla, en su artículo 2º, que las autoridades deben “promover la participación, tomar en cuenta la opinión y considerar los aspectos culturales, éticos, afectivos, educativos y de salud de niñas, niños y adolescentes, en todos aquellos asuntos de su incumbencia, de acuerdo a su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez”.⁹⁸

Se espera que los lineamientos de participación derivados de esta ley y aprobados en agosto de 2016 puedan implementarse en todo el país, con objeto de que el derecho de niñas, niños y adolescentes a ser escuchados y tomados en cuenta en los asuntos de su interés, conforme a su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez, pueda darse no sólo en procesos judiciales sino también en las decisiones que se toman en los ámbitos familiar, escolar, social, comunitario o cualquier otro en el que se desarrollen.

⁹⁷ Ibid.

⁹⁸ Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, disponible en: <http://www.leyderechosinfancia.mx/ley-general/ley-general-pdf/>

La armonización de la LGDNNA en las legislaciones, reglamentos y programas locales debe contemplar la creación de los mecanismos institucionales y procedimientos para garantizar la participación de niñas, niños y adolescentes. Cabe mencionar que el sistema integral de protección de niñas, niños y adolescentes (SIPINNA), su programa correspondiente (PRONAPINNA) y los sistemas estatales y municipales de protección tienen como objetivo garantizar la participación de niños, niñas y adolescentes. En este sentido, es indispensable que las dependencias que conforman el SIPINNA promuevan e institucionalicen procesos de participación efectiva y constante de niñas, niños y adolescentes, lo cual realmente permitirá que sean escuchados acerca de situaciones diversas que les atañen a nivel nacional, estatal y municipal.⁹⁹ Es preciso que las dependencias del Estado y la sociedad en su conjunto respondan puntualmente a los cambios en el marco jurídico nacional, y que permitan que la participación de niñas, niños y adolescentes se ejerza como derecho en todos los ámbitos donde se desarrollan (en la familia, la escuela, etc.) y en todas las decisiones que les conciernen.

2.6 Observaciones del Comité de los Derechos del Niño

Al ratificar la CDN, México reconoció la competencia del correspondiente órgano de expertos independientes -el Comité de los Derechos del Niño- para supervisar la aplicación de este instrumento en el país. Desde entonces, México ha presentado informes periódicos ante este Comité, y ha respondido a sus observaciones y recomendaciones.

En mayo de 2012 el país presentó, de manera consolidada, sus cuarto y quinto informes al Comité. Además, en junio de 2014 presentó un *addendum*¹⁰⁰ a dichos informes, a fin de que la información fuera valorada integralmente por el Comité durante su 69° periodo de sesiones (mayo 2015). Finalmente, el 3 de julio de 2015 el Comité emitió sus observaciones finales al respecto, las cuales deberán ser consideradas e implementadas por el Estado mexicano en los siguientes meses.

El Comité acogió con satisfacción diversos esfuerzos de México para garantizar la aplicación de la CDN, entre los cuales la publicación de la LGDNNA; sin embargo, expresó también su preocupación sobre diversos temas. A continuación se enlistan algunas de las 133 observaciones y recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño:

- **Legislación.** Si bien para el Comité la aprobación de la Ley General es un gran avance para la garantía de los derechos de niñas, niños y adolescentes, aún está pendiente la armonización de la LGDNNA con leyes federales y estatales que involucran a la infancia.¹⁰¹
- **Políticas y estrategias integrales.** Como lo establece la LGDNNA, el Estado debe diseñar y ejecutar el Programa nacional de protección de niñas, niños y adolescentes, y posteriormente los programas locales de protección, que deben incluir todos los aspectos contenidos en la CDN y la ley misma.
- **Coordinación.** Se debe garantizar la existencia y el pleno funcionamiento del Sistema Nacional de Protección Integral y de todos los sistemas locales y municipales de protección, que son los mecanismos para la coordinación entre sectores y órdenes de gobierno a nivel federal, estatal y municipal.
- **Asignación de recursos.** Sería necesaria la asignación de mayores recursos destinados a la atención de las niñas, niños y adolescentes, así como garantizar la transparencia respecto a la asignación de los fondos transferidos a las instancias federales, estatales y municipales en materia de infancia.
- **Recopilación de datos.** Aún no existen datos desagregados sobre violaciones de derechos de niñas, niños y adolescentes, y particularmente sobre homicidios¹⁰²-con especial énfasis en los feminicidios-¹⁰³ desapariciones y abuso sexual,¹⁰⁴ las medidas alternativas de cuidado para las niñas y niños privados de su entorno familiar (el acogimiento familiar y el internamiento en instituciones,¹⁰⁵ las adopciones nacionales e internacionales),¹⁰⁶ niñas y niños con discapacidad,¹⁰⁷ refugiados y solicitantes de asilo¹⁰⁸ y víctimas de delitos,¹⁰⁹ entre otros.

⁹⁹ Orientaciones para la emisión de leyes locales de derechos de niñas, niños y adolescentes.

Disponible en: <http://www.leyderechosinfancia.mx/documentos/> p. 4.

¹⁰⁰ Estados Unidos Mexicanos (2014). Addendum al cuarto y quinto informe consolidado sobre el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos del Niño, junio 2014.

¹⁰¹ Comité de los Derechos del Niño (2015). Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto consolidados de México, *crc/c/mex/co/4-5*, julio 2015, párrafos 7 y 8.

¹⁰² *Ibid.*, párrafo 22(f).

¹⁰³ *Ibid.*, párrafo 21(c).

¹⁰⁴ *Ibid.*, párrafo 36(e).

¹⁰⁵ *Ibid.*, párrafo 40(d).

¹⁰⁶ *Ibid.*, párrafo 42.

¹⁰⁷ *Ibid.*, párrafo 46(g).

¹⁰⁸ *Ibid.*, párrafo 58(c).

¹⁰⁹ *Ibid.*, párrafo 59(b).

- **Niñas y niños víctimas de cualquier tipo de violencia, afectados por la migración, refugiados y solicitantes de asilo, en situación de calle o en conflicto con la ley.** La Ley general ha establecido la creación de las procuradurías de protección a nivel federal y estatal (con la mayor descentralización posible a nivel municipal), para detectar y recibir casos de vulneración de derechos de niñas, niños y adolescentes y asegurar la restitución de sus derechos. Estas procuradurías de protección deben ser creadas e instaladas con los recursos humanos, técnicos y financieros suficientes para llevar a cabo su labor, conforme lo establece la Ley General.

Como parte de los esfuerzos institucionales para dar seguimiento a las observaciones y recomendaciones del Comité, el Estado mexicano formó un grupo interinstitucional a nivel federal, que se ha reunido en tres ocasiones bajo la coordinación de la Subsecretaría de derechos humanos de la Secretaría de Gobernación, la Secretaría de Relaciones Exteriores y el SNDIF.

Asimismo, en el marco de la instalación del Sistema Nacional de Protección Integral (2 de diciembre de 2015) se creó la Comisión para el seguimiento de las recomendaciones del Comité, con el fin de coordinar y articular diversas instituciones públicas de los tres órdenes de gobierno.¹¹⁰ Esta Comisión fue instalada el 26 de octubre de 2016, sesión en la cual se aprobó el programa de trabajo y el mecanismo de participación de la sociedad civil. A la vez, para fines del año 2016, 14 entidades federativas establecieron sus comisiones estatales para el seguimiento de recomendaciones, a partir del compromiso hecho por la Conferencia nacional de gobernadores (CONAGO) en la sesión de instalación del Sistema y como acuerdo de las Secretarías ejecutivas estatales.

Los cambios legales e institucionales suscitados en los últimos años, sin duda colocan a México un paso adelante hacia la garantía efectiva de los derechos de la niñez y la adolescencia; sin embargo, aún falta un amplio camino por recorrer. Un cambio sustantivo que consolidaría el lugar que la infancia y la adolescencia deben ocupar en el país, sería equiparar la protección de sus derechos, con otros sectores prioritarios para el Estado, como lo son la provisión de servicios de salud, la educación, la seguridad pública o el desarrollo social, entre otros. Reconocer que los derechos a la protección, al desarrollo, la supervivencia y la participación son interdependientes y tienen el mismo valor es fundamental para avanzar en este cometido.

Conseguir la efectiva implementación de la LGDNNA y adecuar las políticas y programas bajo el enfoque de derechos es una tarea que debe continuar y consolidarse durante la siguiente administración.

¹¹⁰ Presidencia de la República (2015). "Diversas intervenciones durante la instalación de Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes", boletín de prensa, publicado el 2 de diciembre de 2015. Disponible en: <https://www.gob.mx/presidencia/prensa/diversas-intervenciones-durante-la-instalacion-de-sistema-nacional-de-proteccion-integral-de-ninas-ninos-y-adolescentes>. Consultado el 7 de abril de 2016.



3. CONTEXTO POLÍTICO E INSTITUCIONAL

3.1 Políticas públicas de infancia

México cuenta con una amplia gama de políticas y programas orientados al desarrollo social y, de manera específica, a la superación de la pobreza. En los últimos años el país ha registrado progresos en la cobertura de servicios básicos (salud, educación, vivienda); sin embargo, el avance no ha sido acompañado por esfuerzos consistentes por mejorar su calidad y evitar la segmentación en la oferta, lo que contribuye a perpetuar la desigualdad. Al mismo tiempo, ha habido un estancamiento o incluso un deterioro en la dimensión de los ingresos, lo cual, aun combinado con el incremento en las coberturas de servicios, trae consigo pocas variaciones o incluso ligeros aumentos en la incidencia de la pobreza.

A partir del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND) del gobierno de México se desprenden 41 planes ordenados por grandes ramos de la administración pública, denominados programas sectoriales, que incluyen 233 programas presupuestarios de desarrollo social, articulados mediante el objetivo de “convertir a México en una sociedad de derechos”.

Por otra parte, en 2014 el CONEVAL identificó poco más de 5,900 programas de desarrollo social a nivel federal, estatal y municipal.¹¹¹ Esto muestra desafíos importantes de consistencia y coordinación intersectorial e intergubernamental,¹¹² que se han abordado a través de iniciativas como el llamado “presupuesto base cero” a partir de 2016,¹¹³ o de la elaboración de un Padrón único de beneficiarios y del Sistema de focalización del desarrollo (SIFODE).¹¹⁴ Este último es

una herramienta dirigida a instrumentalizar y monitorear la política social, y fundamentalmente a evitar la duplicidad de los beneficiarios de los programas sociales; se compone de un conjunto de instrumentos, sistemas y reglas que se utilizan para la identificación, caracterización e integración de los beneficiarios de los programas de las dependencias y entidades del gobierno federal y de los gobiernos estatales y municipales, con el fin de mejorar su focalización.¹¹⁵

Entre los programas sociales federales de más larga trayectoria en el país destaca el Programa de Inclusión Social PROSPERA, que anteriormente (del 2007 al 2014) se denominó Programa de desarrollo humano Oportunidades, y aún antes Progres. Este programa tiene como objetivo contribuir al cumplimiento efectivo de los derechos sociales que potencien las capacidades de las personas en situación de pobreza a través de acciones que amplíen sus capacidades en los ámbitos de alimentación, salud y educación.

El programa PROSPERA tiene, entre sus nuevos objetivos, dar un paso adelante y complementar el enfoque de transferencias monetarias condicionadas al logro de objetivos de inclusión escolar y cuidado de la salud, incorporando acciones de inclusión laboral y productiva, además de la inclusión financiera focalizada en las mujeres, en un esfuerzo de articulación de 15 programas federales con salidas productivas. Al cierre de 2015, PROSPERA tenía presencia en 99% de los municipios del país, y atendía a casi 6.1 millones de familias. Con la fusión del Programa de apoyo alimenticio (PAL) y PROSPERA se proyectó que el padrón de beneficiarios de este último se incrementara a 6.8 millones de familias en 2016.¹¹⁶

¹¹¹ CONEVAL (2015). Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2014. México.

¹¹² *Ibid.*

¹¹³ A partir de 2016, el Programa de Apoyo Alimentario (PAL) se fusionó con el Programa de Inclusión Social PROSPERA. En años previos, el PAL tenía el mismo criterio de focalización que PROSPERA, es decir, la población en pobreza extrema, pero se enfocaba a las localidades en las que la oferta de salud y educación era insuficiente para que las familias beneficiarias pudieran cumplir con las condicionantes de PROSPERA. SHCP, 2015.

¹¹⁴ El SIFODE, con base en el Cuestionario único de información socioeconómica (CUIIS), concentra información sobre la ubicación geográfica, la composición del hogar, las condiciones y equipamiento de la vivienda y las características socioeconómicas, tomando como referencia las carencias sociales definidas en la metodología de medición multidimensional de la pobreza, así como la cobertura y apoyo que recibe cada beneficiario de los programas del gobierno federal, con el objetivo de focalizar intervenciones integrales y fortalecer la coordinación y concurrencia de recursos de los tres órdenes de gobierno. Disponible en: <http://sinhambre.gob.mx/wp-content/uploads/2015/07/sifode-presentacion.pdf>. Consultado el 27 de enero de 2016.

¹¹⁵ Cabe señalar que SEDESOL desarrolla el Sistema de Información Social Integral (SISI), el cual se constituirá en una plataforma informática que funja como repositorio único, abierto y accesible de la información de los beneficiarios y potenciales beneficiarios de los programas de desarrollo social de los tres órdenes de gobierno. El SISI integrará los tres subsistemas de información utilizados por SEDESOL (SISGE, PUB, SIFODE) para una planeación más armonizada de la política de desarrollo social, abonando a la construcción de un Sistema Nacional de Protección Social. Esto, a su vez, contribuirá a disminuir la fragmentación de la política social en México.

¹¹⁶ SHCP (2015). Estructura Programática a emplear en el proyecto de Presupuesto de Egresos 2016. Presentación a la H. Cámara de Diputados. México, junio 2015.

Por otra parte, y a pesar de ser uno de los programas con mejor focalización en el país, PROSPERA sigue presentando desafíos de inclusión y exclusión: por ejemplo, en 2008 se estimaba que sólo 44% de las transferencias del programa llegaba a la población del primer quintil de ingreso, y que cerca del 40% de la población pobre no estaba cubierta por el programa.¹¹⁷ Sin embargo, cabe destacar que PROSPERA no identifica, selecciona e incorpora a sus familias beneficiarias con base en la condición de pobreza, sino con base en la estimación del ingreso per cápita del hogar, y tomando en cuenta si dicho ingreso estimado está por debajo de la Línea de bienestar mínimo calculada por el CONEVAL. En consecuencia, la población objetivo de PROSPERA son los hogares de bajos ingresos y no los hogares (o personas) en pobreza.

En lo que se refiere a la población infantil y adolescente, estimaciones propias basadas en el Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (MCS-ENIGH) 2012 señalan que en ese periodo una proporción considerable de niños, niñas y adolescentes en situación de pobreza extrema no era beneficiaria del programa (alrededor de 47.4% del total, toda vez que 52.5% efectivamente tenía cobertura). En el caso de la población indígena de cero a 17 años, un 67.2% era beneficiaria de PROSPERA. El mismo análisis con datos de 2014 muestra avances en la cobertura (Tabla 3.1), ya que 57.1% de la población menor de 18 años en pobreza extrema estaba afiliada a PROSPERA, cifra que ascendió a 83.3% en el caso de la población indígena.

La información anterior no permite determinar si la población en pobreza no atendida por PROSPERA lo está siendo por otros programas como el PAL. Este último tenía el mismo criterio de focalización (población en pobreza extrema), sin que, en este caso, las transferencias se condicionaran al cumplimiento de corresponsabilidades.

No se aprecian diferencias significativas por sexo en cuanto a la población en situación de pobreza moderada y extrema atendida por PROSPERA; sin embargo, se observa la persistencia de desafíos, ya que se sigue sin atender, mediante el programa, a más de la mitad de la población infantil en pobreza y a un poco más del 40% de los que se encuentran en pobreza extrema.

Tabla 3.1. **Niñas y niños beneficiarios de PROSPERA según condición de pobreza, 2014**

| | Pobreza | % del total en pobreza | Pobreza moderada | % del total en pobreza moderada | Pobreza extrema | % del total en pobreza extrema |
|--|-----------|------------------------|------------------|---------------------------------|-----------------|--------------------------------|
| Niños y adolescentes menores de 18 años beneficiados de PROSPERA | 4,494,883 | 41.07% | 3,161,970 | 36.68% | 1,332,913 | 57.34% |
| Niños y adolescentes menores de 18 años beneficiados de PROSPERA | 4,290,827 | 40.99% | 3,011,228 | 36.66% | 1,279,599 | 56.77% |
| Total de menores de 18 años beneficiados de PROSPERA | 8,785,710 | 41.03% | 6,173,198 | 36.67% | 2,612,512 | 57.06% |
| Población indígena menor de 18 años beneficiados de PROSPERA | 1,373,812 | 84.03% | 564,125 | 85.16% | 809,687 | 83.27% |

Fuente: Elaboración propia con base en MICS-ENIGH 2014.

Adicionalmente, pese a que PROSPERA ha mostrado resultados positivos en lograr un mayor nivel de capital humano entre los integrantes más jóvenes de los hogares, las limitaciones de los esquemas basados en transferencias condicionadas para reducir de manera efectiva la pobreza han sido reconocidas incluso por el propio gobierno federal. Éste, en su diagnóstico para sustentar la transformación de Oportunidades en PROSPERA, señaló que los avances en cobertura y la creciente inversión en el programa no habían logrado un cambio significativo en la incidencia de pobreza.¹¹⁸ La experiencia ha probado que la sola ampliación de las capacidades básicas en los individuos y familias en pobreza no es suficiente para reducir su condición de vulnerabilidad. En consecuencia, en su rediseño el programa amplió su radio de coordinación interinstitucional hacia las dimensiones asociadas directamente al bienestar económico.

Antes de la transformación de Oportunidades en PROSPERA, el gobierno federal inició la llamada Cruzada Nacional contra el Hambre (CNCH) en enero de 2013, y en 2014 publicó el Programa Nacional México sin Hambre 2014-2018, como instrumento oficial de planeación de la estrategia. Entre sus principales objetivos se encuentran la eliminación de la desnutrición infantil, la mejora de los indicadores de peso y talla de la niñez, abatimiento del hambre a partir de una nutrición adecuada de las personas en pobreza multidimensional extrema y con carencia de acceso a la alimentación, y además aumentar y mejorar la producción agrícola y promover la participación comunitaria. En la primera implementación se priorizaron 400 municipios que concentraban la población en pobreza extrema y con carencias de acceso a la alimentación.

¹¹⁷ Scott, J. (2011). Gasto público para la equidad: del Estado excluyente hacia un Estado de bienestar universal. México Evalúa, México.

¹¹⁸ Diario Oficial de la Federación (2014). Decreto por el que se crea la Coordinación Nacional de Prospera Programa de Inclusión Social. 5 de septiembre de 2014.

Entre sus principales objetivos se encuentran la eliminación de la desnutrición infantil, la mejora de los indicadores de peso y talla de la niñez, abatimiento del hambre a partir de una nutrición adecuada de las personas en pobreza multidimensional extrema y con carencia de acceso a la alimentación, y además aumentar y mejorar la producción agrícola y promover la participación comunitaria. En la primera implementación se priorizaron 400 municipios que concentraban la población en pobreza extrema y con carencias de acceso a la alimentación. El CONEVAL ha señalado algunos desafíos conceptuales y metodológicos para evaluar el impacto de la CNCH,¹¹⁹ pues se trata de una estrategia de coordinación con seis objetivos distintos, aunque interrelacionados, y su población objetivo no está directamente asociada con dichas metas, lo que dificulta una medición de resultados generalizable a dicha población. En cualquier caso, la CNCH representa un avance, ya que se dirige a la disminución de la pobreza extrema y de la carencia de acceso a la alimentación, tanto en contextos rurales como urbanos, por medio de una herramienta única de focalización (el Cuestionario único de información socioeconómica – CUIS), alineada con el MCS-ENIGH.¹²⁰

Adicionalmente, la CNCH ha desarrollado un marco normativo e institucional para mejorar la coordinación interinstitucional, contribuyendo a mejorar la coherencia entre los programas sociales federales y a generar espacios para la participación comunitaria. En términos concretos, mediante una encuesta panel desarrollada por el CONEVAL en 2015 se identificaron avances en la disminución de las carencias sociales entre la población beneficiaria,¹²¹ con especial énfasis en la carencia de acceso a servicios de salud (que pasó de 32.9% a 9.2%) y en la carencia de acceso a la alimentación (que disminuyó de 100% a 42.5% entre la población que participó en la encuesta).

Reconociendo que el carácter multicausal de las problemáticas sociales –principalmente la pobreza– amerita una acción coordinada entre sectores y niveles de la administración pública, a mediados del año 2016 el gobierno mexicano lanzó la Estrategia Nacional de Inclusión, con el objetivo contribuir al acceso a los derechos sociales y a la reducción de las carencias, mediante una coordinación eficiente y efectiva de las políticas y programas públicos orientados a mejorar las condiciones de vida de la población.¹²²

Principales desafíos

Los esfuerzos de política social en México se orientan a atender de manera integral a la población en pobreza y en condiciones de vulnerabilidad en distintos ámbitos de su desarrollo y etapas del ciclo de vida, con el fin de contribuir al desarrollo de capacidades básicas, reducir los rezagos en servicios básicos, calidad y espacios de la vivienda e infraestructura social, dotar de esquemas de seguridad social, proteger el ejercicio de los derechos sociales, promover la participación social e impulsar mejoras al ingreso.¹²³ Pese a lo anterior, el número de personas en situación de pobreza aumentó en medio millón entre 2010 y 2012, y en dos millones en el período 2012-2014.¹²⁴

Las brechas abarcan todo el ciclo de vida de un niño: desde que es bebé hasta que llega a la adolescencia. Según datos del CONEVAL, 52.3% de niños y niñas (0 a 11 años) se encontraban en situación de pobreza en 2016, de los cuales 9.7 en pobreza extrema, mientras que el 48.8% de los adolescentes (12 a 17 años) estaban en la misma situación, de los cuales 7.8 en pobreza extrema.

En México en 2016, en 20.7 millones de niñas, niños y adolescentes vivían en hogares que experimentan alguna manifestación de la pobreza.

Este comportamiento de la pobreza muestra que los avances en el acceso a los derechos sociales –por la vía del aumento de la cobertura de los programas y servicios sociales y el decremento de las carencias– se ven neutralizados por las tendencias desfavorables de los ingresos de los hogares. Esto se constituye así en uno de los principales desafíos para la superación de la pobreza, al cual se asocian el escaso crecimiento económico, la precariedad del empleo, las altas tasas de informalidad y el bajo poder adquisitivo que prevalecen en la economía del país. Por lo tanto, la generación de empleos de calidad, con salarios y prestaciones laborales adecuadas que fomenten la productividad, sigue siendo un reto muy importante de la política económica del país.¹²⁵

¹¹⁹ CONEVAL (2016). Balance de la Cruzada Nacional contra el Hambre 2013-2016. México.

¹²⁰ INEGI. (2014). Módulo de Condiciones Socioeconómicas-Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares.

¹²¹ Los resultados de esta encuesta no pueden ser generalizados a la totalidad de la población residente en localidades o municipios donde opera la Cruzada, sino solamente a la población de la muestra, misma que ha sido atendida durante un año y medio (representativa de 207,578 hogares). CONEVAL (2016).

¹²² Gobierno de México (2016). Estrategia Nacional de Inclusión. Documento Rector. México.

¹²³ SEDESOL (2013). Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018. México.

¹²⁴ CONEVAL (2015). CONEVAL informa los resultados de la medición de la pobreza 2014. Comunicado de prensa No. 005. México, D.F., 23 de julio de 2015.

¹²⁵ CONEVAL (2015). Informe de evaluación de la política de desarrollo social 2014. México.

La disminución de las brechas -que se observan, por ejemplo, en la carencia por acceso a servicios de salud y en el rezago educativo- entre la proporción de la población infantil y adolescente indígena y no indígena dan cuenta de los esfuerzos por ampliar la cobertura de estos servicios. Dichos esfuerzos deberían acompañarse con estrategias para mejorar su calidad, de manera que se contrarreste la segmentación en la oferta -principalmente de salud y educación- y disminuya la desigualdad en el mediano y largo plazo mediante una inversión pública orientada por criterios claros de progresividad.

Al mismo tiempo, la gran dispersión de los programas sociales (con los problemas de coordinación y eficacia que esto implica) constituye un reto para que el crecimiento del gasto social de las últimas décadas redunde en un impacto medible en términos no sólo del acceso, sino del disfrute efectivo de los derechos sociales.¹²⁶

En ese sentido, como se mencionó anteriormente, la CNCH representa un esfuerzo de coordinación interinstitucional e intergubernamental que, además, supone la articulación de programas presupuestarios y de acciones con la intención de atender desafíos medulares de la política social en México, tales como la fragmentación de programas, la duplicidad de beneficios, la superposición de poblaciones objetivo, los resultados diluidos y la atención parcial de las carencias.¹²⁷

El balance del CONEVAL a los tres años de la puesta en marcha de la CNCH señala otros desafíos concretos, especialmente en lo que se refiere a la focalización y atención -mediante intervenciones adecuadas y pertinentes en este contexto- de las carencias sociales críticas en las áreas urbanas. Además, y a pesar de los avances que ha representado la CNCH, se requiere una visión más amplia de política social para lograr la reducción de la pobreza de 54 millones de personas (y más de 21 millones de personas menores de 18 años) en todo el país.¹²⁸ En otras palabras, persiste el reto de implementar esquemas que mejoren la actividad económica del país, aumenten los salarios reales, la productividad, la inversión y la estabilidad de precios para generar un incremento sostenido del poder adquisitivo.¹²⁹

3.2 Estructura del sector social en México

3.2.1 El sector salud

En 1917 se creó el Departamento de Salubridad Pública, orientado a la atención hospitalaria básica, a realizar misiones de salud en poblaciones rurales y a las campañas de salud preventiva. En 1943 se instauró el aseguramiento de la salud con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cuyo fin es el de otorgar acceso a servicios de salud al trabajador asalariado, a partir de cuotas tripartitas (patrón, empleado y Estado).

En 1960 se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para la atención de estos trabajadores. La población abierta, no incorporada en el sistema de seguridad contributivo, y que además no contaba con los medios económicos para acudir a la medicina privada, se atendía a través de los servicios y hospitales de la Secretaría de Salud, en un esquema asistencial en el cual el usuario pagaba por la atención médica que recibía de acuerdo con sus posibilidades económicas.

Con el paso del tiempo, la población abierta se incrementó en una medida mayor que la proyectada y, hacia finales del siglo XX, alcanzó niveles entre 50% y 60% del total de la población. Para estas personas, toda atención médica significaba un gasto que aumentaba conforme a la complejidad de la intervención, colocándolas en una situación de vulnerabilidad. Esta situación provocó que el modelo de aseguramiento de salud fuera insuficiente para garantizar a toda persona el derecho a la protección de la salud, otorgado por la reforma del artículo 4º constitucional de 1983. Por esta razón, en el 2004 se crea el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), como un mecanismo para extender la cobertura del aseguramiento médico a la población abierta, independientemente de su situación laboral.¹³⁰



¹²⁶ Ibid.

¹²⁷ CONEVAL (2015). Resultados intermedios de la Cruzada Nacional contra el Hambre. México. Agosto de 2015.

¹²⁸ CONEVAL (2016). Balance de la Cruzada Nacional contra el Hambre 2013-2016. México.

¹²⁹ CONEVAL (2015). Resultados intermedios de la Cruzada Nacional contra el Hambre. México. Agosto de 2015.

¹³⁰ Chertorivski-Woldenberg, S. (2011). Seguro Popular: logros y perspectivas. Gaceta Médica de México, 147, p. 487-496. México.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) está constituido por el sector público, que comprende dependencias y entidades de la administración pública federal y local, y por el sector privado, que incluye a las personas físicas y morales que prestan servicios de salud. La coordinación del SNS es llevada a cabo por la Secretaría de Salud (SS).

En este sistema, el sector público comprende las instituciones de seguridad social y las que prestan servicios a la población sin seguridad social.¹³¹ Las primeras brindan servicio a los trabajadores del sector formal, a sus familias y a los jubilados, entre las cuales se encuentran el IMSS, el ISSSTE, así como, los institutos correspondientes a Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR).

Por su parte, las instituciones que prestan servicios a la población sin seguridad social atienden a la población autoempleada, a los trabajadores del sector informal y a los desempleados. En esta clasificación se encuentran la Secretaría de Salud (SS), los Servicios Estatales de Salud (SESA), el Programa IMSS - PROSPERA (IMSS-P) y el SPSS, a través del Seguro Popular (SP) y del Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI).^{132, 133} El financiamiento de los servicios de la SS y de los SESA proviene de recursos del gobierno federal y de los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución de parte de los usuarios al recibir el servicio.

También llamado Seguro Popular, el SPSS otorga acceso a un paquete definido y amplio de servicios esenciales (Catálogo universal de servicios de salud-CAUSES), así como a un conjunto de intervenciones más costosas y especializadas asociadas con enfermedades y condiciones de salud específicas (Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos-FPGC).

Adicionalmente, el SPSS cuenta con un paquete de intervenciones exclusivo para niños y niñas menores de cinco años de edad, llamado el SMSXXI, el cual financia un esquema de aseguramiento en salud de cobertura amplia para la atención médica y preventiva, complementario al contenido en el CAUSES y en el FPGC.¹³⁴ La afiliación es voluntaria, y la cuota familiar anual es determinada por el nivel de ingreso; la población perteneciente a los primeros cuatro deciles de ingreso es exenta de pago. La prestación de servicios de salud del Seguro popular, derivada del CAUSES, del FPGC y del

SMSXXI es proporcionada por las Unidades médicas acreditadas de los SESA, y además puede ser complementada por otros prestadores de servicios estatales o federales.¹³⁵

Enmarcado también en el SPSS (al ser un programa para la población sin seguridad social), el programa IMSS-P es un programa del gobierno federal administrado por el IMSS, cuyo objetivo es la población de zonas rurales o urbanas marginadas en condiciones de pobreza extrema.¹³⁶ Opera a través del Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), que integra la atención médica y la acción comunitaria.¹³⁷ La atención en el primer nivel se otorga a través de las unidades médicas rurales, unidades médicas urbanas, centros de atención integral a la mujer, unidades médicas móviles y brigadas de salud; la atención en el segundo nivel es proporcionada por los hospitales regionales.¹³⁸

Por otro lado, el sector privado es accesible para la población con capacidad de pago. Comprende a los prestadores de servicios privados y compañías aseguradoras, y su financiamiento proviene de los pagos de los usuarios y de las primas de los seguros médicos privados. Cabe señalar que se ha revelado que tanto los derechohabientes de seguridad social como la población con menores recursos -de poblaciones rurales y urbanas- que utilizan los servicios de la SS, los SESA o IMSS-P utilizan también los servicios de salud del sector privado, principalmente en servicios ambulatorios.¹³⁹

En este contexto, de acuerdo con lo reportado por la OCDE, el gasto de bolsillo en México constituye 44.7% de los ingresos del sistema de salud y 4% de gasto del hogar. Se trata de cifras altas que, según señala la OCDE, pueden estar relacionadas con la insatisfacción respecto a la calidad de los servicios provistos por las instituciones de afiliación, así como con problemas de acceso, ya sea porque el servicio no está disponible o simplemente porque no se cuenta con ningún tipo de aseguramiento.

La distribución de la población por condición de aseguramiento se muestra en la Tabla 3.2, en la cual se observa que en el 2015 el IMSS y el Seguro Popular fueron las instituciones con mayor número de afiliados, pues cubrieron al 60.9% y 47.4% de la población del país respectivamente.¹⁴⁰ Por su parte, el SMSXXI afilia a 5.6 millones de niñas y niños menores de cinco años.¹⁴¹

¹³¹ Gomez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V.M., KnauL, F.M., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). Sistema de Salud de México. Salud Pública de México, 53 (2), p. S220-S232. México.

¹³² El SPSS, a diferencia de las demás instituciones que cuentan con sus propias instalaciones para atender a sus usuarios, compra servicios de salud a la SS y a los SESA, y ocasionalmente a proveedores privados. El SMSXXI tiene como objetivo financiar, mediante un esquema público de aseguramiento médico universal, la atención de las niñas y niños menores de cinco años de edad incorporados al sistema, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social, a efecto de contribuir a la disminución del empobrecimiento de las familias por motivos de salud.

¹³³ Tanto para IMSS-P como para el SPSS se requiere ser beneficiario o estar afiliado para la provisión de servicios de salud. Para mayor información al respecto consultar las reglas de operación de los programas.

¹³⁴ Reglas de Operación SMXXI.

¹³⁵ Sitio web del programa Seguro Popular: <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/>

¹³⁶ IMSS-Prospera opera con recursos provenientes del Ramo 19 "Aportaciones a la seguridad social", que constituyen un subsidio federal. Además, recibe recursos del Ramo 12 "Salud", a través de la Comisión Nacional de Protección en Salud (CNPS) para otorgar el componente salud a las familias beneficiarias de PROSPERA Programa de Inclusión Social.

¹³⁷ Además, también son consideradas beneficiarias las personas que cuentan con protección en salud de otra institución de seguridad social o del Seguro popular, al igual que los migrantes.

¹³⁸ Reglas de operación IMSS-Prospera y sitio web del programa: <http://www.imss.gob.mx/imss-prospera>

¹³⁹ Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V.M., KnauL, F. M., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). Sistema de Salud de México. Salud Pública de México, 53 (2), p. S220-S232. México.

¹⁴⁰ IMSS (2016). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2015-2016. México.

¹⁴¹ Sistema de Protección Social en Salud (2016). Informe de Resultados Enero-Diciembre 2015. México.

Tabla 3.2. **Población por condición de aseguramiento (2015)**

| Institución | Número de afiliados | Porcentaje de afiliados respecto a la población total del país |
|------------------------------|---------------------|--|
| IMSS | 74,032,437 | 60.9 |
| Régimen ordinario* | 61,864,971 | 50.9 |
| IMSS-PROSPERA | 12,167,466 | 10.0 |
| ISSSTE | 12,973,731 | 10.8 |
| PEMEX, SEDENA, SEMAR | 1,893,946 | 1.6 |
| Seguro Popular | 57,105,622 | 47.4 |
| Otras instituciones públicas | 1,824,595 | 1.5 |
| Instituciones privadas | 2,189,514 | 1.8 |

*El Régimen Ordinario incluye a los trabajadores, no trabajadores, pensionados, familiares adscritos y familiares no adscritos.

Nota: La suma de la población es mayor al total de la población mexicana, ya que una persona puede ser beneficiaria de uno o más de los esquemas.

Fuente: IMSS: Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2015-2016, p. 4.

Política pública del sector salud

El Programa Sectorial de Salud (PROSESA) es el documento rector de la política pública de salud en el país. Está alineado con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 en la meta de lograr un México Incluyente, garantizando el ejercicio efectivo de los derechos sociales y asegurando el acceso a los servicios de salud para toda la población. Este programa fue conformado a través de un esfuerzo conjunto de los tres órdenes de gobierno, de especialistas en la materia de instituciones médicas y académicas y de organizaciones civiles, entre otros.

PROSESA se compone de 6 objetivos, 39 estrategias y 274 líneas de acción. Los objetivos son:

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
6. Avanzar en la construcción de un sistema nacional de salud universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

En el marco de las acciones iniciadas por la Secretaría de Salud para el logro de los objetivos del PROSESA -que se reflejan en la atención a la salud de las niñas y niños- es relevante mencionar la Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018 que busca incrementar el número de niñas y niños alimentados al seno materno desde su nacimiento y hasta los dos años de edad, y la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, publicada en 2013 con el fin de mejorar los niveles de bienestar de la población y contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional, al desacelerar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los mexicanos.

Acceso de la población a servicios de salud

Con fundamento en la Convención sobre los Derechos del Niño, México reconoce a los niños, niñas y adolescentes el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y de servicios para el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación de la salud; asimismo, debe asegurar que ningún niño sea privado de su derecho a los servicios sanitarios.¹⁴²

¹⁴² Convención sobre los Derechos del Niño. DOF: 25/01/1991. México.

Al respecto, en las Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto consolidados de México, el Comité de los Derechos del Niño de la ONU recomienda garantizar la disponibilidad y accesibilidad a servicios de salud de calidad para todos los niños, niñas y adolescentes. Esto se debe a que el Comité observó un acceso desigual a este derecho, producto de la existencia de varios sistemas de salud cuyos servicios difieren en términos de cobertura y calidad; esto se tradujo en un alto porcentaje de niñas, niños y adolescentes sin acceso a servicios de atención médica, o que sólo contaban con servicios de salud de calidad deficiente.¹⁴³

Además de la afiliación a un sistema de aseguramiento de salud, otros elementos permiten identificar la medida en que los servicios públicos están disponibles, son accesibles, son utilizados y cuentan con calidad, en el sentido de que la infraestructura o los establecimientos, bienes y servicios en materia de salud sean apropiados a las necesidades de los usuarios.^{144, 145}

A las anteriores se suma la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, presentada en enero de 2015, cuyo objetivo es reducir el número de embarazos en adolescentes con absoluto respeto a los derechos humanos, y particularmente a los derechos sexuales y reproductivos.

Disponibilidad de recursos físicos y humanos. En el 2015, de un total de 28,366 unidades médicas operadas por el Sector Salud, 78% eran de consulta externa, 16% de hospitalización y el resto de asistencia social y de apoyo. Del total de unidades médicas de consulta externa y de hospitalización, 19,429 unidades formaban parte de las instituciones que atienden a la población no asegurada (Salud, IMSS-PROSPERA y hospitales universitarios), mientras que 2,725 otorgaron atención a la población asegurada del IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR,¹⁴⁶ en el 2015 la red de prestadores de servicios registrados en el SMSXXI se conformó por 458 unidades médicas acreditadas.¹⁴⁷

Respecto a las camas censables, en el 2014 éstas permanecieron en el mismo nivel que en 2012, con una cantidad de 0.7 camas por cada 1,000 habitantes. En cuanto a los recursos humanos, los médicos en contacto con los pacientes aumentaron de 1.6 a 1.8 por cada 1,000 habitantes, y las enfermeras en contacto con el paciente se incrementaron de 2.2 a 2.4 en el mismo periodo.¹⁴⁸

Accesibilidad de las unidades médicas. De acuerdo con la información del CONEVAL, en el 2010 las personas encuestadas estimaron que demorarían en promedio 39 minutos en llegar al hospital en caso de emergencia. Sin embargo, entre las personas que acudieron a un hospital en la emergencia más reciente, el promedio de traslado fue de 42 minutos.

En el análisis por tamaño de localidad se observó que las personas que viven en poblaciones rurales son las más afectadas, pues a medida que el tamaño de población aumenta disminuye el tiempo de traslado: así, las personas que viven en localidades con una población menor de 2,500 habitantes demoraron en promedio 65 minutos en trasladarse a un hospital, mientras que las de localidades mayores a 100,000 habitantes requirieron en promedio 33 minutos. Asimismo, los tiempos de traslado varían de acuerdo con las instituciones a las que pertenecen los hospitales, con un tiempo máximo de traslado de 82.4 minutos para la población rural que se dirigió a los hospitales del Seguro Popular.¹⁴⁹ La Tabla 3.3 muestra los tiempos de traslado de acuerdo con la institución de pertenencia del hospital.

¹⁴³ Comité de los Derechos del Niño (2015). Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto consolidados de México.

¹⁴⁴ CONEVAL (2014). Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular. México.

¹⁴⁵ La disponibilidad se refiere a la obligación del Estado de garantizar la suficiencia de infraestructura y establecimientos, bienes y servicios de salud; la accesibilidad es la inexistencia de barreras físicas, económicas, o de información en el acceso a los servicios de salud; la utilización es el uso que hacen las personas de la infraestructura o establecimientos, bienes y servicios de salud cuando son requeridos; y la calidad es cuando la infraestructura o los establecimientos, bienes y servicios de salud son apropiados a las necesidades de los pacientes.

¹⁴⁶ La información del año 2015 se presenta con datos preliminares. Fuente: Secretaría de Salud, DGIS (2015). Boletín de Información Estadística 2014-2015. Disponible en:

http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/Boletxn_InfomacixnEstadstca_14_15.pdf

¹⁴⁷ La acreditación se orienta a garantizar que los establecimientos de atención médica que brindan los servicios que integran el CAUSES, el FPGC y el SMSXXI cumplan los requisitos necesarios en los componentes de seguridad, calidad y capacidad instalada apropiada en cuanto a personal, dispositivos médicos, infraestructura física y medicamentos. Ver Sistema de Protección Social en Salud (2016). Informe de Resultados Enero-Diciembre 2015. México.

¹⁴⁸ Secretaría de Salud (2016). Primer y Cuarto Informe de Labores de la Secretaría de Salud. México.

¹⁴⁹ CONEVAL (2014). Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular. México.

Tabla 3.3. **Tiempos de traslado al hospital de acuerdo a la institución, 2010 (en minutos)**

| | No afiliado | IMSS | ISSSTE | Pemex | Popular | Otro Seguro | Promedio |
|--|-------------|------|--------|-------|---------|-------------|----------|
| Tiempo de traslado al hospital para atender la más reciente emergencia | 55.5 | 35.7 | 37.3 | 35 | 32.6 | 58.8 | 42.5 |
| Tiempo estimado de llegar al hospital en caso de emergencia | 46.8 | 38.2 | 33.1 | 31.9 | 27.4 | 57.9 | 39.2 |
| Tiempo promedio de traslado al hospital de acuerdo al tamaño de localidad | | | | | | | |
| Menor a 2,500 habitantes | 91 | 50.5 | 52.8 | 49.4 | 63.3 | 82.4 | 64.9 |
| De 2,500 a 14,999 habitantes | 61.2 | 53.9 | 48 | 49.8 | 32.7 | 50.2 | 49.3 |
| De 15,000 a 99,000 habitantes | 34.6 | 38.2 | 27.6 | 52.9 | 44.6 | 36.4 | 39.1 |
| De 100,00 y más habitantes | 41.6 | 30.8 | 34.7 | 26.3 | 25.9 | 38.7 | 33.0 |

Fuente: Elaboración propia con información de CONEVAL (2014).

Utilización de servicios de salud. Respecto a la utilización de servicios ambulatorios, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 indica que 61.2% de los servicios ambulatorios utilizados fue de tipo público, incluidos los de seguridad social, en los cuales 60% de los usuarios reportó no haber realizado ningún pago por atención ambulatoria. En cuanto a los servicios hospitalarios, 83% de la atención fue proporcionada en hospitales públicos, y en este rubro alrededor del 80% fue proporcionado por los SESA y por el IMSS. Asimismo, en lo que se refiere a la dotación de medicamentos, 86.1% de los derechohabientes del IMSS reportó haber recibido todos los que le fueron recetados, lo que sitúa a esta institución como la que en mayor proporción surte los medicamentos en su totalidad.

En cuanto a la infancia y adolescencia, en el 2015 en la atención a beneficiarios del SPSS se registraron 87.6 millones de consultas, de las cuales la atención a las niñas y niños de cero a cuatro años alcanzó 15.3%, mientras que para las niñas, niños y adolescentes de edades mayores a cinco años representó 24.5%. En cuanto a egresos hospitalarios, durante el 2015 el SPSS registró una cantidad de 1.7 millones a nivel nacional, de los cuales 9.7% correspondió a niñas y niños de cero a cuatro años, y 20.3% a edades comprendidas entre cinco y 19 años. En ese mismo año, 57.1% de los usuarios

manifestó estar satisfecho con el abasto de medicamentos y 86.3% señaló que la última vez que le prescribieron medicamentos éstos fueron proporcionados, del todo o casi del todo, mediante el Seguro Popular.¹⁵⁰

Calidad de los servicios médicos. De acuerdo con la ENSANUT 2012, la calidad de la atención hospitalaria a nivel nacional se percibió como muy buena o buena por 80.6% de los usuarios, como regular por 6%, y como mala o muy mala por el resto. Las instituciones públicas en que se percibió un mejor servicio fueron las de PEMEX, SEDENA y SEMAR, con una calificación superior a la de las instituciones privadas. En cuanto a los afiliados al SPSS, la información de la SS señala que en el 2014 el porcentaje de usuarios satisfechos con la atención fue de 91.1%, toda vez que de la totalidad de los usuarios hospitalarios, 13.4% señaló que no regresaría a la misma institución.¹⁵¹

Afiliación de la población abierta al Sistema de protección social en salud. En México la población sin la cobertura de un sistema de seguridad social se enfrenta a servicios públicos de salud conformados por una red heterogénea de proveedores de servicios con escasos procedimientos preventivos e intervenciones en salud muy básicas, lo cual en ocasiones conduce a la búsqueda de atención en el sector privado, con el consecuente riesgo de empobrecimiento por gasto en salud.¹⁵² Este panorama señala una urgencia en la ampliación del acceso a servicios de salud de calidad a través del SPSS.



© UNICEF México/Mauricio Ramos

¹⁵⁰ Sistema de Protección Social en Salud (2016). Informe de Resultados enero-diciembre 2015. México.

¹⁵¹ Secretaría de Salud (2014-2015). Tercer informe de labores. México.

¹⁵² Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J. P. & García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operando la cobertura universal en salud. Salud Pública de México, 57(2), p. 180-186. México.

La afiliación al SPSS de las personas que no cuentan con seguridad social ha mantenido una evolución ascendente a través del tiempo, ya que en diciembre del 2015 las personas afiliadas eran 57.1 millones, lo que representa un incremento de 31.2% respecto a las afiliadas en el año 2010. En cuanto a la afiliación de las niñas, niños y adolescentes al SMSXXI, el incremento durante el periodo considerado fue ligeramente superior, ya que se reportaron 5.6 millones de afiliados. La Tabla 3.4 muestra el número de afiliados al Seguro Popular y al SMSXXI de 2010 a 2015.

Tabla 3.4. **Personas afiliadas al Seguro Popular y niños afiliados al SMSXXI, 2010-2015**

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | Variación porcentual 2010-2015 |
|--------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------------------------|
| Personas afiliadas al Seguro Popular | 43,518,719 | 51,823,314 | 52,908,011 | 55,637,999 | 57,300,000 | 57,105,622 | 31.2% |
| Niños/as afiliados al SMSXXI | 4,263,760 | 5,783,114 | 6,816,240 | 5,391,641 | 5,649,647 | 5,584,311 | 31.0% |

Fuente: Elaboración propia con información de la SS (2010-2014) y del SPSS (2015).

No obstante el incremento sostenido en la afiliación al SPSS –tanto al Seguro Popular como al SMSXXI- la situación de las niñas, niños y adolescentes en cuanto a su condición de aseguramiento aún plantea desafíos. Al respecto, el estudio conjunto CONEVAL-UNICEF¹⁵³ proporciona información sobre la población de niñas, niños y adolescentes de cero a 17 años que no cuenta con adscripción a servicios médicos en instituciones públicas o privadas ni está inscrita al Seguro Popular, lo cual se denomina carencia de acceso a servicios de salud.¹⁵⁴ La Tabla 3.5 muestra la incidencia de la carencia de acceso a servicios de salud en la población de cero a 17 años, de acuerdo con algunas características sociodemográficas, para los años de 2010 y 2014.

Tabla 3.5. **Incidencia de carencia de acceso a servicios de salud según características sociodemográficas en la población de 0 a 17 años, 2010 y 2014 (porcentajes)**

| Característica | 2010 | 2014 |
|---|-------------------------|------------------------|
| Carencia de acceso a servicios de salud | 29.8 % 11.9 millones | 16.2 % 6.5 millones |
| Sexo | | |
| Hombres | 29.6 | 16.6 |
| Mujeres | 30.0 | 15.9 |
| Edad | | |
| 0 a 1 años | 29.5* | 23.3 |
| 2 a 5 años | - | 15.3 |
| 6 a 11 años | 29.0 | 14.6 |
| 12 a 17 años | 30.8 | 16.5 |
| Región de residencia | | |
| Norte ^a | 23.0 | 14.3 |
| Centro-Occidente ^b | 28.2 | 15.5 |
| Centro ^c | 31.8 | 17.1 |
| Sur-Sureste ^d | 34.4 | 17.5 |
| Pertenencia étnica | | |
| No Indígena | N.D. | 16.1 |
| Hogar Indígena | 32.2 | 17.5 |
| Grado de marginación municipal | | |
| Muy alto | 35.9 | 17.5 |
| Alto | 31.0 | 16.6 |
| Medio | 29.7 | 15.6 |
| Bajo | 29.1 | 15.5 |
| Muy bajo | 29.2 | 16.5 |
| Tamaño de la localidad | | |
| Más de 100 mil hab. | 30.4 | 17.3 |
| 99,999 a 15 mil hab. | 27.1 | 15.9 |
| 14,999 a 2,500 hab. | 30.6 | 15.3 |
| Menos de 2,500 hab. | 30.0 | 15.3 |

a. Baja California, Baja California Sur, Sinaloa, Sonora, Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León y Tamaulipas. b. Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí y Zacatecas. Centro: Distrito Federal, Hidalgo, Estado de México, Morelos, Querétaro y Tlaxcala. c. Sur- sureste: Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán.

* En el 2010 fue calculado solamente para la población de 0 a 5 años.

Fuente: Elaboración propia con información de CONEVAL-UNICEF: 2008-2010 y 2014 y estimaciones del CONEVAL a partir del MCS-ENIGH 2010 y 2014.

¹⁵³ CONEVAL-UNICEF (2008-2010 y 2014). Pobreza y Derechos Sociales de niñas, niños y adolescentes en México. México.

¹⁵⁴ El acceso a los servicios de salud es considerado un indicador de carencia social en la medición de pobreza multidimensional del CONEVAL. En el caso de las niñas, niños y adolescentes, se considera con carencia de acceso a los servicios de salud a la población de cero a 17 años no adscrita a servicios médicos en instituciones públicas o privadas ni inscritas al Seguro Popular.

De acuerdo con la información de CONEVAL-UNICEF, la población total nacional de niñas, niños y adolescentes con carencia en el acceso a los servicios de salud disminuyó de 11.9 millones en el 2010 a 6.5 millones en el 2014. Asimismo, la información indica que en ese periodo algunas brechas en el acceso a los servicios de salud se redujeron a nivel municipal: en 2010 existía una diferencia de casi 7 puntos porcentuales entre los municipios de muy alta marginación y muy baja marginación; en contraste, para 2014 dicha diferencia se redujo a un sólo punto porcentual.

Estas brechas en los servicios de salud pueden observarse también según la región de residencia de la población con carencia en el acceso a estos servicios, ya que en el 2010 existían 11 puntos porcentuales de diferencia entre la región norte -de menor población con carencia en el acceso- y la región sur-sureste, de mayor carencia. Además, cabe señalar que en el 2014 disminuyó de forma considerable el porcentaje de población en carencia en todas las regiones.

El análisis del año 2014 muestra que, aunque ha disminuido en buena medida la carencia en el acceso a servicios de salud en la niñez, 16.2% de esta población, equivalente a 6.5 millones de niñas, niños y adolescentes, todavía carece de acceso a ellos. Asimismo, aunque han disminuido las brechas existentes entre las áreas con diferentes grados de marginación y por regiones, persisten claras carencias en algunos grupos como las niñas y niños de cero a un año de edad, los que viven en hogares indígenas, en las regiones del centro y sur-sureste y en municipios de alta marginación, en los cuales destacan porcentajes superiores al total nacional.

Lo anteriormente expuesto conduce a identificar como principal desafío la puesta en marcha de un sistema universal de salud de calidad que permita resolver el problema de acceso y equidad universal en este campo. Con este objetivo, la Secretaría de Salud (SS) ha propuesto la creación de redes integradas de salud interinstitucionales y el fortalecimiento de la red de atención de telemedicina en las regiones de alta marginación y dispersión poblacional.

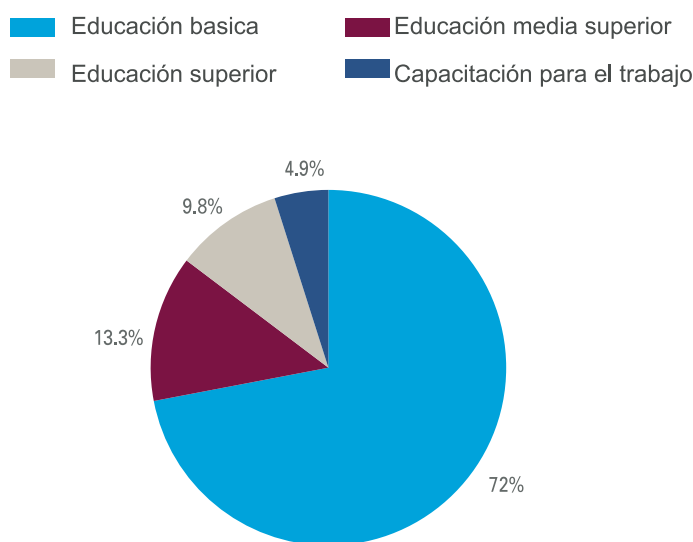
Adicionalmente, para avanzar hacia un sistema nacional universal de salud, la SS -a través del SPSS- busca seguir captando la afiliación o reafiliación de la población abierta. Además, continúa ampliando de forma gradual las intervenciones cubiertas por el SPSS y otorgando los mismos beneficios de los afiliados a la población cubierta por el programa IMSS-Prospera. También ofrece la portabilidad de servicios médicos, que garantiza a los afiliados del SPSS la prestación de servicios médicos efectiva en cualquier entidad federativa, sin importar origen o afiliación, por consideraciones de tiempos de traslado, distancia o urgencias médicas.¹⁵⁵

3.2.2 El sector educativo

El Sistema Educativo Nacional (SEN) es el conjunto de servicios educativos que imparten el Estado, sus organismos descentralizados y los particulares con autorización o reconocimiento de validez oficial de estudios. Comprende la educación básica,¹⁵⁶ media superior y superior, en sus modalidades escolarizada, mixta y no escolarizada.¹⁵⁷

Durante el ciclo escolar 2014-2015, el SEN atendió más de 36 millones de estudiantes,¹⁵⁸ cuya mayor parte (72%) está constituida por alumnos de educación básica, equivalentes a 25.9 millones de niños, niñas y adolescentes, seguidos por 4.8 millones en educación media superior, 3.5 millones en educación superior y 1.7 millones de estudiantes en capacitación para el trabajo.

Gráfico 3.1. Distribución de la matrícula escolarizada por tipo educativo. Ciclo escolar 2014-2015



Fuente: SEP, Principales cifras 2014-2015.

¹⁵⁵ Secretaría de Salud (2014-2015). Tercer Informe de Labores. México.

¹⁵⁶ La educación básica comprende la educación preescolar, primaria y secundaria.

¹⁵⁷ SEP (s/f). La estructura del Sistema Educativo Mexicano. Disponible en: http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/1447/1/imagenes/sistemaedumex09_01.pdf

¹⁵⁸ SEP (2016). Principales cifras 2014-2016. Disponible en: <http://www.planeacion.sep.gob.mx/principalescifras/>

El SEN también incluye las normas, recursos y tecnologías destinados a ofrecer servicios educativos y culturales a la población mexicana.¹⁵⁹ El Estado está obligado a prestar servicios educativos de calidad que garanticen el máximo logro de aprendizaje de la niñez, a fin de que toda la población infantil y adolescente pueda cursar la educación preescolar, primaria, secundaria y media superior;¹⁶⁰ asimismo, promueve y atiende la educación inicial y la educación superior, aunque ambas no sean competencia exclusiva de la SEP. El Sistema apoya además la investigación científica y tecnológica y alienta el fortalecimiento y la difusión de la cultura.

La determinación de los planes y programas de estudio para los niveles obligatorios en toda la República Mexicana, así como para la formación de maestros de educación básica, es competencia exclusiva de la autoridad educativa federal. Sus facultades también comprenden la elaboración y actualización de los libros de texto gratuitos y materiales didácticos complementarios. Por su parte, cada estado tiene atribuciones exclusivas -como la de proporcionar insumos para las asignaturas estatales y/o regionales en el *currículum* de educación básica o la definición del calendario escolar estatal- así como atribuciones compartidas con la Federación, como lo señala la Ley General de Educación.

Modalidades y tipos de servicio

Los tipos y niveles educativos que conforman el SEN, como ya se ha mencionado, ofrecen sus servicios en tres modalidades:¹⁶¹ escolar¹⁶² (o escolarizada), no escolarizada y mixta.¹⁶³ El siguiente cuadro muestra la forma en que la primera de éstas se organiza según tipo educativo, nivel, edad típica y tipo de servicio.

Tabla 3.6. Organización del sistema educativo escolarizado en México

| Tipo educativo | Nivel educativo | Edades típicas o normativas | Tipo de servicio |
|--------------------------------|--|-----------------------------|--|
| Educación Básica (EB) | Preescolar | 3-5 años | General, indígena, comunitaria |
| | Primaria | 6-11 años | General, indígena, comunitaria |
| | Secundaria | 12-14 años | General, técnica, telesecundaria, comunitaria, para trabajadores |
| Educación Media Superior (EMS) | Bachillerato o equivalente y educación profesional sin antecedente de bachillerato o equivalente | 15-17 años | Bachillerato general, bachillerato tecnológico y profesional técnico |
| Educación Superior (ES) | Licenciatura | 18 años en adelante | Educación normal, universitaria y tecnológica |
| | Posgrados | | Especialidad, maestría, doctorado |

* Incluye estudios como técnico superior universitario.
Fuente: Elaboración propia con base en INEE (2013).

Educación básica

El mayor porcentaje de la población en edad de cursar la educación básica es atendida por el servicio general, integrado por escuelas con una organización escolar y pedagógica basada en la asignación de un grado a cada profesor.¹⁶⁴ En el ciclo escolar 2014-2015, el SEN atendió en educación primaria a 14,351,037 estudiantes, de los cuales 49% de sexo femenino y 51% de sexo masculino. El mayor número de estudiantes se concentró en la modalidad de primaria general, seguida por las primarias indígenas y finalmente por los cursos comunitarios, como se muestra en la Tabla 3.7.

¹⁵⁹ Prawda, J. (1987). "El sistema educativo mexicano", en Logros, inequidades y retos del futuro del Sistema Educativo Mexicano. Grijalbo. México.

¹⁶⁰ LGE, Art. 3º, p. 1.

¹⁶¹ LGE, Art. 46º, p. 19.

¹⁶² El conjunto de estudiantes y maestros, autoridades educativas, planteles y establecimientos en los que se imparte la educación básica, media superior, superior y capacitación para el trabajo en la modalidad escolarizada es conocido como Sistema Escolarizado Nacional (SEP, 2000) o Sistema Educativo Escolarizado (INEE, 2009).

¹⁶³ La modalidad mixta es la combinación de las modalidades escolarizada y no escolarizada. Se caracteriza por su flexibilidad para cursar las asignaturas o módulos que integran el plan de estudios, ya sea de manera presencial o no presencial. Incluye estudios como técnico superior universitario. Acuerdo 243, SEP, 27 de mayo de 1998. La modalidad mixta es la combinación de las modalidades escolarizada y no escolarizada. Se caracteriza por su flexibilidad para cursar las asignaturas o módulos que integran el plan de estudios, ya sea de manera presencial o no presencial. Incluye estudios como técnico superior universitario. Acuerdo 243, SEP, 27 de mayo de 1998.

¹⁶⁴ En el nivel de educación básica existen escuelas de organización multigrado, donde un docente atiende de forma simultánea varios grados en una misma aula. En el caso de la secundaria general, cada grupo es atendido por varios profesores que enseñan una materia específica.

Tabla 3.7. Educación primaria. Ciclo escolar 2014-2015

| Nivel/Servicio y sostenimiento | Modalidad escolarizada | | | | Docentes* | Escuelas |
|--------------------------------|------------------------|------------|-----------|-----------|-----------|----------|
| | Total | Porcentaje | Mujeres | Hombres | | |
| Educación Primaria | 14,351,037 | 100% | 7,028,255 | 7,322,782 | 574,276 | 98,771 |
| General | 13,409,380 | 93.4% | 6,568,700 | 6,840,680 | 524,697 | 77,547 |
| Indígena | 827,628 | 5.8% | 404,539 | 423,089 | 36,809 | 10,133 |
| Cursos comunitarios | 114,029 | 0.8% | 55,016 | 59,013 | 12,770 | 11,091 |
| Público | 13,086,773 | 0.91% | 6,407,822 | 6,678,951 | 515,412 | 89,976 |
| Privado | 1,264,264 | 8.8% | 620,433 | 643,831 | 58,864 | 8,795 |

*Conjunto de individuos adscritos a un centro de trabajo, de acuerdo con la función que realiza en el mismo. A cada uno se le considera tantas veces como en centros de trabajo esté adscrito.

Fuente: Elaboración propia con datos de SEP/DGPyEE. Formatos 911

El tipo de servicio denominado indígena atiende a los estudiantes que hablan alguna lengua originaria. En las escuelas de educación preescolar y primaria indígena (y a nivel estatal en el primer grado de secundaria), el sistema educativo está obligado a ofrecer como asignatura la lengua nativa a los estudiantes indígenas. Sin embargo, aún no puede garantizar que los docentes de escuelas indígenas hablen la lengua materna de los niños y niñas que atienden.¹⁶⁵ El Programa especial de educación intercultural 2014-2018 de la SEP señala que “la atención a la población indígena, afrodescendiente y migrante no ha tenido lugar en planes y programas de estudio, ni en la formación docente ni en la elaboración de materiales educativos. Esta situación, de falta de pertinencia, fomenta el abandono escolar, reproduce el racismo, la discriminación y la falsa idea de que somos un país con homogeneidad cultural y lingüística. De ahí que sea necesario incorporar el enfoque de educación intercultural en los distintos componentes de operación de la educación básica nacional.”¹⁶⁶ Algunas de estas afirmaciones se ven reflejadas en diversos indicadores educativos, como se podrá observar en diversos apartados del presente documento.

El servicio comunitario, atendido por el Consejo Nacional para el Fomento Educativo (CONAFE), imparte la enseñanza en localidades rurales dispersas y aisladas, donde hay pocos niños, niñas y adolescentes. En él, jóvenes capacitados como instructores -que concluyeron la secundaria o la educación media superior- realizan el trabajo docente frente a un grupo. La organización escolar es multigrado y los materiales didácticos están diseñados expresamente para este modelo educativo.

En el caso de la secundaria existen las siguientes modalidades: la secundaria general, la secundaria técnica, los cursos comunitarios, la telesecundaria y la secundaria para trabajadores. Esta última ofrece servicios a personas mayores de 15 años o incorporadas al mercado laboral, a diferencia de las primeras, diseñadas para atender a la población entre 12 y 14 años de edad durante tres años.

De acuerdo con las estadísticas de la SEP, durante el ciclo escolar 2014-2015 estaban matriculados en la escuela 6,825,046 niños, niñas y adolescentes, 91.7% de los cuales en servicios con sostenimiento público y 8.3% con sostenimiento privado.



© UNICEF México/ Giacomo Pirozzi

¹⁶⁵ SEP (2014). Programa Especial de Educación Intercultural 2014-2018, Coordinación General de Educación Intercultural Bilingüe. p. 31. México.
¹⁶⁶ Ibid. p. 33.

Tabla 3.8. **Estudiantes de 12 a 14 años en educación secundaria en el ciclo escolar 2014-2015**

| Nivel/Servicio y sostenimiento | Modalidad escolarizada | | | | | |
|--------------------------------|------------------------|------------|-----------|-----------|-----------|----------|
| | Estudiantes | | | | Docentes* | Escuelas |
| | Total | Porcentaje | Mujeres | Hombres | | |
| Educación Secundaria | 6,825,046 | 100% | 3,380,447 | 3,444,599 | 408,252 | 38,604 |
| General | 3,509,559 | 51.4% | 1,747,992 | 1,761,567 | 234,547 | 15,368 |
| Telesecundaria | 1,432,813 | 21% | 696,232 | 736,581 | 72,206 | 18,551 |
| Técnica | 1,882,674 | 27.6% | 936,223 | 946,451 | 101,499 | 4,685 |
| Pública | 6,255,377 | 91.7% | 3,094,564 | 3,160,813 | 348,325 | 33,703 |
| Privada | 569,669 | 8.3% | 285,883 | 283,786 | 59,927 | 4,901 |

* Conjunto de individuos adscritos a un centro de trabajo, de acuerdo con la función que realiza en el mismo. A cada uno se le considera tantas veces como en centros de trabajo esté adscrito.

Fuente: SEP/DGPyEE; Formatos 911

La educación especial es un servicio educativo dirigido a personas que presentan algún tipo de discapacidad, ya sea transitoria o definitiva, así como a aquellas con aptitudes sobresalientes.¹⁶⁷ En México se imparte en todos los niveles de la educación básica, e incluye a estudiantes con discapacidad (deficiencia mental, trastornos visuales, trastornos de la audición e impedimentos motores), con aptitudes sobresalientes, y sin discapacidad (que incluye problemas de conducta, aprendizaje, lenguaje, autismo e intervención temprana).¹⁶⁸ La organización del servicio de educación especial difiere en cada entidad.¹⁶⁹

En el ámbito de la educación media superior, la Subsecretaría de este tipo educativo ofrece una alternativa de bachillerato incluyente, para estudiantes con ceguera o debilidad visual y discapacidad motriz o auditiva, en condiciones que facilitan y apoyan su proceso de aprendizaje.

Tabla 3.9. **Educación especial. Ciclo escolar 2015-2016 (absolutos)**

| Estudiantes atendidos* | Subtipo de servicio | Subtotal de estudiantes |
|------------------------|---|-------------------------|
| 587,375 | Con discapacidad (ceguera, baja visión, sordera, hipoacusia, discapacidad motriz, discapacidad intelectual) | 151,894 |
| | Aptitudes sobresalientes | 32,588 |
| | Otras condiciones (autismo, hemofilia, trastornos o síndromes metabólicos) | 226,543 |
| | Sub-total | 411,025 |

* La población atendida total incluye a los estudiantes que presentan necesidades educativas especiales temporales o permanentes que pueden o no estar asociadas a una condición, discapacidad o aptitudes sobresalientes, tales como problemas de aprendizaje, conducta, lenguaje u otras.

Fuente: Elaboración propia con base en Sistema Educativo de los Estados Unidos Mexicanos. Principales cifras 2015-2016. Disponible en: http://www.planeacion.sep.gov.mx/Doc/estadistica_e_indicadores/principales_cifras/principales_cifras_2015_2016.pdf

Educación media superior (EMS) y Educación superior (ES)

En los niveles de Educación media superior (EMS) y Educación superior (ES), el sistema educativo ofrece diversas modalidades y propuestas curriculares de educación para la formación en el trabajo, paralelamente al bachillerato general, dirigido a preparar a los estudiantes para su ingreso a estudios superiores.

La oferta actual de EMS en México —también llamada bachillerato— se organiza en tres grandes modelos: 1) general, 2) tecnológico y 3) profesional técnico¹⁷⁰ (educación técnica profesional), que cuentan a su vez con tres componentes formativos: básico, propedéutico y profesional. En estos planteles pueden cursarse las materias de manera presencial o a distancia. En la estructura organizativa de la EMS concurren distintos tipos de control administrativo y presupuestal.

La actual estructura de los servicios de EMS puede resumirse tal como se señala en el anexo único del Acuerdo 442¹⁷¹ en pluralidad y dispersión curricular. Los modelos educativos reflejan la dicotomía entre la preparación de carácter preuniversitario y las opciones terminales para la incorporación al mercado laboral. No existen mecanismos de vinculación y comunicación entre instituciones, lo

¹⁶⁷ Gobierno Federal. Glosario de términos sobre discapacidad. Disponible en: http://www.educacionespecial.sep.gov.mx/pdf/tabinicio/2012/Glosario_Terminos_sobre_Discapacidad.pdf

¹⁶⁸ INEE (2013). Panorama Educativo. México.

¹⁶⁹ En el caso de la Ciudad de México, la educación especial de niños con discapacidad, propicia su integración a los planteles de educación básica regular mediante la aplicación de métodos, técnicas y materiales específicos. Lo anterior se logra con el apoyo técnico, metodológico y conceptual de la Unidad de Servicios de Apoyo a la Escuela Regular (USAER). Para quienes no logren esa integración a los planteles de educación básica regular, se procura la satisfacción de sus necesidades básicas de aprendizaje a través de los Centros de Atención Múltiple (CAM). Allí se ofrece educación inicial y básica (preescolar, primaria y secundaria) de calidad a niñas, niños y jóvenes con discapacidad, discapacidad múltiple o trastornos graves del desarrollo, condiciones que dificultan su ingreso en escuelas regulares. Asimismo, se ofrece formación para la vida y el trabajo, destinada a estudiantes de 15 a 22 años de edad con discapacidad. Disponible en: <http://educacionespecial.sepdf.gob.mx/definicion.aspx>.

¹⁷⁰ INEE (2011). La educación media superior en México, p. 22. México

¹⁷¹ SEP, Acuerdo no. 442 por el que se establece el Sistema Nacional de Bachillerato en su marco de diversidad. DOF, 26 de septiembre 2008, p. 13.

que deriva en una falta de compatibilidad entre las alternativas que ofrecen y, en consecuencia, de coordinación entre ellas.¹⁷²

Dentro de la EMS, la oferta de bachilleratos en las modalidades de tipo tecnológico y profesional técnico dependen del gobierno federal (81.2%), y puede ser centralizada o descentralizada. Dicha proporción es coincidente con lo que ocurre en la educación superior, lo que da lugar a la creación de las universidades tecnológicas y politécnicas, además de mantener el apoyo a los institutos tecnológicos.

Como se puede ver en la siguiente tabla, durante el ciclo escolar 2014-2015 la SEP registró un total de 4,813,165 estudiantes de EMS, cuya mayor proporción se encontraba en el bachillerato general (61.8%), seguido del bachillerato tecnológico (36.7%) y por el servicio profesional técnico en los restantes casos (1.5%). Del total de estudiantes, 81.2% estaba matriculado en los servicios con sostenimiento público y 18.8% en los de sostenimiento privado.

Tabla 3.10. **Estudiantes de 15-17 años en educación media superior en el ciclo escolar 2014-2015**

| Nivel/Servicio y sostenimiento | Modalidad escolarizada | | | | | Escuelas |
|--------------------------------|------------------------|------------|-----------|-----------|-----------|----------|
| | Estudiantes | | | | Docentes* | |
| | Total | Porcentaje | Mujeres | Hombres | | |
| Educación media superior | 4,813,165 | 100% | 2,406,239 | 2,406,926 | 405,495 | 19,125 |
| Bachillerato general | 2,937,387 | 61.8% | 1,521,712 | 1,451,675 | 204,545 | 14,531 |
| Bachillerato tecnológico | 1,767,444 | 36.7% | 841,456 | 925,988 | 190,583 | 3,831 |
| Profesional técnico | 72,334 | 1.5% | 43,071 | 29,263 | 10,367 | 763 |
| Público | 3,906,800 | 81.2% | 1,939,535 | 1,967,265 | 295,558 | 12,354 |
| Privado | 906,365 | 18.8% | 466,704 | 439,661 | 109,937 | 6,771 |

*Conjunto de individuos adscritos a un centro de trabajo, de acuerdo a la función que realizan en el mismo. Cada uno es considerado tantas veces como en centros de trabajo esté adscrito.

Fuente: Elaboración propia con datos de SEP/DGP/EE; Formatos 911

La Educación superior comprende los programas de licenciatura —que incluyen la formación inicial de docentes, ofrecida exclusivamente en las escuelas normales— y de posgrado.

¹⁷² INEE (2011), Cit., p. 32.

La modalidad no escolarizada del SEN desarrolla procesos educativos para lograr competencias, hábitos y habilidades en los adolescentes o adultos y que son flexibles en tiempo, espacio y ambientes educativos; se adecuan a las características, necesidades y prioridades de niños, niñas, adolescentes y/o adultos, a las condiciones geográficas, socioculturales y económicas del medio, así como a los recursos disponibles en los lugares donde funcionan. Finalmente, la modalidad mixta (o semiescolarizada), combina las modalidades escolarizada y no escolarizada, y se caracteriza por su flexibilidad para cursar las asignaturas o módulos que integran el plan de estudios, ya sea de manera presencial o no presencial (Tabla 3.11).¹⁷³

Tabla 3.11. **Organización de la modalidad¹⁷⁴ no escolarizada (o extraescolar) del SEN**

| Estudiantes atendidos | Tipo de servicio educativo | |
|---|-------------------------------------|---|
| Educación abierta, no escolarizada y/o semiescolarizada | Educación inicial | Lactantes (CENDI) Maternales (CENDI) Vía padres capacitados Alfabetización |
| | Educación para adultos | Educación básica Capacitación no formal para el trabajo Misiones culturales |
| | Educación media superior y superior | Bachillerato Profesional técnico Licenciatura y posgrado |
| | Educación extraescolar indígena | |
| | Formación para el trabajo | |

Fuente: Elaboración propia con base en INEE 2013.



¹⁷³ Con base en el Acuerdo núm. 243, por el que se establecen las bases generales de autorización o reconocimiento de validez oficial de estudios, DOF, 27 de mayo de 1998.

¹⁷⁴ En la LGE sólo se contemplan tres modalidades, como se mencionó anteriormente (escolar, no escolarizada y mixta).

3.2.3 El Sistema de Protección

En diciembre de 2014 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, que crea formalmente un mecanismo destinado a articular todos los esfuerzos de las instituciones para garantizar el cumplimiento de derechos: el Sistema nacional de protección integral de niñas, niños y adolescentes, el cual es coordinado por una Secretaría Ejecutiva y abarca todos los niveles: federal, estatal y municipal.

La Ley creó también una nueva institución, la Procuraduría de protección de niños, niñas y adolescentes, a nivel federal y estatal, que sustituye a las Procuradurías del menor y la familia. La Procuraduría de protección fue dotada de la máxima descentralización posible y es responsable de promover, proteger y restituir los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Las Procuradurías de protección estatales deben desconcentrarse a nivel regional y de los municipios, y deben crear programas o áreas de primer contacto. Estas Procuradurías, siguiendo una metodología específica, determinan las medidas de protección especial necesarias para reparar un daño y restituir los derechos violentados, así como coordinar su ejecución con diversas dependencias especializadas y dar seguimiento, hasta que todos los derechos sean efectivamente garantizados. También representan, protegen y defienden legalmente a niñas, niños y adolescentes en todos los procedimientos administrativos y jurisdiccionales, y están a cargo del levantamiento de diversos registros, como el de los Centros de Asistencia Social, que también deben supervisar.

La Ley ordena además la especialización, al interior de la Comisión Nacional de Derechos Humanos y de las comisiones estatales, de instancias que puedan recibir quejas de niñas y niños y hacer recomendaciones con relación a asuntos relativos a sus derechos humanos.



© UNICEF México/Mauricio Ramos

Por otro lado, a nivel de políticas públicas, la ley ordena la aprobación e implementación de un Programa nacional de protección de niñas, niños y adolescentes, así como de programas estatales de protección que articularán acciones prioritarias entre los sectores y niveles administrativos para la protección de esta población, y la creación de un Sistema nacional de información, que reunirá datos a todos los niveles sobre la situación de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

El 2 de diciembre de 2015 se instaló el Sistema de protección integral de niñas, niños y adolescentes. En la primera mitad de 2016, las 32 entidades federativas armonizaron y publicaron sus leyes locales de protección de derechos de niñas y niños y adolescentes, y para fines del mismo año, los 32 estados y 782 municipios instalaron sus sistemas de protección. Asimismo, el 2 de abril del 2015 se publicó en el Diario Oficial de la Federación un acuerdo¹⁷⁵ que crea formalmente la Procuraduría federal de protección de niñas, niños y adolescentes, así como las 32 procuradurías estatales, sus oficinas regionales y las áreas de primer contacto en los municipios, actualmente en proceso de creación e inicio de funciones.

En general, se puede decir que en el país es todavía limitado el conocimiento de la Ley General y de los mecanismos de protección que crea. Las autoridades de los tres órdenes de gobierno, la sociedad civil y la comunidad necesitan todavía apreciar el cambio de paradigma hacia el enfoque de derechos y la nueva institucionalidad que manda la ley. Igualmente, la mayoría de las instituciones de gobierno tendrán que articularse de forma más sistemática en la ejecución de medidas de protección especial, con base en sus competencias y funciones para la protección y restitución de derechos de niñas, niños y adolescentes.

Algunos de los principales desafíos para lograr la efectiva implementación del Sistema de protección integral y las medidas de protección especial son los siguientes:

Garantizar la armonización de todo el marco normativo federal y estatal (incluidos los estatutos orgánicos y manuales de operación, entre otros) para lograr los cambios que establece la Ley general en las estructuras y acciones, así como en la dinámica institucional, en esos dos niveles.

¹⁷⁵ DOF (02/04/2015). Acuerdo mediante el cual se expide el Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5387686&fecha=02/04/2015

Asegurar el funcionamiento de los Sistemas de protección integral en todos los estados y municipios, así como la completa instalación de las Procuradurías de protección de la niñez.

Promover la implementación del Programa nacional de protección y la consolidación del Sistema nacional de información, así como realizar las acciones conducentes para el desarrollo de estas acciones en estados y municipios.

Materializar el procedimiento específico que establece la Ley General (artículo 123º) para la protección y restitución de derechos. Esto implica el desarrollo y difusión de lineamientos y herramientas que coadyuven en la instalación de una amplia gama de opciones y servicios para la niñez.

Garantizar el trabajo articulado entre las Procuradurías de protección y las otras instancias de gobierno y asegurar que las primeras no ejecuten las medidas de protección, sino que las coordinen y les den seguimiento. Con este objetivo, es importante involucrar en un procedimiento de protección especial a las dependencias que por tradición no intervienen,¹⁷⁶ como las encargadas de salud, educación, cultura y deporte.

Asegurar que las Procuradurías de protección cuenten con todos los insumos técnicos, humanos y financieros necesarios para atender la totalidad de los casos de vulneración de derechos de niñas, niños y adolescentes.

Asegurar el diálogo entre la Procuraduría federal, las Procuradurías de los estados y, en su caso, las Procuradurías municipales o áreas de primer contacto municipal, para definir competencias concurrentes y canales de comunicación.

Garantizar que las Procuradurías de protección concentren y analicen la información vinculada con los casos que hayan atendido, lo cual permitirá medir de manera directa la situación de niños, niñas y adolescentes, y determinar las situaciones en las que debe intervenir el Estado. Se trata de un insumo indispensable para el diseño, planeación, focalización, monitoreo y evaluación de la política pública de protección.

3.3 Panorama de la inversión en la infancia en México

La Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por México, estipula en su artículo 4º la obligación de los Estados parte de adoptar todas las medidas administrativas, legislativas o de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la Convención, hasta el máximo de recursos a su disposición.

Garantizar los derechos de niños, niñas y adolescentes no sólo constituye una responsabilidad moral y legal, sino también involucra las políticas económicas y sociales y, por consiguiente, la asignación de los recursos financieros del país.

En materia de análisis de la inversión pública en la infancia, en México se observan avances e innovaciones, a partir de la identificación y la cuantificación de los fondos destinados a este grupo de población. Desde 2012, el gobierno federal incluye anualmente en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) un listado de los programas presupuestarios y de los recursos asignados a la infancia, conocido como Anexo transversal: erogaciones para la atención de los niños, niñas y adolescentes.

En 2013 se reformó la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria con el fin de establecer la incorporación anual del Anexo transversal que identifica los programas y recursos para la atención de los niños, niñas y adolescentes en todos los ejercicios fiscales sucesivos.

Posteriormente -en 2014- el gobierno mexicano aprobó la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, que reconoce a los niños y niñas como sujetos de derechos y establece por primera vez las obligaciones de los distintos actores gubernamentales y sociales, lo cual permite garantizar el cumplimiento de sus derechos, y por lo tanto hacer uso del máximo de recursos posibles para lograr este fin.

La información que provee el gobierno mexicano por medio del Anexo transversal divulga los montos de la inversión destinados a la infancia y adolescencia, así como la distribución entre ámbitos de derechos: entre 2012 y 2017 la inversión pública en la infancia constituyó aproximadamente 3.8% del Producto Interno Bruto (PIB); en otras palabras, el presupuesto asignado a la niñez en ese periodo ha representado en promedio 15% del PEF, y ha sido 20% del gasto programable.¹⁷⁷

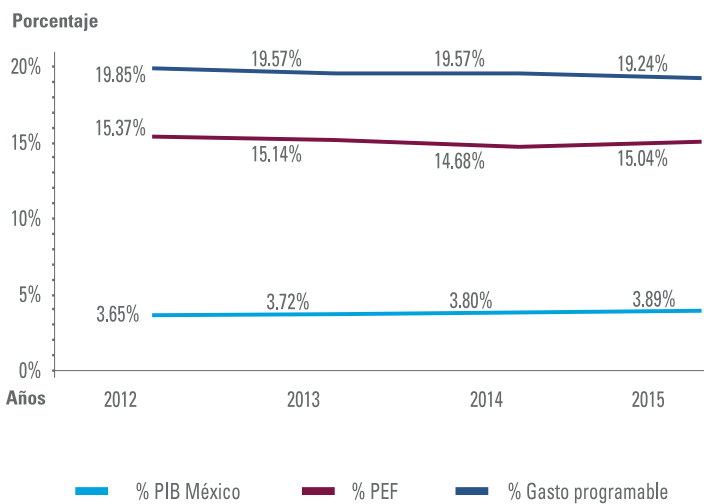
¹⁷⁶ Es posible que dichas dependencias no perciban su propio papel en los procedimientos de protección especial.

¹⁷⁷ Cálculos propios con base en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2012, 2013, 2014 y 2015.

La información que proporciona el gobierno mexicano por medio del Anexo transversal, además del monto de recursos federales destinados a la atención de la infancia y la adolescencia, también permite conocer el ramo al que pertenecen los diferentes programas presupuestarios, y así analizar su distribución por grupo de derechos, dependencias o entidad de gobierno, y su modalidad presupuestaria.

Lo anterior permitió un hallazgo relevante: más del 50% de los recursos para la infancia provienen del Ramo 33, lo cual significa que se trata de un gasto federalizado, que para su ejercicio es transferido a los gobiernos estatales y municipales.

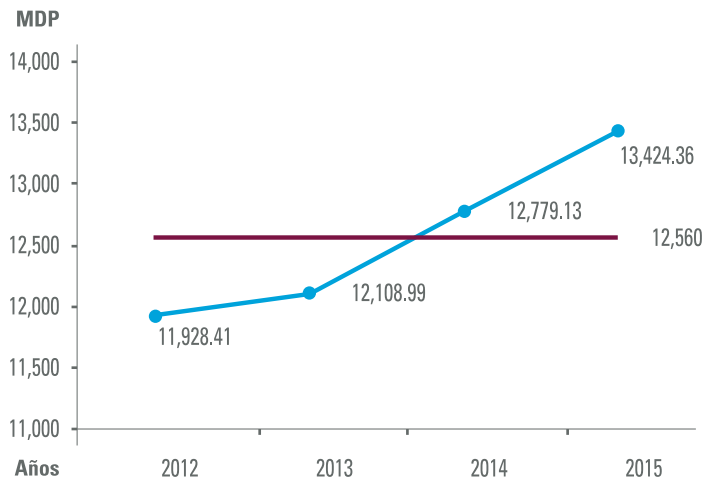
Gráfico 3.2. Evolución de la inversión pública en la infancia en México, como porcentaje del PIB, del PEF y del gasto programable, 2012-2015 (precios constantes de 2008)



Fuente: Elaboración propia con datos de los Presupuestos de Egresos de la Federación 2012, 2013, 2014, 2015. Montos en términos reales a precios de 2008.

Respecto al gasto promedio por niño se observa una tendencia a la alza (Gráfico 3.3), ya que de 2012 a 2015 el gobierno federal ha invertido anualmente en cada persona \$12,560 pesos mexicanos en promedio (en términos reales a precios de 2008), lo cual significa que en el periodo examinado se han incrementado en 12.5% los recursos monetarios destinados a la atención de la infancia y la adolescencia en México.

Gráfico 3.3. Tendencia de la inversión pública en la infancia en México por niño, 2012-2015. Montos en pesos en términos reales a precios de 2008.

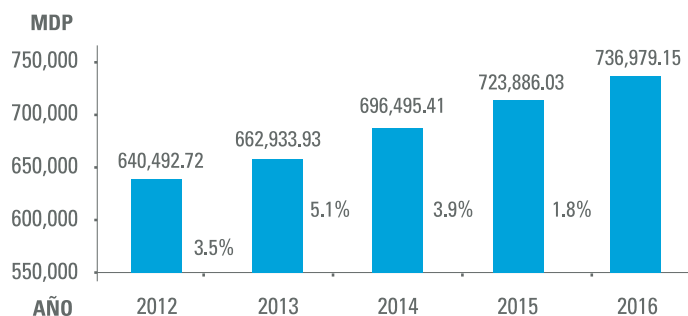


Fuente: Elaboración propia con datos de los Presupuestos de Egresos de la Federación 2012, 2013, 2014, 2015.

Por otra parte, en el siguiente gráfico -correspondiente al periodo 2012-2016- se observa un crecimiento sostenido del gasto público por un monto de 2.8% en términos reales, destinado a la atención de niñas, niños y adolescentes. Sin embargo, con respecto a los años anteriores, el PEF de 2016 es el que menor aumento mostró del gasto en infancia (Gráfico 3.4).



Gráfico 3.4. Evolución del gasto público en la infancia 2012-2016 (mdp) según presupuesto aprobado anual



Fuente: Información de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con datos de los Presupuestos de Egresos de la Federación 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016.

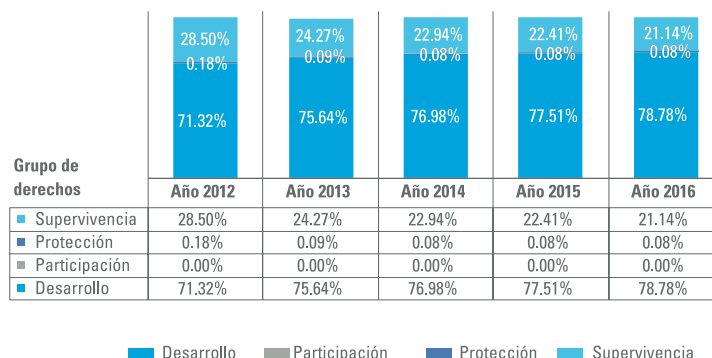
Entre 2012 y 2016 el incremento del gasto público para la niñez se debió a dos razones: la primera está relacionada con la mejora en la identificación de nuevos programas y dependencias participantes en el Anexo transversal y a la inclusión de programas que no se habían registrado anteriormente (por ejemplo, en 2016 el incremento se debió a que se añadieron programas relacionados con la atención consular de niños en situación de migración, registro de nacimiento y atención a refugiados, entre otros). La segunda es una mayor asignación de recursos para las acciones destinadas a la infancia (por ejemplo, la creación del programa Seguro de vida para jefas de familia en el 2013).

Sin embargo, al analizar la distribución del gasto por derechos se observa un desequilibrio: aproximadamente 75% del gasto se destina al derecho al desarrollo (educación, deportes, recreación y cultura), 23% al derecho a la supervivencia (nutrición, alimentación y combate a la pobreza), mientras que únicamente 2% se dirige al derecho a la protección, y menos del 1% a programas vinculados con el derecho a la participación. Si bien la distribución de los fondos por derechos no debe guardar la misma proporción entre cada uno de ellos, debe efectivamente responder a las problemáticas de la población y a las brechas existentes en el cumplimiento de cada uno de los derechos, en el intento de alcanzar de esta forma a los niños más vulnerables y a los que se encuentran en situaciones de riesgo.

Lo anterior es atribuible a una falta de fomento a la investigación y de análisis que permitirían cuantificar los costos de una política integral que abarque todos los ámbitos de la vida de niños, niñas y adolescentes. Entre ellos, considerando los desafíos de protección

que enfrenta México en la población infantil y adolescente, deberían cobrar especial relieve los relacionados con los servicios de protección especial. En suma, el reto no es incrementar el gasto, sino destinar el monto óptimo a todos los derechos, que permita su goce integral y que se dirija hacia la disminución de las brechas de desigualdad existentes entre la población infantil.

Gráfico 3.5. Distribución de la inversión pública en la infancia por grupo de derechos 2012-2016 (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con datos de los Presupuestos de Egresos de la Federación 2012, 2013, 2014, 2015, 2016.

Equidad del gasto en la infancia

Un reto importante en materia de finanzas públicas se relaciona con la equidad en la distribución de la inversión pública en la niñez; es decir, la medida en que la asignación del gasto público promueve la igualdad y se dirige a revertir inequidades entre la población. Los datos del *Informe sobre la equidad del gasto en la infancia y la adolescencia* de UNICEF-PNUD,¹⁷⁸ con datos de 2012, evidenciaron que los recursos públicos no promovían la igualdad sino, por lo contrario, se ejercían de forma regresiva: esto significa que los niños, niñas y adolescentes con más recursos se beneficiaban de una mayor proporción del gasto a través de subsidios y transferencias, mientras que aquellos con menores niveles de desarrollo humano y que habitaban en los hogares con menores ingresos recibían una menor proporción del mismo.

¹⁷⁸ UNICEF-PNUD (2015). Informe sobre la equidad del gasto en la infancia y la adolescencia. México. Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF_PNUD_Equidad_Gasto_lov.pdf

El análisis del gasto en desarrollo humano (GDH)¹⁷⁹ mostró que en 2012 un 55.2% de éste se dirigía a los adultos, mientras que 44.8% estaba destinado a niñas, niños y adolescentes. El gasto en educación se destinó principalmente a estos últimos, mientras que los beneficiarios de las transferencias de ingreso fueron mayormente adultos.

Al analizar la asignación per cápita del GDH en 2012 se encontró que los adolescentes fueron el grupo poblacional al que se destinaron mayores recursos, con \$27,768 pesos. Le seguían los niños y niñas en edad escolar (\$24,453 pesos), la primera infancia (\$13,916 pesos) y, por último, los adultos (\$13,885 pesos). Cabe señalar que la primera infancia fue el segmento poblacional al que se asignó la menor proporción de GDH en 2012 (8.8% del total), el grupo con la menor proporción de beneficiarios del GDH y el conjunto con el menor gasto per cápita en desarrollo humano.

El análisis de la asignación del gasto por deciles de ingreso reveló que el GDH para el periodo 2008-2012 tuvo un efecto redistributivo prácticamente nulo, es decir, mantuvo inalterada la desigualdad de oportunidades.

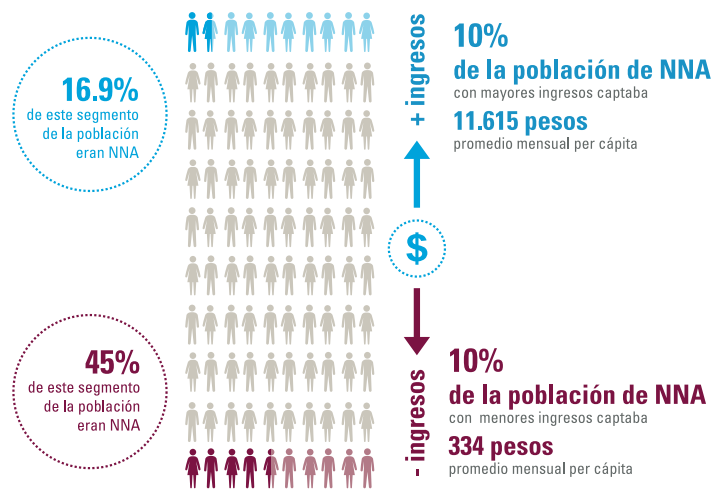
El componente con el mayor sesgo a favor de las personas de mayores recursos en 2012 fueron las transferencias al ingreso: 29.1% de estos recursos favoreció al 10% de la población con el mayor ingreso, mientras que 14.3% benefició al 10% más pobre. En contraste, el rubro con el mayor sesgo a favor de las personas pobres fue del Programa PROSPERA (en ese entonces llamado Oportunidades), pues 45.6% de su presupuesto se destinó al 20% de personas con menor ingreso. Por su parte, el gasto en salud y educación tuvo un efecto prácticamente nulo sobre la reducción de la desigualdad en el mismo periodo. Asimismo, los resultados indican que el GDH benefició en mayor medida a quienes tenían mayor desarrollo humano.

En general, la distribución del gasto tiene un sesgo a favor de las personas adultas con mayores recursos en comparación con el que se destina a niños, niñas y adolescentes. Para ambos grupos demográficos, el efecto redistributivo y a favor de la igualdad del gasto en salud era prácticamente nulo, toda vez que la educación y las transferencias al ingreso fueron los componentes con el mayor sesgo a favor de quienes tenían mayores recursos.

Esta tendencia de las transferencias al ingreso en todos los grupos de edad pone de manifiesto la necesidad de corregir este sesgo redistributivo. Una forma de hacerlo es a través de la eliminación de las transferencias generalizadas en conjunto, con un aumento de las transferencias dirigidas a quienes experimentan más carencias y tienen un menor nivel de desarrollo. El programa PROSPERA es un ejemplo de este tipo de transferencias focalizadas.

Sin embargo, es importante notar que el efecto redistributivo que promueve la igualdad de PROSPERA -el único componente a favor de las personas pobres del GDH- disminuyó entre 2008 y 2012. Por ejemplo, en 2012 para lograr una distribución equitativa 20% de los niños, niñas y adolescentes con menos IDH debió captar 38.6% del GDH para la infancia, pese a lo cual recibió, en realidad, 15.3% de los recursos. En contraste, 20% de los niños, niñas y adolescentes con mayor IDH recibió 24.2% del GDH para la niñez, cuando la distribución recomendada señala que debió haber captado 8.9%, como se observa en el Gráfico 3.6.

Gráfico 3.6. Distribución observada y recomendada del Gasto en Desarrollo Humano por deciles de IDH



Fuente: UNICEF-PNUD (2015), Informe sobre la equidad del gasto en la infancia y la adolescencia en México.

¹⁷⁹ El Gasto en Desarrollo Humano (GDH) se define como aquel dirigido a promover las tres dimensiones básicas representadas por el Índice de Desarrollo Humano (IDH): salud, educación e ingreso, y contempla 20 rubros para su análisis (ver UNICEF-PNUD 2015). La metodología de análisis del gasto permite identificar el sesgo distributivo del mismo en diferentes niveles de gobierno, al incorporar criterios explícitos para guiar su posible asignación y evaluar la manera en que favorece o no a quienes presentan mayores rezagos (equidad vertical), así como la forma en que se afecta diferenciadamente a quienes en principio son iguales (equidad horizontal).

Por último, en comparación con otros subgrupos de edad de la población infantil y adolescente, los niños y niñas entre cero y cinco años recibieron el menor gasto público per cápita, y tuvieron la menor proporción de beneficios del gasto en desarrollo humano. Al analizar la equidad del gasto público, se observa que éste es más regresivo en la primera infancia, es decir, omite promover la igualdad de oportunidades, pues la población infantil de los países de menor nivel de IDH captó una menor proporción del gasto, en comparación con la población infantil con mayor nivel de IDH.

Recientemente el estudio de UNICEF sobre la *Inversión en la primera infancia en los países de América Latina*, mostró que en 2013 México destinó 0.8% del PIB a la atención de los niños y niñas entre cero y cinco años, lo cual es inferior al promedio de los países de la región.¹⁸⁰ Esto es especialmente relevante, pues en 2016 México -en consonancia con el entorno económico global- enfrenta desafíos importantes derivados de una baja en la demanda agregada mundial, un exceso de capacidad en las industrias extractivas y manufactureras, tasas de interés reales negativas y caídas abruptas en los mercados de valores.

3.4 La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

En septiembre de 2015 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Objetivos de Desarrollo Sostenible-ODS). Como se enuncia en su preámbulo, esta Agenda es un plan de acción para las personas, el planeta y la prosperidad,¹⁸¹ que da continuidad al marco global de desarrollo que constituían los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y, de manera análoga, busca definir metas universales en materia de desarrollo para todos los países durante los próximos 15 años, de lo cual precisamente deriva su nombre.

La Agenda 2030 tiene profundas diferencias y avances en su concepción y enfoque respecto a los ODM. La primera importante es un mayor balance entre objetivos dirigidos a garantizar el ejercicio de los derechos y la prosperidad de las personas y los objetivos orientados a la preservación del planeta. Esta agenda también es pionera en incorporar y comprometer a todos los países del mundo, y no únicamente a los países en desarrollo, como lo hacían los ODM. Su elaboración también introdujo un cambio fundamental en el enfoque, en comparación con la formulación de los ODM de hace 15 años, ya que es el resultado de un proceso de reflexión y discusión de países desarrollados y en desarrollo, e incluyó una consulta amplia y participativa con la sociedad civil.

La Agenda 2030 es ambiciosa en sus alcances, ya que sus objetivos son amplios y procuran resolver problemas complejos, y a la vez son integrales e indivisibles: se busca lograrlos todos, sin distinción. A diferencia de los ODM, los ODS y sus correspondientes metas buscan terminar de manera absoluta con las privaciones de los derechos de las personas, tales como la pobreza y el hambre. Esto significa no dejar a nadie atrás en la senda del desarrollo, en pos de un mundo donde todos y todas tengan acceso a vidas productivas y satisfactorias, beneficiándose del progreso económico, tecnológico y social.

La Agenda 2030 para el desarrollo sostenible es una apuesta comprehensiva y ambiciosa para propiciar el tránsito de todos, conjuntamente, hacia un modelo de desarrollo inclusivo y sostenible. Para estos fines define 17 objetivos, 169 metas y 235 indicadores de seguimiento, como guías para la acción de los gobiernos. Los 17 objetivos han sido agrupados en cuatro áreas: personas, planeta, prosperidad, paz y alianzas (Gráfico 3.7).

Gráfico 3.7. **Objetivos de Desarrollo Sostenible: 17 metas para transformar el mundo**



Fuente: ONU. Objetivos de Desarrollo Sostenible

En los ODS -al igual que en el marco de desarrollo ODM- y si bien todas las metas son relevantes para la vida de los niños, niñas y adolescentes, no todas hacen referencia explícita a la niñez. De las 169 metas establecidas, 48 que abordan temáticas como pobreza, hambre, nutrición, salud, educación, igualdad de género, agua y saneamiento, crecimiento económico, paz e inclusión social,¹⁸² son altamente relevantes para la garantía de los derechos de la infancia.

¹⁸⁰ UNICEF, IPE-UNESCO y OEI (2015). La inversión en la primera infancia en América Latina. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/UNICEF_ISPI_ful_doc_201512.pdf

¹⁸¹ United Nations General Assembly (2015). Session 70 - Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015, "Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development", A/RES/70/1 21. USA.

¹⁸² UNICEF (2015), SDGs and UNICEF priorities for children. USA.

¿Cómo ha avanzado México en la implementación de la Agenda 2030?¹⁸³

El gobierno mexicano ha dado pasos rápidos en algunos aspectos de la implementación de la Agenda 2030, el primero de los cuales ha sido la conformación de un Comité técnico especializado de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para coordinar los trabajos de carácter conceptual, metodológico, técnico y operativo a nivel institucional. Políticamente se ha dado mucha fuerza a este Comité, que es presidido por la Oficina de la Presidencia de la República y cuenta con el INEGI como Secretaría Técnica. Lo integran, además, todas las Secretarías del área social (Salud, Educación, SEDESOL, SRE), e instancias de evaluación como el CONEVAL.

Uno de los primeros ámbitos de trabajo de dicho Comité ha sido la identificación de indicadores nacionales para el seguimiento de los objetivos de los ODS. También, siguiendo la buena práctica en el seguimiento de los ODM, se ha trabajado en la construcción de un sistema de información¹⁸⁴ que se constituya en una plataforma de seguimiento al progreso de los ODS, denominada Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Éste, a través de una plataforma virtual, permitirá consultar, dar seguimiento y visualizar los indicadores de la última información disponible, con desagregación para el nivel subnacional.

Otro avance en la implementación de la Agenda 2030 en México fue la creación del Consejo Nacional de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que coordinará las acciones para el diseño, la ejecución y la evaluación de estrategias, políticas, programas y acciones para el cumplimiento de la Agenda 2030, e informará sobre el seguimiento de sus objetivos, metas e indicadores.

Adicionalmente, México se comprometió a ser uno de los países que presentaron un informe de avances de la implementación de los ODS ante el Foro Político de Alto Nivel sobre Desarrollo Sustentable, (HLPF), la plataforma principal para el seguimiento de la Agenda 2030 y los ODS, que se desarrolló en julio de 2016.

Desafíos para implementar la Agenda de Desarrollo 2030

La incorporación de metas en nuevos ámbitos y de temáticas relacionadas con la niñez –tales como el desarrollo infantil temprano, el abuso, maltrato y explotación del niño, entre otros- son una ventana de oportunidad en el trabajo de los países para lograr una

niñez que alcance su potencial completo. Asimismo, la orientación de esta nueva agenda de desarrollo -“no dejar a nadie atrás”- será en los próximos 15 años un importante vehículo para movilizar la acción pública hacia los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en peores condiciones y con mayores vulneraciones de derechos.

Por otra parte, el énfasis de esta agenda en “revolucionar” la producción de información estadística para seguir y reportar los avances hacia las metas, mediante desagregaciones por grupos de edad y poblaciones, permitirá una mejor identificación y visibilidad de las brechas en la garantía de los derechos de los niños.

El gobierno de México, al igual que todos los del mundo, debe implementar la Agenda 2030 a partir del 2016, lo cual plantea varios desafíos de política y gestión pública, en virtud de su alcance. Naturalmente, la puesta en marcha de una agenda tan ambiciosa involucra muchos desafíos, entre los cuales la integración de los diferentes sectores del gobierno para el logro de los objetivos definidos. En este sentido, por su alcance y magnitud, la Agenda 2030 requiere de la intervención y coordinación activa de los diferentes sectores del gobierno para alcanzar las metas trazadas. La coordinación de acciones y estrategias entre niveles de gobierno agrega aún mayor complejidad, especialmente en vista de la diferencia en capacidades y recursos entre el nivel federal y estatal, así como entre cada uno de los estados.

Si bien el gobierno ha dado pasos en la identificación de indicadores para el seguimiento de los ODS, y no obstante la fortaleza técnica del INEGI para producir información estadística y geográfica, la incorporación de metas en nuevos ámbitos -principalmente los indicadores relacionados con la violencia, tales como el abuso sexual, el castigo físico y psicológico en niños y la trata- siguen constituyendo un gran desafío. A la vez, el peso de una producción de datos de tal magnitud, y con la frecuencia y los niveles de desagregación que requiere la Agenda 2030, se vislumbra como una tarea compleja para el órgano a cargo de las estadísticas nacionales.

En términos de su vínculo con la implementación de la reciente Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, tanto el Programa nacional como el Sistema nacional de información que le corresponde son los dos principales mecanismos de esta ley que requieren ser armonizados con la Agenda 2030.

¹⁸³ Cabe destacar que México tuvo una participación activa, y ejerció un papel de liderazgo, en todo el proceso de cuatro años que desembocó en la definición de la Agenda 2030. Este liderazgo le llevó a ser, conjuntamente con Filipinas, co-presidente del Grupo Interagencial de Expertos IAEG para la definición de los indicadores de seguimiento a las 169 metas definidas. En el marco de esta co-presidencia del IAEG, en marzo del 2016, México fue anfitrión de la tercera reunión del IAEG, durante la cual se aprobó la lista final de indicadores para medir el progreso en las metas establecidas.

¹⁸⁴ México ha llegado al término de la Agenda ODM con importantes avances en la mayoría de las metas fijadas. El último informe nacional de progreso en los ODM muestra que México tuvo un desempeño positivo y cumplió la mayoría de las metas definidas, a pesar de que el gobierno planteó, para algunas metas, objetivos más ambiciosos que las propuestas a nivel global. Pese a lo anterior, en algunos indicadores -principalmente aquellos relacionados con infancia y salud, como mortalidad materna y mortalidad infantil- no logró alcanzar las metas propuestas para 2015.

4. Niñez en situación de mayor vulnerabilidad



4.1 Pobreza infantil

En 2016, 52.3% de los niños y niñas entre cero y 11 años vivían en situación de pobreza, de estos 9.7% en pobreza extrema, mientras que 48.8% de los adolescentes (12 a 17 años) estaban en la misma situación, de los cuales 7.8 en pobreza extrema. En México 20.7 millones de niñas, niños y adolescentes que viven en hogares que experimentan algún tipo de pobreza.

El panorama es más complejo para la niñez indígena, con porcentajes de pobreza cercanos al 80% (78.6 para las niñas y niños y 78.2 para las y los adolescentes). Esto evidencia las desventajas que enfrenta la población indígena para el ejercicio de sus derechos.

El Estado mexicano ha reforzado su compromiso con el cumplimiento de los derechos de la infancia mediante reformas legislativas e institucionales, y principalmente a través de la entrada en vigor de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes a finales de 2014. Sin embargo, la pobreza y la desigualdad siguen afectando a este sector de manera particular, y sus efectos se traducen en la práctica en violaciones de los derechos de la infancia y adolescencia. La pobreza en la niñez genera daños irreversibles, lo cual confiere a su atención y reducción un sentido de urgencia: la probabilidad de que se vuelva permanente es más alta que en el caso de los adultos, al igual que la posibilidad de que se reproduzca intergeneracionalmente.

La metodología de medición multidimensional de la pobreza en México, desarrollada por el CONEVAL, comprende el ingreso de las familias y el cumplimiento básico de los derechos sociales. Lo anterior resulta muy relevante en el caso de la infancia, ya que la medición basada exclusivamente en los ingresos monetarios no refleja las aristas, complejidad y heterogeneidad de la pobreza infantil.

En otras palabras, uno de cada dos niños o adolescentes carecía de las condiciones mínimas para ejercer al menos uno de sus derechos sociales, y sus hogares carecían de los recursos indispensables para satisfacer sus necesidades básicas.¹⁸⁵

Además de presentar una mayor incidencia de pobreza en las dimensiones que la integran, entre la población en general y la población de cero a 17 años se observa una situación diferenciada (Tabla 4.1), especialmente en la carencia de acceso a la seguridad social y en las carencias referidas a la situación de la vivienda. Adicionalmente, la carencia de acceso a la alimentación resulta particularmente preocupante, ya que 27.6% de las personas menores de 18 años reportaron experiencias de hambre o insuficiencia en la cantidad o calidad de alimentos consumidos, frente a 23.4% en el caso de la población en general.

¹⁸⁵ CONEVAL/UNICEF (2013). Pobreza y derechos sociales de niñas, niños y adolescentes en México, 2008 - 2010. México.

Tabla 4.1. **Pobreza y carencias de la población total y de la población de 0 a 17 años, por sexo, 2014 (porcentajes)**

| Indicadores | Toda la población | Población de 0 a 17 años | | |
|-----------------------------------|-------------------|--------------------------|---------|---------|
| | | Total | Sexo | |
| | | | Hombres | Mujeres |
| Pobreza | | | | |
| Pobreza | 46.2 | 53.9 | 53.8 | 53.9 |
| Pobreza moderada | 36.6 | 42.3 | 42.4 | 42.3 |
| Pobreza extrema | 9.5 | 11.5 | 11.4 | 11.6 |
| Vulnerable por carencias sociales | 26.3 | 20.6 | 20.8 | 20.3 |
| Vulnerable por ingresos | 7.1 | 8.5 | 8.4 | 8.6 |
| No pobre | 20.5 | 17 | 17 | 17.1 |
| Carencias sociales | | | | |
| Rezago educativo | 18.7 | 8 | 8.4 | 7.5 |
| Acceso a los servicios de salud | 18.2 | 16.2 | 16.6 | 15.9 |
| Acceso a la seguridad social | 58.5 | 62.6 | 62.8 | 62.3 |
| Calidad y espacios de la vivienda | 12.3 | 16.7 | 16.7 | 16.7 |
| Servicios básicos de la vivienda | 21.2 | 24.8 | 24.7 | 24.8 |
| Acceso a la alimentación | 23.4 | 27.6 | 27.6 | 27.6 |
| Ingreso menor a la LBE | 53.2 | 62.4 | 62.2 | 62.6 |
| Ingreso menor a la LBM | 20.6 | 25.9 | 25.6 | 26.1 |

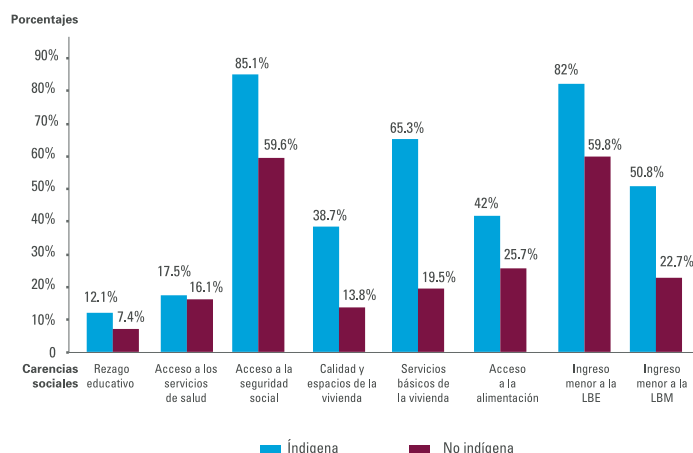
LBE: Línea de bienestar económico; LBM: Línea de bienestar mínimo.
Fuente: Elaboración propia con base en CONEVAL y MCS - ENIGH 2014.

Los análisis realizados por CONEVAL y UNICEF respecto a la pobreza infantil en México¹⁸⁶ permiten identificar como sus determinantes principales la pertenencia étnica, algunas características del hogar, el tamaño de la localidad y el área geográfica de residencia.

En el periodo estudiado, prácticamente ocho de cada 10 niños, niñas o adolescentes habitantes de hogares indígenas eran pobres (78.4%), la incidencia de pobreza extrema entre la población infantil indígena fue del cuádruple frente a la población no indígena, esto es 35.1% y 8.5%, respectivamente. Además, todos los indicadores de carencia social muestran una desventaja consistente para la población indígena (Gráfico 4.1), aunque cabe relevar que en el caso del rezago educativo y del acceso a los servicios de salud se aprecian brechas notablemente menos pronunciadas.

En lo que respecta a las características del hogar, según datos de 2014 la incidencia de pobreza y pobreza extrema era mayor en aquellos que tenían una tasa de dependencia alta,¹⁸⁷ en aquellos con alguna persona con discapacidad, en los que tenían cuatro o más integrantes, en los que no había ninguna persona ocupada en el hogar, en los que el o la jefa del hogar tenía 65 años o más o bien era menor de 29 años, y también cuando tenía baja escolaridad: 74.2% de los hogares con niños, niñas y adolescentes cuya jefatura no tenía la primaria completa estaban en pobreza, proporción que, en cambio, representaba 25.2% en el caso de que la jefatura tuviera preparatoria completa. La incidencia de pobreza moderada fue más elevada en el caso de los hogares con jefatura femenina (44% frente a 41.9% en el caso de la jefatura masculina), pero ligeramente inferior en cuanto a la pobreza extrema (11.5 vs 11.7%)¹⁸⁸ como se muestra en el Gráfico 4.1.

Gráfico 4.1. **Porcentaje de la población de 0 a 17 años indígena¹⁸⁹ y no indígena con carencias sociales y por debajo de la Línea de bienestar económico (LBE) y de la Línea de bienestar mínimo (LBM). México, 2014.**



Fuente: Elaboración propia a partir de información del CONEVAL y MCS-ENIGH, 2014.

¹⁸⁶ Para datos y análisis más detallados al respecto, consultar UNICEF-CONEVAL (2013) y UNICEF-CONEVAL (2014) Disponibles en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/MX_Pobreza_derechos.pdf. UNICEF-CONEVAL (2015). (Mimeo). México.

¹⁸⁷ Se define como la relación del total de personas de cero a 11 años de edad respecto al total de población de 12 años o más. Se considera baja si esta relación es inferior a 0.5 y alta si es igual o superior a este umbral.

¹⁸⁸ UNICEF-CONEVAL (2015). Mimeo.

¹⁸⁹ De acuerdo con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), se considera como población indígena a todas las personas que forman parte de un hogar indígena, donde el jefe(a) del hogar, su cónyuge y/o alguno de los ascendientes declaró ser hablante de lengua indígena. Además, se incluyen personas que declararon hablar alguna lengua indígena y que no forman parte de estos hogares.

El lugar de residencia y el tamaño de la localidad también son determinantes de relieve en el ámbito de la pobreza infantil en México: generalmente, los estados del sur-sureste del país, con una fuerte presencia de población indígena, presentan la mayor incidencia de pobreza tanto para la población en general como para la población menor de 18 años, en fuerte contraste con los estados del norte. Así, en 2014, en Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Puebla más de 70% de la población de cero a 17 años estaba en pobreza, mientras que esta proporción fue de 25% en Nuevo León.¹⁹⁰

Contrastes similares se observan al analizar la pobreza infantil por tamaño de localidad. En 2014, en las ciudades de más de 100,000 habitantes la proporción de la población menor de 18 años en pobreza era de 40%, con 4.2% en pobreza extrema. Las localidades rurales de menos de 2,500 habitantes presentaron valores de 67.2% en pobreza y 22.6% en pobreza extrema. Sin embargo, la incidencia más elevada de pobreza infantil se registró en localidades de tamaño intermedio -entre 2,500 y 14,999 habitantes- donde siete de cada 10 (69.2%) niños, niñas y adolescentes estaba en situación de pobreza. En general, la proporción de población infantil que presentaba carencias fue mayor en las localidades rurales, con excepción de la carencia de acceso a los servicios de salud, que fue ligeramente más alta en las localidades de más de 100,000 habitantes.¹⁹¹



4.2 Niños, niñas y adolescentes indígenas

Según la Encuesta Intercensal 2015, de los 119.9 millones que suma la población mexicana, 25.7 millones se consideran a sí mismos indígenas (21.5%) y 7.38 millones de personas mayores de tres años hablan una lengua indígena (6.5%). De los más de 33 millones de niños, niñas y adolescentes de tres a 17 años cuyos padres o responsables contestaron las preguntas respectivas,¹⁹² 21.88% se autoadscriben como indígenas; 5.73% son hablantes de alguna lengua indígena y 11.3% de estos no habla español. Por otro lado, cerca de 1.4 millones de personas fueron reportadas como afrodescendientes o fromexicanas (1.2%), de las cuales poco más de 338,000 son niños, niñas o adolescentes.

De acuerdo con la misma fuente, 60% de la población hablante de una lengua indígena vive en localidades rurales (menos de 2,500 habitantes), 20% en localidades de 2,500 a 14,999 habitantes y 19% en localidades con más de 15,000 personas. Esta condición rural incide en las características de las viviendas, en detrimento de la calidad de vida de la población hablante de alguna lengua indígena, como se aprecia en la siguiente tabla.

Tabla 4.2. **Características de las viviendas de la población indígena**

| Características de las viviendas | Población hablante de alguna lengua indígena | Nacional |
|----------------------------------|--|----------|
| Con electricidad | 95.7% | 98.7% |
| Con piso de tierra | 14.0% | 3.6% |
| Con agua entubada | 38.4% | 74.1% |
| Con refrigerador | 53.2% | 85.2% |
| Con celular | 52.6% | 78.6% |
| Con teléfono fijo | 12.7% | 36.9% |
| Con computadora | 11.0% | 32.6% |
| Con internet | 9.8% | 32.9% |

Fuente: Elaboración propia con base en datos de INEGI 2015.

¹⁹⁰ UNICEF-CONEVAL (2015). Mimeo.

¹⁹¹ Idem.

¹⁹² La encuesta es aplicada a cualquier persona mayor de 18 años en el hogar encuestado.

Vivir en una zona rural también incide en el acceso, permanencia y conclusión educativa: mientras que 96.2% de los niños, niñas y adolescentes de seis a 14 años asiste a la escuela, en el caso de los indígenas –quienes se concentran mayormente en las áreas rurales- de esa misma edad, el porcentaje es de 92.7%. Esta diferencia, mayor aún en el pasado, subyace a la distancia en años de escolaridad: si el promedio nacional es de 9.1 años de escolaridad, la población hablante de alguna lengua indígena no logra alcanzar los seis años de educación primaria, lo cual representa un promedio de 5.7 años, y además con un año de desventaja para las mujeres (6.2 años para los hombres, 5.1 años para las mujeres). El analfabetismo evidencia la misma inequidad: mientras que el promedio nacional de analfabetismo en mayores de 15 años es de 5.5% (4.4% hombres, 6.5% mujeres), la población indígena mayor de 15 años presenta un nivel de analfabetismo cuatro veces mayor (23%), con una fuerte brecha de género (16% hombres, 29% mujeres).

Evaluación sintética del cumplimiento de derechos de niñas y niños indígenas

En el cumplimiento de los distintos derechos se encuentran brechas similares en perjuicio de los niños, niñas y adolescentes indígenas. Por ejemplo, de acuerdo con la ENSANUT 2012, la prevalencia de la desnutrición crónica en niños y niñas menores de cinco años en hogares indígenas se ubicó en 33.1%, mientras que en los hogares no indígenas fue de 11.7%. Según el PNUD (2010), la tasa de mortalidad infantil en niños y niñas indígenas fue casi el doble que la de sus pares no indígenas (al pasar de 22.8 a 14 por cada 1,000 niños nacidos vivos). En cuanto al registro de nacimiento, la brecha no es tan amplia en los niños y niñas menores de cinco años (94% de registro en niños y niñas indígenas contra 95.1% en niños y niñas no indígenas), pero notable entre los menores de 11 meses: 78.6% de registro en niños y niñas indígenas y 85.2% en niños y niñas no indígenas (INEGI 2015).

En materia de logro educativo, la última evaluación al final de la primaria y de la secundaria evidencia los bajos resultados de aprendizaje de niñas, niños y adolescentes tanto en comprensión de lectura como en matemáticas, lo cual pone en grave riesgo su continuidad, permanencia y éxito en el sistema educativo y, sobre todo, sus oportunidades futuras. Mientras que el promedio nacional de niñas y niños de 6° de primaria en el nivel más bajo

(Nivel I) de Lenguaje y comunicación fue de 49.5%, en las escuelas indígenas los niños y niñas que se situaron en ese mismo nivel fueron 80%. De igual manera, mientras el promedio nacional en el nivel más bajo (Nivel I) en Matemáticas de 3° de secundaria fue de 65.4%, la proporción de niños, niñas y adolescentes de las escuelas comunitarias (con población rural e indígena) que se ubicaron en ese nivel fue de 84.4%.¹⁹³

La dificultad de acceso y la carencia o insuficiencia de pertinencia cultural y lingüística se encuentran en la base de varias de estas brechas. De acuerdo con un estudio del 2010,¹⁹⁴ si bien la población indígena tenía una alta afiliación a los servicios de salud, el porcentaje de personas que hacía uso efectivo de ellos era menor al número de afiliados.

En cuanto a la cobertura educativa, si bien hay un importante incremento en los niveles preescolar y secundaria, en este último -y sobre todo en el nivel medio superior- la asistencia de adolescentes indígenas desciende, lo cual se debe a su situación socioeconómica, a las dificultades de acceso y a temas relacionados con la violencia, así como a la carencia de secundarias y planteles de media superior indígena.¹⁹⁵

¹⁹³ INEE (2015). Resultados 2015 del Plan Nacional para la Evaluación de los Aprendizajes (PLANEA). México. El nivel I en la prueba en Lenguaje para 6° de primaria significa que los estudiantes únicamente son capaces de seleccionar información sencilla que se encuentra explícitamente en textos descriptivos, comprender textos que se apoyan en gráficos con una función evidente; distinguir los elementos básicos en la estructura de un texto descriptivo, y reconocer el uso que tienen algunas fuentes de consulta. Sin embargo, no son capaces de comprender textos argumentativos como artículos de opinión - que es la habilidad que debería alcanzarse en este nivel en el ámbito del lenguaje. El nivel I en la prueba en Matemáticas de 3° de secundaria significa que los estudiantes no son capaces de resolver problemas que impliquen operaciones básicas con números decimales, fraccionarios y números con signo; el mínimo común múltiplo y el máximo común divisor o los de valor faltante que suponen relaciones de proporcionalidad directa. Tampoco pueden calcular perímetros y áreas, o resolver ecuaciones de primer grado de la forma $ax+b=c$ y sus expresiones equivalentes, que son las habilidades y conocimientos que deberían alcanzar en este nivel según el currículo.

¹⁹⁴ CNPSS/Universidad Autónoma Chapingo (2010). Análisis del acceso y uso efectivo de los servicios de salud de la población indígena afiliada al Seguro Popular. México.

¹⁹⁵ UNICEF (2016). Niños y niñas fuera de la escuela en México.



© UNICEF México/Mauricio Ramos

Nuevo Yíbeljoj, Chiapas, México – Desde muy temprano en la mañana, Selena, de 10 años, y sus dos hermanas pequeñas comienzan a hacerse cargo de las tareas de la casa. Junto con algunas amigas del vecindario se dirigen después a la escuela, y en la tarde ayudan a cultivar maíz en el pequeño terreno que su familia tiene en la comunidad Tzotzil de Chiapas. Su mamá también trabaja muy duro en el campo, pero lo que obtienen del cultivo de la tierra no es suficiente porque no cuentan con las herramientas adecuadas, y el terreno ya no es tan fértil como antes. Ante esta situación, el papá de Selena se preocupa y hace planes para salir de Chiapas y trabajar durante unos meses en el estado de Quintana Roo, en cuanto se recupere de la enfermedad que, de momento, no le permite hacer su trabajo como albañil.

Como el padre de Selena, muchos habitantes de Nuevo Yíbeljoj salen habitualmente hacia otros estados de México con la esperanza de hallar un trabajo que no encuentran en su comunidad. Los pueblos indígenas en México tienen un índice especialmente alto de migración desde los estados del sur hacia zonas del norte de México, en busca de trabajo y mejores condiciones de vida. El papá de Selena trabaja en la construcción durante al menos seis meses, y consigue así unos pequeños ahorros que le ayudan a mantener a su familia el resto del año. “Aunque para mí es muy duro dejar a mi mujer y a mis hijas,” afirma inquieto, “pienso volver a salir en cuanto me recupere de las molestias en la espalda, porque es la única forma que tengo de atender a mi familia y de mandar a la escuela a mis tres pequeñas”.

Esta comunidad Tzotzil, como la mayoría de las casi 25,000 comunidades indígenas en México, está ubicada en una zona de muy difícil acceso en la montaña, lo que a menudo repercute en el abandono escolar y en el bajo nivel de logros en la educación. “La escuela donde estudio la primaria está muy cerca de mi casa”, dice Selena, “pero para estudiar la secundaria tendré que tomar un autobús o salir a vivir fuera y esto es algo que preocupa mucho a mis padres”.

“A mí me gusta mucho la escuela, y quiero seguir estudiando y empezar pronto la secundaria para, dentro de unos años, tener un buen trabajo aquí en Chiapas, cerca de mi familia y mis amigos”, explica Selena con entusiasmo. UNICEF apoya a las comunidades indígenas como Nuevo Yíbeljoj para establecer una educación bilingüe de calidad, incentivando una mayor participación de toda la comunidad en la escuela, y para la enseñanza de los derechos de las niñas y los niños, para que el día de mañana éstos puedan acceder a un puesto de trabajo digno en sus comunidades de origen. “¡Claro que preferiría que mi papá no tuviese que irse tan lejos a trabajar y por tanto tiempo!” subraya Selena “Pero ahorita, como él dice, no hay otra posibilidad.”

“A mí me gusta mucho la escuela, y quiero seguir estudiando y empezar pronto la secundaria para, dentro de unos años, tener un buen trabajo aquí en Chiapas, cerca de mi familia y mis amigos”

En el marco de la reforma educativa, con el propósito de garantizar el ejercicio pleno de una educación de calidad, se presentó el modelo educativo para la educación obligatoria, que tiene como eje transversal la inclusión y la equidad para garantizar que las niñas, niños y adolescentes indígenas reciban servicios educativos acordes con su contexto social y cultural.

Uno de los principios de este modelo educativo es garantizar que independientemente de su lengua materna, origen étnico, género, condición socioeconómica, aptitudes sobresalientes o discapacidad de cualquier tipo, los estudiantes cuenten con oportunidades efectivas para el desarrollo de sus potencialidades.¹⁹⁶

4.3 Violencia e inseguridad

El escenario de la violencia en México

Las condiciones de seguridad y los entornos libres de violencia son factores fundamentales para el desarrollo de las sociedades y las personas. Sin embargo, la posibilidad de alcanzar y mantener estas condiciones supone grandes retos para los países, ya que significa tanto hacer valer el estado de derecho como atajar las condiciones sociales de desigualdad y las necesidades de desarrollo que interactúan con la violencia y el delito. En este sentido, para México la violencia y la inseguridad han sido asuntos prioritarios de la agenda nacional, principalmente por sus consecuencias tanto en las instituciones como en la vida y ejercicio de los derechos humanos de las personas que habitan o transitan por el país.

La situación de México en este ámbito, en comparación con el resto de los países del mundo, puede ilustrarse a través del Índice de Paz Global,¹⁹⁷ que en 2017 situó al país en el lugar 142 de 163 entre las naciones donde se efectúa esta medición. El mismo índice en 2010 colocó al país en la posición 107 de 149, lo que significa un retroceso de 35 lugares en la misma medición en un plazo de siete años.

En relación con lo anterior, uno de los cálculos más recientes acerca del costo de la violencia en México arrojó un valor de 2.12 billones de pesos en 2015, el equivalente a 13% del PIB.¹⁹⁸ Esta estimación tiene un correlato en el incremento de la cifra de delitos y hechos violentos,

que sitúan al país en los últimos lugares entre los miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en varios indicadores relacionados con la calidad de vida y seguridad. En efecto, México presenta la mayor tasa de asaltos, el segundo lugar en la tasa de homicidios y, consecuentemente, ocupa el último lugar del Índice para una vida mejor.¹⁹⁹

De acuerdo con la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), en el país la violencia, la corrupción, los asesinatos, la desaparición de personas y los secuestros se encuentran ligados a las actividades de las organizaciones criminales dedicadas al narcotráfico.²⁰⁰ En el mismo sentido, otros análisis concluyen que, a partir de la intensificación del combate armado contra los cárteles del narcotráfico²⁰¹ emprendido por el Estado mexicano en años recientes, estos se han fragmentado en unidades más pequeñas y han diversificado sus actividades ilícitas hacia el tráfico de armas,²⁰² la extorsión,²⁰³ la trata de personas y el tráfico de migrantes; además, han incrementado el grado de exhibición pública de la violencia.²⁰⁴

En este contexto, la vida diaria de las personas ha sido acompañada de un incremento en los delitos y los niveles de inseguridad percibida, así como del descenso de la confianza en las instituciones gubernamentales.²⁰⁵ En materia de delito, las cifras oficiales de los años recientes apuntan hacia un deterioro en la seguridad ciudadana, ya que entre enero de 2011 y diciembre de 2017 se denunciaron ante el ministerio público un total de 11,766,665 delitos del fuero común,²⁰⁶ lo que equivale a 4,605 delitos al día.

A este respecto, la Encuesta de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE), elaborada por el INEGI, ofrece datos importantes acerca de la cifra de delitos no denunciados que, al ser comparados con las denuncias formales recibidas por las autoridades (Gráfico 4.2), permiten describir el tamaño de la pérdida de confianza en las instituciones de procuración de justicia. De este modo, y de acuerdo con esta fuente, entre 2011 y 2017 el número de denuncias por delitos del fuero común aumentó,²⁰⁷ y el total de víctimas tuvo un comportamiento similar al aumentar en el mismo período.²⁰⁸

¹⁹⁶ Secretaría de Educación Pública (2017). Modelo Educativo para la Educación Obligatoria. "Educar para la libertad". Segunda edición, 2017. p. 29. México

¹⁹⁷ Este índice se elabora a partir del análisis de variables internas, como violencia y criminalidad, y externas, como gasto militar y guerras en las que participa el país: Institute for Economics and Peace/Centre for Peace and Conflict Studies. Índice de Paz Global 2007-2017. Disponible en: http://www.datosmacro.com/demografia/indice-paz-global_consultado_el_7_de_junio_de_2017.

¹⁹⁸ Institute for Economics and Peace (2016). Índice de Paz, México 2016. Un mapa de la evolución de la paz y los factores que la impulsan., p. 5. Australia.

¹⁹⁹ OCDE (2016). Better Life Index. Disponible en: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/es/countries/mexico-es/> Consultado el 10 de abril de 2016.

²⁰⁰ Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2016). Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2015, Austria, p. 58.

²⁰¹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos/Organización de Estados Americanos (2015). Situación de los Derechos Humanos en México, /Ser.L/V/II.Doc. 44/15. p. 11.

²⁰² De acuerdo con la Universidad de San Diego, se estima que anualmente alrededor de 253,000 armas de fuego son traficadas ilegalmente desde Estados Unidos a México, Cfr. MCDUGAL, TOPHER et al. (2013), The Way of the Gun: Estimating Firearms Traffic Across the U.S.-Mexico Border, University of San Diego Trans-Border Institute and Igarapé Institute. Disponible en: http://catcher.sandiego.edu/items/peacestudies/way_of_the_gun.pdf. Consultado el 10 de abril de 2016.

²⁰³ Antes del inicio de la guerra contra las drogas, al cierre de 2005, se habían denunciado ante el ministerio público 2,979 casos de extorsión; una década después casi se duplicó, hasta alcanzar 5,046 casos denunciados en 2015. V. Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2015). Incidencia delictiva del fuero común 2015, Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, Febrero de 2016; Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (s/f). Incidencia delictiva del fuero común 2005-2006.

²⁰⁴ BEITTEL, JUNE S. (2015). Mexico: Organized Crime and Drug Trafficking Organizations, Congressional Research Service, Disponible en: <https://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc743581/>; Comisión Interamericana de Derechos Humanos/Organización de Estados Americanos (2015). Situación de los Derechos Humanos en México. OEA/Ser.L/V/II.Doc. 44/15.

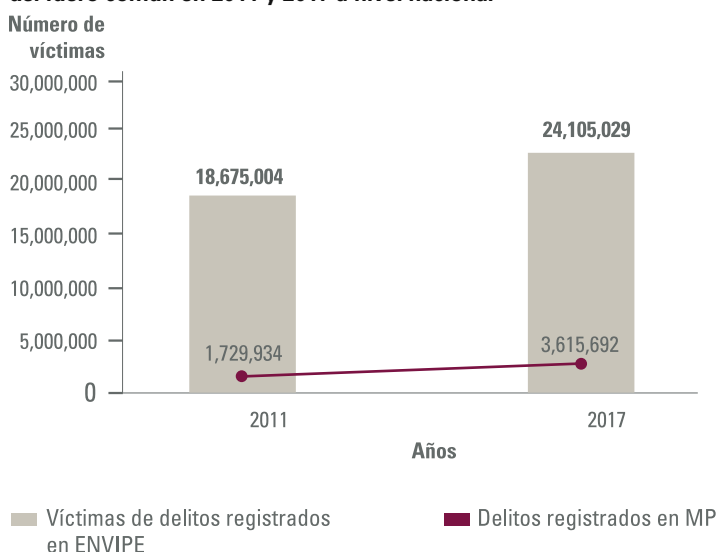
²⁰⁵ De acuerdo con la ENVIPE 2015, entre 2010 y 2014, en promedio 63% de las personas que fueron víctimas del delito decidieron no acudir a denunciar por miedo a que la propia autoridad le extorsionara, por desconfianza en la autoridad, trámites largos o actitud hostil de la autoridad, cfr. INEGI Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública - ENVIPE (2015), Boletín de Prensa 395/15, 30 de septiembre de 2015.

²⁰⁶ Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2016). Cifras de incidencia delictiva estatal, 1997 - 2017. Disponible en: <http://www.secretariadoejecutivo.gob.mx/incidencia-delictiva/incidencia-delictiva-datos-abiertos.php>. Consultado el 5 de junio de 2018.

²⁰⁷ Idem.

²⁰⁸ Con base en la información del número de víctimas reportado en la Encuesta nacional de victimización y percepción sobre seguridad pública (ENVIPE) 2012 y 2015.

Gráfico 4.2. Comparación entre el total víctimas del delito y número de denuncias recibidas por el ministerio público en materia de delitos del fuero común en 2011 y 2017 a nivel nacional



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Encuesta nacional de victimización y percepción sobre seguridad pública - ENVIPE 2012 y 2017 y de las Cifras de incidencia delictiva estatal, 1997 – 2017.



²⁰⁹ Proceso iniciado en junio de 2008, con la Reforma Constitucional de varios artículos relacionados con el sistema de justicia penal: 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 73, 115 y 123. Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de junio de 2008.

²¹⁰ Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2016). Cifras de incidencia delictiva estatal, 1997–febrero 2016 Disponible en: <http://www.secretariadoejecutivo.gob.mx/incidencia-delictiva/incidencia-delictiva-datos-abiertos.php>. Consultado el 11 de abril de 2016.

²¹¹ OCDE (2016). *Better Life Index*. Disponible en: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/es/countries/mexico-es/> consultado el 10 de abril de 2016.

En este escenario, la efectividad del sistema de procuración e impartición de justicia tiene un papel protagónico tanto en las condiciones reales de acceso a la justicia, verdad y reparación del daño como en las percepciones ciudadanas de seguridad. Sin embargo, las cifras oficiales indican una baja probabilidad de que las investigaciones y determinaciones del proceso judicial provean algún resultado satisfactorio para quienes interponen alguna denuncia, ya que, de 3.6 millones de delitos que se denunciaron ante el ministerio público en 2017, el sistema judicial en los estados sólo pudo dictar sentencia condenatoria en 3.21% de los casos. Esto abona a la percepción de baja efectividad del ciclo de denuncia ciudadana, investigación ministerial, determinación judicial de responsabilidad frente al delito y reparación del daño.

Todo lo anterior ha llevado a plantear que la respuesta a esta situación puede residir en un cambio de paradigma para enfrentar el narcotráfico, así como en la modernización del sistema penal.²⁰⁹ Esto último incluye la unificación de los tipos penales en todo el país, la progresiva autonomía de las fiscalías estatales y un cambio del modelo de los procesos de administración e impartición de justicia, a favor de otro que garantice la transparencia, la investigación científica y el respeto de los derechos de víctimas y probables responsables. En espera de que estos procesos tengan lugar, la violencia e inseguridad ligadas a la criminalidad se mantienen en niveles elevados: aunque el número de homicidios en 2017 (31,758) se mantuvo casi igual respecto a 2014 (32,631), la tasa de homicidios por cada 100,000 habitantes (26 en 2017)²¹⁰ sigue siendo una de las más altas entre los países de la OCDE.²¹¹

Impacto en la vida de niñas, niños y adolescentes

Más adelante se hará referencia con detalle a las afectaciones que este panorama tiene en el desarrollo integral y ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes; para dar cuenta de la magnitud del problema baste señalar que los impactos directos o indirectos de la violencia e inseguridad en la integridad de esta población condujo a que, en algunas regiones del país, las niñas, niños y adolescentes tuvieran que dejar de acudir a sus centros escolares con regularidad, lo cual es debido a los enfrentamientos armados en sus alrededores o a las amenazas directas del crimen organizado.²¹²

²¹² En 2012, la Secretaría de Educación Pública informó que 42,300 escuelas que formaban parte del Programa Federal “Escuela Segura” se ubicaban en 358 municipios de alta incidencia delictiva y con alto riesgo debido a las amenazas y la extorsión en contra de profesores, como sucede en Guerrero. En el mismo año se reportaron al menos 20 balaceras en las cercanías de escuelas de Tamaulipas y Nuevo León. “Riesgo en las Escuelas”, Diario de Yucatán, 7 de julio de 2012. Disponible en: <http://bit.ly/1p4Vosy>. Consultado el 12 de abril de 2016; “Admite la SEP violencia en cerca de 4 mil 700 escuelas”, Revista Contenido, julio de 2012. Disponible en: <http://bit.ly/1SfRTKv> consultado el 12 de abril de 2016.

En consecuencia, el Comité de los Derechos del Niño, en su último examen a México, mostró su preocupación por las amenazas al derecho a la vida, supervivencia y desarrollo de la niñez en medio del combate contra la delincuencia organizada y al incremento de los delitos con violencia, que han dado como resultado altas incidencias en las tasas de homicidios y muertes violentas,²¹³ desapariciones forzadas,²¹⁴ tráfico y trata de personas con fines de explotación sexual, laboral y reclutamiento en actividades criminales.²¹⁵

Por lo anterior, el Comité ha recomendado al Estado mexicano incluir la perspectiva de infancia en las legislaciones enfocadas a atender situaciones de desaparición forzada²¹⁶ y tortura,²¹⁷ así como dar atención a las víctimas y prevenir los casos de muertes violentas de niñas, niños y adolescentes. Asimismo, recomendó adaptar con enfoque de infancia los mecanismos de investigación de los delitos que involucran a la niñez.²¹⁸

4.4 Igualdad de género: la mujer y la niña en la sociedad mexicana

México ha registrado avances en el ámbito de la condición social de las mujeres, que se reflejan en progresos en las esferas de la autonomía física, económica y de toma de decisiones. En comparación con las décadas anteriores, existe hoy una mayor participación económica fuera del hogar de las mujeres, mayor escolaridad, nuevos papeles de género, disminución de la fecundidad y nuevas formas de organización familiar. Sin embargo, en el país persisten importantes brechas de género que, en ocasiones, se traslapan con otras formas de exclusión socioeconómica; además, existen patrones muy arraigados de discriminación y violencia que obstaculizan el pleno ejercicio de los derechos humanos de las mujeres.

Según la Encuesta Intercensal 2015, 51.4% de los 119.5 millones de habitantes de México son mujeres, por lo que se estima que hay 94 hombres por cada 100 mujeres en el país, con variaciones importantes entre las entidades federativas: en la Ciudad de México habría 109.5 mujeres por cada 100 hombres, mientras que en Baja California la cifra sería de 96.8. Esta relación se explica por la mayor emigración internacional y una mortalidad masculina más elevada, así como por la mayor sobrevivencia de las mujeres a partir de los 70 años de edad.

Un rasgo de la transición demográfica del país que impacta directamente en la situación de las mujeres es el descenso de la fecundidad, que pasó de 2 hijos en 2000 a 1.7 en 2015. Cabe señalar además que la fecundidad es considerablemente más elevada entre las mujeres sin escolaridad o con primaria incompleta (con un promedio de 3.2 hijos nacidos vivos), en tanto que entre las que cuentan con educación media y superior es inferior al promedio nacional (1.1). Esta diferencia podría ser indicativa del papel de la educación en las decisiones reproductivas.

También se observan diferencias de acuerdo con el tamaño de las localidades y entre entidades federativas. En las localidades rurales de menos de 2,500 habitantes el promedio de hijos por mujer en 2014 fue de 2.8, mientras que en las de 100,000 habitantes o más fue de 2. Por su parte, el estado con mayor número promedio de hijos nacidos vivos fue Chiapas, con 2.1 hijos, mientras que en la Ciudad de México fue de 1.2, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014. Estas diferencias en la fecundidad responden a distintas preferencias reproductivas de las mujeres, niveles de educación, incorporación a la vida económica, cultura y condición de acceso a fuentes de información e insumos de planificación familiar, así como a los servicios de salud reproductiva.

En el ámbito de la educación se han relevado considerables progresos en el acceso de las mujeres, de manera que ahora la cobertura es ligeramente superior para las niñas y las adolescentes en todos los niveles de la educación básica. Asimismo, se han ido cerrando las brechas de analfabetismo (1.3% para los hombres y 1.2% para las mujeres en el grupo de 15 a 29 años), aunque éstas siguen siendo pronunciadas en los grupos de mayor edad, con una diferencia de 8.3% en la tasa de analfabetismo entre hombres y mujeres de 75 años y más, lo que da cuenta de la negación del derecho a la educación que afectaba a las mujeres en décadas anteriores. Además, la brecha en el promedio de años de escolaridad de las personas de 15 años y más también se ha ido cerrando: en el 2000 fue de 7.7 en el caso de los hombres y de 7.2 en el caso de las mujeres, en tanto que en 2015 los valores fueron de 9.3 y 9.0 respectivamente.²¹⁹

²¹³ Comité de los Derechos del Niño, Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de México, CRC/C/MEX/CO/4-5, 3 de julio de 2015, párrafo 21.

²¹⁴ Ibid. párrafo 21, c).

²¹⁵ Ibid. párrafo 29.

²¹⁶ Ibid. párrafo 22.

²¹⁷ Ibid. párrafo 32.

²¹⁸ Ibid. párrafo 22.

²¹⁹ INEGI (2015). Principales resultados de la Encuesta intercensal 2015. Estados Unidos Mexicanos. México.

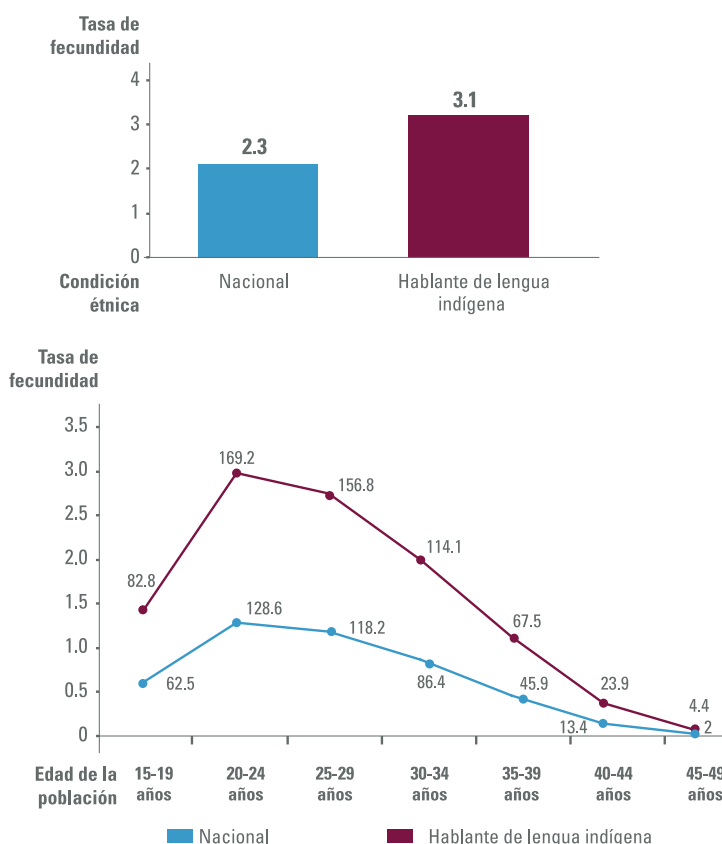
Principales brechas

Si se considera que la población indígena en México enfrenta situaciones de discriminación y exclusión social que se reflejan en los indicadores de pobreza, salud, educación, empleo, participación política y otros, en el caso de las mujeres indígenas las disparidades étnicas y las de género se suman. Según la Encuesta Intercensal 2015, 7.4 millones de personas de tres años y más son hablantes de lengua indígena, de las cuales 3.6 millones son hombres y 3.8 mujeres.

El promedio de años de escolaridad de la población indígena de 15 años o más fue de 5.7 frente al promedio nacional de 9.1, toda vez que las mujeres indígenas tuvieron en promedio sólo cinco años aprobados, por lo que no alcanzaron a terminar la educación primaria, al contrario que los hombres.²²⁰ Esta tendencia no se observa entre la población en general.

Esta desventaja tiene consecuencias sobre la autonomía en general -y más aún económica- de las mujeres, ya que la probabilidad de que un hogar se encuentre en situación de pobreza se incrementa notablemente cuando la jefatura del mismo tiene nula o baja escolaridad. Asimismo, las mujeres indígenas presentan una fecundidad más elevada que el promedio de las mujeres del país (3.1 frente a 2.3 hijos); del mismo modo, las tasas de fecundidad global²²¹ y de fecundidad entre las mujeres adolescentes y jóvenes presentan contrastes muy significativos, como se observa en el Gráfico 4.3.²²²

Gráfico 4.3. Tasa global de fecundidad (TGF) y tasas específicas por grupo de edad de mujeres que hablan una lengua indígena



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Encuesta Intercensal 2015, INEGI.

Las mujeres indígenas no sólo enfrentan desventajas frente a los hombres indígenas, sino también respecto a las mujeres del país en general: por ejemplo, la Encuesta Intercensal 2015 releva que la tasa de participación económica de los hombres hablantes de lengua indígena de 12 y más años fue de 68.2%, en tanto que la de las mujeres fue de 21.1%; en cambio, en la población en general los valores fueron de 68.5% y 33.5% respectivamente.



© UNICEF México/Giacomo Pirozzi

²²⁰ Idem.
²²¹ Equivale al número promedio de hijos que tendría una mujer al final de su vida reproductiva.
²²² INEGI (2015). Cit.

Asimismo, la desagregación de la tasa de participación económica por sexo y tamaño de localidad en el caso de las mujeres de 12 años y más que viven en localidades de menos de 2,500 habitantes es solamente de 18%, lo cual permite apreciar las restricciones que enfrentan para acceder al mercado laboral, así como su papel en el hogar y la economía del cuidado, lo que acentúa sus dificultades para ejercer la autonomía económica.²²³

En lo que se refiere a la pobreza, no se aprecian diferencias significativas por sexo²²⁴ y, con la excepción del indicador de rezago educativo, las mujeres presentaron una incidencia inferior en los indicadores de carencia social respecto a la de los hombres. Sin embargo, las mujeres en situación de pobreza enfrentan una carga todavía mayor que el promedio en cuanto al trabajo no remunerado, al que dedican 24 horas a la semana, es decir, cuatro horas más que las mujeres que no están en pobreza. En el caso de los hombres, la condición de pobreza no implica variaciones en las horas semanales dedicadas al trabajo no remunerado, al que aportan en promedio ocho horas, independientemente de su condición.²²⁵

Además de las disparidades socioeconómicas mencionadas, la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS) 2010 reportó desafíos importantes en relación con el pleno cumplimiento de los derechos de las mujeres. Una gran mayoría de la población considera que los derechos de las mujeres se respetaban poco (41.7%) o nada (24.4%), y sólo un tercio respondió que mucho (33.2%). Aunque sólo una de cada 10 personas consideró que el principal problema de las mujeres era la discriminación, las respuestas que consideraron como su principal problema los aspectos relacionados con el empleo (21.2%)²²⁶ o con el abuso, acoso, maltrato y violencia (11.6%) son también indicativas de prácticas discriminatorias basadas en el género.²²⁷

Un dato importante de la ENADIS 2010 es el que capta la percepción sobre los principales problemas para las mujeres en 10 zonas metropolitanas del país,²²⁸ ya que esto permite apreciar el impacto de la delincuencia y la inseguridad sobre la población femenina en algunas ciudades,²²⁹ además de la persistencia de la discriminación laboral y los problemas de acoso, maltrato y violencia, que fueron los más citados.

En este ámbito, una proporción muy importante de mujeres de 15 años y más experimenta diversas formas de violencia de género cotidianamente: según la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), en 2011²³⁰ nueve de cada 10 mujeres experimentaron violencia emocional, seis económica, cuatro física y dos sexual en su última relación de pareja, lo cual refleja profundos desequilibrios de poder entre hombres y mujeres, tanto en el ámbito privado como en el público, y en todo el país.

Lo anterior contribuye a explicar porque México es enlistado entre los países del mundo donde se comete un mayor número de feminicidios,²³¹ situación que es motivo de preocupación en el país, y que ha sido señalada puntualmente por el Comité de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) en sus observaciones finales a los informes periódicos séptimo y octavo de México en 2012.

El Comité manifestó que le preocupa “que las mujeres y las niñas sean sometidas a niveles cada vez mayores de violencia doméstica, desapariciones forzadas, torturas y asesinatos, en particular el feminicidio, por agentes estatales, incluidos funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y fuerzas de seguridad, así como por agentes no estatales como grupos de delincuentes organizados.”²³² Además, externó su preocupación por las deficiencias y diferentes definiciones del crimen de feminicidio en los códigos penales locales y en los procedimientos para registrar²³³ y documentar los asesinatos de mujeres, lo que dificulta su adecuada investigación y la elaboración de diagnósticos y evaluaciones más completas y confiables sobre este fenómeno.²³⁴

Con base en el análisis de las defunciones femeninas con presunción de homicidio (DFPH) recopiladas en las estadísticas vitales de mortalidad por el INEGI y la Secretaría de Salud, se estimó que en 2014 en México ocurrieron 2,289 casos de esta naturaleza, es decir, un promedio de 6.3 DFPH por día, equivalentes a una tasa de 3.7 por cada 100,000 mujeres. Asimismo, entre 1985 y 2014 se registró un total de 47,178 DFPH en todo el país. Si bien se observó una reducción considerable entre 1985 y 2007, entre este último año y 2012 hubo un repunte de 138%.

²²³ Idem.

²²⁴ Según datos del módulo de condiciones socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (MCS-ENIGH) 2014, 46% de los hombres y 46.3% de las mujeres se encontraban en pobreza, de los cuales mostraban pobreza extrema 9.4% de los hombres y 9.7% de las mujeres. Ver INEGI (2015). Hombres y mujeres en México 2015. México.

²²⁵ INEGI (2015). Hombres y mujeres en México 2015. Aguascalientes, Ags., México.

²²⁶ Según la ENDIREH 2011, 20.6% de las mujeres reportaron ser víctimas de discriminación laboral en todo el país, con valores superiores al 25% en Chihuahua y Coahuila, y valores alrededor del 14% en la Ciudad de México y Guerrero. Las situaciones más comunes fueron tener menos oportunidades de ascender que los hombres, menor remuneración por el mismo trabajo, menores prestaciones y exigencia de la prueba de embarazo. INEGI (2015). Hombres y mujeres en México 2015. México.

²²⁷ CONAPRED 2011. Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. México.

²²⁸ Monterrey, Ciudad Juárez, Tijuana, Ciudad de México, Torreón, Guadalajara, Puebla-Tlaxcala, León, Toluca y Querétaro.

²²⁹ En Monterrey y Ciudad Juárez, alrededor de 32% de los encuestados consideraron que el principal problema de las mujeres era la delincuencia y la inseguridad, en tanto que en Querétaro esta proporción fue de 3.5%. Los problemas asociados con el empleo, en cambio, fueron considerados como principal problema en Querétaro, la Ciudad de México y León. Ver CONAPRED (2011). Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010. México.

²³⁰ La ENDIREH 2011 permite medir avances y desafíos en la toma de decisiones en una casa o en una relación de pareja, que es importante considerar para apreciar la autonomía de las mujeres en distintos campos. En las preguntas relacionadas con el número de hijos, los métodos anticonceptivos y la frecuencia de las relaciones sexuales, además de otras como mudarse de casa o ciudad, usar los recursos económicos del hogar o dar permisos a los hijos, la encuesta revela que se toman mayormente en pareja. Decisiones como la participación en la vida social o política de la comunidad, disponer de su propio dinero, salir de casa, estudiar o trabajar, son mayormente tomadas por las mujeres. Para mayor información, ver UNICEF 2014. ODM 3. Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer.

²³¹ En el período 2007-2013, México se situó en el lugar 23 de los países con tasas de homicidio promedio muy altas y altas por cada 100,000 mujeres, de acuerdo con el estudio sobre la carga global de la violencia armada 2015: *Declaration Secretariat (2015). Global Burden of Armed Violence 2015: Every Body Counts. Switzerland.*

²³² ONU (2012). p. 14 y 15.

²³³ De acuerdo con el INEGI, en 2013 se registraron 341 presuntos delitos consumados registrados como feminicidios en las averiguaciones previas iniciadas y carpetas de investigación abiertas por las procuradurías y fiscalías generales de justicia (fuero común). Por su parte, el Observatorio ciudadano nacional del feminicidio (OCNF) documentó el asesinato de 1,221 mujeres en 13 estados de la República Mexicana entre 2007 y 2008. La discrepancia ilustra los desafíos para contar con un registro confiable y certero de este fenómeno. OCNF (2010) y Consulta interactiva de datos del INEGI del 5 de febrero de 2016 (www.inegi.gob.mx).

²³⁴ ONU (2012). México ante la CEDAW. Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer 2012. México.

Respuesta institucional

El país cuenta con un amplio marco jurídico²³⁵ que reconoce la igualdad de derechos de las mujeres y los hombres y busca erradicar la violencia de género. Asimismo, la igualdad sustantiva fue considerada, por primera vez en la historia del país, como un objetivo transversal del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, del cual deriva el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 (Proigualdad), cuyos principales objetivos y estrategias buscan responder a muchos de los desafíos y brechas de desigualdad identificados en el presente documento.

Entre los principales avances del Proigualdad/Proequidad se encuentran la creación de nuevas unidades de igualdad de género en las dependencias que no contaban con ellas, la operación del Sistema nacional para la igualdad entre hombres y mujeres y la adopción de compromisos para la prevención y atención del acoso y el hostigamiento sexual y laboral, así como la promoción de la licencia de paternidad. Asimismo, se crearon sistemas estatales equivalentes en 23 entidades federativas durante 2014.²³⁶

Un tema relevante para hacer frente a las formas más extremas de violencia de género es la Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres (AVGM). Se trata de un mecanismo creado por la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que consiste en un conjunto de acciones gubernamentales de emergencia para erradicar la violencia feminicida, o bien para que cese la violencia, además de eliminar las desigualdades producidas por una legislación o política pública en agravio de los derechos humanos de las mujeres.

Principales desafíos

México requiere intensificar los esfuerzos emprendidos a favor de la igualdad sustantiva de género y el cierre de brechas que obstaculizan el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres. Aunque los avances son innegables, también lo es la persistencia de disparidades en el acceso al empleo, las remuneraciones, la carga del trabajo doméstico y no remunerado, el desempeño profesional en áreas de conocimiento que tradicionalmente no han sido exploradas por las mujeres, y las posibilidades de tener una representación política igualitaria.

Se debe considerar además que en muchas ocasiones se sobreponen distintas dimensiones de desigualdad más allá del género: la edad, la pertenencia étnica, el nivel de ingresos y la localidad de residencia, lo cual da lugar a escenarios de discriminación múltiple que es necesario prevenir o erradicar.

Dado el proceso de envejecimiento de la población, la elevada carencia de acceso a servicios de seguridad social asociados con la tercera edad y la desproporcionada carga de los cuidados que es asumida por las mujeres -generalmente sin remuneración- se requiere implementar políticas que afronten estas tendencias antes de que se agudicen, para equilibrar la distribución de este trabajo con una clara participación del Estado. Al respecto, también es importante considerar que las mujeres tienen una participación mayoritaria en la economía informal y que vivirán más tiempo sin contar con las prestaciones de la seguridad social, salvo aquellas derivadas de las pensiones no contributivas, cuyo impacto y sostenibilidad financiera son cuestionables.

Otro de los aspectos prioritarios es la necesidad de políticas y programas que reviertan el aumento de la fecundidad adolescente, dado el impacto nocivo de los embarazos y la maternidad en edad temprana; además, la probabilidad de tener un mayor número de hijos aumenta cuando la fecundidad se inicia prematuramente. Los hogares con mayor número de integrantes, sobre todo donde hay niños y niñas en edad dependiente, tienen mayores probabilidades de encontrarse en situación de pobreza.

La situación de violencia y abuso que enfrentan las mujeres en la actualidad parece ser el principal desafío en este ámbito, como lo expresó el Comité de la CEDAW en sus recomendaciones de 2012, en las cuales señaló la intensificación de "unas pautas ya existentes de discriminación y violencia generalizada contra las mujeres... basadas en actitudes patriarcales", por lo que exhortó al Estado mexicano a priorizar la plena aplicación de Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia y de los mecanismos que ésta establece,

²³⁵ El artículo 4º constitucional reconoce la igualdad del varón y la mujer ante la ley. Otras disposiciones legales relevantes son la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, que crea el Sistema Nacional de Igualdad y el Programa Nacional en la materia; la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que crea el Sistema Nacional para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y el Programa Nacional en la materia; además de la Ley del Instituto Nacional de las Mujeres, cuya misión es impulsar la incorporación de la perspectiva de género en la planeación nacional del desarrollo, la programación y el presupuesto de egresos de la federación, estimular la incorporación de la perspectiva de género en las políticas públicas, proponer el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres y evaluar su ejecución. Además, México es Estado parte de diversos instrumentos internacionales de derechos humanos, como la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar todas las formas de violencia contra las mujeres (Convención de Belém do Pará) y la Plataforma de Acción de Beijing, entre otros. Cabe mencionar que, tras las reformas constitucionales de 2011, en México se aplica el principio pro persona, y adquirieron rango constitucional los tratados internacionales de derechos humanos de los que el país sea parte.

²³⁶ Gobierno de la República (2014). Programa nacional para la igualdad de oportunidades y no discriminación contra las mujeres – Logros 2014. México.

a abordar los obstáculos que limitan la activación del mecanismo de alerta de género, a evitar las desapariciones forzadas de mujeres y adolescentes y a revertir la desconfianza hacia las autoridades que inhibe la denuncia de casos de violencia contra las mujeres, entre otras medidas.

Adicionalmente, en aras de abatir los preocupantes índices de femicidio en el país, es importante que las definiciones de este delito sean homogéneas en todas las entidades federativas y que todas las muertes violentas de mujeres sean analizadas con perspectiva de género. Se requiere también disponer de un sistema integral de información que permita hacer un seguimiento de todos los casos de femicidio, acorde con la definición homogénea del delito anteriormente mencionada. Es urgente también tomar acciones decididas contra la impunidad, que predomina en relación con la violencia de género, la violencia sexual y -en su expresión más extrema- la violencia feminicida, considerando, por ejemplo, que solamente una de cada cinco denuncias por violación llega a una sentencia condenatoria, según el análisis de la Secretaría de Gobernación (SEGOB), el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y ONU Mujeres.²³⁷

4.5 Discapacidad

Una persona con discapacidad es la que presenta una limitación física, mental o cognitiva, transitoria o permanente, que le impide desarrollar sus actividades en la forma que se considera normal para un ser humano. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS),²³⁸ una de cada siete personas en todo el mundo padece alguna forma de discapacidad. Ésta²³⁹ es un gran factor de vulnerabilidad para el desarrollo del potencial de niños, niñas y adolescentes, ya que limita su acceso a una participación activa en todos los aspectos de la vida familiar y comunitaria, así como a los servicios de educación. A la vez, la discapacidad los expone a mayores riesgos dentro y fuera del hogar, a situaciones de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, estigma y discriminación, malos tratos o explotación. Todo esto vulnera varios de sus derechos, como niños y como seres humanos; los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y sus familias se enfrentan a obstáculos tales como leyes, políticas y servicios inadecuados, actitudes negativas y falta de ambientes accesibles.

En numerosos casos la discapacidad en niños y niñas tiene su origen en condiciones asociadas con la preconcepción, la gestación y el parto, de manera que se presenta desde una edad muy temprana en la vida. Es posible sugerir acciones que permitan reducir su prevalencia a causa de estos motivos, y también es importante la detección temprana de niños que se encuentran en riesgo de discapacidad, que así permita una intervención oportuna de especialistas.

En México la cifra de población con discapacidad está creciendo, lo cual se debe principalmente al envejecimiento de su población, ya que en la población adulto-mayor es frecuente la aparición de discapacidades ligadas a la edad avanzada, la violencia y el incremento global de los problemas crónicos de salud asociados con discapacidad (como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales).

De los más de 7.5 millones de mexicanos que presentan alguna discapacidad, 52% está compuesto por mujeres, mientras que 48% son hombres, lo cual corresponde a la mayor cuantía de mujeres en el país. En cuanto a grupos de edad, la mayor proporción de personas con alguna forma de discapacidad se concentra en la población mayor de 60 años; concretamente, 52% de la población que registra discapacidad en el MCS-ENIGH 2014 corresponde a este grupo de edad. A la vez, 9.4% de los 7.5 millones de personas en esta condición es constituida por menores de edad, que equivale a 721,462 niños, niñas y adolescentes, según los datos de dicha encuesta (Tabla 4.3).

De acuerdo con los resultados del Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la ENIGH (MCS-ENIGH 2014), en México 658,839 personas (6.39% de la población total) presentan dificultades para realizar al menos una de las siguientes actividades: caminar, ver, oír (aun usando con aparato auditivo), hablar o comunicarse, poner atención o aprender, atender el cuidado personal y mental.



© UNICEF México/Giacomo Pirozzi

²³⁷ Secretaría de Gobernación/INMUJERES/ONUMJERES (2016).

²³⁸ OMS (2015). Discapacidad y Salud. Nota descriptiva N°352.

²³⁹ La clasificación internacional de la OMS de la discapacidad y de la salud, versión niños y jóvenes (CIF-NJ) no considera a la discapacidad como una cuestión puramente biológica ni puramente social, sino como una interacción entre problemas de salud y factores ambientales y personales. La discapacidad puede ocurrir en tres niveles: a) una deficiencia en la función o la estructura corporal; b) una limitación en la actividad, y c) una restricción de la participación.

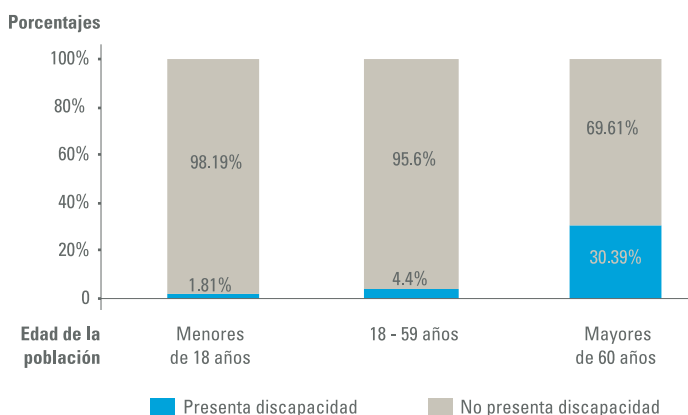
Tabla 4.3. **Distribución de la población con discapacidad por grupo de edad**

| Condición de discapacidad | Personas menores de 18 años | | 18 - 59 años | | Personas mayores de 60 años | | Total | |
|---------------------------|-----------------------------|--------------------|--------------|--------------------|-----------------------------|--------------------|-------|--------------------|
| | % | Número de personas | % | Número de personas | % | Número de personas | % | Número de personas |
| No presenta discapacidad | 34.8 | 39,053,957 | 57.06 | 64,046,817 | 8.14 | 9,138,039 | 100 | 112,238,813 |
| Presenta discapacidad | 9.42 | 721,462 | 38.5 | 2,948,429 | 52.08 | 3,988,948 | 100 | 7,658,839 |

Fuente: Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la ENIGH (MCS-ENIGH 2014), INEGI.

El peso de la población con discapacidad es, naturalmente, mayor en la población adulta-mayor que en otros grupos poblacionales, en la cual afecta a tres de cada 10 personas mayores de 60 años. En el grupo de personas de 18 a 59 años sólo 4.4% presenta alguna discapacidad, mientras que en los menores de 18 años el peso es de 1.8%, es decir, menos de dos de cada 100 niños tiene algún tipo de discapacidad (Gráfico 4.4).

Gráfico 4.4. **Peso relativo de la población con discapacidad por grupo de edad (porcentajes)**

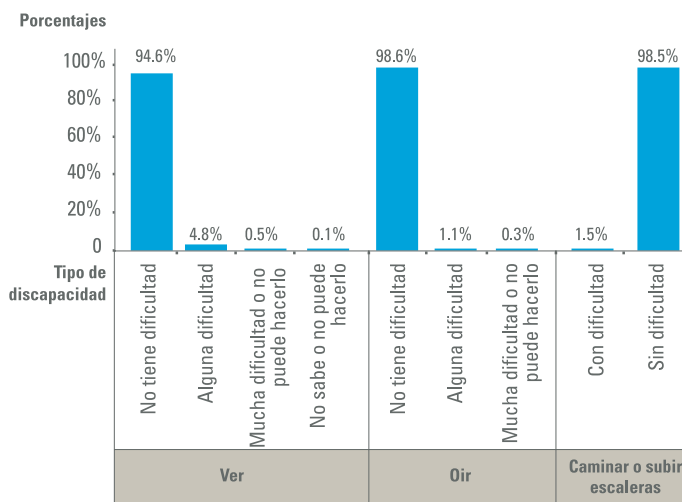


Fuente: Elaboración propia a partir del Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la ENIGH (MCS-ENIGH 2014).

La Encuesta Nacional de Hogares (ENH) 2014, recogiendo las recomendaciones del Grupo de Washington referentes a las estadísticas de discapacidad²⁴⁰ y la Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS),²⁴¹ incluyó preguntas diseñadas para capturar el rango de gravedad de la dificultad experimentada o grado de discapacidad, que es indispensable para el cálculo de la prevalencia.

Los resultados de esta encuesta muestran que la principal discapacidad en niños, niñas o adolescentes de cero a 14 años²⁴² es visual: una de cada 20 personas (5.4%) en este grupo de edad manifestó tener al menos alguna dificultad para ver. Por otro lado, la prevalencia de dificultades para oír o para subir escaleras y caminar afecta a un porcentaje muy pequeño de niños, niñas y adolescentes de este rango de edad: 1.4% y 1.5% respectivamente, como se puede ver en el gráfico siguiente.

Gráfico 4.5. **Incidencia de discapacidad en niños de 0 a 14 años según tipo (porcentajes)**



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Hogares 2014, INEGI.

Los resultados de la ENIM 2015, que incluyen otros ámbitos²⁴³ de dificultades respecto a los medidos por la ENH 2014 y el MCS-ENIGH 2014, revelan que las principales dificultades que experimentan los niños, niñas y adolescentes entre los cinco y 17 años de edad están relacionadas con aspectos socioemocionales y de personalidad, tales como la ansiedad y el control de la conducta. Entre los niños en este rango de edad, un 5.5% manifiesta tener problemas en el ámbito socioemocional y un 5.2% en el de personalidad, como muestra el Gráfico 4.6.

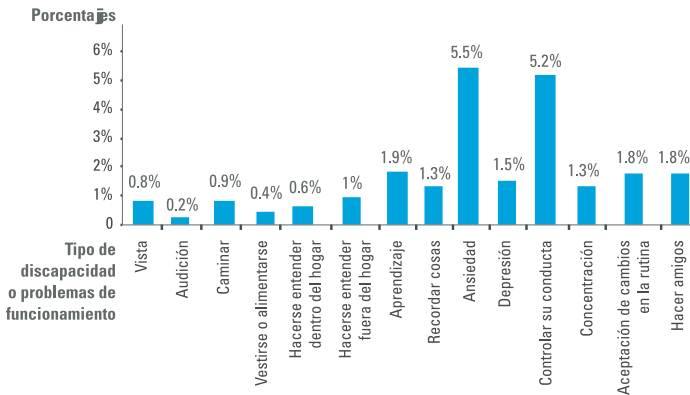
²⁴⁰ Washington Group on Disability Statistics - WG (2010). The Measurement of Disability. Recommendations for the 2010 Round of Censuses. Nueva York.

²⁴¹ OMS/OPS (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). España.

²⁴² En el caso de las dificultades para ver se captura la información para niños y niñas de tres a 14 años de edad. Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Hogares 2014, México.

²⁴³ La ENIM 2015 recoge información de dificultades funcionales en los siguientes ámbitos: ver, oír, caminar, vestirse o alimentarse, hacerse entender dentro y fuera del hogar, aprendizaje, recordar, experimentar ansiedad, experimentar depresión, controlar la conducta, concentrarse, adaptación a cambios en la rutina y socializar.

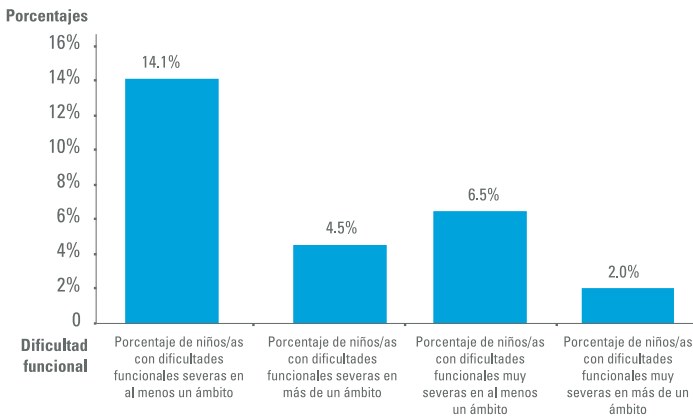
Gráfico 4.6. **Funcionamiento y discapacidad de niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años (porcentajes)**



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENIM 2015.

La ENIM 2015 también muestra que, de los niños entre cinco y 17 años, 14.1% tienen dificultades severas y muy severas (6.5%) en al menos uno de los ámbitos que recoge la encuesta. Las dificultades que enfrentan los niños en este rango de edad también pueden ser múltiples, y así lo muestra la información de esta misma encuesta (Gráfico 4.7), que revela que un 4.5% de los niños de este rango de edad tiene más de una de las dificultades funcionales severas.

Gráfico 4.7. **Distribución de niños, niñas y adolescentes de 5-17 años por dificultad funcional**



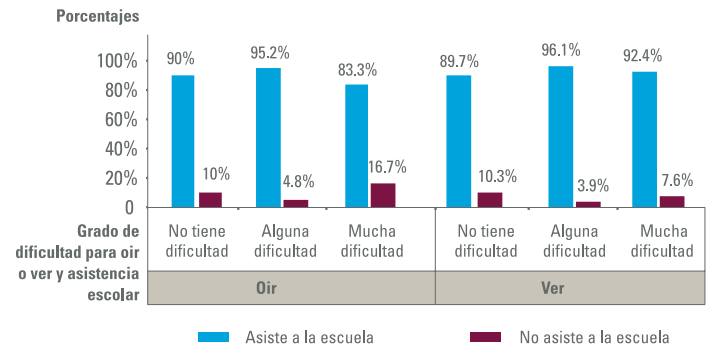
Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENIM 2015.

En general, los varones, aquellos que residen en la región Ciudad de México/Estado de México y los niños, niñas o adolescentes en áreas urbanas son más proclives a presentar algún tipo de dificultad, según la información de la ENIM 2015.

La discapacidad en niños, niñas y adolescentes puede incidir su asistencia a la escuela, principalmente en vista del limitado acondicionamiento del sistema educativo y de los medios de transporte para personas con discapacidades. Según los resultados del Censo 2010, la población con discapacidad en edad escolar (de tres a 29 años) presenta menor asistencia escolar frente a la población sin discapacidad en el mismo grupo etario, y sólo 45 de cada 100 personas con discapacidad en este rango de edad asisten a una institución educativa, frente a 56 de cada 100 en el grupo sin discapacidad en el mismo rango.

La información más reciente -procedente de la ENH 2014- para niños de tres a 14 años de edad confirma esta desventaja en la asistencia a la escuela entre la población con discapacidad. Si bien esta encuesta muestra que no existen mayores diferencias en la asistencia escolar entre los individuos sin ninguna dificultad para ver u oír y los que reconocen tener alguna dificultad, en el caso de los niños que registran tener mucha dificultad para oír se observa una reducción significativa de la asistencia (Gráfico 4.8).

Gráfico 4.8. **Porcentaje de integrantes del hogar entre 3 y 14 años por grado de dificultad para ver y oír según condición de asistencia a la escuela**



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Nacional de Hogares, 2014.

Respuesta institucional

La discapacidad es considerada por el Programa sectorial de salud (PROSESA) como un problema creciente de salud pública en el país. De acuerdo con el último reporte del Estado mexicano al Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, en el 2013 el Instituto Mexicano del Seguro Social atendió, a través del Modelo de integración educativa en guarderías integradoras, a 3,300 niñas y niños con discapacidad²⁴⁴ de edades comprendidas entre 43 días de nacido hasta cuatro años cumplidos. Por otra parte, la Secretaría de Desarrollo Social, mediante el Programa de estancias infantiles para apoyar a madres trabajadoras, entre 2008 y mediados de 2010 prestó el servicio de guardería a 2,441 niñas y niños con discapacidad.²⁴⁵

Con el objetivo de lograr la plena inclusión de todas las personas con discapacidad y garantizar el ejercicio de sus derechos humanos, en 2011 se publicó la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad que entre sus principios incluyó el respeto a la evolución de las facultades de los niños, las niñas y adolescentes con discapacidad y a su derecho a preservar su identidad, además de garantizar su derecho de admisión gratuita y obligatoria en centros de atención especializada, guarderías públicas y privadas y centros de desarrollo. En la misma ley también se eliminaron las condicionantes que excluían a la población infantil con discapacidad de la educación inicial.

Con la promulgación de esta ley se propició la eliminación de limitantes, así como el establecimiento de criterios claros en la prestación de servicios dirigidos a la población en general y que podrían, normativamente, incluir criterios de exclusión. Éste fue el caso del reformado Reglamento de servicios de estancias para el bienestar y desarrollo infantil del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), fruto de la resolución 01/2012 emitida por el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, ya que dicho ordenamiento, en sus disposiciones previas a la reforma, negaba la inscripción y autorizaba la suspensión del servicio de guarderías a niñas y niños con algunos tipos de discapacidad y un listado de padecimientos.

Otro esfuerzo para garantizar la inclusión educativa que realiza el Estado es el programa de inclusión educativa de menores de edad con discapacidad del Sistema Nacional DIF, que en 2010 consiguió incluir a 1,073 niñas, niños y adolescentes con discapacidad en escuelas regulares y en escuelas especiales.

Sin embargo, es importante redoblar los esfuerzos para lograr la plena inclusión educativa de más de 400,000 niñas, niños y adolescentes con discapacidad en edad escolar. Alcanzar esta meta se encuentra íntimamente ligado tanto con labores de sensibilización de la población infantil que asiste a los centros escolares, profesores y padres de familia como con el trabajo en adecuación arquitectónica, física y normativa que permita lograr un diseño universal e incluyente, así como, en caso necesario, los ajustes razonables que garanticen la equidad en el acceso, disfrute y aprovechamiento tanto de instalaciones como de recursos escolares, didácticos y de recreación, de manera que se posibilite el desarrollo integral de la niñez con discapacidad.

Durante el ciclo escolar 2015-2016 la SEP atendió a una población de 579,460 estudiantes con discapacidad. La educación especial proporciona servicios en dos instituciones regulares del sistema escolarizado: las Unidades de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) y los Centros de atención múltiple (CAM), en donde se atendieron 6,201 estudiantes (4,491 en las USAER y 1,710 en los CAM).

Finalmente, en materia de protección especial, uno de los temas que recientemente ha preocupado al Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, así como al Comité de los Derechos del Niño, ha sido el abandono infantil y la institucionalización de niñas y niños con discapacidad, así como las probables condiciones de abuso y falta de acceso a la justicia a las que pueden verse expuestos en esos contextos.

En atención a esta problemática, una de las acciones gubernamentales ha sido realizar, en septiembre de 2015, un amplio censo de la situación de los Centros de Asistencia Social, que incluyó un primer acercamiento a las condiciones de infraestructura, operación legal, de personal y prestadores de servicios de los centros de alojamiento, públicos y privados, así como de las personas que permanecen ahí. En este censo se contaron las instituciones que albergan a niñas, niños y adolescentes con discapacidad, lo que es un primer paso en la construcción de una respuesta adecuada a la realidad de esta población y en la generación de políticas que privilegien la inclusión de niñas, niños y adolescentes con discapacidad en sus comunidades y que eviten su separación del núcleo familiar, así como mejores controles de supervisión estatal y la transparencia en el funcionamiento de dichas instituciones.

²⁴⁴ CRPD/C/MEX/1 (2011). Informes iniciales presentados por los Estados partes de conformidad con el artículo 35 de la Convención, 27 de abril de 2011, párrafo 46. México.

²⁴⁵ Ibid. párrafo 47.

4.6 Impacto de los desastres naturales y riesgos por emergencias en la infancia y adolescencia

La infancia es un grupo particularmente vulnerable a los desastres naturales y emergencias, ya que estos generan múltiples efectos que alcanzan diversos ámbitos de su vida. En específico, las niñas y los niños que viven en hogares en pobreza enfrentan un riesgo mayor cuyas consecuencias pueden contribuir a perpetuar el ciclo intergeneracional de pobreza. Los desastres naturales tienen efectos negativos en la salud física de la niñez debido a la escasez de alimentos o agua, a la exposición a enfermedades y a riesgos de maltrato o abuso. Asimismo, los desastres pueden causar problemas psicológicos, no sólo por el desastre en sí, sino por los efectos del estrés en la familia, los daños a los hogares y pertenencias, la migración forzada y el colapso de las redes sociales. En el largo plazo, los desastres pueden interrumpir la educación o disminuir el ingreso familiar.²⁴⁶

La vulnerabilidad es una condición previa a los desastres, que se manifiesta durante su ocurrencia, y al mismo tiempo, es un indicador de la capacidad de resiliencia de los afectados frente al daño. Las niñas y niños, en especial los más pequeños, disponen de menos recursos y medios de supervivencia para enfrentar los desastres debido a sus características particulares, lo que implica que sean especialmente sensibles frente a las características de su entorno y a la capacidad de sus padres o cuidadores de protegerlos adecuadamente.²⁴⁷

Los desastres obligan a las familias, en particular a aquellas que viven en situación de pobreza, a tomar decisiones de supervivencia que pueden tener efectos perjudiciales en el bienestar de la niñez, tales como sacarlos de la escuela, reducir su ingesta alimentaria y reducir gastos en salud.²⁴⁸

Los terremotos de México de septiembre de 2017 y la capacidad de respuesta del país

México es uno de los países más expuestos a fenómenos naturales.²⁴⁹ Dos terceras partes del país tienen un riesgo sísmico significativo, debido a los terremotos que se generan en la costa del océano Pacífico, y en la conjunción de las placas tectónicas de Cocos y de Norteamérica. La ubicación del país en la región intertropical lo predispone a los huracanes generados en los océanos Pacífico

y Atlántico. Además, se presentan lluvias intensas que provocan inundaciones y deslaves, con frecuencia de manera independiente de la actividad ciclónica, debido a las tormentas en la temporada de lluvias. Anualmente, de los 25 ciclones que en promedio ocurren en los mares cercanos al país, cuatro o cinco penetran en el territorio y causan daños severos.

En sentido opuesto, la escasez de lluvia se resiente en diversas regiones y, cuando se mantiene por periodos prolongados, da lugar a sequías e incendios forestales que afectan la agricultura, la ganadería y la economía en general.²⁵⁰ El Banco Mundial estima que casi un tercio de la población vive en áreas expuestas a huracanes, tormentas, inundaciones, terremotos y erupciones volcánicas. En términos económicos, 71% del PIB del país es susceptible a dos o más riesgos naturales,²⁵¹ México tiene una clasificación Alta en el Índice de Riesgo de INFORM 2018,²⁵² particularmente por los riesgos de desastres naturales.

El 7 y 19 de septiembre, dos terremotos de magnitud de 8.1 y 7.1 grados en la escala de Richter, respectivamente, golpearon los estados de Chiapas, Ciudad de México, Morelos, Puebla y Oaxaca, donde se estima que, de acuerdo con la Encuesta Intercensal 2015, habitan siete millones de niñas y niños. Inmediatamente después de los dos terremotos, 320 municipios fueron declarados en estado de emergencia: 118 en Chiapas, 16 en la Ciudad de México, 33 en Morelos, 41 en Oaxaca y 112 en Puebla. Los terremotos causaron la muerte de 369 personas, entre ellos 29 niños y niñas. A la par, se cuantificaron daños en 190,000 edificios.

De acuerdo con el Sistema Nacional de Protección Civil, 14,908 escuelas fueron afectadas, de las cuales 288 aún requieren una reconstrucción completa. Se estima que cuatro millones de estudiantes fueron paulatinamente reubicados en otras escuelas. En cuanto a la infraestructura de hospitales y clínicas, cerca de 800 instalaciones de salud tuvieron diferentes grados de daños. Durante la emergencia, las instituciones de salud pública dieron 210,913 consultas médicas relacionadas con el terremoto.²⁵³

En la Ciudad de México, 38 edificios colapsaron y 155,674 casas resultaron dañadas. Los mecanismos de prevención adoptados en dicha ciudad a lo largo de los últimos años, así como la revisión de las regulaciones de construcción gubernamentales y de organización ciudadana como consecuencia del terremoto de 1985, redujeron significativamente el número de muertes (de un estimado de 10,000 muertes en 1985 a 228 en 2017 en la Ciudad de México) y el número de edificios dañados.

²⁴⁶ Kousky, C. (2016). "Impacts of Natural Disasters on Children." *Future of Children*. Vol. 26, No. 1, Children and Climate Change. Pp. 73–92. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/pdf/43755231.pdf>

²⁴⁷ Bartlett, S. (2008). *Climate Change and Urban Children – Impacts and Implications for adaptation in low- and middle-income countries*. Human Settlements Discussion Paper; Cutter, S.L. (1995), "The forgotten casualties: women, children, and environmental change", *Global Environmental Change* (5); Peek, L., (2008), "Children and Disasters: Understanding Vulnerability, Developing Capacities and Promoting Resilience – An Introduction", *Children, Youth and Environments*, 18, citado en "Protección social de la infancia frente a los desastres", CEPAL (abril 2018). Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/proteccion-social-la-infancia-frente-desastres>

²⁴⁸ Hallegatte, S. y otros (2017), *Unbreakable: Building the Resilience of the Poor in the Face of Natural Disasters*. Climate Change and Development. Washington, DC: World Bank; citado en "Protección social de la infancia frente a los desastres", CEPAL (abril 2018).

²⁴⁹ Banco Mundial (2017). Bonos del Banco Mundial proporcionarán a México US\$360 millones en protección ante catástrofes (World Bank Bonds to Provide \$360 Million in Catastrophe Protection for Mexico). Disponible en: <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2017/08/04/bonos-del-banco-mundial-proporcionaran-a-mexico-us360-millones-en-proteccion-ante-catastrofes>

²⁵⁰ CENAPRED 2014, Diagnóstico de Peligros e Identificación de Riesgos de Desastres en México, <http://www.cenapred.gob.mx/es/Publicaciones/archivos/36-DIAGNOSTICODEPELIGROSEIDENTIFICACIONDERIESGOSDEDESASTRESENMXICO.PDF>

²⁵¹ Banco Mundial (2017). Op. Cit.

²⁵² INFORM mide el riesgo de crisis y desastres humanitarios en 191 países, siguiendo una serie de factores y contemplando la capacidad del gobierno para responder. El perfil de México se encuentra en el siguiente enlace: http://www.inform-index.org/Portals/0/InfoRM/2018/Country_Profiles/MEX.pdf

²⁵³ Secretaría de Salud. Informe sobre las acciones en salud realizadas como consecuencia de los sismos de septiembre. Comunicado 14 de octubre: www.gob.mx/salud/prensa. Última fecha de consulta: 17 de octubre de 2017.

Sobre la respuesta institucional, México tiene una capacidad nacional relativamente alta para hacer frente a los impactos y consecuencias de los desastres naturales, lo que reduce el riesgo general en la población. El país cuenta con mecanismos, instituciones y planes para responder a situaciones de emergencia. Tras los terremotos de septiembre 2017, se observó que el gobierno mexicano funcionó con una capacidad excepcionalmente alta en términos de búsqueda, rescate y provisión de asistencia humanitaria.²⁵⁴

El gobierno de México ha desarrollado sistemas de alerta temprana y monitoreo de tormentas, incendios, tsunamis, terremotos y actividad volcánica.²⁵⁵ Además, ha diseñado el Atlas Nacional de Riesgos (ANR) para recopilar y sistematizar datos de una amplia gama de instituciones sobre desastres y amenazas en México.²⁵⁶ El gobierno también ha invertido en capacitación, simulaciones y desarrollo de estrategias para garantizar una respuesta rápida y para continuar las operaciones del gobierno ante una emergencia.²⁵⁷

Sin embargo, todavía es necesario hacer ciertas mejoras, especialmente relacionadas con el bienestar de la niñez. Por ejemplo, en la actualidad no existe información sobre niños, niñas y mujeres afectados por desastres naturales en tiempo real, lo que dificultó cuantificar los impactos de los desastres sobre la niñez y las familias en México. La ausencia de información concreta sobre las afectaciones específicas de la niñez también afectó la capacidad del gobierno para coordinar apoyos de acuerdo con las necesidades específicas de esta población.

En cuanto al presupuesto público, México cuenta con el Fondo de Desastres Naturales (FONDEN),²⁵⁸ el principal instrumento de financiamiento de la respuesta y reconstrucción tras un desastre natural. Las entidades municipales y estatales afectadas por un desastre pueden acceder al FONDEN para garantizar la rehabilitación de la infraestructura dañada. De enero a junio de 2017, al FONDEN se le asignó un presupuesto de 7,248.9 millones de pesos.²⁵⁹

Después de los terremotos del 7 y 19 de septiembre de 2017, a través del FONDEN se apoyó la rehabilitación de hogares mediante la entrega de tarjetas de débito a beneficiarios elegibles para comprar materiales para la reconstrucción. Además, los recursos se utilizaron en la rehabilitación de escuelas dañadas, infraestructura de salud, infraestructura de comunicaciones y transportes, y sitios culturales e históricos.

A través del Sistema Nacional del Desarrollo Integral de la Familia (DIF), se distribuyeron alimentos, agua, ropa, mantas y otros artículos no alimentarios a las poblaciones necesitadas. Se abrieron o establecieron refugios de inmediato en las áreas afectadas, mientras que los militares y la armada se movilizaron para iniciar la respuesta humanitaria luego de la activación del Plan DN-III (Plan Nacional de Desastres). A la par de las actividades del gobierno, la sociedad civil contribuyó sustancialmente en la emergencia con alimentos y artículos no alimentarios, así como en actividades de búsqueda y rescate.

Trayectoria de las amenazas naturales en México 2010-2017

Los terremotos de 2017 fueron altamente visibles y destructivos; no obstante, México se ve regularmente afectado por otros desastres naturales, como los huracanes, y es uno de los 10 países en el mundo con la mayor cantidad de personas en pobreza expuestas a inundaciones.²⁶⁰ La siguiente Tabla muestra los 57 desastres naturales que han afectado a México desde 2010. Desde entonces, se han realizado 12,705 declaraciones de emergencia municipales, de las cuales 2,050 ocurrieron en 2017.²⁶¹ En México los desastres naturales más frecuentes son los ciclones y los huracanes,²⁶² que representan más de la mitad del total de desastres y más del 80% de los costos por daños.

Entre 2010 y 2017, uno de los estados más afectados por desastres naturales ha sido Veracruz, con 11 de las 31 tormentas más destructoras de la última década. En la costa del Pacífico ocurrieron relativamente menos tormentas, aunque con graves consecuencias. Oaxaca se ha visto afectado por 16 de las 31 grandes tormentas de la última década.

La mayoría de los huracanes registrados perdieron fuerza y se degradaron a categoría inferiores de tormenta tropical; sin embargo, causaron fuertes lluvias, deslizamientos de tierra e inundaciones. Aun cuando en los últimos siete años hubo tres veces más tormentas que inundaciones, el número de personas afectadas tanto por inundaciones (1.5 millones) como por tormentas (1.5 millones) fue muy similar. Casi todos los estados de México son susceptibles a sufrir inundaciones que pueden afectar a un amplio número de personas e interrumpir seriamente los medios de subsistencia.²⁶³

Sin considerar los terremotos del 7 y 19 de septiembre de 2017, desde 2010 se registraron otros seis terremotos de gran magnitud que afectaron aproximadamente a 100,000 personas. Sólo en 2017, ocurrieron 15,000 temblores.²⁶⁴ Debido a su baja intensidad la mayoría no se percibió, pero queda en evidencia el riesgo constante al que México está expuesto.

²⁵⁴ En 1986, México estableció el Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC) con el objetivo de mejorar la coordinación e integración de múltiples actores estatales y no estatales a nivel federal, estatal y municipal, ante la ocurrencia de una emergencia. La Secretaría de Gobernación lidera las acciones del SINAPROC y del Centro Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED). Sitio del CENAPRED: <https://www.gob.mx/cenapred> Última fecha de consulta: 15 de noviembre de 2017.

²⁵⁵ 5º Informe del Gobierno Mexicano 2016-2017, capítulo 1.6 sobre Desastres, pág. 149. Disponible en: <http://www.presidencia.gob.mx/quintoinforme/>

²⁵⁶ El Atlas Nacional de Riesgos puede consultarse en este sitio: <http://www.atlasmnacionalderiesgos.gob.mx/>

²⁵⁷ 5º Informe del Gobierno Mexicano 2016-2017, capítulo 1.6 sobre Desastres, pág. 150.

Disponible en: <http://www.presidencia.gob.mx/quintoinforme/>

²⁵⁸ Portal del FONDEN: <http://www.proteccioncivil.gob.mx/en/ProteccionCivil/Fonden>

²⁵⁹ 5º Informe del Gobierno Mexicano 2016-2017, capítulo 1.6 sobre Desastres, pág. 154.

Disponible en: <http://www.presidencia.gob.mx/quintoinforme/>

²⁶⁰ Hallegatte, Stephane; Vogt-Schilb, Adrien; Bangalore, Mook; Rozenberg, Julie. (2017). *Unbreakable: Building the Resilience of the Poor in the Face of Natural Disasters*. Climate Change and Development, Washington, DC: World Bank. © World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/25335> License: CC BY 3.0 IGO. " <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/25335>

²⁶¹ Atlas Nacional de Riesgos, Base de Datos Declaratorios 2000-2017. Disponible en: <http://www.atlasmnacionalderiesgos.gob.mx/archivo/descargas.html>

²⁶² Las tormentas a las que se hace referencia son las consideradas como desastres naturales debido a la gravedad y al daño causado. Para mayor información sobre las tormentas que afectan a México, se puede consultar el sitio del Servicio Meteorológico Nacional (SMN): <http://smn.cna.gob.mx/en/ciclones-tropicales/informacion-historica>

²⁶³ Datos obtenidos de EM-DAT Database (www.emdat.be) y de Dartmouth Flood Observatory (<http://www.dartmouth.edu/~floods/Archives/index.html>).

²⁶⁴ CENAPRED. Reporte de monitoreo sísmico (1 Nov 2016 – 1 Nov 2017) <http://geografica.cenapred.unam.mx/reporteSismosGobMX/BuscarReporteSismo>

Desde 2010, 1,190 personas han muerto como consecuencia directa de desastres naturales y más de 5.8 millones de personas han sido afectadas. Además de las pérdidas humanas, el impacto económico es significativo y asciende a 17,000 millones de dólares.²⁶⁵ Esta valoración no incluye los daños de los huracanes Katia, Max y Ramón de septiembre y octubre de 2017, ni de los terremotos del 7 y 19 de septiembre, cuyo costo se calcula en 2,000 millones de dólares. Se estima que el terremoto del 19 de septiembre redujo en 0.2% el PIB de México.²⁶⁶

Tabla 4.4. **Desastres naturales en México, 2010-2017**

| Año | Tipo de Desastre | Ocurrencia | Número de muertes | Número de personas afectadas | Costos totales (en '000 USD) |
|------|---------------------|------------|-------------------|------------------------------|------------------------------|
| 2010 | Terremoto | 1 | 2 | 25,232 | 1,150,000 |
| 2010 | Inundación | 2 | 66 | 1,020,000 | 16,000 |
| 2010 | Derrumbe | 2 | 71 | ND | ND |
| 2010 | Tormenta | 4 | 43 | 555,075 | 5,900,000 |
| 2011 | Sequía | 1 | - | 2,500,000 | - |
| 2011 | Terremoto | 1 | 2 | 152 | - |
| 2011 | Temperatura Extrema | 1 | 3 | 120,000 | 500,000 |
| 2011 | Inundación | 3 | 77 | 480,000 | - |
| 2011 | Tormenta | 5 | 43 | 550,450 | 97,700 |
| 2011 | Incendio Forestal | 1 | - | ND | ND |
| 2012 | Terremoto | 1 | 2 | 49,011 | 320,000 |
| 2012 | Tormenta | 2 | 19 | 87,000 | 855,000 |
| 2013 | Inundación | 1 | 13 | ND | ND |
| 2013 | Tormenta | 4 | 210 | 172,000 | 5,702,000 |
| 2014 | Terremoto | 2 | 3 | 27,381 | ND |
| 2014 | Tormenta | 6 | 19 | 144,135 | 2,541,500 |
| 2015 | Inundación | 1 | | 3,000 | ND |
| 2015 | Tormenta | 3 | 41 | 18,791 | 2,000 |
| 2016 | Inundación | 5 | 25 | 53,000 | 25,000 |
| 2016 | Tormenta | 2 | 65 | 21,500 | 50,000 |
| 2017 | Terremoto | 1 | 98 | 200 | - |
| 2017 | Tormenta | 3 | 13 | 900 | 2,000 |
| 2017 | Tormenta | 2 | 2 | ND | ND |
| 2017 | Terremoto | 1 | 369 | ND | ND |
| 2017 | Terremoto | 1 | 4 | ND | ND |
| | Total | 57 | 1,190 | 5,827,827 | \$17,161,200.00 (*1,000) |

Fuente: EM-DAT: The Emergency Events Database - Université catholique de Louvain (UCL) - CRED, D. Guha-Sapir - www.emdat.be, Brussels, Belgium.

Fecha de creación: 1 de noviembre de 2017.

²⁶⁵ EM-DAT: The Emergency Events Database - www.emdat.be

²⁶⁶ El Economista. (24 de septiembre de 2017). "Banco Base reduce proyección de crecimiento tras sismo, a 2.1%" Disponible en: <https://www.economista.com.mx/sectorfinanciero/Banco-Base-reduce-proyeccion-de-crecimiento-tras-sismo-a-2.1-20170924-0098.html>

Evaluación de riesgos enfocada en la niñez de México (2010-2017)

Para atender de manera adecuada las futuras situaciones de emergencia y, en particular, para garantizar el bienestar de la niñez afectada, es importante que la planificación del desarrollo social en México provenga de un análisis de riesgos. A continuación, se presenta una propuesta de clasificación del riesgo por desastres naturales en México para la niñez a fin de destacar las zonas geográficas de mayor peligro para este sector.

El Índice de Riesgo de Desastres en la niñez muestra un cálculo de riesgo centrado en el niño por estado.²⁶⁷ Para su estimación sólo se consideran los tres tipos de desastres con la mayor probabilidad e impacto negativo en los niños y las niñas en México: tormentas, inundaciones y terremotos. Además, se calcula la exposición infantil a estos riesgos al factorizar la pobreza multidimensional infantil por estado y la población total absoluta de niños en pobreza y pobreza extrema.

De acuerdo con el análisis presentado en el Gráfico 4.9, Chiapas, Veracruz y Oaxaca presentan el mayor riesgo para los niños en relación con los desastres, tanto en función de su frecuencia y regularidad como del grado y la profundidad de la pobreza infantil. Les siguen los estados de Guerrero, México y Puebla. En especial, los estados con el valor más alto del índice tendrían que dedicar más atención del gobierno a la planificación, respuesta y recuperación ante desastres, con un enfoque particular en las necesidades de la niñez.

²⁶⁷ Cabe señalar que se trata de un cálculo interno basado en la metodología de UNICEF de evaluación de riesgos centrada en el niño (http://www.preventionweb.net/files/36688_36688rosacriskassessmentfeb2014.pdf), así como en las directrices de la nota técnica sobre análisis de situación informada sobre riesgos de emergencia y la nota de orientación de UNICEF sobre preparación en situaciones de emergencia (https://www.unicef.org/emergencies/files/UNICEF_Preparedness_Guidance_Note_29_Dec_2016_.pdf), además de las directrices en la nota técnica sobre Análisis de Situación Informada de Riesgo de Emergencia (<http://www.unicef.org/emergencies.com/downloads/eresource/docs/KRR/Guidance%20Risk%20Informed%20SitAn%20FINAL.pdf>).

Gráfico 4.9. Riesgo de desastres en la niñez por estado

| Estados de México en Orden de Riesgo | Tormentas | Inundaciones | Sismos | Factor de Peligro ²⁶⁸ | % de pobl. 0-17 en pobreza | #NNA en pobreza (mln) | Exposición Infantil ²⁶⁹ | Valor del índice de riesgo del estado ²⁷⁰ |
|--------------------------------------|-----------|--------------|--------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------|------------------------------------|--|
| Chiapas | 5 | 3 | 2 | 17.55 | 82.30% | 1.72 | 1.41556 | 24.843078 |
| Veracruz | 11 | 4 | - | 20.4 | 65.90% | 1.69 | 1.11371 | 22.719684 |
| Oaxaca | 16 | 2 | 2 | 29.9 | 72.60% | 1.03 | 0.74778 | 22.358622 |
| Guerrero | 6 | 4 | 3 | 23.4 | 72% | 0.97 | 0.6984 | 16.34256 |
| México | 1 | 1 | 2 | 8.45 | 59% | 3.14 | 1.8526 | 15.65447 |
| Puebla | 5 | | 1 | 8.4 | 71.60% | 1.59 | 1.13844 | 9.562896 |
| Michoacán | 3 | 2 | 1 | 9.6 | 65.50% | 1.06 | 0.6943 | 6.66528 |
| Jalisco | 5 | 2 | - | 9.6 | 40% | 1.03 | 0.412 | 3.9552 |
| Tabasco | 6 | 2 | 1 | 14.3 | 56.30% | 0.45 | 0.25335 | 3.622905 |
| Ciudad de México | - | 1 | 2 | 6.6 | 39.40% | 0.87 | 0.34278 | 2.262348 |
| Morelos | - | 1 | 2 | 6.6 | 60.80% | 0.38 | 0.23104 | 1.524864 |
| Tamaulipas | 2 | 2 | - | 6 | 43.30% | 0.48 | 0.20784 | 1.24704 |
| Chihuahua | 1 | 2 | - | 4.8 | 39.10% | 0.49 | 0.19159 | 0.919632 |
| Hidalgo | 2 | - | - | 2.2 | 60.40% | 0.56 | 0.33824 | 0.744128 |
| Sinaloa | 2 | - | - | 2.2 | 46.20% | 0.43 | 0.19866 | 0.437052 |
| Coahuila | 3 | - | - | 3.3 | 34.90% | 0.36 | 0.12564 | 0.414612 |
| Nuevo León | 3 | - | - | 3.3 | 24.90% | 0.38 | 0.09462 | 0.312246 |
| Colima | 5 | 1 | - | 7.8 | 40.80% | 0.09 | 0.03672 | 0.286416 |
| Quintana Roo | 2 | - | - | 2.2 | 43.20% | 0.23 | 0.09936 | 0.218592 |
| Yucatán | 1 | - | - | 1.1 | 52.80% | 0.36 | 0.19008 | 0.209088 |
| Nayarit | 2 | - | - | 2.2 | 45.40% | 0.19 | 0.08626 | 0.189772 |
| Campeche | 2 | - | - | 2.2 | 51.50% | 0.16 | 0.0824 | 0.18128 |
| Durango | 1 | - | - | 1.1 | 47.40% | 0.3 | 0.1422 | 0.15642 |
| B. California Sur | 2 | - | - | 2.2 | 36.50% | 0.09 | 0.03285 | 0.07227 |
| Guanajuato | - | - | - | 0 | 51.30% | 1.07 | 0.54891 | 0 |
| San Luis Potosí | - | - | - | 0 | 55.80% | 0.53 | 0.29574 | 0 |
| Zacatecas | - | - | - | 0 | 57.30% | 0.32 | 0.18336 | 0 |
| Sonora | - | - | - | 0 | 35.20% | 0.33 | 0.11616 | 0 |
| Baja California | - | - | - | 0 | 34.90% | 0.39 | 0.13611 | 0 |
| Tlaxcala | - | - | - | 0 | 65.50% | 0.29 | 0.18995 | 0 |
| Querétaro | - | - | - | 0 | 41.70% | 0.27 | 0.11259 | 0 |
| Aguascalientes | - | - | - | 0 | 40.70% | 0.18 | 0.07326 | 0 |

Fuente: Cálculo propio basado en datos EM-DAT 2010-2017 y datos de pobreza infantil en México.²⁷¹

²⁶⁸ El Factor de Peligro se calcula como la suma de cada tipo de riesgo multiplicado por su peso, donde las tormentas tienen un peso de 1, inundaciones un peso de 1.5 y sismos un peso de 2. Hay un multiplicador adicional si el estado es susceptible a varios tipos de peligro en simultáneo. Si el estado fue afectado por sólo 1 peligro, el multiplicador es 1.1, si 2 riesgos el multiplicador es 1.2, si 3 peligros el multiplicador es 1.3. En el caso de Chiapas ($FP=5*1+3*1.5+2*2$)*1.3=17.5, donde X es el número total de peligros simultáneos

²⁶⁹ La Exposición Infantil se mide como un factor de la vulnerabilidad (medido como pobreza infantil multidimensional total en un estado) por el número total de niños en pobreza en ese estado. En el caso de Chiapas ($EI=0.823*1.72=1.415$)

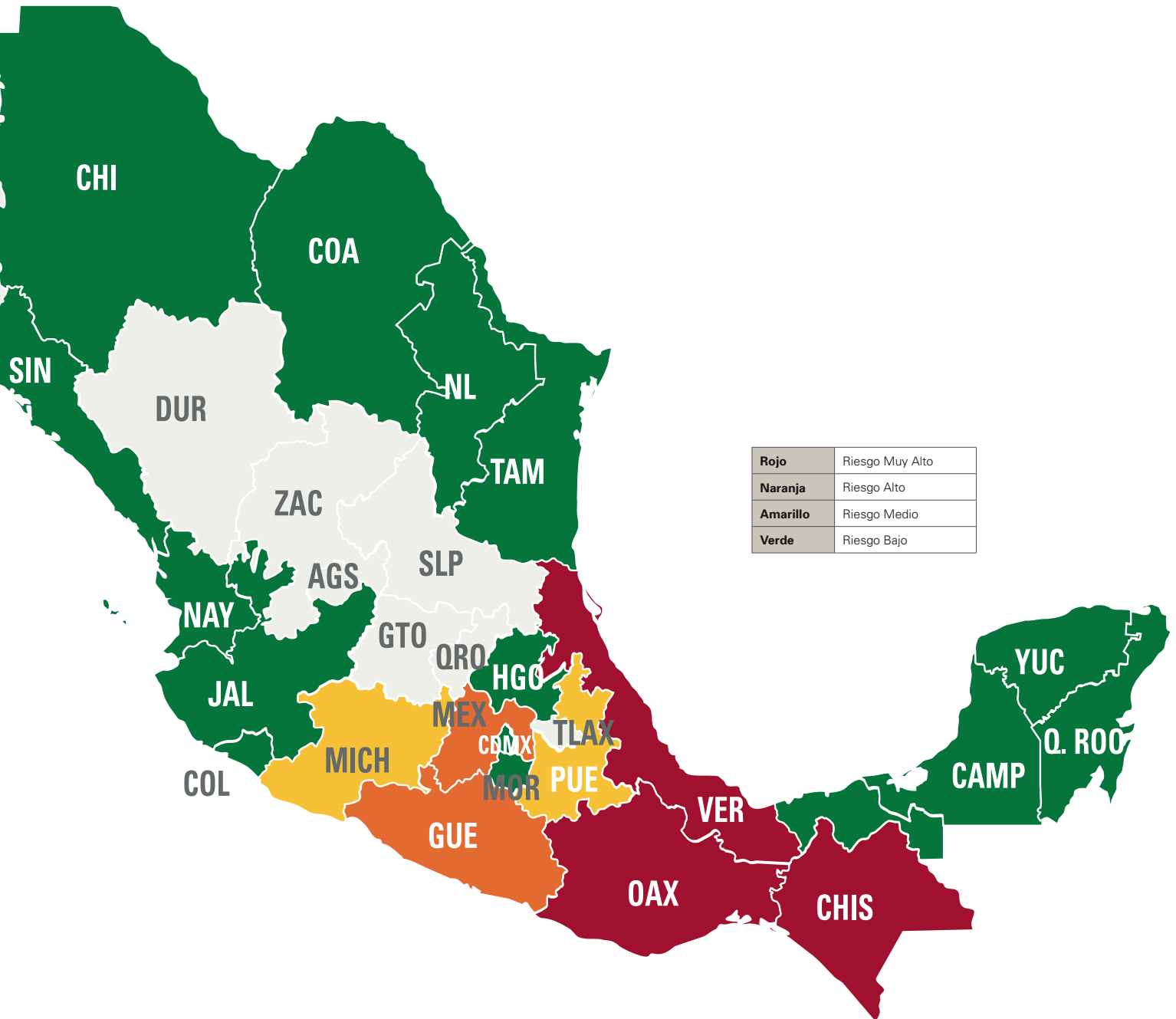
²⁷⁰ El Valor del Índice de Riesgo del estado de desastres naturales para niñez se calcula como Factor de Peligro * Factor de Exposición Infantil, en el caso de Chiapas ($VIR=17.5*1.415=24.76$).
²⁷¹ Los datos de EM-DAT demuestran qué estados se vieron afectados por qué desastre, teniendo en cuenta que a menudo varios estados se ven afectados por el mismo desastre. Los datos de pobreza provienen del estudio CONEVAL y UNICEF 2014, "Pobreza y derechos sociales de niñas, niños y adolescentes en México, 2014". Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/MX_Pobreza_derechos.pdf

Gráfico 4.9. **Riesgo de desastres en la niñez por estado (continuación)**

| Índice estatal de riesgo | | |
|--------------------------|-------|-----------|
| Estado | Abr | Valores |
| Sonora | SON | 0 |
| Chihuahua | CHI | 0.919632 |
| Baja California | BCN | 0 |
| Baja California Sur | BCS | 0.07227 |
| Coahuila | COA | 0.414612 |
| Durango | DUR | 0.15642 |
| Sinaloa | SIN | 0.437052 |
| Nuevo León | NL | 0.312246 |
| Zacatecas | ZAC | 0 |
| Jalisco | JAL | 3.9552 |
| Nayarit | NAY | 0.189772 |
| Tamaulipas | TAM | 1.24704 |
| San Luis Potosí | SLP | 0 |
| Guanajuato | GTO | 0 |
| Michoacán | MICH | 6.66528 |
| Colima | COL | 0.286416 |
| Guerrero | GRO | 16.34256 |
| Oaxaca | OAX | 22.358622 |
| Chiapas | CHIS | 24.843078 |
| Yucatán | YUC | 0.209088 |
| Quintana Roo | Q.ROO | 0.218592 |
| Campeche | CAMP | 0.18128 |
| Tabasco | TAB | 3.622905 |
| Veracruz | VER | 22.719684 |
| Puebla | PUE | 9.562896 |
| Hidalgo | HGO | 0.744128 |
| México | MEX | 15.65447 |
| Querétaro | QRO | 0 |
| Aguascalientes | AGS | 0 |
| Tlaxcala | TLAX | 0 |
| Morelos | MOR | 1.524864 |
| Ciudad de México | CDMX | 2.262348 |



Fuente: Cálculo propio basado en datos de pobreza infantil, así como la información disponible para México de 2010 a 2017 en la EM-DAT.



Principales afectaciones generadas por los sismos de septiembre de 2017 en la infancia y adolescencia

Ante la importancia de conocer con más detalle las afectaciones específicas de la niñez a partir de los sismos del 7 y 19 de septiembre de 2017, UNICEF realizó un estudio cualitativo, que analizó seis dimensiones fundamentales para el bienestar de la niñez:

(i) nutrición, (ii) salud, (iii) educación, (iv) agua, saneamiento e higiene, (v) protección de la infancia y (vi) protección social. Dicho estudio fue realizado en los municipios Juchitán en Oaxaca y Jojutla en Morelos, que fueron severamente afectados por los sismos. El estudio realizó varias sesiones con grupos focales que permitieron conocer en detalle las observaciones de la población, especialmente de padres y madres, maestros y niños y niñas. A continuación, se presentan los principales hallazgos de dicho estudio.

Nutrición

Sobre el acceso a alimentos, la ayuda humanitaria llegó de diversas fuentes, y ante la falta de un mecanismo coordinador, se distribuyó entre la población de forma descentralizada. A veces por el gobierno, en sus tres niveles, pero principalmente a través de canales ciudadanos y de organización informal. El estudio resalta que la información sobre dónde se estaban otorgando alimentos circulaba a través de redes sociales y medios electrónicos, y no se contó con criterios de priorización que garantizaran que esta ayuda se distribuyera de forma equitativa y eficiente, primordialmente a los más afectados. Esta situación replicó patrones de desigualdad preexistentes, pues las personas con redes de contacto más amplias pudieron adquirir más ayuda, mientras que las familias con menores redes o sin acceso a internet tuvieron oportunidades muy reducidas de acceso a alimentos.

Sobre el tipo de apoyo alimenticio, la población afectada recibió principalmente productos enlatados y ultra procesados, que no contribuyen a una nutrición adecuada. La disponibilidad y gratuidad de los alimentos donados desplazó a productos más saludables y que formaban parte de la dieta local. En respuesta a esta situación, se formaron equipos y cocinas comunitarias para clasificar y desechar los productos chatarra y no nutritivos que llegaron en forma de donativos.²⁷²

En cuanto a la lactancia materna, es fundamental resaltar que ésta se mantenga incluso en situaciones de emergencia para asegurar una buena nutrición de los bebés. El uso de sucedáneos de leche no es recomendado, ya que aumenta el riesgo de malnutrición y de enfermedades ante la probable escasez de agua limpia y combustible. Durante la emergencia, las localidades estudiadas recibieron donaciones de grandes cantidades de sucedáneos de leche, los cuales pudieron alterar la práctica de lactancia materna.

Salud

Ante una situación de emergencia, en materia de salud es primordial reducir el riesgo de mortalidad y morbilidad entre niñas, niños y adolescentes, y garantizar el acceso equitativo a atención oportuna y de calidad para quienes sufran afectaciones. Para esto, es necesario establecer canales de atención inmediatos y prioritarios para contrarrestar los riesgos inminentes a la salud de niños y niñas, tales como vacunar contra el sarampión, suministrar vitamina A, proveer hidratación oral, y asegurar disponibilidad de medicamentos, material de curación y kits de primeros auxilios, alimentos fortificados y otros elementos como cobijas, lonas y material para cocinar. A causa de los terremotos, los sistemas de atención de salud se vieron afectados; no obstante, la infraestructura quedó utilizable y de inmediato se abrió a toda la comunidad y se reestablecieron los servicios de salud en espacios temporales, incluyendo la atención obstétrica.

Las enfermedades más comunes reportadas en niños y niñas en el periodo posterior a la emergencia fueron las siguientes: infecciones en los ojos y en la piel por el polvo (conjuntivitis, urticaria), infecciones de las vías respiratorias por la lluvia y el frío (gripa, resfriados y tos), e infecciones del estómago por consumir agua y alimentos contaminados (diarrea y tifoidea).

Agua y saneamiento e higiene

Ante una situación de emergencia es indispensable asegurar el acceso a métodos para purificación de agua y mantener la higiene personal, con énfasis en las necesidades diferenciadas de las mujeres y niñas en cuanto a seguridad, privacidad y dignidad. Igualmente, se debe facilitar información a la población para disminuir el riesgo de epidemias y brindar opciones de disposición adecuada de desechos. La fase posterior a la emergencia se concentra en la reconstrucción del sistema de drenaje, agua y alcantarillado de forma adecuada y sostenible.

En los municipios estudiados, ya existían carencias importantes en los sistemas de saneamiento y agua antes de los terremotos: sistemas de drenajes colapsados y con necesidad urgente de mantenimiento, tendencia a las inundaciones, plantas insuficientes de tratamiento de agua y serios problemas de contaminación en los cuerpos de agua que cruzan los núcleos urbanos.

Durante las primeras horas de la emergencia se reportó escasez de agua para beber, que luego fue solventada por la enorme cantidad de agua embotellada recibida en forma de donativos. Paulatinamente se ha restablecido el abastecimiento de agua; no obstante, a causa de los daños en la infraestructura, hubo una disminución en la cantidad de agua que llega a los hogares.

Sobre las instalaciones y albergues temporales quedó en evidencia la escasez de baños portátiles y de medidas de seguridad y privacidad adecuadas, lo que generó múltiples incomodidades particularmente a las niñas y las mujeres.

²⁷² El ejemplo recurrente fueron las sopas instantáneas en empaque de unicef.

Educación

En una situación de emergencia debida a un desastre natural es esencial priorizar las acciones para garantizar la educación en espacios seguros para el aprendizaje. Dado que la interrupción en la educación tiene repercusiones en el pleno desarrollo de los niños, es fundamental asegurar un pronto retorno a la escuela. En el caso de los municipios estudiados, el daño que sufrió la infraestructura educativa fue grave, y en las primeras semanas de la emergencia no hubo clases. Esto imposibilitó que las escuelas se utilizaran como albergues o se vincularan con acciones inmediatas de atención en otros sectores como salud, nutrición y apoyo psicosocial. Actualmente, los niños y niñas apenas van unas horas a la semana a la escuela, y el sector se enfocó en salvar el año escolar, utilizando sedes alternas mientras se realiza la reconstrucción de las sedes originales. Cabe mencionar que a seis meses del desastre, el avance en la reconstrucción fue muy variable. Algunas escuelas ya fueron reconstruidas, y otras apenas fueron demolidas o no han iniciado las labores de reconstrucción.

Hasta no ser reconstruidas o reparadas, las escuelas dañadas fueron establecidas en espacios temporales, utilizando carpas y otras modalidades. Algunas aulas se establecieron en unidades deportivas o en instalaciones municipales o estatales (como auditorios, patios, etc.). También se utilizaron aulas móviles.

Los niños y niñas cuyas escuelas fueron dañadas asistieron menos horas a clase (de dos a tres horas al día) y sólo dos o tres días a la semana. Como consecuencia, tienen más trabajo en casa. Entre las principales razones para asistir menos días y menos tiempo a clases, se identificaron el calor dentro de las carpas, la falta de instalaciones sanitarias suficientes y falta de agua para beber.

Entre los grupos de jóvenes, se identificaron una alta deserción escolar concentrada en nivel medio superior y superior, atribuida a la decisión de dejar los estudios para integrarse en el mercado laboral y ayudar a sus familias en este periodo de crisis.

Protección Infantil

En situaciones humanitarias tienden a agravarse los riesgos que afectan el bienestar y la protección de la infancia, entre los cuales se encuentran la salud mental, la violencia física y sexual, el trabajo infantil y la separación familiar.

En cuanto a la salud mental, niñas, niños y sus familias se vieron emocionalmente afectados. Lo anterior se agravó por las numerosas réplicas. El Instituto Nacional de Psiquiatría y otras instituciones proporcionaron 52,257 consultas psicológicas hasta la fecha.²⁷³

Algunos adolescentes que participaron en encuestas manifestaron ciertas problemáticas como incapacidad para dormir o comer adecuadamente a consecuencia del terremoto.²⁷⁴

La principal afectación a la salud de niños y niñas fue la relacionada con su salud psico-emocional. Aunque, inmediatamente después de la emergencia se activaron esquemas de apoyo psicológico tanto para adultos como para niños patrocinados por sociedad civil, universidades y gobiernos locales, a seis meses de la emergencia no hay alternativas de atención.

En cuanto a la prevención y atención a la violencia sufrida por niños, niñas y mujeres, no se identificaron labores de seguimiento por parte de las autoridades correspondientes. Cabe mencionar que la población desconocía la existencia de las Procuradurías de Protección locales y los servicios que ofrecen.

Protección Social

Los programas de protección social son clave para hacer frente a los desastres naturales, antes, durante y después de que ocurran, ya que permiten que las familias estén en mejores condiciones para amortiguar choques y situaciones de crisis. Algunos programas de protección social, como las transferencias monetarias, pueden apoyar a las familias para cubrir sus necesidades básicas frente a las emergencias y evitar que incurran en acciones que puedan afectar el bienestar de la niñez.

A causa de los terremotos, el programa PROSPERA, principal programa de transferencias en efectivo, adelantó los pagos a beneficiarios en estados afectados, lo cual fue una medida muy acertada en apoyo a la población más necesitada. Adicionalmente, PROSPERA suspendió la obligatoriedad del cumplimiento de las acciones de corresponsabilidad²⁷⁵ en los municipios afectados²⁷⁶ en el entendimiento de que en una situación de calamidad las familias debían priorizar su bienestar y cuidado frente a otras acciones. En el marco del estudio, se pudo evidenciar la falta de apoyos específicos para hogares con niños a fin de que estos pudieran asegurar su supervivencia y bienestar en el contexto de la emergencia. A futuro se deberán considerar el diseño e implementación de medidas específicas y apoyos a este grupo de población.

²⁷³ Idem.

²⁷⁴ UNICEF (2017). Informe sobre la respuesta de UNICEF México a un mes de los terremotos (Mexico Earthquake Humanitarian Report, One Month Review), 19 de octubre de 2017. Disponible en: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Mexico%20Earthquake%20Humanitarian%20Report%20-%2019%20Oct%202017.pdf>

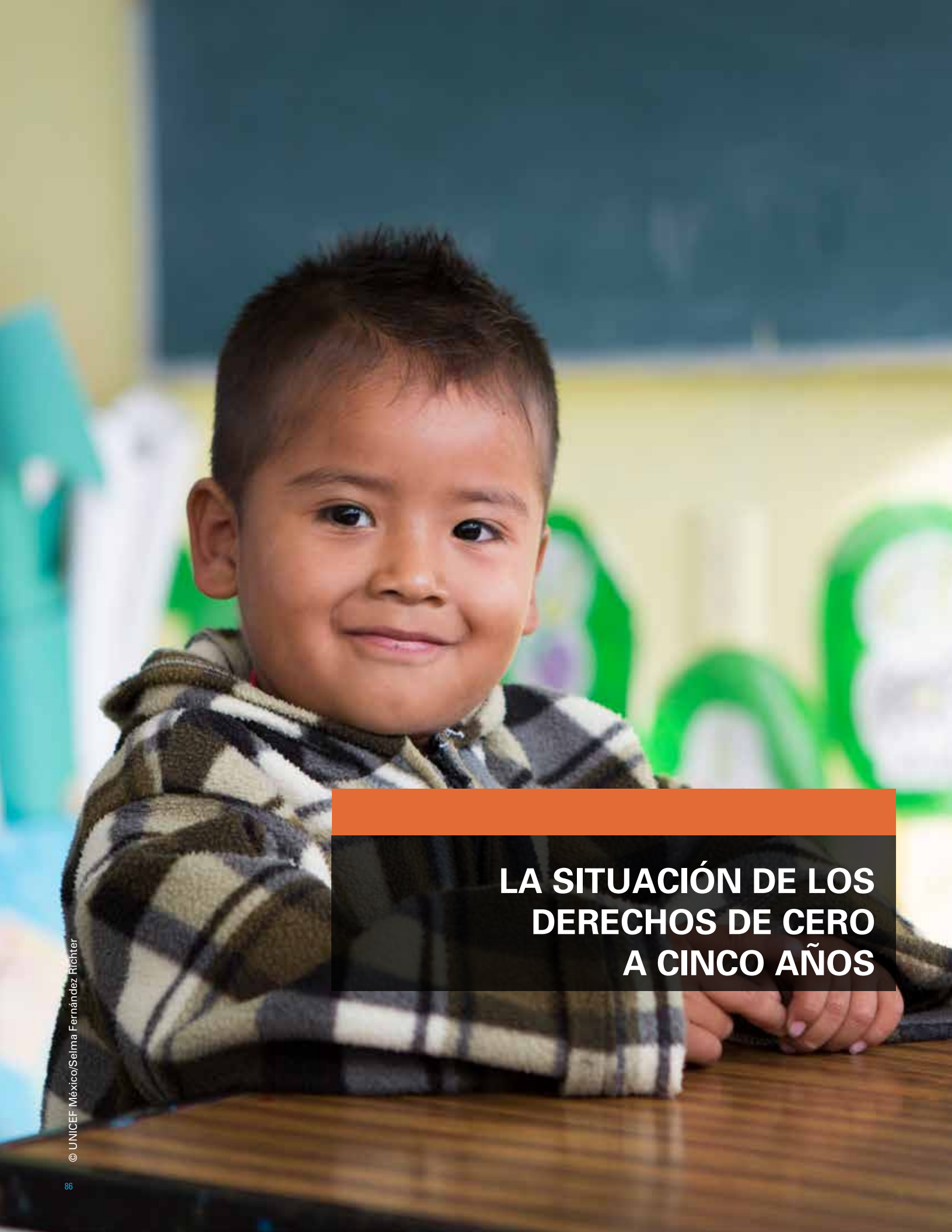
²⁷⁵ Los beneficiarios de Prospera tienen "corresponsabilidades", lo que significa que sus transferencias monetarias están condicionadas a asegurar que los niños de la familia tengan acceso a los servicios de salud y educación. Dávila Lárraga, Laura G. Abr 2016. Banco Interamericano de Desarrollo (BID); "¿Cómo funciona Prospera?: Mejores prácticas en la implementación de Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas en América Latina y el Caribe". Disponible en: <https://publications.iadb.org/handle/11319/7569?locale-attribute=es&>

²⁷⁶ Informe del gobierno de México (2017). Programa de Inclusión Social PROSPERA. Disponible en: <https://www.gob.mx/prospera/prensa/prospera-apoya-a-cerca-de-200-mil-familias-con-danos-en-su-hogar-por-los-sismos-de-septiembre>.





PARTE II
ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO
DE LOS DERECHOS DE NIÑAS,
NIÑOS Y ADOLESCENTES



**LA SITUACIÓN DE LOS
DERECHOS DE CERO
A CINCO AÑOS**



© UNICEF México/Giacomo Pirozzi

La primera infancia

La primera infancia es la etapa del ciclo vital del ser humano en la que se sientan y construyen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del niño o niña. Todo lo que ocurre desde el nacimiento hasta los cinco años de edad ejerce una enorme influencia en la manera en que se desarrollarán las siguientes etapas de la infancia y la adolescencia.

Los primeros años de la infancia conforman el periodo de desarrollo cerebral más intenso y sensible de la vida. En ellos, las experiencias e interacciones de los niños y niñas con sus padres, parientes y los otros adultos que los rodean influyen en la manera en que se desarrolla el cerebro. Así, éste es el periodo durante el cual se definen gran parte de las capacidades y habilidades que una persona tendrá el resto de su vida, y que serán la base de su desempeño en la escuela, de su integración en el mercado laboral y de sus relaciones con la familia y la sociedad.

Para un adecuado desarrollo cerebral del niño o niña es fundamental que reciba una atención integral, misma que debe satisfacer no sólo sus necesidades físicas (nutrición) y emocionales (afecto y cariño),¹ sino también aquellas relacionadas con el aprendizaje y el desarrollo de habilidades (estimulación). Si un niño o niña no recibe la atención adecuada o sufre desnutrición, tensiones, traumas, abusos o negligencia, su cerebro, en pleno desarrollo, sufrirá las consecuencias más graves. La carencia de cualquiera de estas condiciones afecta el desarrollo cognitivo, social y emocional, y se constituye en un impedimento para alcanzar en el futuro su pleno potencial.

Garantizar el desarrollo normal del niño o niña a lo largo de esta etapa abarca también la gestación; por lo tanto, esto implica que se defiendan los derechos de las mujeres embarazadas, cuya condición física y emocional influye en sus embarazos y en el desarrollo de sus hijos. Se ha establecido también que una deficiente atención prenatal y la desnutrición de la madre guardan relación con el bajo peso al nacer, los problemas de audición, las dificultades para el aprendizaje, la espina bífida y las lesiones cerebrales. Los hijos e hijas de las madres con un peso inferior al normal tienen más probabilidades de sufrir enfermedades como la diabetes, la obesidad y los problemas cardiovasculares en la edad adulta. De esto deriva que el cuidado y el control del embarazo y la salud de la madre sean fundamentales para garantizar tanto su salud como el desarrollo normal del hijo.

Los primeros días y semanas del recién nacido –que se conocen como el periodo postnatal o puerperio– constituyen una etapa crítica de la vida del niño y de la madre. Es el momento en que ocurre la mayor proporción de muertes infantiles, ya que una mala atención u omisiones en el cuidado y control del recién nacido generan secuelas en la salud futura del niño o niña.

La primera infancia es también el periodo donde se inicia la educación del niño, en la cual, a partir de la exploración y el juego, va estableciendo las bases para las capacidades y habilidades que serán el fundamento de su aprovechamiento escolar.

¹ Diversos descubrimientos científicos recientes confirman que los contactos físicos y los movimientos mediante los cuales las personas que cuidan a los niños les demuestran apoyo y les transmiten seguridad tienen consecuencias tan importantes como una buena salud.

Las primeras interacciones, principalmente en el entorno familiar, permiten al niño avanzar en la expresión de sus deseos e intereses, en el uso y manejo del lenguaje y en la convivencia con otros. Cabe señalar que los niños y niñas de corta edad que no experimentan interacciones de esta índole se convierten en niños desvalidos y pasivos, con una curiosidad limitada. También en esta etapa el niño va identificando sus intereses y construyendo su identidad por medio del descubrimiento de su mente y su cuerpo.

El cuidado de los niños y niñas durante la primera infancia constituye también una fuerza que abona a un cambio social positivo: así lo confirma la extensa evidencia, proveniente de múltiples áreas del conocimiento, sobre el impacto de las políticas públicas dirigidas a esta etapa de vida. Sin embargo, esta época fundamental de la vida es subvalorada en las políticas públicas de numerosos países, lo cual se refleja en los bajos presupuestos asignados a las políticas y programas destinados a la primera infancia.²

1.1 La inversión en la primera infancia en México

La inversión social en la primera infancia no sólo es esencial para garantizar los derechos de las y los niños como sujetos sociales en el presente, sino también tiene implicaciones directas en el desarrollo de las personas a lo largo de toda su vida. Invertir en la primera infancia es beneficioso para los niños en edad temprana y sus familias en la misma medida que para la sociedad en su conjunto.

La neurociencia, la psicología, la medicina y la economía -junto con otras disciplinas- han evidenciado la importancia de invertir en la primera infancia y han advertido sobre las repercusiones de omitirlo en las condiciones y oportunidades de desarrollo de las niñas y los niños. En el aspecto biológico, los primeros años de vida son el periodo en el cual se verifican procesos de maduración acelerada y de interacciones sociales muy significativas, al mismo tiempo, las personas son dependientes y vulnerables. El cerebro se desarrolla a un ritmo que no vuelve a repetirse en ninguna otra etapa de la vida, pues en los primeros tres años establece cerca de 700 conexiones neuronales por segundo; además, el desarrollo de este órgano es influenciado por las experiencias y las interacciones sociales que vive el niño o la niña, y que dependen en gran medida de las relaciones con sus cuidadores y de la influencia de los estímulos positivos y negativos que recibe de su entorno.³

La evidencia científica señala la importancia del cuidado, buena salud, nutrición y estimulación para todos los niños y niñas pequeños, especialmente para los que enfrentan condiciones adversas, ya que diversas investigaciones han documentado las consecuencias de la malnutrición, las enfermedades, la pobreza y la exclusión social. Revertir en etapas posteriores los efectos de la falta de intervención oportuna en el desarrollo y la salud resulta más costoso, e incluso pueden encontrarse situaciones irreversibles.

Cabe señalar que, además de su importancia en el ámbito biológico, la inversión en esta etapa tiene sentido desde el punto de vista económico, ya que, al incidir en aspectos cruciales para el bienestar y la productividad futuros, genera altos rendimientos. La evidencia sobre la rentabilidad de las inversiones e intervenciones en este periodo de la vida muestra que dedicar recursos de forma progresiva, suficiente y continua durante la niñez produce retornos económicos positivos, ya que da lugar a una sociedad más educada, más fuerte y de mayor cohesión.

Las intervenciones sociales en la primera infancia, dirigidas hacia la población con mayores desventajas, generan mayores efectos positivos en la igualdad de oportunidades que las intervenciones en etapas posteriores (como los programas de educación para adultos, capacitación para el trabajo o programas de reintegración social). De esta forma, las intervenciones de alta calidad durante la primera infancia fomentan habilidades, atacan las desigualdades desde su origen y generan mayores retornos.⁴ Por ejemplo, el análisis costo-beneficio del programa *Chicago Child Parent Center* mostró un beneficio de US\$7.10 por cada dólar invertido; es decir, con una inversión promedio de US\$6,730 durante 1.5 años en el programa de preescolar generó una rentabilidad total para la sociedad de US\$48,000 por cada participante.⁵

Situación y tendencias

Históricamente, la inversión en la primera infancia se ha asignado principalmente a los sectores de educación y salud, lo cual ha significado progresos sustantivos hacia la cobertura universal en vacunación, en la disminución de la tasa de mortalidad infantil y en la matriculación de la educación preescolar.⁶

² UNICEF –IPE- OEII (2015). La inversión en la primera infancia en América Latina. Propuesta metodológica y análisis en países seleccionados de la región. Este estudio de UNICEF sobre una muestra de nueve países de América Latina encontró que las políticas sociales vinculadas con la primera infancia representan de manera acumulada entre 0.5 y 1.6 puntos porcentuales del PIB de cada país. Cfr. también Schady, N. y S. Berlinski. (2015). Los primeros años: el bienestar infantil y el papel de las políticas públicas. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington D. C., que muestra que por cada dólar gastado en un niño menor de cinco años en América Latina se desembolsan más de tres dólares en un niño entre seis y 11 años de edad.

³ Center on the Developing Child – Harvard University (2007). Five Numbers to Remember about Early Childhood Development. Disponible en: www.developingchild.harvard.edu

⁴ Heckman, J. (2008). The Case for Investing in Disadvantaged Young Children, en Big Ideas for Children: Investing in Our Nation's Future, pp.49-58. Washington, D.C.,

⁵ Heckman, J. (2012). Invest in Early Childhood Development: Reduce Deficits, Strengthen the Economy. Heckman Equation Project. Disponible en: <http://heckmanequation.org/content/resource/invest-early-childhood-development-reduce-deficits-strengthen-economy>

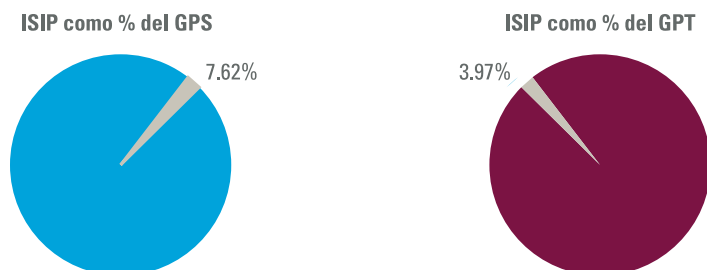
⁶ Myers, R. (2015). Desarrollo infantil temprano en México: avances y retos, en Boletín Médico del Hospital Infantil de México, Vol. 2, noviembre 2015. México.

De acuerdo con el *Informe sobre la equidad del gasto en la infancia y la adolescencia en México*,⁷ en 2012 los niños pequeños presentaban el nivel más bajo en el Índice de Desarrollo Humano (IDH) de la infancia. En comparación con los otros subgrupos de edad de la población de cero a 17 años, los niños y niñas entre cero y cinco años recibieron el menor gasto público per cápita y tuvieron la menor proporción de beneficiarios del gasto en desarrollo humano. Al analizar la equidad del gasto público, se observa que en la primera infancia éste es regresivo -es decir, no promueve la igualdad de oportunidades- ya que la población infantil con un nivel de IDH más bajo también captó una menor proporción del gasto a comparación con la población infantil con mayor nivel de IDH.⁸

El estudio de UNICEF sobre *Inversión en la primera infancia en países de América Latina* mostró que en 2013 México destinó 0.8% del PIB a la atención de los niños y niñas entre cero y cinco años, un porcentaje inferior al promedio de los países de la región.⁹ En el mismo año, en el país, 40.6% del gasto se concentró en ayudas directas (entre las cuales PROSPERA), 24.3% se dirigió al ámbito de cuidado y educación y 20.4% se asignó a la salud. Lo anterior indica, que en 2013, 44.7% del gasto para la población de cero a cinco años se destinó a los ámbitos de educación y salud.

Entre los principales hallazgos del estudio regional de UNICEF sobre inversión social en la primera infancia en México se observó que la inversión social en la primera infancia representó en 2013 el 3.97% del Gasto Público Total (GPT) y el 7.62% Gasto Público Social (GPS). (Gráfico 1.1).

Gráfico 1.1. **Inversión social en primera infancia (ISPI) en México, como porcentaje del gasto público social (GPS) y del gasto público total (GPT)**



Nota: El GPS no incluye gastos en primera infancia para funciones no sociales.

Fuente: Elaboración propia con información del Sistema de Información Financiera Integrada (SIAFI) y WEO Database 2014.

Respuesta institucional

En el eje "México incluyente" del Plan Nacional de Desarrollo (PND) de México 2013-2018 se menciona que para transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente es necesario articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población, y hacer de México un país para todas las generaciones. En específico se incorpora la atención a la primera infancia en la siguiente estrategia:

Se buscará garantizar los derechos de la infancia a través de un mejor diseño institucional y programático, además del incremento de la inversión en el bienestar de los más pequeños de acuerdo con el principio del interés superior del niño establecido en la legislación nacional e internacional.¹⁰

Adicionalmente, el gobierno federal desarrolló el Programa Nacional de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil 2014-2018 (PNPS)¹¹ como eje rector para la atención de este grupo de población en el sector salud y otros sectores del gobierno, en el ámbito de sus competencias. Este programa cuenta con recursos para cumplir con las metas propias y las del PND. Su principal objetivo es regular los servicios de cuidado infantil para niñas y niños cuyos padres no pueden atenderlos por motivos laborales, para lo cual establece los criterios de funcionamiento, seguridad e higiene de este tipo de atención.

El PNPS señala que los servicios de cuidado son ofrecidos por medio de diversos organismos del sector público, como el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de Educación Pública (SEP), la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), además de los que ofrece el sector privado.

⁷ UNICEF-PNUD (2015). Informe sobre la equidad del gasto público en la infancia y la adolescencia en México. México. Disponible en: http://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF_PNUD_Equidad_Gasto_Low.pdf

⁸ Ibid.

⁹ Honduras y Perú, por ejemplo, destinan 1.6% del PIB a las políticas públicas dirigidas a las niñas y los niños en la primera infancia, mientras que México y Colombia le destinan 0.8% y 0.5% del ingreso total del país, respectivamente. Cfr. UNICEF (2015). La inversión en la primera infancia en América Latina: propuesta metodológica y análisis en países seleccionados de la región. Panamá. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Monitoreo_ISPI_ConFichas_web.pdf

¹⁰ Gobierno de la República (2013). Plan Nacional de Desarrollo, Meta II: México incluyente. P. 53. México.

¹¹ El PNPS fue elaborado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), que pertenece al sector salud.

En el informe *Mapeo de servicios de Desarrollo Infantil Temprano* de UNICEF se identificaron 35 programas presupuestarios federales que tenían como beneficiarios a niños y niñas entre cero y cinco años de edad, que son operados por la SEP, la Secretaría de Salud, SEDESOL, PROSPERA, y el Sistema Nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

En el sector salud, la fragmentación de este sistema en diversos subsistemas provoca que se ofrezcan diferentes niveles de atención, de calidad distinta, y con diferentes resultados. Además, la posibilidad de acceso a cada subsistema es determinada por la situación laboral de quien lo solicita.¹² Para atender la población no derechohabiente de alguna institución de salud o de seguridad social, el Programa Seguro Médico Siglo XXI¹³ brinda servicios de salud a niños y niñas menores de cinco años; en agosto de 2015, este programa había atendido a 6.5 millones de pertenecientes a este grupo de población.¹⁴

De acuerdo con el Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la ENIGH (MCS-ENIGH) 2012, la carencia de acceso a servicios de salud para la población menor de cinco años fue de 22.2%, con un porcentaje en las zonas rurales de 24.2% y en las urbanas de 21.4%. Sin embargo, en 2012 la cobertura total fue de 65.1% en zonas rurales y 43.8% en las urbanas. Además, 64.2% de los beneficiarios se ubicaba en los cuatro deciles más pobres de la población, y 74% de los mismos vivía en hogares con ingreso inferior a la línea de bienestar mínima, es decir, no obtenía el ingreso suficiente para adquirir la canasta alimentaria.¹⁵



© UNICEF México/Maud Guye-Vuillueme

En el marco de PROSPERA,¹⁶ desde 2012 el sector salud implementa una Estrategia de Desarrollo Infantil que consiste en un modelo de atención oportuna, enfocado a mejorar el desarrollo de los niños y niñas menores de cinco años en los ámbitos motor, cognitivo y socioemocional, acompañado de un componente de identificación y atención oportuna de retrasos en el desarrollo.

Como parte de dicha estrategia se implementó el Modelo de Promoción y Atención del Desarrollo Infantil (PRADI), que promueve el desarrollo infantil temprano en los ámbitos arriba señalados, por medio de acciones orientadas hacia la mejora de las prácticas de crianza y detección y atención oportuna. El PRADI tiene dos componentes principales: el de detección y atención oportuna ya mencionado y el educativo a nivel comunitario.

El primer componente contempla la Prueba de Evaluación de Desarrollo Infantil (EDI), una herramienta para la identificación oportuna de los problemas o retrasos en el desarrollo, acompañado del fortalecimiento de los servicios de referencia, diagnóstico, rehabilitación y seguimiento de niños y niñas con deficiencias en su desarrollo.¹⁷

La prueba EDI requiere recursos humanos para su aplicación y supervisión, que cuenten con una capacitación previa. Para este fin entre 2012 y 2015 se incrementó la plantilla de personal a 368 elementos, de los cuales 90% fue capacitado. Se repartieron ejemplares del manual de prueba y materiales de difusión del desarrollo; además, en los talleres de autocuidado se abordó el tema del desarrollo infantil.

El segundo componente del modelo PRADI es un elemento educativo a nivel comunitario. Su población objetivo son las mujeres embarazadas (a partir del segundo semestre de gestación) y los niños entre uno y 36 meses de edad. Su propósito es mejorar las prácticas de crianza, fomentar el desarrollo infantil desde una perspectiva integral y fortalecer las acciones del programa “Embarazo saludable y control del niño sano”.¹⁸

En el sector educativo se observa que todavía existen retos para lograr la cobertura universal, ya que en 2012 un 27% de la población de tres a cinco años no asistía al nivel preescolar, con una proporción mucho mayor entre las niñas y niños de tres años de edad (60%). El análisis sobre la *Equidad del gasto público en la infancia y la adolescencia en México* de UNICEF mostró que el gasto en educación favoreció en mayor medida a los adolescentes y a los niños en edad escolar; en cambio, para los niños y niñas menores de tres años la oferta se ha enfocado en mayor medida hacia los cuidados y los servicios de guardería, soslayando el fomento del desarrollo integral.¹⁹

¹² OCDE (2016). Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016. México. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of-Health-Systems-Mexico-2016-Assessment-and-recommendations-Spanish.pdf>

¹³ El Seguro Médico Siglo XXI es un Programa del Sistema Nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular) que otorga aseguramiento médico universal de cobertura amplia, atención a niños menores de cinco años de edad y familias que no son derechohabientes de otra institución de seguridad social. El financiamiento cubre las enfermedades en el segundo nivel de atención y problemas asociados con retraso en el desarrollo infantil.

¹⁴ O'shea-Cuevas G., Rizzoli-Córdoba, A., et al., (2015). Sistema de Protección Social en Salud para la detección y atención oportuna de problemas del desarrollo infantil en México, en Boletín Médico del Hospital Infantil de México Federico Gómez, Volumen 72, No. 6, Noviembre-Diciembre 2015:429-437. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665114615002166>

¹⁵ UNICEF (2014). Alcanzar los ODM con equidad: una mirada desde la infancia, México.

¹⁶ PROSPERA es un programa de inclusión social que lleva a cabo acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y acceso a servicios de salud dirigidos a niños, niñas y jóvenes de hogares con un ingreso per cápita menor a la línea de bienestar mínimo, y cuyas condiciones socioeconómicas y de ingreso impiden desarrollar las capacidades de sus integrantes en materia de alimentación, salud y educación. En: Secretaría de Desarrollo Social (2015). Reglas de operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social para el ejercicio fiscal. Disponible en: <http://www.normateca.sedesol.gob.mx/work/models/NORMATECA/Normateca/Reglas Operacion/2015/rop-prospera.pdf>

¹⁷ O'shea, G., Rizzoli-Córdoba, A. (2015).

¹⁸ Idem.

Aunque existen programas para la atención de los niños y niñas más pequeños, el contacto durante los primeros dos años de la vida es esporádico, y se da mayormente a través del Sistema de Salud, por medio de visitas de control médico y servicios de vacunación.²⁰

Al analizar los diferentes sectores de gobierno que operan los programas y ofrecen servicios a la población infantil entre cero y cinco años, resulta claro que la cobertura y los porcentajes de población beneficiaria de la atención no han alcanzado al 100% de los niños y niñas en infancia temprana. Además, los servicios no se están ofreciendo de forma integral y continua.

La inversión en la infancia no debe limitarse a algunos rubros, sino buscar que todos los niños y niñas gocen de manera integral de sus derechos. Lo anterior implica no sólo la necesidad de invertir hasta el máximo de recursos económicos en salud y nutrición, sino también de considerar una inversión necesaria en otros ámbitos, que también son fundamentales, como la protección contra la violencia, el abuso y la explotación, la protección especial a niños en contextos de vulneración de derechos y la promoción del derecho a la identidad y del derecho a la participación.

México está ante una oportunidad para mejorar la coordinación y la oferta programática de atención dirigida a los niños y niñas de cero a cinco años, por medio de una estrategia nacional para la primera infancia que tenga la finalidad de promover su desarrollo y satisfacer sus necesidades de protección, orientación y cuidado.

La información estadística disponible sobre mortalidad, morbilidad, pobreza, desnutrición, escolaridad y otras características de la población en la primera infancia, carece de datos a nivel nacional sobre desarrollo cognitivo, bienestar, desarrollo infantil temprano, disciplina infantil y funcionamiento de los niños menores de cinco años. Los resultados de la ENIM, realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF en 2015, sirven como línea de base para evaluar la política pública para la primera infancia y proveerán datos para el Sistema Nacional de Información del Sistema Nacional de Protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Las condiciones económicas actuales del país -una baja expectativa de crecimiento económico, una importante depreciación del tipo de cambio y una caída de los precios internacionales del petróleo- producen un impacto negativo en las finanzas públicas de México, lo que hace recomendable evitar en la mayor medida posible las decisiones pro-cíclicas. En este contexto resulta prioritario mantener la inversión en infancia y darle un carácter más progresivo, ya que hay que recordar que el impacto de disminuir recursos para salud y educación durante los primeros años de la vida puede ser irreversible.

Finalmente, las condiciones mencionadas confluyen en la oportunidad de diseñar una estrategia integral de atención para la primera infancia a nivel nacional, que vincule los servicios ofrecidos por diferentes proveedores y mejore la coordinación institucional desde un enfoque integral de derechos. Esta estrategia permitiría al país aprovechar el potencial de este grupo de población, tanto hoy como en las etapas posteriores de su vida.

1.2 El derecho a la salud y a la supervivencia

1.2.1 La atención prenatal, durante el parto y el posparto

Situación y tendencias

La salud de los niños, desde el periodo de la gestación, está muy vinculada a la existencia y calidad de la atención médica que las mujeres embarazadas deben recibir desde la concepción del ser humano. La atención de profesionales médicos, que incluye controles regulares y análisis prenatales, permite detectar y controlar enfermedades o condiciones que pueden ocasionar complicaciones en el desarrollo del feto o durante el parto. Esto, sumado a la atención post-parto y al control necesario en los siguientes meses, es importante tanto para asegurar un embarazo saludable como para proporcionar la orientación necesaria a las madres para atender a sus recién nacidos.

¹⁹ Myers, R. (2015). Desarrollo Infantil Temprano en México: Avances y Retos, en Boletín Médico del Hospital Infantil de México, Vol. 2, México.

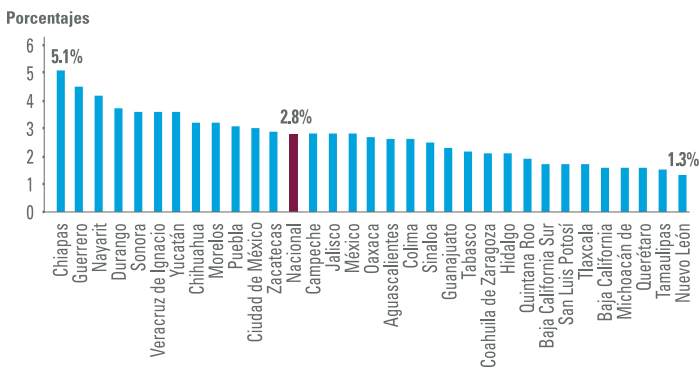
²⁰ UNICEF-PNUD. (2015). Informe sobre la equidad del gasto público en la infancia y la adolescencia en México, México. Disponible en: http://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF_PNUD_Equidad_Gasto_low.pdf

En México la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio es heterogénea, ya que se lleva a cabo de acuerdo con diferentes reglas y modelos de operación, y según la institución de salud que la proporciona. Además, la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993) utilizada hasta el 2016, que regula la atención de la salud materna y del recién nacido, no consideraba las prácticas propias de la partería mexicana ni la de partos verticales. Esta situación actualmente es reconocida en la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-2016), que enfatiza la atención del parto respetuosa y con pertinencia cultural.

En los últimos años se reconocen algunos avances en la atención prenatal y posparto, que se deben principalmente a una mayor responsabilidad de parte de las mujeres embarazadas en busca de tener un embarazo sin complicaciones; esto ha permitido, según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, que en nueve de cada 10 embarazos (91.1%) el niño o niña sobreviva.

Los resultados de la ENADID 2014 muestran que, en el periodo 2009-2014, 97.2% de las madres embarazadas declararon haber tenido revisiones prenatales, aunque únicamente 87.6% de ellas inició los controles durante el primer trimestre de gestación. El restante 2.8%, no tuvo controles prenatales, lo que representa aproximadamente 275,000 mujeres embarazadas a nivel nacional. Por otra parte, a nivel de entidades federativas el porcentaje de madres sin revisiones prenatales varía entre 5.1% (Chiapas) y 1.3% (Nuevo León), como se observa en la gráfica 1.2.1.

Gráfico 1.2.1. **Porcentaje de madres embarazadas que no tuvieron controles prenatales, por entidad federativa (2009-2014)**



Fuente: Elaboración propia con base en ENADID 2014, INEGI.

Según los resultados de la ENADID 2014, entre las mujeres embarazadas que se sometieron a controles prenatales, 87.6% se lo realizó después del primer trimestre de gestación; cabe señalar, en cambio, que esta etapa es fundamental, pues la evidencia demuestra que algunos problemas son prevenibles precisamente durante ese periodo.

La ENADID 2014 reporta también que las madres que se sometieron a controles prenatales contaron con 8.5 revisiones en promedio, lo cual, respecto al promedio registrado en el 2009 en la misma encuesta, representa una revisión más. Pese a que este promedio supera la norma establecida en el sector salud y en la Organización Mundial de la Salud (OMS) (cinco revisiones para los embarazos de bajo riesgo), cabe señalar que 11.7% de las mujeres embarazadas en el periodo 2009-2014 tuvieron menos de las cinco revisiones prenatales establecidas por la norma.

En los hogares de nivel de ingreso más bajo (primer quintil) la falta de atención prenatal adecuada asciende al 27.6%.²¹ Lo anterior constituye un factor de riesgo para la salud de las madres y los fetos, principalmente en vista de que 66% de las mujeres embarazadas consultadas por la ENADID 2014 manifestaron que durante su embarazo sufrieron algún tipo de complicación, como sangrado vaginal, presión alta, infección urinaria, anemia, parto prematuro o ruptura de la fuente antes de tiempo, entre otras.

La ampliación de los servicios de salud ha hecho posible que gran parte de los partos (95.4%) tenga lugar en instituciones de salud, y que sean atendidos en su mayoría (96%) por profesionales del sector salud, según estimaciones propias con base en la ENADID 2014. Sin embargo, en algunos grupos poblacionales la cobertura de la atención especializada en los partos aún es limitada: es el caso de la población indígena y de aquella de los niveles socioeconómicos más bajos. Casi uno de cada cuatro partos entre de la población indígena (23.6%),²² y uno de cada siete (13.6%) de mujeres del quintil de ingreso más bajo²³ aún se realiza fuera de las instalaciones del sistema de salud.

A pesar de la extensión en la cobertura de los partos de parte del sector salud, las estadísticas²⁴ sugieren que en muchos casos se abusa de maniobras o se efectúan procedimientos innecesarios en los partos de bajo riesgo, lo cual se refleja en un elevado índice de cesáreas (46.2% del total de partos), una cantidad muy superior al porcentaje que la OMS estima necesario (entre 10% y 15%).²⁵ Estas cifras sitúan a México únicamente después de China, Brasil y Estados Unidos en la práctica de cesáreas.²⁶

²¹ Gutiérrez, J.P. (2013). Brechas en cobertura efectiva por nivel socioeconómico y condición de pobreza, en Salud Pública de México, Vol. 55, Suplemento 2. México.

²² Leyva-Flores, R., Infante-Xibille, C., Gutiérrez-Reyes, J.P., Quintino-Pérez, F., (2013). Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012, en Salud Pública de México, Vol. 55, Suplemento 2, INSP, México.

²³ Gutiérrez, J.P. (2013). Cit.

²⁴ Castellanos Rivero, A. (s/f). Índice de violencia obstétrica en México. Centro de Investigación Social Avanzada (CISAV). México. Disponible en: <http://cisav.mx/violencia-obstetrica-en-mexico/GIRE> (2013). Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México. Cap. 4, Violencia obstétrica, pp. 119-147. México.

²⁵ Las cesáreas son una práctica necesaria en cierto porcentaje de partos, pues permiten reducir los riesgos de complicación para la madre y/o el neonato. Sin embargo, cuando se utilizan contra las indicaciones sugeridas tienen el potencial de ocasionar riesgos no menores en la salud de ambos.

²⁶ Ver INSP (2012). Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto. Documento de análisis de la Encuesta de Salud y Nutrición. México.

Garantizar la atención posparto, pese a los avances obtenidos, aún es una asignatura pendiente, ya que 18.7% de las mujeres no acude a revisiones médicas después del parto, según los resultados de la ENADID 2014. Las mujeres que asisten a estas consultas lo hacen dos veces en promedio, toda vez que la norma establece un mínimo de tres revisiones. La falta de atención posparto impide que muchas madres reciban la orientación necesaria sobre prácticas de lactancia, muy importantes para asegurar una salud y desarrollo adecuados a lo largo de la vida del niño o niña.

Los primeros días de vida del recién nacido son claves para evaluar su estado general,²⁷ por lo cual la demora en la realización de controles oportunos constituye un riesgo para su salud futura. De acuerdo con los resultados de la ENADID 2014, sólo 78.1% de las madres acudió a una revisión durante los primeros 15 días de vida del recién nacido. La población que en menor medida acude a revisiones posparto es constituida por las madres de 15 a 19 años de edad, ya que una de cada cuatro (26.6%) no asiste a estos controles. La ENADID 2014 también revela que los recién nacidos tuvieron 6.9 revisiones médicas en promedio, aunque 6.5% de los bebés no alcanza las tres revisiones médicas.

Los resultados de la ENSANUT 2012 sobre la aplicación de exámenes y revisiones a los recién nacidos, fundamentales para detectar anomalías congénitas, muestran grandes brechas en el cumplimiento de los controles y procedimientos estándar en la atención de neonatos. Según esta fuente, aunque la toma del tamiz neonatal se realiza a un 90.2% de los recién nacidos, el tamiz de tipo auditivo sólo se realiza a un 45.6% de esta población; por otra parte, se registra exclusivamente un 30% de niños menores de un año que han recibido vitamina A.²⁸

Respuesta institucional

La estrategia del gobierno mexicano para mejorar los indicadores de atención prenatal, en el parto y el posparto, contenida en el Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Materna y Perinatal (2013-2018) del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) plantea acciones dirigidas a mejorar la calidad de los servicios de salud en este ámbito.

Este programa abarca la atención pregestacional y prenatal integral, efectiva, oportuna y programada, la mejora de la atención de emergencia obstétrica y de la atención obstétrica de bajo riesgo, así como la reducción de los índices de parto por cesárea. En relación con el puerperio, busca mejorar la atención neonatal, fortalecer y desarrollar acciones específicas para la prevención, detección y manejo de los defectos al nacimiento y fomentar una mejor alimentación de la madre y el niño después del parto, incluida la promoción de la lactancia materna.

Aún no se cuenta con evaluaciones sobre la efectividad y el impacto de este programa; sin embargo, una evaluación de las acciones de mejora de la calidad en la atención obstétrica, desarrollada por CONEVAL en 2014²⁹ -previa al Programa de Salud Materna y Perinatal 2013-2018- destaca la importancia de la capacitación del personal médico. Estas iniciativas se han llevado a cabo en hospitales resolutivos SESA (Servicios Estatales de Salud) y de primer nivel en el marco de la mencionada estrategia, y promueven el conocimiento del cuidado prenatal con enfoque de riesgo y la atención de emergencias obstétricas. También destaca la inclusión de la supervisión en los SESA, con el objeto de verificar que se siga la normatividad vigente en torno al embarazo, parto y puerperio.



²⁷ Según la OMS, todo recién nacido necesita un breve examen físico en los primeros minutos de vida, una evaluación detallada dentro de las 48 horas siguientes al alta del servicio médico, y una más de seguimiento entre las semanas seis y ocho desde el nacimiento.

²⁸ La toma del tamiz neonatal en recién nacidos permite la detección oportuna del hipotiroidismo congénito. La toma del tamiz neonatal auditivo busca detectar sordera congénita, que es la causa más común de discapacidad neurosensorial del recién nacido. Por su parte, la deficiencia de Vitamina A en niños menores de un año puede generar patologías oculares.

²⁹ Esta estrategia buscaba mejorar el acceso, calidad y seguridad de los servicios de atención médica para las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, mediante la capacitación del personal de salud de primer nivel y la mejora en la calidad de la atención obstétrica de los hospitales de la Secretaría de Salud. Ver CONEVAL (2014). Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2014 – 2015. Reducción de la mortalidad materna y calidad en la atención obstétrica. México.

Sin embargo, el análisis también muestra las dificultades para obtener información acerca de la población realmente atendida en el marco de la estrategia, así como la necesidad de definir medidas que permitan apreciar los avances en la calidad y seguridad de los servicios de atención médica a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, más allá de la cobertura.

Otro mecanismo que garantiza el acceso a la atención especializada del parto es el Seguro Popular, que lo incluye en el conjunto de procedimientos y servicios de salud en general a los que da cobertura. Según información de CONEVAL,³⁰ la afiliación al Seguro Popular ha permitido reducir la carencia de acceso a los servicios de salud, entre los cuales el parto, desde su instauración en 2004. Si bien la cobertura de la afiliación a estos servicios creció de manera importante en los últimos años, su calidad y disponibilidad son aún insuficientes para lograr que la población ejerza plenamente su derecho a la a la salud.

Principales desafíos

Los resultados de la ENADID 2014 muestran que un porcentaje importante de mujeres aún no recibe todos los controles contemplados por la Norma Oficial Mexicana, muchos de los cuales -tales como la valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto o la prescripción de ácido fólico y hierro- previenen el desarrollo de enfermedades y los riesgos para la vida del niño o niña y de la madre.

La desarticulación entre el primer nivel de atención y los hospitales resolutivos (unidades que cuentan con la infraestructura, equipamiento y recursos humanos suficientes para la atención obstétrica adecuada, incluida la emergencia obstétrica) es un elemento que ocasiona demoras en la atención en este ámbito. Esto se relaciona con el tiempo de traslado, la demora para recibir atención y la atención intrahospitalaria, que involucra la coordinación entre estos niveles.

Uno de los desafíos en esta materia es fortalecer el inicio temprano de la atención -desde la etapa gestacional- y el control prenatal con intervenciones efectivas e integrales en la detección de riesgo, y una referencia adecuada a las unidades médicas resolutivas.

En este sentido, la calidad en la atención durante el embarazo y el parto aún tiene espacios de mejora: por ejemplo, sólo en 2015 la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) registró 567

inconformidades (de un total de 51,788 recibidas) sobre el servicio de atención del parto y puerperio en hospitales del sistema público de salud.³¹ Esto muestra que en algunos casos hay malas prácticas médicas o negligencia en la atención a mujeres antes, durante y después de su embarazo. Es necesario dotar a los recursos humanos que brindan servicios médicos durante todo el ciclo de embarazo de nociones que les permitan dar una atención de mayor calidad, así como un trato humano.

Otro importante desafío es la elevada recurrencia de intervenciones cesáreas: una práctica que ha ido en aumento y que es importante revertir: es necesario fomentar la práctica del parto natural entre los profesionales del sector salud. Al respecto, los órganos rectores de la atención materna y perinatal han enfrentado este desafío acordando con las instituciones de salud estrategias para reducir las cesáreas innecesarias y fomentar la práctica del parto natural, tal y como lo especifica la NOM y las recomendaciones de la OMS.³²

Por último, algunas investigaciones cualitativas basadas en los testimonios de mujeres embarazadas³³ hacen referencia a una violencia obstétrica o perinatal en los servicios de atención médica en México. Según estos estudios, esta clase de violencia se expresa fundamentalmente -aunque no únicamente- en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, cuya opinión y voz es opacada por la autoridad del saber médico. Esto plantea dos desafíos: garantizar el derecho de las mujeres a contar con toda la información relacionada con sus tratamientos y a recibir el mejor trato posible de parte del personal de salud.

1.2.2 Mortalidad materna

Situación y tendencias

La muerte materna (MM) es un fenómeno de salud pública relacionado con el desarrollo social, cultural, tecnológico e incluso económico de una nación, de una región o simplemente de un conglomerado social; por estas razones, desde hace décadas la Razón de Mortalidad Materna (RMM) ha sido utilizada como un indicador sensible al desarrollo social, que permite identificar las desigualdades y la injusticia social existentes en países como México.

A pesar de las mejoras en los indicadores básicos de salud materna y neonatal en el país durante los últimos 10 años, en la actualidad todavía persisten índices de mortalidad materna y neonatal altos para el nivel de desarrollo del país. Desde 1990, la RMM ha disminuido de 88.7 defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos a 34.6 en el 2015.³⁴ Si se considera que la meta para 2015 era de 22.2, se puede afirmar que México no pudo alcanzar el ODM número 5.

³⁰ CONEVAL (2014). Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular a nivel nacional, 2012. México.

³¹ CONAMED, Informe Anual de Actividades 2015, México 2015.

³² OMS (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Disponible en:

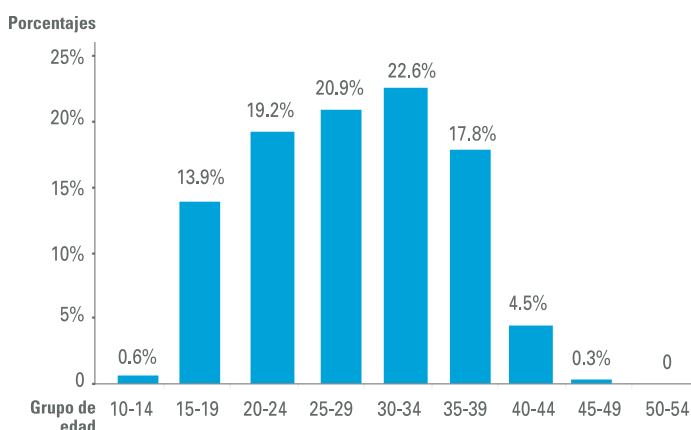
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/

³³ Ver Castro, R., Erviti, J., (2003). La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio, en López, P., Rico B, Langer, A. y Espinosa, G., (2003). Género y política en salud, Secretaría de Salud, México, p. 259; Almaguer, J. A., García, H., Vargas, V. (2010). La violencia obstétrica. Una forma de patriarcado en las instituciones de salud, en Género y salud en cifras, SEP Dic. 2010, 8 (3):3-20.; Villanueva, L. (2010). El maltrato en las salas de parto. Reflexión de un gineco-obstetra, en Género y salud en cifras: 21-26; y GIRE (2013). Omisión e Indiferencia. Derechos Reproductivos en México. Aborto/Anticoncepción/Mortalidad Materna/ Violencia Obstétrica/Vida Laboral y Reproductiva/Reproducción asistida. México.

De acuerdo con información de la semana epidemiológica número 52 del 2017, las principales causas de defunción son: enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio (21.9%), hemorragia obstétrica (24%) y aborto (7.1%).³⁵ Los estados que notificaron un mayor número de defunciones fueron el Estado de México (81), Chiapas (68), Veracruz (44), Ciudad de México (41) y Guanajuato (39).³⁶

La mortalidad materna representa una parte cada vez más importante del total de muertes, a medida que aumenta la edad de la mujer y especialmente a partir de los 35 años. Sin embargo, es importante destacar que esta tasa también es elevada entre las adolescentes, lo cual es particularmente preocupante, ya que evidencia las importantes barreras de acceso a los servicios de salud y la violación de los derechos sexuales y reproductivos de estas jóvenes. Además, repercute directamente en su bienestar.³⁷ Al respecto, el gráfico 1.2.2 presenta la distribución porcentual de las defunciones maternas por grupos de edad en el 2014, donde se observa que un 14.5% de las defunciones se presentaron en adolescentes y mujeres menores de 20 años.

Gráfico 1.2.2. **Distribución porcentual de las defunciones maternas por grupos de edad (2014)**



Fuente: Elaboración propia con información del Observatorio de Mortalidad Materna de México: Indicadores 2014.

Por otro lado, México ha cumplido con la meta del ODM 5, que consistía en alcanzar un mínimo de 90% de mujeres atendidas por personal calificado durante el parto. De acuerdo con el Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio,³⁸ 98.2% de los partos del año 2015 fueron atendidos con asistencia de personal sanitario capacitado. Sin embargo, en algunas entidades federativas –Chiapas (91.7%) y Tabasco (95.65%)– la cobertura de atención al parto es aún menor que el promedio nacional.

Es sabido que la gran mayoría de las defunciones maternas que ocurren en México y el mundo son evitables o prevenibles. En México no existe correlación entre la elevada atención del parto en unidades médicas y la disminución de la RMM: de las defunciones ocurridas en 2012, tres de cada cuatro mujeres fallecidas (72.4%), habían recibido atención de un médico durante el parto; ocho de cada diez (82.2%) fallecieron en clínicas u hospitales de los servicios estatales de salud, de las instituciones de la seguridad social o de la medicina privada, y casi nueve de cada diez (87.4%) contaron con asistencia médica antes de fallecer.³⁹

Lo anterior indica que no sólo es necesario garantizar la atención universal del parto por profesionales de la salud, sino que ésta debe ser proporcionada por personal calificado de acuerdo con el nivel de atención y con un sistema de redes de atención funcionales. Además se debe fortalecer la calidad de la atención obstétrica y los programas de planificación familiar, e implementar políticas innovadoras de salud con acciones intersectoriales, en un marco de derechos humanos que disminuya las enormes inequidades sociales.

Un estudio reciente realizado por la OMS sobre mortalidad y morbilidad severa materna en hospitales de 29 países de África, Asia y América Latina –incluido México– encontró que para reducir sustancialmente estas problemáticas no es suficiente garantizar la cobertura, sino que también es crucial mejorar la calidad de la atención otorgada, de manera multidimensional.⁴⁰

En esta misma línea, el Programa Sectorial de Salud (PSS) 2013-18 establece como su segundo objetivo el acceso efectivo con calidad a los servicios de salud, y define a la calidad de la atención como el grado en que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica de acuerdo con las disposiciones jurídicas aplicables, con los menores riesgos para los pacientes y con el trato respetuoso y observante de los derechos de las usuarias. Se deben considerar también los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes. Incluye, asimismo, la oportunidad de la atención, accesibilidad de los servicios, tiempo de espera, información adecuada, así como los resultados.^{41,42}

³⁴ 34.4 al cierre de 2016 (cifras preliminares). Fuente: Secretaría de Salud.
³⁵ Observatorio de Mortalidad Materna (2017). Boletín de Mortalidad Materna. Disponible en: <http://www.omm.org.mx/index.php/indicadores-nacionales/boletines-de-mortalidad-materna/2017>
³⁶ Idem.
³⁷ Idem.
³⁸ Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Disponible en: <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/odm/odm.htm>

³⁹ Observatorio de Mortalidad Materna (2014). México.
⁴⁰ Souza J.P., Gülmezoglu A.M., Vogel J., et al. (2014). Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality. En: The WHO (2014). Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: A cross-sectional study. Lancet 381:1747–55. 2014. Disponible en: http://www.healthynetwork.org/sites/default/files/resources/Souza_2013_Maternal%20Mortality.pdf
⁴¹ Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 (2016). Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. México.
⁴² El PSS 2013-18 define atención de calidad como aquella “capaz de brindar a las personas usuarias los máximos beneficios de acuerdo con los conocimientos técnicos y científicos disponibles” (2013:30). La calidad técnica a su vez se define como “el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de resultados deseados en salud y son consistentes con el conocimiento actual” y la calidad interpersonal como “atención a la salud que cumple con las expectativas de los usuarios y las normas oficiales y profesionales, en términos de beneficios y riesgos para la salud.” (2013:99).

Durante 2013 en los municipios con el menor Índice de Desarrollo Humano de México fallecieron 143 mujeres por razones ligadas a la maternidad, mientras que las muertes de mujeres por esta razón en los más favorecidos fueron 36. Lo anterior refleja un importante factor de desigualdad social, ya que los municipios con más de 40% de pobreza extrema tuvieron una RMM dos veces más alta que aquellos con 20%: esto establecería una relación entre la pobreza y la mortalidad materna.⁴³ En 2012, las entidades donde la mortalidad materna fue mayor respecto al promedio nacional se caracterizaban por contar con localidades rurales y aisladas y con altos grados de marginación. Asimismo, la mortalidad materna se relaciona con el nivel educativo de las mujeres: por ejemplo, en 2011 a nivel nacional, la mayoría de las muertes maternas ocurrieron entre personas que no terminaron la educación básica (35%), seguidas por aquellas con educación básica completa (26%).⁴⁴

Respuesta institucional

En México el Programa de Acción Específico (PAE) de salud materna y perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) está estrechamente relacionado con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 en la Meta II: México Incluyente. El Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y la No Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 también están vinculados con esto.



Todos ellos tienen la finalidad de acelerar la obtención de resultados de impacto en la salud materna y perinatal, consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades, a los cuales se deben apegar las diferentes instituciones de la Administración Pública Federal para materializar el derecho a la protección de la salud.⁴⁵

El PAE plantea la necesidad de mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud, su efectividad, el seguimiento y la rendición de cuentas, y lograr que se disminuyan los rezagos en salud que afectan a la población. La vinculación transversal con los programas del CNEGSR debe fortalecer las acciones y sumar esfuerzos para el cumplimiento de las metas, por lo que es importante que también se coordine con los *Programas de planificación familiar y anticoncepción, salud sexual y reproductiva para adolescentes, igualdad de género, prevención y atención de la violencia familiar y de género*, y con la *Estrategia nacional para la prevención del embarazo en adolescentes*, cuyos objetivos también son una reducción acelerada de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

En un esfuerzo para mejorar la articulación de los servicios existentes en diversas instituciones, el 28 de mayo de 2009 se estableció el *Convenio general de colaboración interinstitucional para la atención de la emergencia obstétrica*, que establece una red de 362 hospitales para la atención de las emergencias obstétricas del IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud. Este Convenio representa un trabajo de coordinación, con el objetivo compartido de reducir la mortalidad materna eliminando las barreras de acceso a la atención ginecobstétrica de emergencia, independientemente de la derechohabencia de las mujeres, y también constituye uno de los primeros ejercicios operativos de integración funcional entre las instituciones del sector público de salud en el país, para tratar de optimizar los hospitales obstétricos existentes y como un camino hacia la universalización de los servicios de salud.⁴⁶

En este mismo sentido, en el año 2016 el CNEGSR publicó el lineamiento técnico: triage obstétrico, código mater y equipo de respuesta inmediata obstétrica, con el fin de capacitar al personal médico y equipo de salud a nivel nacional en la atención inmediata obstétrica en las unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel.⁴⁷

⁴³ 25 años de buenas prácticas para reducir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia / María Graciela Freyermuth Enciso, Coordinadora; Observatorio de Mortalidad Materna en México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2015

⁴⁴ Idem.

⁴⁵ Secretaría de Salud (2013). Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Materna y Perinatal. Disponible en: http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf

⁴⁶ Secretaría de Salud (2012). Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica. México.

⁴⁷ Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2016). Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica. Lineamiento Técnico. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/documentos/triage-obstetrico-codigo-mater-y-equipo-de-respuesta-inmediata-obstetrica>

Principales desafíos

En la actualidad, el sistema de salud de México se encuentra segmentado, por lo que existen diversas instituciones que ofrecen servicios de acuerdo con la derechohabencia de la población. Las unidades médicas están desarticuladas y no funcionan como redes de servicios de salud. Asimismo, como ya se ha mencionado, no se tiene garantizado el traslado, la comunicación entre las unidades médicas en zonas marginadas, o la presencia de traductores en zonas indígenas.

Por otra parte, las plantillas de personal de salud, aún incompletas, impiden tener la cobertura del núcleo básico (obstetra, anestesiólogo, cirujano y pediatra) durante las 24 horas del día, incluso en unidades que han sido establecidas como referencias para emergencias obstétricas. Adicionalmente, desde hace varios años en las unidades médicas de primer nivel se ha dejado de atender el parto, así como otras intervenciones en salud reproductiva de baja complejidad (aborto no complicado, salpingoclasia y vasectomía). Por lo anterior, en la actualidad la gran mayoría de los partos, sean complicados o de bajo riesgo, son atendidos en el segundo nivel de atención, lo cual ha ocasionado una sobresaturación de los servicios de atención obstétrica, y por ende una disminución de su calidad y del trato hacia las usuarias y sus familiares. Éste es un reto que está atendiendo la Secretaría de Salud, retomando la continuidad de la atención materna, incluida la atención de partos en el primer nivel, y fortaleciendo el servicio mediante enfermeras obstetras.

La falta de conocimientos actualizados de obstetricia y neonatología y la falta de observancia de los lineamientos, normas y recomendaciones conllevan a otorgar una atención inferior a los estándares, que puede tener implicaciones negativas en los resultados de la atención. Implican, además, una violación a los derechos de las mujeres y de sus recién nacidos a recibir una atención de calidad, basada en la evidencia científica actualizada y las recomendaciones que organismos multilaterales como la Organización Mundial de la Salud, la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras y la Confederación Internacional de las Parteras Profesionales, entre otras, han emitido en los últimos años al respecto, generando un consenso internacional al que México tendría que adecuarse de manera integral.

En el país se han implementado diversas estrategias orientadas a mejorar la calidad de la atención de parte de las instituciones de salud, pero poco se conoce sobre su impacto, lo que se debe en gran medida a la ausencia de diagnósticos o líneas base que permitan visibilizar los avances o las áreas que requieren mayor atención. Las

normas, lineamientos técnicos y guías de práctica clínica están en proceso constante de actualización; esto, sin embargo, en ocasiones no se realiza de forma oportuna. Un ejemplo es la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida, que demoró 23 años en actualizarse, toda vez que la recomendación es que sea cada cinco años.

Para mejorar la atención obstétrica son necesarias intervenciones multisectoriales, donde todos los actores trabajen de manera coordinada mejorando la organización, cobertura y la atención técnica y humana, con el fin de avanzar hacia la satisfacción equitativa de las necesidades de salud materna en todo el territorio nacional.⁴⁸

Adicionalmente, es necesario asegurar las habilidades técnicas del personal de salud, de acuerdo con el nivel al que esté adscrito y tomando en cuenta los problemas de salud local que tendrá que enfrentar. El personal además debe contar en todo momento con la infraestructura, insumos y medicamentos necesarios para atender, estabilizar y referir -si es necesario- una emergencia obstétrica.

Mejorar la salud en general y en particular la materna, así como lograr la igualdad de género en salud, impactar en los determinantes sociales y disminuir la discriminación y el maltrato requieren un enfoque basado en los derechos humanos. Éste, a su vez, no sólo demanda optimizar las estructuras, el personal, el equipamiento o el presupuesto, sino también un cambio en la cultura organizacional, entendida como el conjunto de percepciones, sentimientos, actitudes, hábitos, creencias, valores, tradiciones, formas de interacción y comunicación de la mayoría de los profesionales de salud que trabajan en todos los niveles. Si bien se reconocen las dificultades que implica un cambio en la cultura de los sistemas de salud, esto es indispensable para lograr disminuir la Razón de Mortalidad Materna y mejorar la calidad de vida y supervivencia de todas las mujeres, niñas y niños en el país.⁴⁹

1.2.3 Mortalidad neonatal e infantil

Situación y tendencias

En el transcurso de las últimas dos décadas México ha logrado avances notables en reducir las muertes de niños y niñas, gracias a una combinación de factores: la expansión de servicios de salud primaria y la atención basada en instituciones o seguros sociales para facilitar el acceso a los servicios, un programa de vacunación masiva, la terapia de rehidratación oral y una mayor cobertura de los servicios básicos, en particular agua potable y saneamiento.⁵⁰

⁴⁸ Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (2011). Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y morbilidad materna grave, 51^o Consejo Directivo 63^o Sesión del Comité Regional.

⁴⁹ Atún R. (2012). Hacia un Sistema Universal de Salud en México. Seminario Internacional FUNSALUD, The Lancet, Universidad de Howard, CIDE, Seguro Popular, Secretaría de Salud, México.

⁵⁰ INEGI (2015), Estadísticas a propósito del día del niño (30 de abril). Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/ni%C3%B1o0.pdf>

Sin embargo, el país continúa enfrentando enormes retos y rezagos para asegurar que todas las niñas y niños -sin importar su edad, nivel socioeconómico, ubicación geográfica y raza- tengan acceso efectivo y eficaz a los servicios públicos, lo cual conduce a salvar sus vidas y a buscar su máximo desarrollo.⁵¹ (Ver Capítulo I: Servicios de salud: Acceso a servicios de salud).

Entre 1990 y 2015 la tasa de mortalidad en menores de cinco años se redujo un 63.1%, al pasar de 41 muertes por cada 1,000 nacidos vivos a 15.1. Por otro lado, en ese mismo periodo, la tasa de mortalidad de niños y niñas menores de un año se redujo de 32.5 a 12.5 por cada 1,000 nacidos vivos, lo que representa una disminución del 61.5%.⁵² Las primeras cuatro semanas de vida son la etapa en la cual los niños enfrentan más riesgo de muerte,⁵³ y es precisamente en la protección de la etapa neonatal⁵⁴ que el país necesita fortalecer sus acciones, a través de intervenciones específicas que respondan a las principales causas de mortalidad durante este periodo, y que requieren una mayor y mejor atención clínica y mayor capacitación del personal de salud.⁵⁵

Se considera que las intervenciones apropiadas antes, durante el trabajo de parto y el puerperio pueden tener un gran efecto en la reducción de las muertes neonatales en su conjunto (41%), pues pueden reducir las cuatro causas principales de mortalidad neonatal en México: parto prematuro (28.8%), infecciones del recién nacido (19.5%), defectos de nacimiento (21.1%) e hipoxia/asfíxia (11%).⁵⁶

Al igual que en el caso de la mortalidad materna, la mortalidad infantil presenta brechas pronunciadas entre las entidades federativas. En el caso de la tasa de mortalidad en menores de cinco años, en los estados de Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Puebla en 2015 se observaron tasas superiores a las 17 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos; en cambio, Nuevo León, Colima, Sinaloa y Sonora se ubicaron por debajo de las 12 defunciones.⁵⁷ Estas brechas pueden estar relacionadas con problemas de acceso (los servicios no han alcanzado físicamente a toda a la población más vulnerable), de calidad (no cuentan con la infraestructura, los insumos y medicamentos suficientes para atender a toda la población, o no prestan una atención adecuada en términos técnicos, humanos o interculturales) o de costo (a pesar de que se pretende garantizar la gratuidad de la atención, las personas siguen pagando por servicios que deberían ser garantizados por el Estado).⁵⁸

Respuesta institucional

Una parte central del sistema de salud mexicano son las normas oficiales, los programas sectoriales y sus respectivas estrategias, en los que se plasman las actividades preventivas y de atención clínica dirigidas a poblaciones específicas. México cuenta con el Plan de Acción específico (PAE) de salud materna y perinatal 2013-2018, del *Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva* (CNEGRS), que está estrechamente vinculado al Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, en la Meta II: México Incluyente, el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y la no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018, y al Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018.

Estos programas se deberían vincular estrechamente, lo que permitiría acelerar la obtención de resultados de impacto en la salud materna e infantil, consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades, a los cuales se deberán apegar las diferentes instituciones de la administración pública federal para materializar el derecho a la protección de la salud.⁵⁹ El Programa Sectorial de Salud (PROSESA) plantea la necesidad de mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud, su efectividad, el seguimiento y la rendición de cuentas, así como lograr que se disminuyan los rezagos que afectan a la población. Las estrategias señalan que se debe ir más allá del asistencialismo, para lo cual es necesario cerrar las brechas de la desigualdad social y promover la participación de la sociedad en las políticas públicas.

El *Programa Nacional para la Reducción de la Mortalidad Infantil* tiene como estrategias principales fortalecer las acciones de vacunación, mejorar el conocimiento de la población sobre el manejo de la enfermedad diarreica (EDA) y de la infección respiratoria aguda (IRA), promover conductas de alimentación saludable para reducir la desnutrición en este grupo de edad, así como apoyar el concepto de sexualidad responsable entre los adolescentes, para reducir la tasa de embarazo en este grupo poblacional. Es conveniente también difundir entre el personal de salud los conceptos básicos necesarios para realizar diagnósticos oportunos de los casos de cáncer en la población pediátrica.⁶⁰

⁵¹ Save the Children México (2015). Salud Infantil en México. Análisis exploratorio de la Política Pública y presupuestal 2000-2015. Disponible en: <https://www.savethechildren.mx/sites/savethechildren.mx/files/resources/salud%20infantil%20en%20mexico.pdf>

⁵² Datos de www.objetivosdesarrollodemilenio.org.mx.

⁵³ Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2013). Programa de Acción Específico, Salud Materna y Neonatal 2013-2018, México. Disponible en: http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf

⁵⁴ NOM-007-SSA2-2016. Periodo neonatal: la etapa que inicia al nacimiento y termina 28 días después del mismo.

⁵⁵ OMS (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Declaración de la OMS. Septiembre 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1

⁵⁶ Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2013). Programa de Acción Específico, Salud Materna y Perinatal 2013-2018. México. Disponible en: http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf

⁵⁷ Datos de www.objetivosdesarrollodemilenio.org.mx.

⁵⁸ Save the Children México (2015). Salud Infantil en México. Análisis exploratorio de la Política Pública y presupuestal 2000-2015. México. Disponible en: <https://www.savethechildren.mx/sites/savethechildren.mx/files/resources/salud%20infantil%20en%20mexico.pdf>

⁵⁹ Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2013).

⁶⁰ Idem.

El Programa de Acción específico salud materna y perinatal 2013-2018 creado por el gobierno federal tiene por objetivo propiciar el acceso universal de mujeres en etapas de pregestación, embarazo, parto, puerperio y neonatal a servicios de calidad y respetuosos. Además, debe contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo.

Entre los esfuerzos realizados para garantizar la protección social en salud destaca el incremento de los recursos destinados a la atención de la misma, en gran medida derivados de los cambios legales y operativos que acompañaron la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). El presupuesto asignado a la Secretaría de Salud a través del Ramo 12 presentó en 2013 un incremento en términos reales del 3.9% respecto al 2012 y de 3% en 2014 respecto al 2013. En los primeros años de esta administración, el crecimiento real ha sido de 7%, que equivale a 16,785 millones de pesos.

En materia de acceso a servicios de salud, los esfuerzos se han enfocado a la protección económica de la población carente de seguridad social, para la cobertura de sus necesidades de salud. En diciembre de 2015 se consolidó un padrón general de beneficiarios del Seguro Popular que cubre a 57.1 millones de personas.⁶¹ Adicionalmente, a través del Seguro Médico Siglo XXI, en el 2015 se afiliaron 1.5 millones de niños menores de cinco años de edad, lo que suma un total de 5.6 millones de afiliados.

Para promover la optimización de recursos y el incremento de su eficiencia en las instituciones del sector salud, en 2015 se firmó el Acuerdo General de colaboración para el intercambio de servicios, mediante el cual se definen los lineamientos generales para formalizar los compromisos de atención médica entre las diversas instituciones públicas de salud en forma homologada, a través de la celebración de convenios específicos con las entidades federativas. Esto tiene el fin de que los recursos disponibles se usen eficientemente y de minimizar las brechas en materia de calidad, gracias a la homologación de las capacidades, procesos y recursos.⁶²

Por otra parte, el Programa de vacunación universal de México está entre los más avanzados a nivel mundial, pues cuenta con uno de los esquemas de vacunación más completos, que suma 14 vacunas diferentes. Gracias a este programa gratuito se protege a la población más vulnerable contra enfermedades graves como tuberculosis,

poliomielitis, sarampión, neumococo y rotavirus. Además, en la temporada de invierno 2013-2014 se aplicaron 27,175,299 dosis de vacuna contra la influenza estacional.

La ENIM 2015 proporciona información sobre los indicadores de cobertura de vacunación en las niñas y niños de 12 a 23 meses de edad y de 24 a 35. Con excepción de la cobertura de vacunación contra la influenza, las niñas y niños de ambos grupos de edad se encuentran inmunizados para cada una de las diferentes enfermedades (reportadas en la Tabla 1.1) en porcentajes cercanos o superiores al 70%. Sin embargo, cuando se considera el esquema de vacunación completo, el porcentaje de niñas y niños inmunizados es de 13.1%.

Tabla 1.1. **Indicadores de cobertura de vacunación en niñas y niños de 12 a 23 y de 24 a 35 meses de edad en 2015 (porcentajes)**

| Cobertura de vacunación | Porcentaje |
|--|------------|
| Niñas y niños de 12 a 23 meses de edad | |
| BCG (Tuberculosis), antes de cumplir el primer año de edad. | 92.6 |
| Pentavalente acelular (difteria, tosferina, tétanos, poliomielitis e infecciones por haemophilus influenzae tipo B), tercera dosis antes de cumplir el primer año de edad. | 69.1 |
| Antihepatitis B, tercera dosis antes de cumplir un año de edad. | 76.9 |
| Rotavirus, al menos dos dosis antes de cumplir un año de edad. | 82 |
| Influenza, al menos una dosis antes de cumplir un año de edad. | 46.3 |
| Niñas y niños de 24 a 35 meses de edad | |
| Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP), antes de cumplir dos años. | 81.9 |
| Neumococo, tercera dosis antes de cumplir el primer año de edad. | 70.6 |

Fuente: Elaboración propia con información de la ENIM 2015.

⁶¹ Gobierno de la República (2014) Segundo informe de gobierno 2013-2014. México. Disponible en: http://cdn.presidencia.gob.mx/segundoinforme/Informe_escrito_Mexico_Incluyente.pdf

⁶² Secretaría de Salud (s/f). Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios, México. Disponible en: http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/intercambio_servicios.html

En lo concerniente al desarrollo infantil, cabe señalar que la Secretaría de Salud, de 2014 a 2015, dentro del componente “Detección y atención oportuna” del Modelo de promoción y atención del desarrollo infantil, realizó 200,605 pruebas de tamizaje, con las cuales logró identificar 9.1% de niños con rezago y 2.3% de niños con riesgo de retraso en el desarrollo sobre el total de pruebas realizadas.⁶³

Principales desafíos

La Administración Federal 2013-2018 reconoce⁶⁴ que existen desafíos importantes para que el Estado mexicano garantice el cumplimiento efectivo del derecho a la salud, entre los que destacan los siguientes:

- a) El modelo de atención ha tenido un enfoque mayor hacia lo curativo que hacia lo preventivo.
- b) La insuficiencia en la consolidación de un enfoque multidisciplinario e interinstitucional para mejorar la articulación y coordinación entre órdenes de gobierno y estrategias, por lo que se requiere revertir esta situación, e incluir de manera transversal a la salud en los programas y políticas de otros sectores.
- c) La persistencia de disparidades en los beneficios, asociadas a la fragmentación en la prestación de los servicios, que no sólo limita la capacidad operativa y financiera del sistema de salud en su conjunto, sino que contraviene el objetivo de lograr un México más incluyente.⁶⁵

Con base en lo anterior, el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Sectorial de Salud 2013-2018 establecen el compromiso de crear un Sistema nacional de salud universal, equitativo, integral, sustentable, efectivo y de calidad, concentrándose particularmente en los grupos de población en condiciones de vulnerabilidad. El objetivo último es que todas las personas reciban una atención de salud con equidad y desde un enfoque de derechos.

Por lo anterior el gobierno de la República lleva a cabo adecuaciones normativas que favorecen la universalidad de los servicios de salud: en 2014 se publicó un decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud en lo que corresponde al Sistema de Protección Social en Salud, para impulsar medidas que fomenten una mayor eficiencia, transparencia y control de los recursos que pueden salvar la vida de mujeres, niños y niñas, e impulsar su máximo desarrollo.

El Programa de acción específico de salud materna y neonatal 2013-2018 ha resaltado la importancia de integrar paquetes de intervención que abarquen todo el ciclo de vida.⁶⁶ Sin embargo, siguen existiendo brechas importantes en la cobertura de las intervenciones, con la consiguiente limitación del avance en la reducción de la mortalidad materna y neonatal en el país.⁶⁷ Con el fin de contrarrestar esta situación, la OMS y UNICEF recomiendan las visitas domiciliarias realizadas por promotoras de salud comunitaria antes y después del parto, como parte de una estrategia que permita aplicar elementos eficaces en la atención de las madres y de los recién nacidos. Esto tiene el objetivo de aumentar sus posibilidades de supervivencia, fomentar el inicio temprano de la lactancia materna y, en general, mejorar de la calidad de la atención

1.2.4 Lactancia materna

Situación y tendencias

La lactancia interviene profundamente en la salud de los niños y niñas y de sus madres, ya que la leche materna es el alimento perfecto para el recién nacido, porque no sólo le aporta todos los nutrientes necesarios (vitaminas, minerales, proteínas, carbohidratos y grasas de fácil digestión) sino también posee hormonas, factores de crecimiento, anticuerpos y otras sustancias que favorecen el desarrollo de su sistema inmunológico. La salud de la madre también puede verse afectada si la lactancia se realiza de forma inadecuada o insuficiente, a la vez que el niño o la niña pierde una serie de ventajas para su salud y desarrollo que persisten hasta la vida adulta.



⁶³ Idem.

⁶⁴ UNICEF (2014). Alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio con equidad. México.

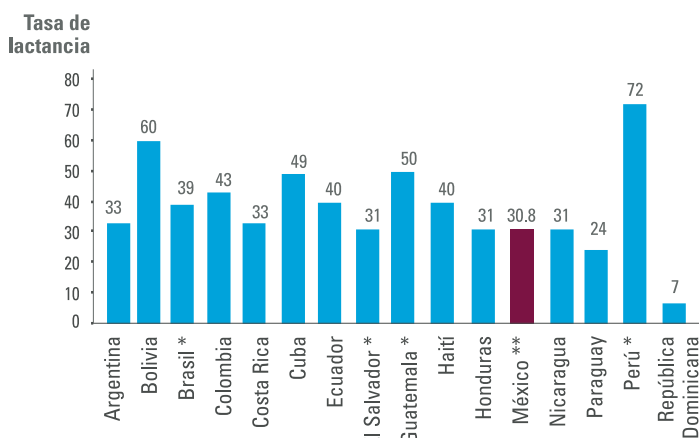
⁶⁵ Idem.

⁶⁶ UNICEF (s/f). Estrategia de UNICEF en América Latina y el Caribe para contribuir a la reducción de la morbi-mortalidad materna, neonatal e infantil. 2011-2015.

⁶⁷ Secretaría de Salud (2013). Programa de Acción Específico, Salud Materna y Neonatal 2013-2018, Prevención de la mortalidad infantil. Disponible en: http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf

Hasta hace pocos años México presentaba una de las menores tasas de lactancia materna a nivel regional y mundial.⁶⁸ En la actualidad, entre los países de América Latina, México sólo se encuentra por encima de los niveles de República Dominicana y Paraguay en cuanto a la prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida, como se observa en el Gráfico 1.2.3.

Gráfico 1.2.3. Tasa de lactancia exclusiva de niños menores de 6 meses, a nivel regional (2013)⁶⁹



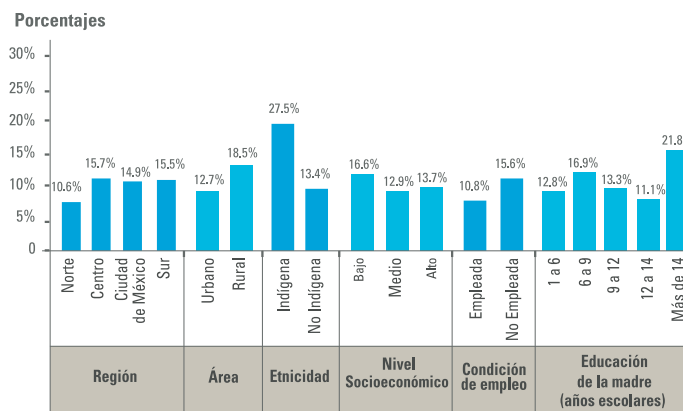
Nota: * Corresponde a un año diferente.
** Dato de la ENIM 2015.

Fuente: Elaboración propia con base en UNICEF (2013). Improving Child Nutrition Report y ENIM (2015).

La práctica de dar el pecho a los recién nacidos en México siguió una trayectoria decreciente tanto en las zonas urbanas como rurales en los últimos años. De acuerdo con la información estadística de las Encuestas de Salud y Nutrición (ENSANUT), en 2012 la lactancia materna exclusiva en niños menores de seis meses (LME)⁷⁰ fue de 14.4%, que representaba ocho puntos porcentuales menos que el registro de 2006 de la ENSANUT (22.3%). Estas encuestas muestran también que en el área rural la caída de la LME fue más pronunciada, ya que se redujo a la mitad (de 36.9% a 18.5%) entre 2006 y 2012; en las áreas urbanas, la LME se redujo de 17.3% a 12.7%.

Como se observa en el Gráfico 1.2.4, la región norte de México fue aquella con una menor prevalencia de LME, con sólo un 10.6%. El resto de las regiones se ubicó alrededor del 15%.⁷¹ Según el estudio de González de Cosío⁷² con base en la información de la ENSANUT 2012, el deterioro en las prácticas de lactancia está ocurriendo principalmente en madres no indígenas, de nivel socioeconómico medio, trabajadoras y con alto nivel educativo.

Gráfico 1.2.4. Lactancia materna exclusiva en niños menores de seis meses, según características (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con base en González de Cosío et. al. (2013)

Sin embargo, información reciente recabada en la ENIM 2015 muestra un avance en la práctica de LME, con un porcentaje de 30.8% en este indicador. Otros resultados de esta encuesta revelan que 39% de los niños menores de dos años recibió lactancia materna apropiada para su edad,⁷³ y que las madres que dan de lactar a sus recién nacidos lo hacen por un lapso de 10.9 meses (mediana).⁷⁴

Las tasas de lactancia materna disminuyen aceleradamente a medida que el niño crece. En este sentido, la información de la ENIM 2015 muestra que casi uno de cada dos niños menores de un año (45.8%) y uno de cada cuatro niños menores de dos años (24.4%) recibe lactancia materna. Los resultados de esta encuesta sugieren que este descenso se explica por el alto porcentaje de madres de niños menores de dos años expuestas a la publicidad de fórmulas lácteas (76.1%).⁷⁵

⁶⁸ UNICEF (2015). Estado Mundial de la Infancia.

⁶⁹ UNICEF (2013). Improving Child Nutrition Report.

⁷⁰ La OMS recomienda que los recién nacidos reciban únicamente leche materna durante los primeros seis meses de vida, para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos.

⁷¹ González-De Cosío T. et al. (2013). Alimentación infantil y lactancia en México, Salud Pública de México. (suplemento 2). México.

⁷² Idem.

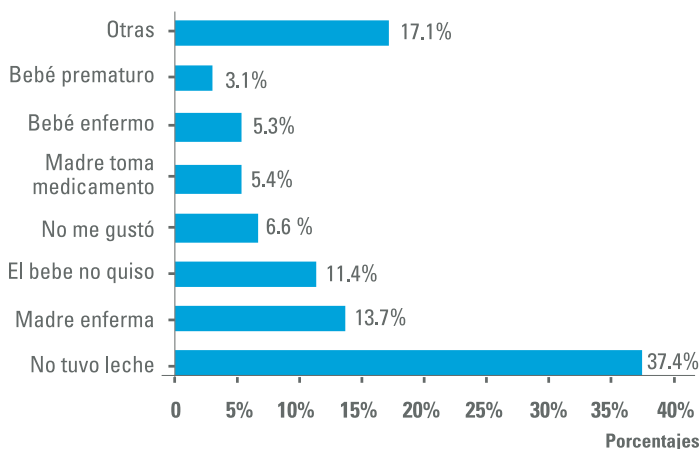
⁷³ Niños/as entre cero y cinco meses de edad que reciben exclusivamente leche materna, y niños/as entre seis y 23 meses que reciben leche materna y que comieron alimentos sólidos, semisólidos y blandos.

⁷⁴ Indicador que se calculó de la siguiente manera: la edad en meses en que 50% de los niños/as entre cero y 35 meses no recibió leche materna el día anterior.

⁷⁵ Es reconocido el impacto negativo que el consumo de fórmula infantil y otros sustitutos de lactancia ha tenido en la reducción de los niveles de lactancia materna, incluso a pesar de la existencia del Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna, que prohíbe la promoción, publicidad y obsequio de fórmulas lácteas entre mujeres embarazadas, madres y niños de corta edad.

Aunque una gran mayoría (94.9%) de los niños menores de dos años ha sido amamantada alguna vez, 5.1% de ellos nunca lo fue, según los resultados de la ENIM 2015. La ENSANUT 2012 proporciona información sobre las razones de la ausencia de lactancia materna: la principal, expuesta por las madres, fue la sensación de no producir leche (37.4%), seguida por enfermedad de la madre (13.7%) o que el hijo rechazó el pecho (11.4%).

Gráfico 1.2.5. Razones para no amamantar (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la ENSANUT 2012.

En la ENSANUT 2012 también se menciona la falta de orientación de parte de los profesionales en los controles prenatales y postparto entre los motivos para omitir la lactancia; estos resultados son corroborados por la información de la ENIM 2015, que muestra que un 11.4% de las madres de menores de dos años no recibió asesoría pre o postnatal sobre la lactancia. Esta falta de orientación durante las prácticas obstétricas contribuye a que únicamente uno de cada dos niños (51%) sea puesto al seno de la madre en su primera hora de vida (ENIM 2015).

La normatividad y las prácticas laborales son otros elementos que impactan en la decisión de lactar para muchas madres trabajadoras en México, lo cual se refleja en una menor tasa de lactancia materna entre las mujeres que trabajan, en comparación con aquellas que no lo hacen (4.6 meses y 9 meses en promedio, respectivamente), según los resultados de la ENSANUT 2012.

Respuesta institucional

Los esfuerzos nacionales por revertir la tendencia a la baja de los niveles de lactancia materna han sido materializados en la Estrategia Nacional de Lactancia Materna (ENLM) 2014-2018,⁷⁶ que integra diferentes acciones para proteger, promover y apoyar la práctica de la lactancia materna hasta los dos años de edad. Se basa en seis objetivos específicos:

- 1) Posicionar este tema en la agenda de los tomadores de decisión de los diferentes órdenes de gobierno, y unificar acciones.
- 2) Fortalecer las competencias institucionales para la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna.
- 3) Impulsar la participación de la iniciativa privada en la promoción y apoyo a la lactancia materna.
- 4) Vigilar el cumplimiento del Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna.
- 5) Fomentar la práctica del amamantamiento natural en los municipios incluidos en la Cruzada nacional contra el hambre.
- 6) Capacitación al personal de salud, universitarios de áreas médicas y afines, así como a la población en general.⁷⁷

Un avance importante a favor de las madres que trabajan es el requerimiento, dirigido a los responsables de los lugares de trabajo, de crear espacios adecuados para extraer leche materna durante la jornada laboral: la Ley General del Trabajo por primera vez obliga legalmente a los empleadores a crearlos y mantenerlos. Además, para definir con mayor detalle las características de estos espacios y generar lineamientos más específicos para fomentar la lactancia materna en el sector de salud, está en proceso una nueva Norma Oficial Mexicana para la promoción protección y apoyo a la lactancia materna.

⁷⁶ Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/estrategia-nacional-de-lactancia-materna-2014-2018>

⁷⁷ Las metas de estos seis objetivos específicos son:
 1. Conseguir la nominación "Hospital amigo del niño y la niña" en al menos 30% de las unidades con atención obstétrica en el país.
 2. Conseguir la nominación de "Unidad amiga del niño y la niña" en al menos 180 unidades de primer nivel de atención.
 3. Capacitar en lactancia materna a un 80% del personal de atención médica y paramédica del Sistema Nacional de Salud.
 4. Capacitar en lactancia materna a un 80% del personal de los Centros de Desarrollo Infantil.
 5. Difusión y fomento para la implementación de por lo menos 60 lactarios empresariales.
 6. Crear la Red Nacional de Bancos de Leche Humana, integrada por al menos 60 bancos y 250 lactarios hospitalarios.

Principales desafíos

Si bien el gobierno ha tomado conciencia de la importancia de revertir las tendencias en los indicadores de lactancia materna, lo cual se plasmó en el lanzamiento de una estrategia nacional, todavía es necesario realizar otras acciones en esferas complementarias, tales como la legislación laboral, las prácticas empresariales y el mercado de los sucedáneos, junto con las prácticas de comercialización y publicidad que éste realiza.

El fortalecimiento de la vigilancia e implementación de mecanismos de control al cumplimiento del Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna⁷⁸ continúa siendo uno de los grandes desafíos. A esto se suma la necesidad de implementar cambios en la política laboral que faciliten y concilien el trabajo con la práctica de la lactancia de las mujeres trabajadoras con hijos e hijas menores de dos años.⁷⁹ En particular, resalta la poca duración de la licencia de maternidad –actualmente de 12 semanas postparto- que dificulta el mantenimiento de la lactancia materna cuando la persona regresa a trabajar, y que se encuentra muy por debajo de lo establecido por el Convenio 183 de la Organización Internacional del Trabajo sobre la protección de la maternidad. Es necesaria también una licencia de al menos 14 semanas y un período de seis semanas de licencia obligatoria posterior al parto, así como considerar la implementación de la Recomendación 191 de la OIT sobre la protección de la maternidad, que propone extender la licencia de maternidad hasta 18 semanas.⁸⁰

También es necesario informar de manera efectiva a la sociedad sobre el costo de oportunidad de no amamantar, tanto para la salud del niño como para la de la madre. Un estudio reciente⁸¹ mostró que las prácticas inadecuadas de lactancia tienen un costo anual elevado para México: entre \$745.6 y \$2,416.5 millones de dólares. Estas cifras sólo toman en cuenta el costo pediátrico, esto es, el observado en niños y niñas menores de un año, y se explican por el uso de fórmulas lácteas y los bajos niveles de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.

⁷⁸ SSA, INSP, OPS-OMS, UNICEF (2016). Informe final del estudio para estimar la prevalencia de violaciones al Código Internacional de Sucesáneos de la Leche Materna en dos Estados de la República Mexicana. México.

⁷⁹ Algunas medidas son: ampliar la hora de lactancia que establece actualmente la Ley Federal del Trabajo; espacios durante la jornada para la extracción y almacenamiento de leche materna para la atención de la libre demanda de leche materna; medidas que favorezcan la cercanía de la madre con el bebé mientras éste ejerce la libre demanda. Es importante que estas medidas no se transformen en factores discriminatorios para la contratación de mujeres.

⁸⁰ UNICEF (2015). Nota informativa sobre la promoción de la lactancia materna. México.

⁸¹ Colchero, A., Contreras-Loya, D., López-Gatell, H. Y González De Cosío (2015). The costs of inadequate breastfeeding of infants in Mexico, en American Journal of Clinical Nutrition. México.



© UNICEF México/Giacomo Pirozzi

La leche materna es el mejor alimento para los bebés y los hace sentir amados

“Mi leche le da a mi hijo los nutrientes y las defensas necesarias para que crezca sano y fuerte”, explica Julia López González mientras amamanta a Oliver, de seis meses. Julia caminó 45 minutos desde Loma Grande, su comunidad Tu’un savi (mixteca), hasta el Centro de Salud en la cabecera del Municipio de Cochoapa el Grande, en La Montaña de Guerrero. Allí, cada 15 días un grupo de apoyo comunitario se reúne para retroalimentarse. El objetivo es lograr una lactancia exitosa y exclusiva hasta los seis meses. “Estos grupos representan un apoyo cercano, oportuno y continuo a las madres, que idealmente también darán a sus hijos leche materna con otros alimentos hasta los dos años”, dice la enfermera Jovita Salgado García, responsable estatal de lactancia materna en el Estado de Guerrero.

Las mujeres que asisten a estos grupos apoyan a su vez a otras mujeres en sus distintos pueblos a resolver las dudas más comunes. “Las mamás primerizas acuden a mí, porque yo tengo más experiencia y aquí estoy aprendiendo más cosas. Es importante porque la leche materna es el mejor alimento para la salud de los bebés: les da defensas y además, los mantenemos tibios, con nuestra temperatura corporal, eso los hace sentir seguros y amados”, dice Julia.

Julia tiene otros tres hijos, de 12, 6 y 3 años. A todos los ha alimentado con leche materna exclusiva al menos hasta que cumplieron un año. Este es el caso de todas las mujeres tu’un savis (mixtecas) que están en el Centro de Salud: han alimentado al pecho a sus hijos. En Cochoapa el Grande, como en las diferentes zonas indígenas, el índice de lactancia materna es mucho más alto “debido a que las mamás aún preservan esa cultura natural y correcta de la alimentación de sus hijos. Puede ser también que esto también obedezca a la falta de recursos para comprar leches artificiales”, explica la enfermera.

La nutrióloga del Centro de Salud, Brigette Vera, explica que en Cochoapa, uno de los municipios más pobres del país “los motivos económicos podrían estar ayudando para que las madres den el pecho a sus hijos: la leche de fórmula es muy cara y no está disponible en cada esquina. Además las mujeres no trabajan o trabajan tejiendo huipiles en casa, con horarios flexibles”.

El grupo comunitario en Cochoapa trabaja para solucionar las dudas de las madres que amamantan. Julia explica que entre las molestias más comunes son dolor por congestión del pecho. En otros casos el pezón invertido dificulta la succión de los bebés. “Pero son cosas que se resuelven de manera sencilla con compresas tibias o con masajes”, asegura. Ofelia Vázquez, otra mujer que acude a aprender técnicas al Centro de Salud dice que es importante agarrar el pecho firmemente con toda la mano mientras el bebé se alimenta. La madre debe sostener la cabeza y la espalda del bebé para que esté recostado o sentado. “Entre los mixtecos amamantar es una costumbre muy arraigada, lo hemos visto siempre”, dice.

Tras una hora en el Centro de Salud, las mujeres acuerdan el próximo día de reunión. Julia envuelve a Oliver en su rebozo y se lo carga a la espalda. Así comienza el camino de vuelta a su comunidad, en La Montaña de Guerrero. Allí compartirá los conocimientos aprendidos con otras madres.

“Mi leche le da a mi hijo los nutrientes y las defensas necesarias para que crezca sano y fuerte”

1.2.5 Enfermedades diarreicas agudas

Situación y tendencias

Se definen como enfermedad diarreica la deposición de heces sueltas o líquidas tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona). La diarrea suele ser el síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede ser ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos o parasitarios.⁸² La prevención de las enfermedades diarreicas agudas (EDA) está relacionada con diversas circunstancias que, en conjunto, se relacionan con el nivel de vida y bienestar de la población, y entre cuyos elementos destacan la cultura y el nivel de escolaridad, el estado de nutrición, el saneamiento básico, el acceso a servicios de salud y su calidad.⁸³

Las EDA son una de las prioridades de los programas de salud en México, especialmente en busca de reducir la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años.⁸⁴ En el caso de las EDA, la tasa de mortalidad pasó de 56.4 defunciones por cada 100,000 niños menores de cinco años en 1995 a 7.3 en 2015, gracias a lo cual se logró la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo de Milenio para 2015. Sin embargo, persisten disparidades entre algunas entidades federativas del norte y del sur del país, donde las entidades con mayor prevalencia de pobreza extrema también presentan mayor incidencia de diarrea.⁸⁵

Entre los factores que apoyaron la reducción de EDA en México destaca la introducción, en 2008, de la vacuna contra el rotavirus en niños y niñas menores de siete meses, la mejoría de las condiciones sanitarias y el incremento del uso de la terapia de hidratación oral. Esta última ha sido considerada por la revista *The Lancet*⁸⁶ como el avance médico potencialmente más importante del siglo a nivel global, por el número de muertes que puede evitar en el corto plazo (con la condición de que se implemente en el marco de un programa integral de prevención y control, se ponga al alcance de toda la población, se capacite al personal de salud y a la población en general en su uso).

Por otra parte, la ENSANUT 2012 reportó que sólo 40% de los cuidadores utilizó el Vida Suero Oral durante un episodio de diarrea en niños menores de cinco años, y 34.2% ofreció una menor cantidad de alimento. Se detectó también que muchos padres de familia no identificaban los signos y síntomas de esta enfermedad.⁸⁷

A pesar de que la OMS⁸⁸ recomienda administrar a los niños 20 mg diarios de suplementos de zinc (10 mg diarios para los lactantes menores de seis meses) para el control de la diarrea, esta medida aún no ha sido adoptada a nivel normativo en el país.

Información de la ENIM 2015 muestra una mayor utilización de sales de rehidratación oral (SRO) para el tratamiento de la diarrea (61.4 %), y además señala que casi ocho de cada 10 niños menores de cinco años con diarrea en las dos semanas previas a la encuesta recibieron Terapia de Rehidratación Oral (TRO) (paquete de SRO, SRO en líquido pre-ensado, líquidos recomendados elaborados en casa o líquidos incrementados) y alimentación continuada durante el episodio de diarrea.⁸⁹ Pese a lo anterior, y aunque se ha incrementado el uso de sales de rehidratación oral, sigue verificándose el abandono generalizado de la lactancia materna, cuya práctica contribuye a prevenir las EDA y numerosas enfermedades.⁹⁰

Respuesta institucional

La prevención, diagnóstico y tratamiento de EDA son intervenciones especificadas en el Programa Nacional para Reducción de la Mortalidad Infantil, que busca la atención oportuna y eficiente de los cuadros de diarrea mediante la promoción de la continuación de la alimentación habitual, la no suspensión de la lactancia, la terapia de sales y rehidratación oral y la identificación de signos clínicos de alarma, así como la referencia oportuna al segundo nivel de atención.

La Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999 para la atención a la salud del niño recomienda tareas específicas y efectivas que contribuyen a prevenir las enfermedades diarreicas, entre las cuales sobrepasa la lactancia materna como factor importante para la reducción de la incidencia de diarreas en los niños menores de seis meses y, en general, el uso de agua potable, la eliminación adecuada de excretas, el lavado de manos, el manejo correcto de las heces en niños con diarrea y la vacuna contra el sarampión, que reduce la mortalidad por diarrea hasta en un 22%.⁹¹

⁸² OMS (2013). Enfermedades diarreicas. Nota descriptiva N°330, abril de 2013, Centro de Prensa. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>

⁸³ Gutiérrez, G., Guisafre, H., Reyes, R., Pérez, R., Vega, R. Y Tome, P. (1994). Reducción de la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas. Experiencias de un programa de investigación-acción, *Salud Pública México* Vol. 36(2):168-179. México.

⁸⁴ Díaz Ortega J. L., Ferreira, E., García, L., Trejo, B., Téllez Rojo, M.M., Gutiérrez, J.P. y Hernández Ávila, M. (2012). Enfermedades diarreicas agudas en niños menores de cinco años: la respuesta es multifactorial. Evidencia para la política pública en salud. INSP. México. Disponible en: http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/EDA_EnfDiarAgu.pdf

⁸⁵ Los datos incluidos en este apartado provienen de www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx, ⁸⁶ N/A (1978). Water with sugar and salt. *The Lancet* 1978; 1: 300-301.

⁸⁷ Idem.

⁸⁸ OMS (2015). Administración de suplementos de zinc en el tratamiento de la diarrea. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/zinc_diarrhoea/es/

⁸⁹ Instituto Nacional de Salud Pública - UNICEF México (2016). Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres en México (ENIM) 2015 - Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados 2015. México.

⁹⁰ González De Cosío, T., Escobar Zaragoza, L., González Castell, D. Y Hernández Ávila, M. (2012). Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apearse a lo básico. Evidencia para la política pública en salud, INSP. México. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DeterioroPraLactancia.pdf>

⁹¹ Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>

Principales desafíos

Si bien se observan avances en los años recientes aún persisten retos, como el fortalecimiento intra e interinstitucional. Los servicios de salud deben reforzar el conocimiento de las familias sobre los riesgos y las acciones a realizar en casos de EDA, especialmente durante la temporada de verano. Es necesario continuar capacitando al personal de salud de las unidades de primer nivel de atención y a las madres, padres y cuidadores de los menores de cinco años, ofreciendo guías de prácticas clínicas accesibles, que incluyan procedimientos simplificados de respuesta inmediata ante los datos de gravedad, y promoviendo el manejo hídrico y nutricional de estos eventos en la población en general.

Uno de los grandes desafíos es mejorar o actualizar la normativa en este ámbito, pues a pesar de que desde hace más de una década la OMS⁹² recomienda administrar a los niños 20 mg diarios de suplementos de zinc (10 mg diarios para los niños menores de seis meses) para el control de la diarrea, esta medida aún no ha sido adoptada a nivel de normativa.

Asimismo, es importante vacunar oportunamente contra rotavirus a los niños de dos y cuatro meses de edad, reducir el uso indiscriminado de antibióticos⁹³ y garantizar en todo momento los insumos y medicamentos para el tratamiento de la diarrea, especialmente del Vida Suero Oral en combinación con zinc. Gracias a estos dos elementos se puede reducir la duración y la gravedad de los episodios de diarrea y la probabilidad de recurrencia de las infecciones durante dos o tres meses.

La información de la ENIM 2015 señala que sólo 8.8 % de los niños menores de cinco años con diarrea en las dos semanas previas a la encuesta recibieron sales de rehidratación y zinc.⁹⁴ Este último es un micronutriente de gran importancia, esencial para la síntesis de proteínas, el crecimiento, la función inmunitaria y el transporte intestinal de agua y electrolitos; además, es importante para el crecimiento y desarrollo normal de los niños y niñas aunque no tengan diarrea,⁹⁵ por lo cual es importante incluir este componente en las normas y guías oficiales del país.

Finalmente, es preciso desarrollar estrategias innovadoras y sostenibles que incidan en la mejora de la calidad de la atención, fortaleciendo la comunicación asertiva médico-paciente y las buenas prácticas entre la comunidad y el personal de salud, y además garantizar en todo momento el acceso al agua para toda la población.⁹⁶

1.2.6 Infecciones respiratorias agudas

Situación y tendencias

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) se definen como el conjunto de enfermedades transmisibles del aparato respiratorio, que incluyen desde el catarro común hasta la neumonía, así como la otitis, amigdalitis, sinusitis, bronquitis aguda, laringotraqueitis, bronquiolitis y laringitis, con una evolución menor a 15 días y con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos tales como tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa y dificultad respiratoria, que pueden estar acompañados de fiebre.⁹⁷

Según la ENSANUT 2012, las IRA son la primera causa de enfermedad en México y el principal motivo de consulta. Estas enfermedades se presentan en todos los grupos de edad, y principalmente en pacientes pediátricos, de los cuales una tercera parte es menor de cuatro años de edad. El origen de las IRA es viral en un 99.5% de los casos, y sólo 0.5% bacteriano (de etiología estreptocócica), lo que indica que la mayoría de los pacientes de IRA sólo requieren de un tratamiento que alivie los síntomas de la enfermedad,⁹⁸ sin necesidad de prescribir antibióticos, como se hace en numerosos casos.

La misma encuesta reporta que los signos de enfermedad más referidos por las madres o responsables de los menores de cinco años fueron "calentura" por más de tres días (32.4%), aspecto enfermo (26.0%), no comer o beber (18.5%) y dificultad para respirar (15.6%). Las madres de niños de cinco a nueve años presentan un patrón similar en la identificación de estos signos; sin embargo, parecen tomar en cuenta la presencia de fiebre en mayor medida (37.9%) que la dificultad respiratoria. Asimismo, de acuerdo con la ENIM 2015, en el caso de los síntomas de la neumonía, sólo 28.4 % de las madres o cuidadoras reconoce al menos una de las dos señales de neumonía (respiración agitada y/o difícil).

Respecto a la búsqueda de atención médica en presencia de síntomas de IRA, la información de la ENIM 2015 señala que de las niñas y niños que los presentaron en las dos semanas previas a la encuesta, un 73.1% buscó asesoría o tratamiento en una unidad de salud o un proveedor de salud. Esto es relevante, dado que se ha observado que el retraso de los padres en solicitar atención médica para el niño o la niña, así como un mal enfoque diagnóstico y terapéutico de parte del personal de salud, contribuyeron hasta en 68% a las defunciones

⁹² OMS (2015). Administración de suplementos de zinc en el tratamiento de la diarrea. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/zinc_diarrhoea/es/

⁹³ National Institute for Health and Care Excellence (2009). Diarrhoea and vomiting caused by gastroenteritis in under 5s: diagnosis and management, Clinical guideline [CG84]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG84FullGuideline.pdf>

⁹⁴ Instituto Nacional de Salud Pública - UNICEF México (2016). Encuesta nacional de niños, niñas y mujeres en México (ENIM) 2015 - Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados 2015. México.

⁹⁵ Goh, N. & K. Pollak (2015). Progress over a Decade of Zinc and ORS Scale-Up. Best practices and lessons learned, Clinton Health Access Initiative. Disponible en: <http://www.clintonhealthaccess.org/content/uploads/2016/02/Progress-over-a-Decade-of-Zinc-and-ORS-Scale-Up.pdf>

⁹⁶ Díaz Ortega J. L., Ferreira, E., García, L., Trejo, B., Téllez Rojo, M.M., Gutiérrez, J.P. Y Hernández Ávila, M. (2012). Enfermedades diarreicas agudas en niños menores de cinco años: la respuesta es multifactorial., Evidencia para la política pública en salud. México. Disponible en: http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/EDA_EnfDiarAgu.pdf

⁹⁷ Ferreira-Guerrero E., Báez-Saldaña R., Trejo-Valdivia B., Ferreyra-Reyes L., Delgado-Sánchez G., Chlián-Herrera O., Mendoza-Alvarado L., García-García L. (2013). Infecciones respiratorias agudas en niños y signos de alarma identificados por padres y cuidadores en México. 2013:55 supl. 2: S307-S313. México.

⁹⁸ CENETEC (2009). Diagnóstico y tratamiento de la infección respiratoria de vías aéreas superiores en pacientes de tres meses a 18 años de edad. México. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/062_GPC__InfAgVASde3mesesa18a/INFECCION_VIAS_AEREAS_EVR_CENETEC.pdf

⁹⁹ Bojalil R., Kirkwood, Br., Bobak, M. Y Guiscafre H. (2007). The relative contribution of case management and inadequate care-seeking behaviour to childhood deaths from diarrhoea and acute respiratory infections in Hidalgo, Mexico. Trop Med Intern Health 2007.12(12):1545-1552

causadas por estas afecciones,⁹⁹ lo cual refleja una urgente necesidad de sensibilizar a la población y al personal de salud en el reconocimiento de signos y síntomas de alarma, con la consiguiente demanda o referencia oportuna de atención profesional.

La mortalidad por IRA ha disminuido a nivel nacional de 92.1% en 1995 a 19% en 2014, superando la meta nacional de 41.5% en promedio.¹⁰⁰ Sin embargo algunos estados -como Chiapas- siguen presentando una tasa doble (47%) respecto al promedio nacional, toda vez que otros -por ejemplo Nuevo León- sólo tuvieron 6.4 defunciones por cada 100,000 menores de cinco años.¹⁰¹

Respuesta institucional

El sistema de salud de México busca abordar los eventos epidemiológicos a través del trabajo coordinado de las diferentes instituciones, enfocándose en controlar los riesgos sanitarios, en la vigilancia epidemiológica y en la mejora de la calidad de los servicios de salud. Para estos efectos, por ejemplo, se ha creado un grupo multidisciplinario e interinstitucional que ha desarrollado un curso sobre las medidas de diagnóstico, contención y manejo terapéutico de las IRA en temporada de frío, dirigido a todo el personal de salud del país.¹⁰²

Existen también otras intervenciones, como la cobertura de vacunación, la mejora del estado nutricional en los niños y niñas, el mayor acceso a los servicios de atención primaria, la mayor frecuencia del lavado de manos y la disminución del uso de carbón o leña en los hogares, que han contribuido a la disminución de las IRA en el país. Estas intervenciones son claramente especificadas en la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño,¹⁰³ que es de uso obligatorio para todas las instituciones que prestan servicios de atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

La citada norma también hace especial hincapié en la importancia del interrogatorio y la exploración física de los niños y niñas con IRA de parte del personal de salud, para la correcta identificación de signos y síntomas de riesgo, como las neumonías, la otitis media aguda, la faringoamigdalitis purulenta y otras enfermedades de etiología bacteriana, que pueden originar complicaciones e incluso la muerte de niños y niñas.

Principales desafíos

El control de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años requiere acciones integrales que involucren al personal de salud, a la comunidad en general y a la comunidad académica.¹⁰⁴ De acuerdo con las recomendaciones de la ENSANUT 2012, para el fortalecimiento del control de IRA en los niños menores de cinco años se requiere capacitar, actualizar y evaluar periódicamente en el manejo de este grupo de afecciones a todo el personal de salud y a los recursos humanos que trabajan en guarderías y escuelas, a través de guías de prácticas clínicas simplificadas y accesibles para su diagnóstico y manejo oportuno.

Es necesario fortalecer las redes de referencia y contrarreferencia y garantizar el acceso oportuno a las unidades de atención médica, sobre todo en áreas marginadas y de difícil acceso, para prevenir el deterioro clínico del niño o la niña. También se deben seguir realizando campañas informativas en temporadas estacionales de riesgo, especialmente asociadas con el reconocimiento de signos y síntomas de alarma.

Asimismo, es importante cumplir con el esquema de vacunación completo, en particular contra neumococo, influenza y la triple viral, y seguir promoviendo la lactancia materna exclusiva y prolongada. Respecto al uso de antibióticos, información de la ENIM 2015 señala que 73.9 % de los niños menores de cinco años con síntomas de IRA recibieron tratamiento con estos medicamentos, por lo cual es importante racionalizar el uso de los antibióticos en casos en los que la etiología de la enfermedad sea viral (99.5% de los casos), con la finalidad de disminuir la aparición de resistencia bacteriana, así como de reducir los costos asistenciales.

La ENSANUT 2012 recomienda también promover la investigación científica que permita identificar los factores genéticos de riesgo y los mecanismos inmunológicos protectores en la población ante las IRA, al igual que la investigación operativa, ya que ésta, a través de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas, permite mejorar la calidad de la atención y las estrategias de comunicación dirigidas a la población o al personal de salud.

Se sabe que las IRA, en la mayoría de los casos, son benignas; sin embargo, los episodios repetitivos pueden producir complicaciones a corto plazo, sobre todo en el estado nutricional del niño o de la niña,¹⁰⁵ y por ende facilitar la aparición de otras enfermedades. Por lo tanto, es esencial identificar los factores externos que podrían afectar la incidencia de IRA y promover acciones que prevengan la complicación de esta enfermedad.

¹⁰⁰ Presidencia de la República (2015). Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe de avances 2015. México. Disponible en: <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/odm/doctos/InfMex2015.pdf>

¹⁰¹ Secretaría de Salud (2014). Segundo Informe de Labores 2013-2014 Secretaría de Salud. México. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/transparencia/informes/Segundo_Informe_de_Labores_de_la_Secretaria_de_Salud_2013-2014.pdf

¹⁰² Secretaría de Salud (2016). Infecciones respiratorias agudas en temporada de frío. México. Disponible en: <http://tie.inspvirtual.mx/influenza/>

¹⁰³ Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.

¹⁰⁴ Ghimire M., Pradhan, S.V., Maskey, M.K. (2010). Community-based interventions for diarrheal diseases and acute respiratory infections in Nepal. Bull World Health Organ. 88(3):216-221. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/3/09-065649.pdf>

¹⁰⁵ La ENSANUT 2012 muestra que 2.8% de niñas y niños menores de cinco años presenta bajo peso, 13.6% talla baja, 1.6% desnutrición aguda y 23.3% padece anemia.

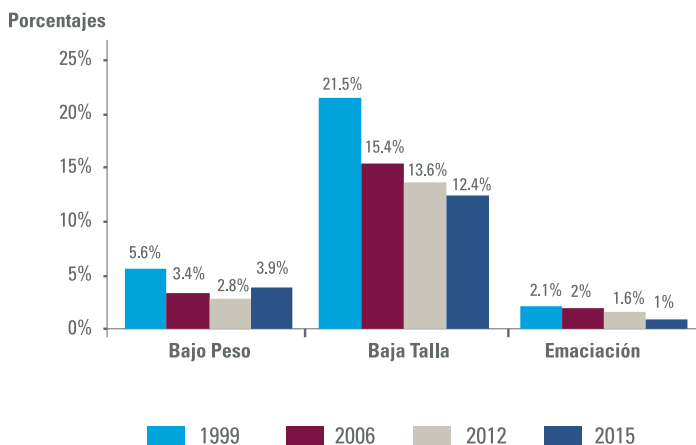
1.2.7 Desnutrición y anemia

Situación y tendencias

Los primeros años de la vida del niño o niña son el periodo más importante de su crecimiento y desarrollo. La adecuada alimentación y nutrición constituyen el factor clave para sobrellevar las exigencias del crecimiento infantil y propiciar las condiciones para su desarrollo óptimo. La desnutrición y anemia durante los primeros años de vida, además de aumentar las probabilidades de muerte prematura¹⁰⁶ y la ocurrencia de enfermedades, tienen repercusiones negativas importantes en la salud y desarrollo del niño, y particularmente en su desarrollo cognitivo.

De acuerdo con la información de las encuestas de salud y nutrición,¹⁰⁷ así como con la reciente ENIM 2015, las prevalencias de las tres formas de desnutrición¹⁰⁸ en niños menores de cinco años han seguido la tendencia decreciente iniciada en la década de los 90, con excepción en el 2015, de la prevalencia del bajo peso que mostró un aumento respecto a la última medición. Sin embargo, la prevalencia de desnutrición que se reconoce por la baja talla aún se mantiene elevada (12.4%), tal como se muestra en el Gráfico 1.2.6.

Gráfico 1.2.6. Evolución de la prevalencia de bajo peso, baja talla y emaciación (1999-2015) (porcentajes)

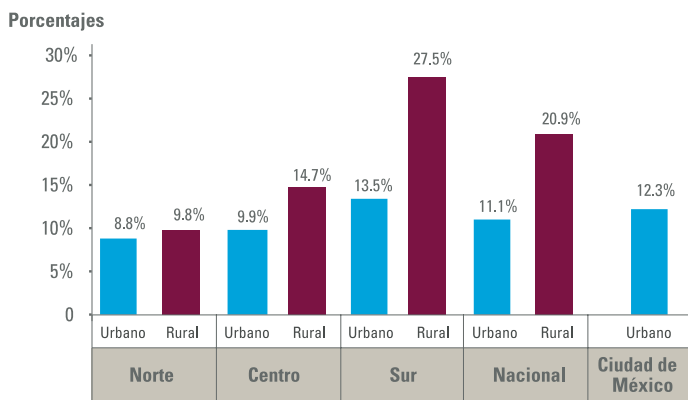


Fuente: Elaboración propia con base en ENN 1999, ENSANUT 2006, ENSANUT 2012 y ENIM 2015.

A pesar de los avances durante las últimas décadas, la desnutrición en niños menores de cinco años es una problemática que presenta importantes brechas según grupos poblacionales y regiones. A nivel nacional la prevalencia de baja talla en niños y niñas menores de cinco años en las áreas rurales (20.9%) es casi el doble de la prevalencia en las áreas urbanas (11.1%). De manera similar -y en analogía con las diferencias en su desarrollo económico y social- en los estados del sur de México la prevalencia de baja talla (19.2%) dobla la de los estados del norte del país (8.9%), ver Gráfico 1.2.7.

Estas desigualdades se profundizan entre las zonas rurales y urbanas al interior de las regiones, como se aprecia en el Gráfico 1.2.7. Históricamente, el área rural de los estados del sur de México presenta los niveles más altos de prevalencia de baja talla, con valores muy superiores al promedio nacional. Si bien en estos estados hubo un gran avance en reducir la brecha entre las áreas urbanas y rurales entre los años 1999 y 2006, a partir de 2006 la diferencia ha permanecido estable, con una diferencia aproximada de 14 puntos porcentuales.

Gráfico 1.2.7. Prevalencia de baja talla por región (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con base en resultados de ENSANUT 2012.

Pese a los avances globales en la reducción de la desnutrición, la brecha en la prevalencia de desnutrición entre la población indígena y no indígena permanece sin variación desde 1999, de acuerdo con los registros de la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN); es decir, es alrededor de 2.7 veces más alta para los niños y niñas de hogares indígenas.¹⁰⁹

¹⁰⁶ Según algunas investigaciones, 60% de las muertes anuales en niños menores de cinco años en México son atribuibles a la desnutrición. Ver Balck R.E., Lindsay, H., Allen, Zulfigar, A., Bhutta, L., Caufield, E., De Onis, M., Ezzati, M., Mathers, C., & Rivera, J. (2008). For the Maternal and Undernutrition Study Group. Maternal and Child Undernutrition 1. Serie Lancet Maternal and Child Undernutrition.

¹⁰⁷ ENN 1999, ENSANUT 2006, ENSANUT 2012.

¹⁰⁸ Las tres medidas convencionales de la desnutrición son: prevalencia de bajo peso para la edad de referencia; prevalencia de baja estatura para la edad de referencia; prevalencia de emaciación o bajo peso para la altura de referencia.

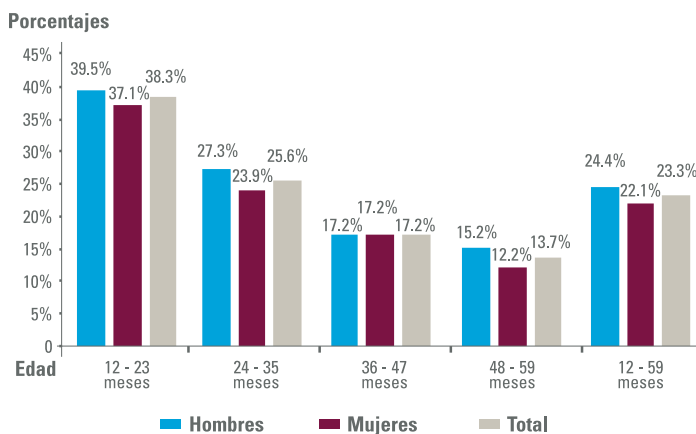
¹⁰⁹ Rivera-Dommarco, J.A., Cuevas-Nasu, L., González De Cosío, T., Shamah-Levy, T., García-Feregrino, R. (2013). Desnutrición crónica en México en el último cuarto de siglo: análisis de cuatro encuestas nacionales. Salud Pública de México. Volumen 55 Suplemento 2. INSP. México.

En numerosos casos la desnutrición tiene su origen en las limitaciones económicas que sufren los hogares, que impiden a sus miembros acceder a una alimentación nutritiva. Por lo tanto, la desnutrición afecta principalmente a los hogares pobres y pobres extremos, lo cual se evidencia en los resultados de las encuestas de salud y nutrición, según los cuales la prevalencia de baja talla en el quintil de ingreso más bajo es tres veces mayor que en el quintil de ingreso más alto (25.6% frente a 7.9%).¹¹⁰

La información de la ENSANUT 2012 plantea que la elevada prevalencia de anemia es el principal problema nutricional en la niñez menor de cinco años en el país. Ésta, cuyo principal origen es la deficiencia de hierro, provoca carencias en el desarrollo físico y cognitivo de los niños y niñas, lo cual a su vez afecta sus habilidades psicomotrices, cognitivas y de socialización; por estos motivos es imprescindible tratarla lo antes posible.

Según la ENSANUT 2012, 23.3% de los niños de uno a cuatro años de edad en México presenta anemia, lo cual representa más de dos millones de niños. Al desagregar por grupos de edad, se observa que la mayor prevalencia de anemia se produce en niños de 12 a 23 meses de edad (38%), la cual, para el grupo de varones llega a 39.5%. Ambos niveles se encuentran apenas por debajo del nivel definido por la OMS (40%) como un problema grave de nutrición. La prevalencia de anemia se reduce progresivamente, a medida que se avanza hacia grupos de mayor edad; sin embargo, estas reducciones no disminuyen en importancia, puesto que los efectos de las deficiencias nutricionales son permanentes aunque se corrijan en años posteriores.¹¹¹

Gráfico 1.2.8. Prevalencia de anemia en niños de 1 a 4 años (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con base en resultados de ENSANUT 2012

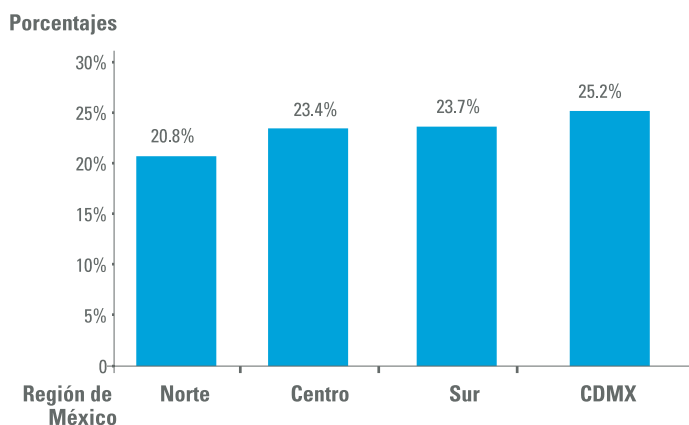
¹¹⁰ Idem.

¹¹¹ Es decir, los efectos de alguna deficiencia nutricional son permanentes aun si esta deficiencia se corrige en años posteriores.

La prevalencia de anemia es ligeramente mayor en las áreas rurales: 25.2% frente a 22.6% en las áreas urbanas.¹¹² Si bien en todo el país los niños varones presentan una mayor prevalencia de anemia, en las áreas rurales esta diferencia es más amplia, ya que representa más de cuatro puntos porcentuales. Estas cifras son consistentes con las brechas de inseguridad alimentaria severa que existen entre las zonas urbana y rural (9.7% y 13% de los hogares respectivamente). Estos porcentajes muestran que 13% de los hogares del área rural pueden haber experimentado hambre (por ejemplo, que un niño se quedó sin comer todo un día).

A nivel regional, llama la atención que la mayor prevalencia de anemia no se registre en el sur del país -que comprende los estados más pobres y más rurales del país- sino en la Ciudad de México, cuyos niveles de anemia ascienden a un 29.2% de la población entre uno y cuatro años de edad (Gráfico 1.2.9).

Gráfico 1.2.9. Prevalencia de anemia en niños de 1 a 4 años por región de México (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia en base a resultados de ENSANUT 2012.

Finalmente, la prevalencia de anemia es ligeramente mayor en la población indígena (25.9%) en comparación con la población no indígena (23%).¹¹³

¹¹² De La Cruz-Góngora, V., Villalpando, S., Mundo-Rosas, V., Shamah-Levy, T., (2013). Prevalencia de anemia en niños y adolescentes mexicanos: comparativo de tres encuestas nacionales. Salud Pública México; 55 Suplemento 2: S180-S189. México.

¹¹³ Idem.

Respuesta institucional

Desde hace varios años, PROSPERA es la más importante respuesta nacional para mejorar el estado nutricional de la población infantil. A través del Componente Salud, la Estrategia integral de atención a la nutrición (EslAN) de dicho programa provee de suplementos alimenticios a mujeres embarazadas, en lactancia y a todos los niños y niñas de seis a 59 meses de edad registrados en los hogares beneficiarios. Además de monitorear el peso y talla de los niños registrados en el programa, como parte de sus acciones de promoción de la alimentación saludable imparte talleres de nutrición y da seguimiento de peso y talla a los niños que forman parte de este programa.

Otros programas, importantes por su cobertura pero más enfocados en la parte alimenticia, son el Programa de Abasto Social de Leche LICONSA,¹¹⁴ el programa DICONSA,¹¹⁵ el Programa de desayunos escolares del Sistema para el desarrollo integral de la familia (DIF) y el Programa de comedores comunitarios de la Secretaría de Desarrollo Social.¹¹⁶ Todos ellos cubren a la población con algún grado de pobreza o en riesgo de desnutrición con la provisión de alimentos subvencionados.

A partir del 2014, la Cruzada nacional contra el hambre (CNCH), que se formalizó a través del Programa Nacional México sin Hambre 2014-2018, ha sido la principal apuesta institucional ante los problemas de desnutrición, cuyo eje principal es la carencia de alimentación de la población en pobreza extrema.

En el marco del objetivo de “disminuir la desnutrición infantil aguda y crónica, y mejorar los indicadores de peso y talla de la niñez”, el programa define dos estrategias: una dirigida a instrumentar acciones específicas que reduzcan la prevalencia de la desnutrición crónica y aguda, y otra orientada a la prevención de la desnutrición. A la vez, el Programa Nacional México sin Hambre 2014-2018 define tres metas para el 2018:

- 1) Reducir la desnutrición crónica de niños menores de cinco años entre los beneficiarios de PROSPERA de 21.4% a 13.6%.
- 2) Reducir la prevalencia de emaciación entre los beneficiarios de PROSPERA de 1.9% a 1.6%.
- 3) Reducir la prevalencia de bajo peso entre los beneficiarios de PROSPERA de 4.3% a 2.8%.

Operativamente, y conforme a las líneas de acción definidas para cada uno de estos objetivos, el programa realiza una alineación de diferentes programas, como PROSPERA, el Programa de Abasto Rural, el Programa de abasto social de leche, la Estrategia integral de atención a la nutrición (EslAN),¹¹⁷ el Programa de Comedores Comunitarios entre otros, administrados por diversas dependencias de los niveles federal, estatal y municipal. Las evaluaciones iniciales de la Cruzada Nacional contra el Hambre,¹¹⁸ a pesar de revelar avances en la reducción de carencias sociales, fruto de una mejor coordinación interinstitucional, no disponen de indicadores de progreso en la prevalencia de desnutrición en la población infantil.

Principales desafíos

La prevalencia de baja talla y de anemia se relaciona con diversos factores, como la falta de una adecuada alimentación y nutrición en los hogares, la existencia de prácticas inadecuadas de cuidado y la ausencia de servicios de salud de calidad. Las limitaciones económicas de los hogares en situación de pobreza se combinan con falta de conocimiento sobre una buena nutrición, de manera que la fuerte promoción y amplia distribución de comida altamente procesada, así como la falta de apoyo a la lactancia materna se presentan factores relacionados con esta problemática. Muchos de éstos son independientes de los estratos sociales, y persisten en todas las regiones de México.

Uno de los grandes desafíos en este ámbito es lograr que el abanico de programas de protección social en nutrición como DICONSA, y los comedores y desayunos DIF mejoren la calidad de los alimentos subvencionados, que en la actualidad son principalmente no perecederos. La estrecha relación entre la desnutrición crónica (baja talla) y la obesidad en etapas posteriores enfatiza la importancia de mejorar la calidad de los alimentos que se subvencionan mediante estos programas sociales.

Como lo sugiere el CONEVAL en su Informe de Evaluación de la Política Social 2014, la implementación de una estrategia integral que coordine las acciones y programas del país en esta materia se considera de gran relevancia. Pese a lo anterior, aún persisten dudas y desafíos sobre las capacidades del Estado de llegar con su red de programas a la población en pobreza extrema, que por lo general se encuentra en las comunidades de mayor marginación.

¹¹⁴ LICONSA es un programa que busca mejorar la nutrición de hogares en condiciones de pobreza a través de la dotación de leche, a precio subsidiado, para los niñas y niños de seis meses a doce años de edad, mujeres en período de gestación o lactancia, mujeres adolescentes de 13 a 15 años, mujeres de 45 a 59 años de edad, enfermos y/o discapacitados y adultos de 60 y más años.

¹¹⁵ El programa DICONSA está orientado a brindar seguridad alimentaria facilitando que familias que habitan en localidades marginadas puedan comprar productos básicos y complementarios, económicos y de calidad.

¹¹⁶ El Programa de comedores comunitarios tiene por objetivo mejorar las condiciones nutricionales de la población de niños y niñas de 0 a 11 años de edad, mujeres en gestación y lactantes, personas con alguna discapacidad y adultos mayores de 65 años, a través de la provisión de dos raciones de alimentos diarios: desayuno y comida. A finales de 2016, se atendieron 191,963 niños y niñas de cero a 11 años de edad y 86,775 adolescentes de 12 a 19 años.

¹¹⁷ La Estrategia integral de atención a la nutrición (EslAN) para población beneficiaria de PROSPERA Programa de Inclusión Social propone el abordaje de los problemas de la salud y nutrición de forma integral y con enfoque al ciclo de vida, con particular énfasis en los primeros 1,000 días del individuo (desde el embarazo hasta los dos años).

¹¹⁸ CONEVAL (2015). Resultados intermedios de la Cruzada Nacional contra el Hambre. México.

A la vez, se han podido identificar algunas deficiencias en la calidad de los servicios orientados a la atención de la población en situación de pobreza y en localidades marginadas respecto a los servicios que se proporcionan en áreas urbanas y/o para la población con empleo formal y acceso a seguridad social.

México debe avanzar hacia garantizar una mejor orientación de los profesionales de salud durante el embarazo y después del parto, así como a asentar mejores y más saludables hábitos de crianza. Por otro lado, a pesar de los esfuerzos de PROSPERA por focalizarse hacia las poblaciones con menores niveles de ingreso, la prevalencia de problemas de nutrición en los hogares con mayores niveles de pobreza refleja que aún existen espacios de mejora en la coordinación o en el acceso a los programas de superación de pobreza para esos hogares.

1.2.8 Vacunación

Situación y tendencias

La vacunación es una estrategia primordial para mantener a los niños vivos y saludables, y protegerlos de enfermedades infecciosas prevenibles. Actualmente México dispone de un sistema de vacunación compuesto por 13 biológicos –reconocido como uno de los mejores a nivel regional- para niños y niñas menores de ocho años, que protege a esta población contra 15 enfermedades prevenibles, entre las cuales están: tétanos, difteria, sarampión, rubeola, hepatitis B, virus de papiloma humano, tos ferina, influenza e infecciones por neumococo (Gráfico 1.2.10).

Gráfico 1.2.10. Esquema de vacunación en México

| Nacimiento | BCG | Hepatitis B | | |
|------------------------------------|--|-------------|-----------|--------------------------|
| 2 meses | Pentavalente acelular | Hepatitis B | Rotavirus | Neumococo conjugada |
| 4 meses | Pentavalente acelular | | Rotavirus | Neumococo conjugada |
| 6 meses | Pentavalente acelular | Hepatitis B | Rotavirus | Influenza |
| 7 meses | Influenza segunda dosis | | | |
| 12 meses | SRP | | | Neumococo conjugada |
| 18 meses | Pentavalente acelular | | | |
| 24 meses (2 años) | Influenza refuerzo anual | | | |
| 36 meses (3 años) | Influenza refuerzo anual | | | |
| 48 meses (4 años) | DPT (refuerzo) | | | Influenza refuerzo anual |
| 59 meses (5 años) | Refuerzo anual Influenza (octubre - enero) | | | |
| 72 meses (6 años) | SRP (refuerzo) | | | |
| 11 años o quinto grado de primaria | VPH (Virus de Papiloma Humano) | | | |

Fuente: Centro Nacional de Salud para la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) 2015.

A todas luces el Programa de Vacunación Universal está entre las intervenciones que más ha beneficiado la salud de los niños en el país, pues ha logrado la cobertura nacional de vacunación a niveles elevados, y colocado a México a la vanguardia de América Latina en el tema. En los últimos dos décadas, el programa ha logrado -entre otros resultados- la erradicación de la viruela y poliomielitis, la eliminación del sarampión, rubéola y el síndrome de rubéola congénita, difteria y tétanos neonatal, así como una reducción importante de algunas enfermedades inmunoprevenibles, como las enfermedades diarreicas por rotavirus y las infecciones graves por *Haemophilus influenzae* de tipo B y *Streptococcus pneumoniae*.



© UNICEF México/Sebastián Beláustegui

Para el análisis de la cobertura de vacunación se toman como referencia dos esquemas: el básico, que incluye una dosis de la vacuna BCG, tres dosis de hepatitis B, tres dosis de pentavalente (que no incluye la aplicación del refuerzo a los 18 meses de edad), dos dosis de antineumocócica, dos dosis de antirrotavirus y una dosis de la vacuna SRP (sarampión, rubéola y parotiditis); y el esquema de cuatro vacunas, que consiste en el esquema básico menos las vacunas antineumocócica y antirrotavirus.

La ENIM 2015 proporciona información sobre la cobertura de vacunación en las niñas y niños de 12 a 23 y de 24 a 35 meses de edad para diferentes esquemas. La Tabla 1.2.1 muestra estos indicadores. En los niños entre 12 y 23 meses de edad, la menor cobertura de vacunación es de la vacuna de influenza, con un porcentaje de inmunización de 46.3%. Pese a este bajo porcentaje, las demás inmunizaciones del esquema de vacunación están presentes de forma individual en al menos siete de cada 10 niños.

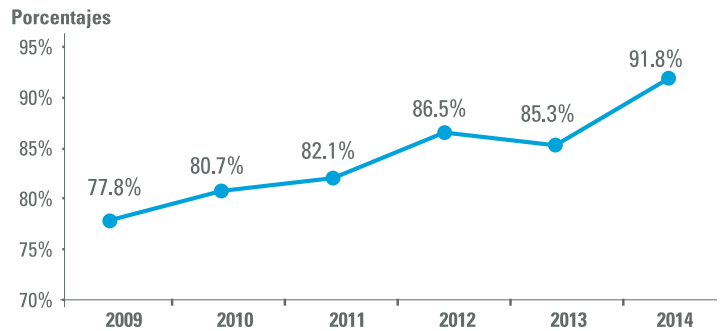
Tabla 1.2.1. **Indicadores de cobertura de vacunación en niñas y niños de 12 a 23 y de 24 a 35 meses de edad. 2015 (porcentajes)**

| Cobertura de vacunación | Porcentaje |
|--|------------|
| Niñas y niños de 12 a 23 meses de edad | |
| BCG (Tuberculosis), antes de cumplir el primer año de edad. | 92.6 |
| Pentavalente acelular (difteria, tosferina, tétanos, poliomielitis e infecciones por haemophilus influenzae tipo B), tercera dosis antes de cumplir el primer año de edad. | 69.1 |
| Antihepatitis B, tercera dosis antes de cumplir un año de edad. | 76.9 |
| Rotavirus, al menos dos dosis antes de cumplir un año de edad. | 82 |
| Influenza, al menos una dosis antes de cumplir un año de edad. | 46.3 |
| Neumococo, segunda dosis antes de cumplir un año de edad. | 80.7 |
| Niñas y niños de 24 a 35 meses de edad | |
| Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP), antes de cumplir dos años de edad. | 81.9 |
| Neumococo, tercera dosis (refuerzo) antes de cumplir el primer año de edad. | 70.6 |

Fuente: Elaboración propia con información de la ENIM 2015

Los registros del Centro Nacional de Salud para la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) muestran que México alcanzó en el 2014 la meta establecida de 90% de cobertura de vacunación del esquema completo en niños de un año de edad. Como refleja el Gráfico 1.2.11, en los últimos cinco años ha habido un progreso en los niveles de cobertura de vacunación del esquema completo, como resultado del Programa de Vacunación Universal que lleva adelante el gobierno federal.¹¹⁹

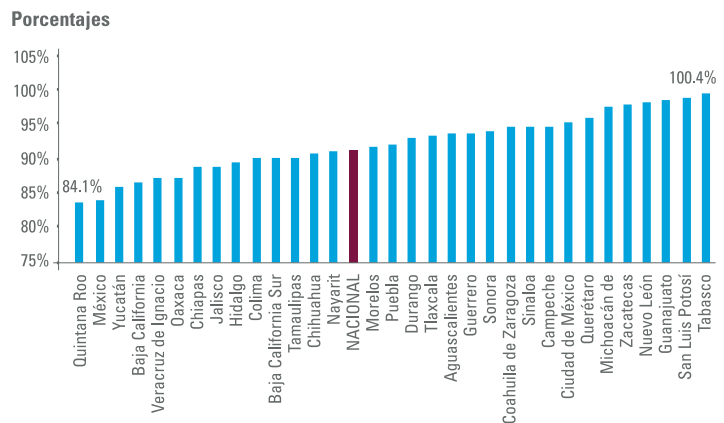
Gráfico 1.2.11. **Cobertura de niños de un año de edad con esquema básico completo de vacunación. 2009-2014. (porcentajes)**



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Observatorio de ODM y Centro Nacional de Salud para la Infancia y la Adolescencia (CENSIA).

En el análisis por entidad federativa, los registros del CENSIA para el año 2014 muestran una brecha de 15 puntos porcentuales entre los estados con mayor y menor cobertura de vacunación. A la vez, en ocho de los 32 estados aún no se ha cumplido la meta del 90% de cobertura del esquema completo de vacunación para niños de un año de edad, y en el Estado de México -que cuenta con la mayor población infantil- la cobertura aún no alcanza 85% (Gráfico 1.2.12).

Gráfico 1.2.12. **Proporción de niños de un año de edad con esquema básico completo de vacunación (2014)**



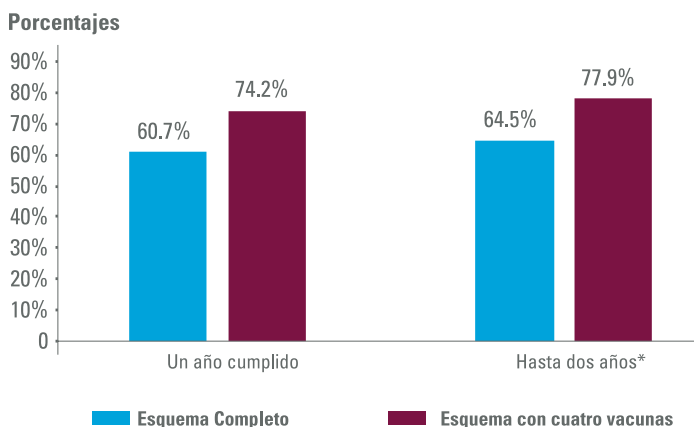
Fuente: Elaboración propia con base en datos de Centro Nacional de Salud para la Infancia y la Adolescencia (CENSIA).

¹¹⁹ Cabe mencionar que el incremento de la cobertura del esquema completo de vacunación entre los años 2013 y 2014 que reporta el CENSIA corresponde a un ajuste en el reporte de las vacunas administradas durante las Semanas Nacionales de Salud, que de acuerdo con las autoridades no habían sido incluidas para medir la cobertura. Ver Presidencia de la República (2015). Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe de avances 2015. México.

La ENIM 2015 y la ENSANUT 2012 proporcionan un panorama diferente al de los registros del CENSIA, ya que cuentan con estadísticas de vacunación basadas en la observación directa de los registros de la Cartilla Nacional de Vacunación o de la Cartilla Nacional de Salud. Los resultados de cobertura de vacunación de ambas encuestas señalan que, a diferencia de los registros de cobertura administrativos del CENSIA, en México aún hay una proporción importante de niños y niñas menores de un año de edad que no están adecuadamente vacunados y, por lo tanto, continúan siendo vulnerables ante enfermedades prevenibles.

Los resultados de la ENSANUT 2012 señalan una cobertura, para el año 2012, de 60.7% en el esquema completo de vacunación para niños menores de un año, porcentaje notablemente menor a la cobertura de 86.5% que estima el CENSIA de ese mismo año, y también bastante inferior a la meta de cumplimiento del indicador nacional e internacional de 90%. A la vez, la ENSANUT 2012 muestra que si se toma en cuenta el esquema de cuatro vacunas, uno de cada cuatro niños menores de un año de edad no cuenta con él. Los niveles de cobertura para los niños de uno a dos años cumplidos se incrementan ligeramente, tanto en el esquema completo como en el esquema con cuatro vacunas, como se observa en el Gráfico 1.2.13.

Gráfico 1.2.13. Cobertura de los esquemas completo de vacunación y de cuatro vacunas según la edad del niño (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENSANUT 2012.

Según la información de la ENSANUT, las coberturas de vacunas individuales en el primer año de edad (para las vacunas BCG y hepatitis B) son las únicas que superan los límites nacional e internacional de cumplimiento del indicador de cobertura, superior o igual al 95%. La cobertura de las vacunas pentavalente, neumocócica, rotavirus y el SRP aún están debajo de este umbral. En las entidades federativas se observan diferencias (mayor registro contra menor registro) en la cobertura entre estados, que alcanzan 42, 27.2 y 24.4 puntos porcentuales para el rotavirus, el SRP y la neumocócica respectivamente (ver tabla 1.2.2). Sin embargo, cabe señalar que estas diferencias no siguen ningún patrón por región del país como, en cambio, sucede frecuentemente en otros indicadores sobre salud.

El hallazgo de que la cobertura de la vacuna individual es superior a la cobertura del esquema completo de todas las vacunas sugeriría que no se realiza la vacunación múltiple.¹²⁰ Las coberturas por vacuna individual, por esquema completo y por esquema con cuatro vacunas no muestran diferencias significativas entre los niveles urbano y rural, y son muy similares a las registradas en el ámbito nacional.

Tabla 1.2.2. Brechas en la cobertura de vacunas individuales para niños de un año de edad por entidad federativa (porcentajes)

| | BCG | Hepatitis B | Pentavalente | Neumocócica | Rotavirus | SRP | Esquema completo | Esquema con cuatro vacunas |
|--------------------------|------|-------------|--------------|-------------|-----------|------|------------------|----------------------------|
| Mayor registro en estado | 100 | 100 | 98.6 | 98.7 | 95.9 | 94.8 | 75.2 | 91.7 |
| Menor valor en estado | 82.8 | 84.4 | 75 | 74.3 | 53.9 | 67.6 | 34.7 | 55.8 |
| Cobertura nacional | 96.7 | 94.7 | 90.2 | 87.6 | 76.8 | 81.2 | 60.7 | 74.2 |
| Diferencia | 17.2 | 15.6 | 23.6 | 24.4 | 42 | 27.2 | 40.5 | 35.9 |

Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENSANUT 2012.

Pese a que, de acuerdo con los registros del CENSIA del año 2013, la cobertura del refuerzo de DPT a los cuatro años de edad fue casi universal con un 98.83% de la población en esa edad, en algunos estados -como Guerrero, Oaxaca y Sonora- la cobertura de este biológico es cercana al 82%, por lo que todavía hay espacios de mejora en este indicador.

¹²⁰ La vacunación múltiple consiste en administrar más de una vacuna al niño o niña durante la misma visita.

La cobertura de la vacuna anti influenza en niños menores de un año de edad, según las cifras de la ENSANUT 2012, alcanzó un 65% para la aplicación de la primera dosis de la vacuna, cifra que descendió a 42.7% para la aplicación de la segunda dosis. En el grupo de niños de 12 a 35 meses de edad, 68.6% recibió la primera dosis de la vacuna contra influenza, y el 48.5% registró también una segunda dosis.

Respuesta institucional

La política pública de vacunación en México se define en el Programa de Vacunación Universal contenido en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018. El objetivo del primero es otorgar una protección específica a la población mexicana contra enfermedades que son prevenibles, a través de la aplicación de vacunas, ya que se concibe a la vacunación como un derecho universal, independientemente de la derechohabencia de los niños.

El Programa de Vacunación Universal se coordina institucionalmente a través de dos entes: el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA) y los Consejos Estatales de Vacunación (COEVA) a nivel federal y estatal respectivamente. Estos tienen a su cargo la definición de los estándares del esquema de inmunizaciones y la distribución institucional de la población y territorio a atender, asegurando que no queden áreas geográficas sin cubrir. En las entidades federativas, el programa es responsabilidad de las Secretarías Estatales de Salud, y la operación del mismo recae en los Servicios Estatales de Salud y en las delegaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y de otras instituciones del sector público, tanto locales como federales.

La vacunación, según el esquema establecido por el CONAVA, se desarrolla a través de acciones intensivas puntuales y de un programa permanente de vacunación. Las acciones intensivas de vacunación consisten en:

- 1) Las semanas nacionales de salud (tres veces por año), que concentran sus acciones a través de campañas de inmunización dentro de las escuelas primarias,
- 2) la semana binacional de salud, y
- 3) la semana mundial de inmunizaciones.

El Programa permanente de vacunación se compone de actividades continuas de vacunación durante todo el año en los servicios de primer, segundo y tercer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud. En estos se otorgan los biológicos necesarios del esquema de vacunación a los diferentes grupos poblacionales definidos en el esquema.

Los esquemas de registro para mejorar los reportes de cobertura de vacunación también han tenido un avance en los últimos años, ya que a partir del 2014 se han establecido acuerdos para asegurar una mejora en el registro mediante el uso de los sistemas institucionales de información para el programa de vacunación. Con base en estos acuerdos, en 2015 entró en funcionamiento el registro sectorial en el Sistema Nacional de Información en Salud de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud, a través del cual se garantiza un seguimiento mensual, por unidad médica y por municipio.

Adicionalmente, a partir de 2015, en el reporte de los datos se integra de manera sistemática la información de las acciones realizadas en las semanas nacionales de salud. Por último, la Secretaría de Salud desarrolla actualmente un registro nominal para el seguimiento de vacunas de forma individual.

Principales desafíos

En la actualidad, México cuenta con un esquema de vacunación amplio, gratuito y, según los registros oficiales, se encuentra muy cerca de alcanzar las metas de cobertura tanto para los esquemas básicos como en la cobertura de vacunas individuales. Sin embargo, en estas últimas aún persisten brechas a nivel de entidades federativas. Garantizar la vacunación de los más de dos millones de mexicanos que nacen cada año y elevar las coberturas en las entidades con menores niveles de vacunación requiere profundizar los esfuerzos de coordinación y planificación entre las entidades de salud de los niveles federal y estatal, así como garantizar la asignación de los recursos suficientes.

Las diferencias entre los registros administrativos de cobertura –que se construyen sobre la base de las dosis distribuidas por las entidades del sistema de salud- y la cobertura reportada en encuestas (que se construye con base en la observación efectiva de los registros en las cartillas de vacunación) da una pauta acerca de la cobertura efectiva de vacunación menor a la reportada por fuentes oficiales. Según la observación efectiva de las cartillas de vacunación, en México aún existen espacios de mejora en la cobertura de vacunación en todos los esquemas y de los biológicos de forma individual. Aún se desconoce si las brechas en cobertura que se reportan en la ENSANUT 2012 corresponden a grupos poblacionales que tradicionalmente tienen menores resultados de salud, como población indígena.



Otro desafío para el país en materia de vacunación es garantizar el abastecimiento, especialmente en vista del desabasto de biológicos de hepatitis, pentavalente y DPT experimentado por México en la segunda mitad del año 2015, originado por un desabastecimiento mundial de estas vacunas que ocasionó la escasez de dosis en los centros de salud estatales.

En todas las fuentes de información sobre la cobertura de vacunación, resulta evidente la brecha en las vacunas individuales. La nivelación hacia los mayores niveles de cobertura, por ejemplo los de la BCG, es otro desafío para el sistema de salud.

1.2.9 Lesiones accidentales

Situación y tendencias

Las lesiones accidentales representan un importante problema de salud pública, debido al alto número de años de vida saludable que se pierden por esta causa y a su gran costo económico para los hogares y la sociedad en su conjunto.

En 2015, un total de 1,580 defunciones de niñas y niños de cero a cinco años de edad (58% niños, 42% niñas) fueron causadas por asfixias, ahogamientos, envenenamientos e intoxicaciones, caídas y quemaduras.¹²¹ Cabe señalar que todas las lesiones accidentales son multicausales, y los factores de riesgo que se han identificado

durante la infancia están asociados al crecimiento y desarrollo de las personas. Aunque a medida que las y los niños crecen su comportamiento de riesgo se modifica, durante su desarrollo su curiosidad y su necesidad de experimentar los exponen al peligro de sufrir alguna lesión, que se relaciona con el tipo de actividades que realizan, con la edad y con la etapa de desarrollo.¹²²

Por otra parte, también se encuentran entre las principales lesiones accidentales de este grupo de edad los accidentes de tránsito de vehículos de motor (483 muertes). Entre los usuarios viales más afectados se encuentran los peatones (39.5%), los pasajeros de vehículos automotores (24.2%) y los motociclistas (1.2%).¹²³

Cuando se analizan las lesiones fatales de 2015 por tipo de causa (Gráfico 1.2.15), se observa que durante la infancia las asfixias fueron las causantes del 45.8% de las defunciones de niños de este grupo de edad, la mayoría de las cuales ocasionadas por inhalación de contenidos gástricos (36.5%). En niñas y niños menores de un año la mortalidad por esta causa fue de 79.2%, le siguen los ahogamientos (11.7%), los envenenamientos e intoxicaciones (4.4%), las caídas (4.0%) y las quemaduras (1.8%). En las viviendas se registró un 50.3% de las lesiones fatales por estas causas.¹²⁴

De acuerdo con la información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012,¹²⁵ 411,755 niños menores de cinco años sufrieron una lesión accidental, entre los cuales 41.3% fueron niñas. Del total de lesiones accidentales, 359,212 se debieron a caídas; 38,806 a quemaduras; 11,610 a asfixias y 2,127 a envenenamientos e intoxicaciones; no se presentaron lesiones accidentales por ahogamiento. Las lesiones accidentales no fatales son una importante causa de discapacidad en las y los niños de este grupo de edad. De los 25,230 niños y niñas que presentaron lesiones permanentes en su estado de salud, 43.1% fue por caídas.

Durante 2015 se registraron 8,364 egresos hospitalarios¹²⁶ por caídas; 2,332 por quemaduras; 1,850 por envenenamientos e intoxicaciones; 187 asfixias y 103 ahogamientos. Del total de egresos hospitalarios por estas causas, un 58.4% fue de niños y 41.6% de niñas. Dar respuesta a esta problemática de salud supone un costo económico importante para el sistema de salud.

¹²¹ Base de mortalidad 2015 de INEGI-SS; SEED 2015, de la DGIS-SS.

¹²² Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre Prevención de las Lesiones en los Niños. 2008. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77762/1/WHO_NMH_VIP08.01_spa.pdf.

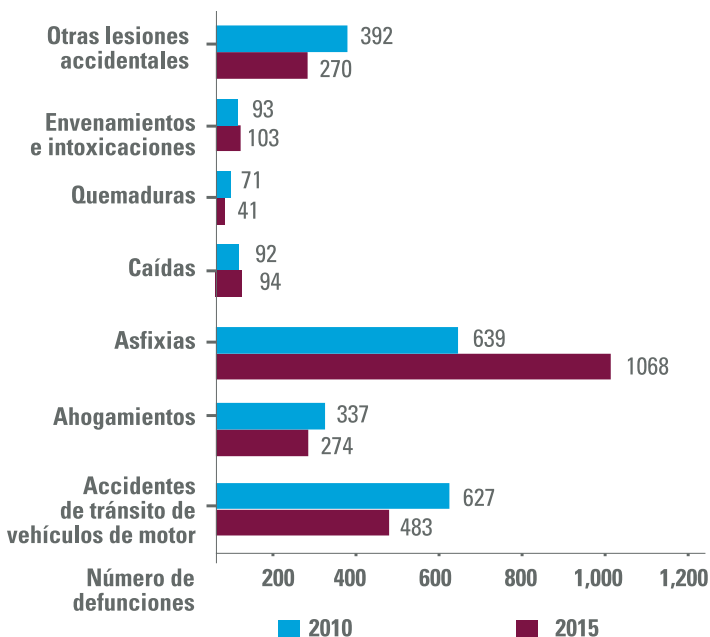
¹²³ Base de mortalidad 2015 de INEGI-SS; SEED 2015, de la DGIS-SS. México.

¹²⁴ Idem.

¹²⁵ Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>. México.

¹²⁶ Base de egresos hospitalarios 2015, SAEH 2015 de la DGIS de la Secretaría de Salud. México.

Gráfico 1.2.14. Defunciones por lesiones accidentales en niñas y niños de 0 a 5 años por tipo de causa, (2010 y 2015).



Fuente: Elaboración propia con información de INEGI/SS: Clasificación CIE-10.

Respuesta institucional

Para enfrentar el alto número de lesiones accidentales en el país, la Secretaría de Salud, a través del Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA) impulsa dos Programas de acción específicos 2013-2018: seguridad vial y prevención de accidentes en grupos vulnerables.¹²⁷ Este último programa, de reciente creación, se enfoca en prevenir y atender los daños a la salud por ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras en grupos vulnerables (población infantil, adolescente y adulta mayor), a través de la implementación del Modelo integral para la prevención de accidentes (MIPrA). El modelo se basa en un enfoque de salud pública que tomó como referencia la evidencia nacional e internacional sobre las acciones que han mostrado ser efectivas para estos tipos de lesiones accidentales, entre las cuales las recomendadas por la Organización Mundial de la Salud.

¹²⁷ Secretaría de Salud (2014). Programa de Acción Específico Seguridad Vial 2013-2018. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/63376/PAE_SV.pdf
 Secretaría de Salud (2014). Programa de Acción Específico Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables 2013-2018. Disponible en: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/63421/PAE_GruposVulnerables.pdf

Principales desafíos

Las lesiones accidentales, a pesar de ser un problema de salud pública prioritario, han sido poco atendidas en el país: pocos profesionales capacitados en prevención de accidentes trabajan en este tema. Para que los esfuerzos de prevención sean exitosos, particularmente los del nuevo Programa de acción específico: prevención de accidentes en grupos vulnerables 2013-2018 se debería capacitar más personal en materia de prevención y control de las lesiones accidentales. También se deben asignar recursos financieros federales y estatales que equiparables a la carga de la enfermedad que suponen las lesiones accidentales, y tomando en cuenta la costo-efectividad de las intervenciones destinadas a enfrentar el elevado número de lesiones fatales y no fatales que ocurren año tras año en el país.

1.2.10 Otros temas de supervivencia en la primera infancia

Entre otros temas de salud y supervivencia en la primera infancia se encuentran el sobrepeso y las dificultades funcionales (habla y lenguaje, audición, visión, aprendizaje, habilidades motrices o de movilidad y emociones). Estas condiciones, aunque en términos generales no ponen en riesgo la vida de las niñas y niños, pueden tener repercusiones graves en la salud si no son atendidas de forma temprana.

En los últimos 25 años en México se ha observado que la disminución en las prevalencias de bajo peso, baja talla y anemia han ido acompañadas de un aumento en sobrepeso y obesidad en todos los grupos de edad.¹²⁸ De acuerdo con las mediciones de ENSANUT 2006 y 2012, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en las niñas y niños menores de cinco años se incrementó de 8.3% en 2006 a 9.7% en 2012; la región norte del país registró una mayor proporción en el año 2012, con 12% de los casos, seguida de región central con 9.9% y la sur con 9.6%. Pese a esto, la información de la ENIM 2015 reporta avances en la materia, al registrar un 5.2% de prevalencia de niños y niñas menores de cinco años con sobrepeso, lo cual representa una cantidad inferior en más de cuatro puntos porcentuales respecto a los registros de la ENSANUT 2012. La magnitud de la reducción en la prevalencia de sobrepeso amerita un estudio que profundice sobre las causas de la misma.

¹²⁸ Kroker-Lobos, M.F., Pedroza-Tobías, A., Pedraza, L.S., Rivera, J.A. (2014). The double burden of undernutrition and excess body weight in Mexico. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 100 (6), 1652S-1658S. doi: 10.3945/ajcn.114.083832.

¹²⁹ Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (s/f). Control y seguimiento de la salud en la niña y el niño menor de cinco años en el primer nivel de atención. Guía de Práctica Clínica. México.

Diversos autores¹²⁹ han elaborado recomendaciones para prevenir el sobrepeso y obesidad en la primera infancia se encuentra la práctica de la lactancia materna, que protege al niño o niña del aumento de peso excesivo. También se recomienda que los niños y niñas realicen actividad física, a través de juegos, caminatas con la familia y la exploración del entorno, entre otras actividades; además señalan que es aconsejable limitar el tiempo de televisión o videojuegos a menos de dos horas al día. Esto último es particularmente importante, debido a que se ha encontrado que en la población mexicana el riesgo de obesidad en la niñez se incrementa en un 12% por cada hora de televisión.^{130,131}

Respecto a las niñas y niños con dificultades de funcionamiento, la ENIM 2015 señala el riesgo de tener una participación muy limitada o restringida en la sociedad como resultado de problemas en los siguientes ámbitos: habla y lenguaje, audición, visión, aprendizaje, habilidades motoras y de movilidad y emociones. Los resultados indican que 5.4% de la población entre dos y cuatro años de edad tuvo dificultades severas de funcionamiento en al menos uno de estos ámbitos.

Con el objetivo de garantizar la salud en las niñas y niños que cuentan con dificultad de funcionamiento se deben establecer, a partir de una atención integral, diagnósticos e intervenciones tempranas: por ejemplo, a través controles periódicos de salud en los primeros años de vida, en el marco de las campañas de vacunación o de procedimientos de identificación específica a nivel comunitario, o también como parte de estrategias de atención primaria, de desarrollo infantil temprano, y otras.¹³²

1.3 El derecho al desarrollo

1.3.1 Desarrollo infantil temprano

Situación y tendencias

En 2015 entre la población infantil existían en México 10.5 millones de niñas y niños menores de cinco años, que representaban 26.84% de la población infantil, y de los cuales 5.3 millones niños y 5.1 niñas. Los datos de la Encuesta Intercensal 2015 muestran que un 26.7% de la población en la primera infancia habita en zonas rurales (localidades con menos de 2,500 habitantes), y el resto en zonas urbanas o semiurbanas. En términos de la población indígena (de acuerdo con el criterio de hogares indígenas de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas) en 2014 existían 1.3 millones de niños y niñas indígenas menores de cinco años (INEE, 2015).

En los últimos años se han producido logros significativos en los indicadores de desarrollo de la primera infancia, entre los cuales destacan la disminución de la desnutrición infantil y el acceso a la educación inicial y preescolar. Recientemente se ha incrementado la cobertura de consejería en estimulación temprana¹³³ y la incorporación de pruebas estandarizadas para la detección oportuna de problemas en el desarrollo.

En México los grupos de infancia y adolescencia enfrentan mayores niveles de pobreza que el resto de los habitantes; para el subgrupo de primera infancia, los datos muestran una incidencia de pobreza aún mayor, lo cual lo convierte en el grupo más vulnerable y con mayor necesidad de atención.¹³⁴ En 2014, la incidencia de pobreza en el subgrupo de dos a cinco años se asoció mayormente con el rezago educativo, que afecta a 20% de la población en edad de asistir al grado preescolar, en contraste con 1% de la población en pobreza en edad de asistir a la escuela primaria (6-11 años).

Por otra parte, la carencia de acceso a servicios de salud es superior cuando más se requiere este servicio, a saber, en el subgrupo de cero a un años (23.3% en comparación con 14.6% para el subgrupo de 6 a 11 años), ya que una atención médica inadecuada en los primeros meses de vida puede tener consecuencias irreversibles para el resto de la vida. En 2014 se observó que 63.2% de las y los niños entre cero y un años y 63% de los que tienen entre dos y cinco años residían en hogares con niveles de ingreso inferior a la línea de bienestar; es decir, el ingreso de sus familias no les permitía acceder a los bienes y servicios considerados esenciales (UNICEF, 2015).

Los datos de la ENIM 2015 señalan la gran vinculación entre la pobreza y niveles inferiores de desarrollo infantil. La Tabla 1.3.1 muestra el porcentaje de niños y niñas menores de cinco años con desarrollo inadecuado en al menos un ámbito de desarrollo (motor, social-emocional o de lenguaje) para el quintil más pobre y el más rico de la población encuestada. En las distintas edades y etapas de la primera infancia, los niños y niñas pobres presentan mayores porcentajes de retraso en su desarrollo.

¹³⁰ Hernández, B., Gortmaker, S.L., Colditz, G.A., Peterson, K.E., Laird, N.M. Y Parra-Cabrera, S. (1999). Association of obesity with physical activity television programs and other forms of video viewing among children in Mexico City. *Int J Obesity* 1999; 8: 845-854.

¹³¹ Para mayor información sobre la respuesta institucional y los principales desafíos del sobrepeso y obesidad, véase el capítulo acerca de sobrepeso y obesidad en la primera infancia y el capítulo de enfermedades no transmisibles en adolescentes.

¹³² UNICEF (2013). Políticas para la Inclusión de la infancia con discapacidad. Desafíos: Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

¹³³ La definición de estimulación temprana se encuentra con más detalle en el apartado sobre Respuesta institucional de esta sección.

¹³⁴ El estudio de UNICEF y CONEVAL (2015) encontró que en 2014 la pobreza de niñas y niños entre los dos y cinco años superaba por 2.6% los niveles de pobreza de sus pares adolescentes. Del mismo modo, se encontró que existían 2.2% más niños y niñas entre los dos y cinco años en pobreza extrema que entre los adolescentes.

Tabla 1.3.1. **Porcentaje de niñas y niños que presentan un desarrollo no adecuado en al menos uno de los ámbitos (motor, socioemocional o lenguaje)**

| Condición de pobreza | 0 - 11 meses | 12 - 35 meses | 24 - 59 meses |
|----------------------|--------------|---------------|---------------|
| Más pobre | 39.50% | 33.40% | 28.10% |
| Más rico | 24.10% | 20.40% | 9.50% |

Fuente: ENIM, 2015.

Al desagregar por ámbito del desarrollo (Tabla 1.3.2) -es decir por desarrollo motor, socioemocional o físico- resulta evidente que algunos niños, desde sus primeros meses de vida, presentan retrasos en su desarrollo, ya que no alcanzan niveles adecuados en relación con lo que comúnmente hacen las niñas y los niños en el primer año de vida. El retraso en el desarrollo motor es el más evidente en esta etapa, ya que fortalecen el cuello, luego el tronco, inician con el gateo y aprenden a ponerse de pie. Sin embargo, el porcentaje de niñas y de niños con niveles no adecuados de desarrollo comienza a disminuir en las edades preescolares.

Tabla 1.3.2. **Niños y niñas menores de 5 años que presentan un desarrollo no adecuado en los ámbitos motor socioemocional y lenguaje (porcentajes)**

| Ámbito de desarrollo | 0 - 11 meses o 0 - 1 año | 12 - 35 meses o 1 - 3 años | 24 - 59 meses o 2 - 5 años |
|---------------------------|---|--|--|
| Motor | TOTAL: 22.6% Más pobre: 27.4% Más rico: 18.1% | TOTAL: 16.4% Más pobre: 19.4% Más rico: 12.3% | TOTAL: 5.6% Más pobre: 8.5% Más rico: 3.4% |
| Social - emocional | TOTAL: 17.8% Más pobre: 18.6% Más rico: 12% | TOTAL: 1.5% Segundo más pobre: 2.7% Más rico: 0.5% | TOTAL: 2.5% Más pobre: 4.1% Más rico: 2% |
| Lenguaje | TOTAL: 2.1% Más pobre: 4.2% Más rico: 1.3% | TOTAL: 18.4% Más pobre: 23.8% Más rico: 12.5% | TOTAL: 15.1% Más pobre: 19.8% Más rico: 7.6% |

* Se destaca el segundo quintil más pobre ya que el primero, curiosamente solo 0.8% de las niñas y niños entre 1 y 3 años obtuvieron retraso en su desarrollo social-emocional. Sin embargo, al contrastar entre el segundo quintil más pobre y el más rico, se destaca una diferencia significativa ya que es cinco veces más prevalente el retraso en el desarrollo de las habilidades socio emocionales en la población menos afluente que en la más rica.

Fuente: ENIM, 2015.

Las niñas y los niños menores de un año presentan un mayor número de problemas de desarrollo motor que en los otros ámbitos, toda vez que el primer año de vida es el momento en que se deben solidificar las bases del movimiento para poder tener buena coordinación y balance en edades futuras. Esta primera etapa de la vida es también la que concentra el mayor porcentaje de niños y niñas con retraso en las habilidades socioemocionales -cuando aprenden a reconocer a sus familiares, inician la interacción con las personas que los rodean y aprenden a expresar sus emociones-. Estos cimientos de las habilidades socioemocionales se reflejan posteriormente en su seguridad y confianza, así como en la manera en que se relacionan con otros niños y niñas al ingreso a la escuela primaria.

Entre el primer y segundo año de vida, el mayor porcentaje de niños y niñas con retraso se ubica en el área de desarrollo de lenguaje, con una cifra de 18.4% a nivel nacional, lo cual resulta alarmante ya que en esta etapa de la vida empiezan a hablar y expresan su entendimiento del significado de las cosas.

Si bien este porcentaje disminuye en el subgrupo de dos a cinco años, entre el primer y el segundo año de edad la prevalencia del 15% de retraso en la habilidad de lenguaje o comunicación resulta preocupante, ya que en esta etapa asisten a la educación preescolar y, al carecer de un desarrollo adecuado en este ámbito, no podrán expresar y comprender los conocimientos de ese nivel escolar, lo cual puede generar un rezago en el logro académico futuro.

Según Hart and Risley (1995), un niño de los estratos más ricos escucha un promedio de 2,150 palabras por hora, en comparación con 620 que escucha un niño de estratos más pobres.¹³⁵ De esta manera, los esfuerzos del país deben concentrarse en el fortalecimiento del desarrollo motor en el primer año de vida y en el desarrollo del lenguaje y las habilidades de comunicación en el segundo año, acompañados de un adecuado seguimiento y vigilancia en los años preescolares.

Si bien el país ha tenido avances en términos de cobertura de los servicios para la primera infancia, aún persisten algunas brechas entre la población urbana y la rural, así como entre los grupos hispanoparlantes y los indígenas: más específicamente -según datos de la ENSANUT 2012- mientras que en las áreas urbanas 30% de las y los niños menores de dos años recibieron cinco consultas de vigilancia al desarrollo, únicamente 23% las recibió en las rurales; además, el contraste en la estimulación temprana es aún mayor: 72% en áreas urbanas y 62% en áreas rurales.

¹³⁵ Hart B. and T. Risley (1995). Meaningful Differences in the Everyday Experience of Young American Children. Paul H Brookes Pub Co.

La Tabla 1.3.3 reporta los indicadores de desarrollo infantil y apoyos para el aprendizaje de la ENIM 2015, que evidencian en todos los casos más retos para los hogares indígenas que para los hogares no indígenas. Por lo tanto, las intervenciones y políticas públicas relacionadas con la primera infancia deberán ser focalizadas y dirigidas con pertinencia intercultural a las familias indígenas.

Tabla 1.3.3. **Indicadores de desarrollo infantil y apoyo al aprendizaje en menores de 5 años que habitan en hogares indígenas y no indígenas**

| Indicador | Condición | |
|---|-----------|--------------|
| | Indígenas | No indígenas |
| Niñas y niños de 3 a 5 años con los que miembros adultos del hogar participan en 4 actividades o más de apoyo al aprendizaje. | 62.6% | 77.3% |
| Niñas y niños que habitan en hogares que tienen 3 libros infantiles o más. | 14.2% | 36.8% |
| Niñas y niños que habitan en hogares que tienen 10 libros infantiles o más. | 2.7% | 8.5% |
| Niñas y niños menores de 1 año que presentan desarrollo no adecuado en al menos 1 ámbito del desarrollo. | 55.3% | 29.6% |
| Niñas y niños entre 12 y 35 meses que presentan desarrollo no adecuado en al menos 1 ámbito del desarrollo. | 37.3% | 25.9% |
| Niñas y niños entre 24 y 59 meses que presentan desarrollo no adecuado en al menos 1 ámbito del desarrollo. | 35.5% | 18.4% |

Fuente: ENIM, 2015.

En lo concerniente a los apoyos para el aprendizaje en el hogar, la ENIM 2015 muestra que los hogares en áreas rurales y los hogares de quintiles más pobres cuentan con menores recursos para la promoción y acompañamiento del desarrollo integral en la primera infancia. En este sentido, 19.3% de las niñas y niños de las áreas rurales cuenta con tres libros infantiles o más en su hogar, mientras que este recurso es de casi el doble entre la población infantil de las áreas urbanas (40.1%).

Causa preocupación que únicamente 8% de la población menor de cinco años cuente con 10 libros o más en el hogar, y que los mayores porcentajes se ubiquen en el cuarto quintil más rico de la población (17.7%) y en el más rico (16.8%). La ENIM 2015 también reporta que en los hogares hay una mayor cantidad de libros adecuados para edades mayores: 46.6% de los y las niñas entre dos y cinco años contaban con al menos tres libros infantiles; en cambio, únicamente 13.6% de los y las niñas menores de dos años estaban en la misma condición. La lectura desde los primeros meses ayuda a generar un mayor vocabulario y a asociar imágenes con nombres.

Cabe recordar que niñas y niños en edades tempranas aprenden a través del juego, por lo cual la disponibilidad de juguetes en el hogar proporciona un indicador necesario de apoyo al aprendizaje. La ENIM 2015 destaca que 75.9% de los menores de cinco años tienen dos o más tipos de objetos para jugar. Un 91.9% de los hogares cuenta con juguetes manufacturados (87.8% de los hogares más pobres y 96.1% de los hogares más ricos) y sólo 34.2% de los hogares con juguetes caseros.

Finalmente, en relación con el desarrollo oportuno de los niños en edad preescolar, la ENIM 2015 reporta un índice que pondera los tres ámbitos de desarrollo mencionados anteriormente, que muestra un panorama global del nivel de desarrollo de esta población (tres a cinco años), como se observa en la Tabla 1.3.4.



Tabla 1.3.4. Índice de desarrollo infantil desagregado por quintil de riqueza

| Índice de desarrollo infantil | Más pobre | Segundo | Medio | Cuarto | Más rico | Total |
|--|-----------|---------|-------|--------|----------|-------|
| Alfabetización y conocimientos numéricos | 15% | 25% | 27.5% | 32.1% | 21.9% | 23.9% |
| Físico | 97.3% | 98.2% | 98.3% | 98.6% | 98.8% | 98.2% |
| Social y emocional | 76.3% | 77.1% | 77.8% | 78% | 88.7% | 78.8% |
| Índice de desarrollo infantil | 78.9% | 81.5% | 80.8% | 82.6% | 90.9% | 82.2% |

Fuente: ENIM, 2015.

En general, son muy pocos los niños y niñas que presentan un desarrollo cognitivo adecuado: únicamente 23.9% (se reportan los ámbitos de alfabetización y conocimientos numéricos). Por otra parte, la gran mayoría tiene un desarrollo físico oportuno (98.2%). Por lo tanto, resulta evidente que el desarrollo cognitivo es el área menos desarrollada en la edad preescolar, a pesar del avance en la cobertura. Un retraso en el desarrollo cognitivo desde esta etapa de la vida se traduce en un rezago educativo posterior y en un fuerte déficit del logro educativo.

Los cuidadores o tutores tienen un papel clave en el desarrollo de la primera infancia. Como se mencionó anteriormente, las niñas y niños requieren ambientes estimulantes que favorezcan su desarrollo, de adultos que los acompañen en sus etapas de la motricidad gruesa y de orientación para fomentar el aprendizaje (la presencia de un adulto que les enseñe a descubrir el mundo en el que se desenvolverán). Las niñas y niños que nacen en hogares pobres están en desventaja en cuanto a su desarrollo y logros de aprendizaje, ya que aquellos que asisten al nivel preescolar y que pertenecen a una familia de los quintiles más ricos refuerzan en el hogar lo que aprendieron en la escuela, mientras que los que nacen en hogares más pobres sólo pueden aprender algunas cosas en la escuela, sin posibilidad de aprenderlas o reforzarlas en el hogar.¹³⁶

En efecto, la ENIM 2015 revela que mientras que 93.6% de las niñas y niños en hogares del quintil más rico cuentan con adultos que participan en actividades de apoyo al aprendizaje (leer y contar cuentos, cantar, jugar, dibujar y salir de paseo), únicamente 61.5% de niñas y niños en el quintil más pobre tuvieron igual oportunidad. Por el contrario, entre 15% y 17% de las niñas y niños cuyas madres y padres no tienen ningún nivel de escolaridad carecen de la presencia de un adulto que realice actividades lúdicas para el fomento del aprendizaje. Resulta imperativo enfatizar y fortalecer el trabajo con las familias, con el fin de apoyar el proceso de aprendizaje de las niñas y niños en la primera infancia. Las políticas y programas que promuevan la calidad de la atención para este grupo de edad son de suma importancia para garantizar plenamente sus derechos.

Respuesta institucional

Se pueden identificar tres áreas del desarrollo que están directamente vinculadas con las intervenciones tempranas: la primera se relaciona con el bienestar físico, que implica el desarrollo físico adecuado de las y los niños; la segunda con el desarrollo cognitivo, que incluye la adquisición de la lengua, y la tercera con el desarrollo socioemocional, que comprende la habilidad para socializar. En las siguientes líneas se abordan la segunda y tercera, relacionadas con los temas de estimulación temprana, educación inicial y preescolar, así como el apoyo en los hogares para la promoción del desarrollo infantil temprano en México.

La estimulación temprana consiste en las “acciones sistematizadas y secuenciadas realizadas por la madre, padre, cuidador o los especialistas, orientadas a favorecer un ambiente de experiencias significativas, que le permita a la niña y/o niño la exploración y construcción de habilidades motrices cognitivas afectivas y de interacción social, proporcionando un apego seguro, empatía, valores, confianza en sus propias capacidades que lo prepara para el ejercicio de la ciudadanía.”¹³⁷

Este aspecto forma parte del componente desarrollo infantil temprano (DIT), y se ofrece de forma universal en el primer nivel de atención a la salud en México. Según datos de la ENSANUT 2012, 69.53% de las madres o responsables de los niños y niñas recibió capacitación sobre estimulación temprana; sin embargo, únicamente 28.06% de las niñas y niños menores de dos años recibió cinco citas de atención al desarrollo, durante las cuales el personal de salud

¹³⁶ Hart y Risley (1995).

¹³⁷ CENSA (2015). Desarrollo Infantil Temprano – Lineamientos Técnicos.

enseña a las familias o cuidadores los ejercicios de estimulación temprana. Es decir, si bien casi un 70% de las familias ha recibido capacitación en estimulación temprana, no la ha recibido con la periodicidad que se ofrece en los servicios de salud.

Un estudio realizado por UNICEF y Fundación IDEA¹³⁸ encontró que una de las grandes problemáticas de la población más aislada y marginada es la falta de recursos para trasladarse a los centros de salud en caso de enfermedad. Esto se relaciona con los datos antes presentados respecto a las citas de atención al desarrollo, ya que los padres o cuidadores deben trasladarse hasta el centro de salud para recibir la asesoría adecuada. Por ello, aún se desconoce el nivel de réplica de las acciones de estimulación temprana que se realizan en el hogar, y como éstas inciden en el desarrollo oportuno del niño o niña.

Uno de los grandes avances del país en la materia es la detección oportuna de problemas en el desarrollo, que se realiza mediante pruebas de evaluación del desarrollo, entre las cuales la prueba EDI (Evaluación de Desarrollo Infantil) aplicada a través el Sector Salud¹³⁹ y otras instituciones. A pesar de que esta prueba no es obligatoria ni universal, de 2013 a 2016 se ha aplicado a más de 700,000 niñas y niños menores de cinco años. Los resultados muestran que aproximadamente 5% de este grupo poblacional presenta riesgo de retrasos en el desarrollo, especialmente en las áreas de lenguaje (a los dos años de edad) y conocimiento (a los cuatro años de edad). Mediante esta detección oportuna, cuando es necesario se canalizan a las niñas y niños a los centros de desarrollo infantil, o al preescolar en el caso de los mayores de tres años, y si se detecta un rezago se les canaliza a niveles de atención con especialistas para su valoración y el tratamiento correspondiente.

Principales desafíos

El marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) engloba temas y metas relacionados con los nuevos retos que el mundo debe enfrentar. Entre ellos cabe destacar la incorporación de una meta concreta concerniente al desarrollo infantil temprano, que se encuentra en el ODS 4 sobre Educación de Calidad, y que atestigua la importancia y trascendencia del trabajo integral para lograr el desarrollo oportuno de niñas y niños. Los ODS concretamente plantean velar porque tengan acceso a servicios de atención y desarrollo de la primera infancia.

Un factor central en este ámbito deriva de la incorporación de la mujer al mercado laboral, lo que condujo a la necesidad de ampliar la oferta de servicios de cuidado infantil, especialmente donde el aporte del ingreso de la mujer es determinante para superar la condición de pobreza.¹⁴⁰ De acuerdo con la Encuesta Nacional de Empleo y

Seguridad Social, en 2013 sólo 4.01% de los niños y niñas de cero a seis años asistía a un servicio de guardería pública o privada.¹⁴¹ Para poder alcanzar la meta en desarrollo infantil temprano –que es la universalidad de cobertura de los servicios de atención y desarrollo de la primera infancia- México deberá focalizar sus esfuerzos en la integralidad de los servicios y la expansión sustancial de la cobertura para la población de cero a tres años.

El informe realizado por UNICEF y Fundación IDEA también refirió que a nivel federal existen 45 programas de siete instituciones distintas¹⁴² que atienden a la primera infancia. Asimismo, identificó una falta de entendimiento sobre el significado del desarrollo infantil temprano en la población beneficiaria de estos servicios, así como del personal que los opera. El mismo informe señala la ausencia de una coordinación entre dichas instituciones, así como entre los diferentes niveles de gobierno.

Si bien el desarrollo infantil temprano (DIT) es un eje importante en la prestación de servicios, es necesario superar numerosos retos para pasar de la teoría a la práctica:

1. Persiste una falta de conocimiento sobre el significado del DIT entre las familias beneficiarias de los servicios y el personal que los imparte.
2. Se siguen observando diversos obstáculos para lograr el registro universal de nacimientos,¹⁴³ sin el cual no se puede acceder a toda la oferta de servicios para niñas y niños menores de cinco años.
3. Las instituciones locales (estatales y municipales) enfrentan una constante falta de recursos financieros, humanos y de infraestructura que les permitan otorgar una atención de calidad.
4. Se presentan dificultades en la comunicación y difusión de los programas existentes, especialmente entre la población indígena, debido a que los servicios no están en consonancia con los contextos de la población que atienden.
5. La atención de la población con mayores niveles de marginación, dados los contextos de dispersión poblacional, carecen de la calidad y pertinencia de los servicios.
6. Garantizar los derechos de la primera infancia implica romper con la cultura adultocentrista que predomina en el país.

¹³⁸ UNICEF/ Fundación IDEA (2016). Mapeo de los Servicios Públicos de DIT en Municipios con Menor Índice de Desarrollo Humano, (en prensa). México.

¹³⁹ Desde el año 2013, en que se diseñó la prueba EDI, a la aplicación de esta prueba se han sumado otras instituciones como los DIF estatales y los CENDI.

¹⁴⁰ UNESCO (2010). Atención y educación de la primera infancia - Informe regional. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001892/189212s.pdf>

¹⁴¹ INEGI (2013). Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social. p. 55. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares/eness/2014/702825058777.pdf

¹⁴² SEP: 18 programas; Secretaría de Salud: 11; SNDIF: 6; SEDESOL: 6, CONAFE: 2; CDI: 1; SEMANARNAT: 1.

¹⁴³ El apartado 1.4.1 de este capítulo abordará con mayor profundidad el registro universal de nacimientos.

Entre los hallazgos del citado estudio de UNICEF y Fundación IDEA¹⁴⁴ destacan las siguientes problemáticas relacionadas con la cultura:

- i. Las familias no perciben que la educación inicial y preescolar sea algo fundamental, por lo que no envían a sus hijos e hijas a los centros educativos.
- ii. La cultura se usa en muchas ocasiones como justificación de las prácticas de castigo físico.
- iii. Detectar a las y los niños con discapacidad y poder atenderlos adecuada y oportunamente requiere prestar una atención oportuna a la vigilancia del desarrollo de la primera infancia.
- iv. Las familias no conocen la importancia del DIT, y no siempre cuentan con las capacidades necesarias para el cuidado y crianza de sus hijos e hijas.

Para lograr que las metas del ODS 4 se conviertan en una realidad, el país debe garantizar un sistema de vigilancia que permita conocer cuáles son los niños y niñas que están siendo atendidos y mediante qué servicios, lo cual conduce a generar una oferta pertinente de acuerdo con los diversos contextos. Para este fin, se observa la necesidad de generar una política nacional integral de atención intersectorial con un sistema de monitoreo de todas las áreas que abarca el DIT.

1.3.2 Educación inicial y preescolar

Situación y tendencias

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la atención integral a la primera infancia es “el conjunto de acciones coordinadas que pretenden satisfacer tanto las necesidades esenciales para preservar la vida, como aquellas que tienen relación con su desarrollo integral y necesidades básicas de aprendizaje, en función de sus características, necesidades e intereses”.¹⁴⁵ En este sentido, la educación cumple con el papel de individualizar y de socializar: orienta a las niñas y a los niños hacia una construcción personal y, a la vez, los acerca a su medio social.

En México existen dos niveles educativos que atienden a la primera infancia: el inicial y el preescolar. La educación inicial atiende a niñas

y niños desde los 45 días de vida hasta los tres años, y el preescolar de tres a cinco años de edad. La administración de los servicios de educación inicial y preescolar es descentralizada, y está a cargo de los gobiernos estatales, a la vez que la Secretaría de Educación Pública (SEP) es la responsable de la normatividad del desarrollo curricular.

En el ámbito educativo, el país cuenta con la virtud de haber institucionalizado la educación inicial, que constituye una ventaja importante en comparación con otros países de la región, ya que este nivel forma parte del Sistema Educativo Nacional. La cobertura en educación inicial se ha incrementado a través de los servicios institucionalizados, principalmente los Centros de Desarrollo Infantil (CENDI), operados por las Secretarías de Educación de las entidades federativas y la Secretaría de Educación Pública en el caso de la Ciudad de México, y los servicios comunitarios, operados por el Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE).

Tabla 1.3.5. **Atención en educación inicial**

| Tipo de atención | 1996 | 2007 | 2008 | 2009 | 2013 |
|--------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| CENDI | 133,267 | 210,409 | 230,405 | 241,246 | 235,264 |
| CONAFE | 357,325 | 409,871 | 436,712 | 438,455 | 438,402 |
| Educación indígena | - | 62,330 | 66,214 | 61,342 | 51,665 |
| Total | 490,592 | 682,610 | 733,331 | 741,043 | 725,331 |

Fuente: Elaboración propia con cifras de 1996, 2007, 2008 y 2009: Myers et al. (2013) – Banco Interamericano de Desarrollo. Cifras de 2013 para CENDI: INEE, Panorama Educativo de México 2014, (2015). Cifras de 2013 para CONAFE: datos administrativos proporcionado por el CONAFE. Cifras de 2013 para educación indígena: datos administrativos proporcionados por la Dirección General de Educación Indígena.

La educación preescolar en México se hizo obligatoria a partir de 2002, lo que ha producido avances sustantivos en términos de cobertura.

Tabla 1.3.6. **Matrícula de educación preescolar**

| | 1990 | 2000 | 2010 | 2014 |
|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Matrícula de preescolar | 2,734,054 | 3,423,608 | 4,641,060 | 4,804,065 |
| Atención de educación preescolar | 42.20% | 50.20% | 80.90% | 71.90% |

Fuente: Cálculos propios a partir de la Serie Histórica de Indicadores de la Dirección General de Planeación, Programación y Estadística Educativa de la SEP y los Datos del Censo de Población y Vivienda (INEGI) para 1990. Para los años 2000, 2010 y 2014, se utilizaron las Principales Cifras del Sistema Educativo Nacional Años 2010-2011 y 2014-2015, de la misma Dirección General.

¹⁴⁴ UNICEF/FUNDACION IDEA (2016). Mapeo de los servicios públicos de desarrollo infantil temprano en los municipios de menor Índice de Desarrollo Humano. México.

¹⁴⁵ UNESCO (2008).

En la educación preescolar no se detectó una brecha significativa en la asistencia por localidad: los datos de la Encuesta Intercensal 2015 indican que a ella asiste 62.7% de la población rural y 63.9% de la urbana. Entre los niños indígenas de tres a cinco años, casi la mitad (49.1%) asistía a la escuela en 2010, mientras que en 2014 esta cantidad aumentó a 68.5%.¹⁴⁶ La mayor problemática se observa en la población con discapacidad: en 2014 sólo asistió a la escuela 48.2% de los niños que presentan alguna discapacidad (INEE, 2015), lo cual representa una brecha de 37%.

Según datos de la ENIM 2015, la asistencia a la educación preescolar está directamente vinculada con el nivel educativo de la madre, así como con las condiciones socioeconómicas de la familia: mientras que 82.1% de niñas y niños cuyas madres tenían un nivel de educación superior asistieron al preescolar en 2015, únicamente asistió un 50.7% de aquellos cuya madre no tenía ningún grado de educación completado; es decir, una brecha de 31.4%. Asimismo, la encuesta refleja que mientras 58.7% de las niñas y niños del quintil más pobre asistió a este nivel escolar, esta proporción se elevó a 70.7% en la población del quintil más rico.¹⁴⁷

Respuesta institucional

La educación inicial en México está diseñada con el propósito de propiciar el desarrollo cognitivo, físico, afectivo y social. En los centros de este nivel se proporciona orientación a padres y madres de familia o a los cuidadores, con objeto de guiarlos en la educación de sus hijos e hijas en los primeros años de vida. La educación inicial se rige por el modelo de atención con enfoque integral para la educación inicial y se proporciona en distintas modalidades, diseñadas para responder al contexto de niños y niñas, principalmente institucional y comunitario.

La mayor cobertura se concentra en la modalidad comunitaria, atendida por el CONAFE mediante talleres comunitarios, que en 2014 beneficiaron a 438,402 niñas y niños (datos administrativos del CONAFE). Los servicios de educación temprana se ofrecen a través de instituciones diferentes, que han surgido como respuesta a la demanda de las familias trabajadoras. Entre los más destacados para la población derechohabiente se encuentran:

- Centros de Desarrollo Infantil (CENDI): en el ciclo escolar 2013-2014 atendieron a aproximadamente 235,264 niñas y niños desde los 45 días hasta los dos años y 11 meses (INEE, 2015). Cabe resaltar que existen servicios de CENDI paraestatales que han sido formados para dar atención a los hijos e hijas del personal de instituciones gubernamentales, tales como el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), Secretaría de Gobernación (SEGOB), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA), Cámara de Diputados, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Comisión Nacional del Agua (CONAGUA), Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), Instituto Politécnico Nacional (IPN), Presidencia de la República y Petróleos Mexicanos (PEMEX). Sin embargo, la cobertura de estos no es representativa, por lo que no se incluyen en este apartado.
- Centros de Educación Inicial Indígena: en el ciclo escolar 2013-2014 atendieron a aproximadamente 51,665 niños menores de cuatro años (Datos administrativos proporcionados por la Dirección General de Educación Indígena).
- El Programa de Estancias Infantiles para apoyar a madres trabajadoras y padres solos: en el año 2014 atendió a 308,727 niños y niñas menores de cuatro años (Datos administrativos proporcionados por SEDESOL).
- Las guarderías del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que en 2014 atendieron a aproximadamente a 214,575 niños menores de cuatro años de edad (Datos administrativos proporcionados por el IMSS).
- Las Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que en 2014 atendieron a 35,582 niñas y niños menores de seis años (Datos administrativos proporcionados por el ISSSTE).
- Los Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil (CADI) y los Centros de Asistencia Infantil Comunitaria (CAIC), que en 2014 beneficiaron a 36,351 y a 73,002 niñas y niños respectivamente (Datos administrativos proporcionados por el SNDIF).

¹⁴⁶ UNICEF-INEE (2016). Panorama Educativo de la Población Indígena 2015. México.

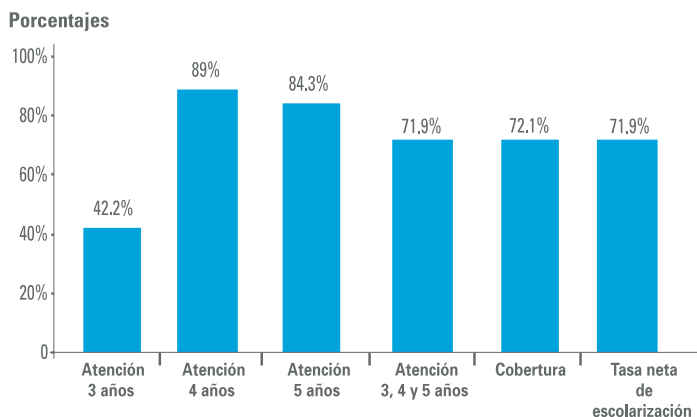
¹⁴⁷ Un estudio de UNICEFF y Fundación Idea (2016) encontró que en los municipios de menor índice de desarrollo humano la inasistencia a la educación preescolar está vinculada a la falta de infraestructura; es decir, el centro educativo queda considerablemente lejos de sus viviendas. También se relacionan con algunas prácticas culturales que desestiman la importancia de una educación inicial y preescolar, como se refleja en las palabras de una instructora comunitaria del CONAFE en Oaxaca: "La gente no manda a sus hijos porque cree que no es tan importante. Dicen: "Bueno, no importa preescolar, primaria sí, porque de primaria te dan un papel... y eso es muchas veces la importancia de que los manden o no", "Es que aquí no hay una calificación ¿no? Aquí nada más vienen a jugar [...] Entonces pues ¿cómo convencer a los padres de familia?". Ver UNICEF/FUNDACION IDEA (2016). Mapeo de los servicios públicos de desarrollo infantil temprano en los municipios de menor Índice de Desarrollo Humano. México.

La educación preescolar constituye la fase inicial del sistema escolarizado. Su objetivo es propiciar el desarrollo integral y armónico de las capacidades afectivas, sociales, físicas y cognitivas de las niñas y de los niños, ajustándose a las características de su edad y entorno.¹⁴⁸

En 2002 se aprobó la obligatoriedad de la educación preescolar como parte de la educación básica en México y se inició la reforma en este nivel. Se constituye por tres niveles, que atienden a niños y niñas de tres, cuatro y cinco años de edad y se implementa mediante el Programa de Estudio 2011- Guía para la Educadora - Educación Básica Preescolar, basado en competencias que las y los estudiantes deben desarrollar. El programa se organiza en seis campos formativos: lenguaje y comunicación, pensamiento matemático, exploración y conocimiento del mundo, desarrollo físico y salud, desarrollo personal y social, y expresión y apreciación artísticas.¹⁴⁹ La educación preescolar cuenta con las modalidades general (también conocida como jardín de niños), indígena (en la cual se ofrece un currículo intercultural bilingüe), y comunitaria, que se imparte en localidades rurales con menos de 500 habitantes y es operada por el Consejo Nacional de Fomento Educativo CONAFE, organismo descentralizado de la SEP.

Gracias a la obligatoriedad de la educación preescolar, en el ciclo 2014-2015 se alcanzó una cobertura del 72.1%, pese a lo cual cabe mencionar que, mientras que la atención para niñas y niños de cuatro años alcanza casi 90%, en la población de tres años ésta cae significativamente a menos de la mitad.¹⁵⁰

Gráfico 1.3.1. Niveles de atención y cobertura de niños menores de 5 años en el ciclo escolar 2014 – 2015 (porcentajes)



Fuente: SEP, Principales Cifras del Sistema Educativo Nacional 2014 – 2015.

Principales desafíos

El país tiene un desafío importante en el futuro, que consistirá en universalizar la cobertura de educación inicial y preescolar -como lo definen los ODS (Meta 4.2)- y asegurar estándares mínimos en ambos niveles, con el fin de que niñas y niños inicien la primaria adecuadamente preparados.

1.4 El derecho a la protección

1.4.1 Registro de nacimiento

Situación y tendencias

El derecho a la identidad es primordial en la vida de todas las personas, y en especial de niñas, niños y adolescentes, ya que, además de garantizar la personalidad jurídica individual y el reconocimiento de sus vínculos familiares, culturales y nacionales, facilita el ejercicio de sus derechos fundamentales. Por medio del documento de identidad las personas pueden acceder a servicios de salud, educación y a programas sociales básicos.

Adicionalmente, el registro de nacimiento funge también como factor de protección para niñas, niños y adolescentes frente a violaciones de derechos y a diversos tipos de crímenes, como las sustracciones o adopciones ilegales, desplazamientos y reclutamientos forzados y las desapariciones, trata o tráfico de personas. En este contexto, la existencia de un registro de nacimiento puede contribuir a facilitar los medios de búsqueda, localización en los registros nacionales e internacionales, así como la restitución de niñas, niños y adolescentes a sus hogares y la reunificación familiar en el caso de procesos migratorios.

En la última década, en México las distintas autoridades de gobierno han realizado esfuerzos institucionales para garantizar este derecho, a través de acciones orientadas a lograr la gratuidad del registro de nacimiento, ampliar su cobertura y generar información de calidad para monitorear el avance en su cumplimiento. Estas acciones se enmarcan en la reforma de 2014 a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que reconoce que el nombre y la identidad de las personas son un derecho fundamental y que, en consecuencia, la autoridad debe tomar las medidas necesarias para registrar de forma inmediata a todas las niñas y niños en el país.

¹⁴⁸ SEP, Principales Cifras del Sistema Educativo 2011 – 2012. México.

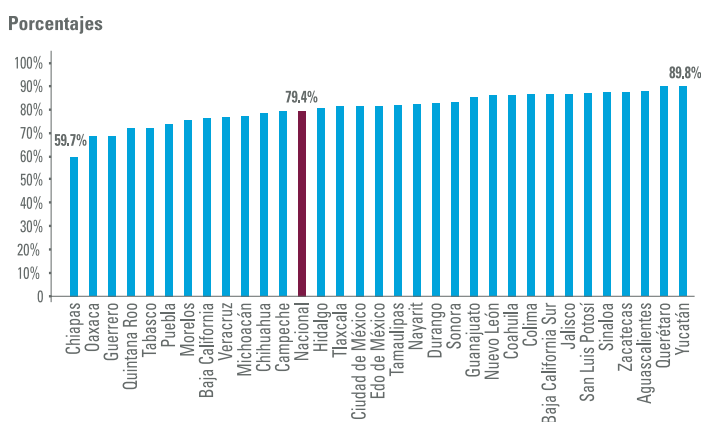
¹⁴⁹ SEP, Programa de Estudio 2011/Guía para la Educadora Preescolar. México.

¹⁵⁰ SEP, Principales Cifras del Sistema Educativo 2014-2015. México.

Este tema fue incluido en las mediciones demográficas oficiales -desde 2014 en la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID) y en 2015 en la Encuesta Intercensal- de modo que México cuenta con información clave sobre el registro de personas. Esta información permite estimar la tasa de registro oportuno -aquel que se realiza antes del primer año de edad -así como el tardío- después del primer año y antes de cumplir los cinco. La Encuesta Intercensal 2015 muestra que 97.9% de la población del país cuenta con registro y acta de nacimiento, sin diferencias significativas por sexo.

Por otra parte, las brechas se visibilizan cuando las mismas fuentes de información se analizan por grupos de edad y por pertenencia geográfica. Las niñas, niños y adolescentes son el sector poblacional que constituye prácticamente la mitad de las personas que no cuentan con registro de nacimiento en el país: hasta los 11 meses de edad presentan la menor cobertura a nivel nacional, con 79.4% (Gráfico 1.4.1.). A lo anterior se añade que en los municipios rurales este indicador baja hasta cinco puntos porcentuales en promedio, mientras que en los municipios urbanos el registro antes del primer año vida alcanza 81.9%.

Gráfico 1.4.1. **Porcentaje de población menor a un año con registro de nacimiento por entidad federativa**



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Intercensal 2015, INEGI.

De acuerdo con los datos más recientes, existen alrededor de 576,000 personas entre cero y 17 años de edad sin registro de nacimiento en todo el país.¹⁵¹ Los estados de Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo y Tabasco ocupan los últimos lugares en la cobertura de registro oportuno, con una diferencia entre siete y 20 puntos porcentuales (en el caso de Chiapas) debajo de la media nacional.

En adición a lo anterior, los datos proporcionados por las oficialías acerca de la dinámica del registro de nacimiento indican que anualmente entre 12% y 25% del total de los registros de nacimiento realizados en esos estados corresponde a población infantil de uno y hasta cuatro años de edad, lo cual indica dinámicas registrales tardías, como se observa en la Tabla 1.4.1.

Tabla 1.4.1. **Registro de nacimiento por edad y por entidad federativa (porcentaje)**

| Estado | < de 1 año | de 1 a 4 años | ≥ 5 años |
|---------------------|------------|---------------|----------|
| Nacional | 84.7 | 9.7 | 5.6 |
| Querétaro | 96.9 | 2.1 | 1 |
| Yucatán | 95.8 | 3.1 | 1.1 |
| Aguascalientes | 95.6 | 3.8 | 0.6 |
| Baja California Sur | 93.7 | 5.5 | 0.8 |
| Zacatecas | 93.7 | 3.1 | 3.2 |
| Nuevo León | 93.6 | 4.8 | 1.6 |
| Jalisco | 93.2 | 4.3 | 2.5 |
| San Luis Potosí | 92.8 | 3.7 | 3.5 |
| Guanajuato | 92.2 | 5.4 | 2.4 |
| Tlaxcala | 92.1 | 5 | 2.9 |
| Coahuila | 91.7 | 4.9 | 3.4 |
| Colima | 90.5 | 4 | 5.5 |
| Tamaulipas | 89.6 | 7.6 | 2.8 |
| Sonora | 89.1 | 5.3 | 5.6 |
| Hidalgo | 88.9 | 5.8 | 5.3 |
| México | 88.3 | 6.2 | 5.5 |
| Sinaloa | 88.3 | 6.3 | 5.4 |
| Ciudad de México | 87.8 | 7 | 5.2 |
| Chihuahua | 85.3 | 9.4 | 5.3 |
| Nayarit | 85.1 | 8.1 | 6.8 |
| Michoacán | 84.7 | 9.4 | 6 |
| Quintana Roo | 83.3 | 12 | 4.7 |
| Tabasco | 82.7 | 13.3 | 4 |
| Durango | 82.4 | 10.8 | 6.8 |
| Campeche | 81.3 | 12.1 | 6.6 |
| Veracruz | 81.2 | 12 | 6.8 |
| Baja California | 81.1 | 9.6 | 9.3 |
| Puebla | 78.6 | 17.2 | 4.2 |
| Morelos | 77.7 | 13.3 | 9 |
| Oaxaca | 73.4 | 19.1 | 7.5 |
| Guerrero | 69 | 16.6 | 14.4 |
| Chiapas | 62.9 | 25.5 | 11.6 |

Fuente: Elaboración propia con base en estadísticas de natalidad, INEGI 2014.

¹⁵¹ Estimación propia realizada con base en la información proporcionada por la Encuesta Intercensal, INEGI, 2015.



Si en los estados existen disparidades, en el nivel municipal las brechas son aún más profundas, ya que, de acuerdo con la tipología de INEGI, en los municipios rurales prevalece una baja cobertura de registro oportuno, misma que se ubica siete puntos debajo de los municipios urbanos. En el mismo contexto, en 2015 existían por lo menos 89 municipios en donde había un registro de niñas y niños menores de un año del 49% o menos.¹⁵²

Junto con las barreras geográficas, se encuentran también las barreras administrativas en el procedimiento para realizar el registro de nacimiento, ya que la falta de homologación normativa de la función registral entre los estados (y en algunos casos entre los municipios) en los hechos se convierte en condiciones diferenciadas para el ejercicio de un mismo derecho.

Lo anterior provoca que las personas enfrenten distintos procedimientos, cobros, tarifas y requisitos para llevar a cabo la inscripción en el registro de nacimientos. En este sentido, la ENIM 2015 muestra que entre las principales causas por las que niñas y niños menores de cinco años no son registrados se encuentran la dificultad para contar con los documentos necesarios para realizar el registro (33%), el alto costo del trámite (21%) y la demora del procedimiento (15%).¹⁵³

La falta de adecuación normativa en los estados, para cumplir con la reforma del artículo 4º de la Constitución, se encuentra concatenada con lo anterior. En efecto, la reforma ordena realizar las modificaciones normativas necesarias para la gratuidad del registro de nacimiento y la expedición de la primera acta;¹⁵⁴ sin embargo, se

ha observado que todas las entidades federativas han establecido distintos contenidos normativos, que limitan o restringen el derecho a la identidad al imponer cobros o tarifas por distintos conceptos relacionados con el registro de nacimiento.

Algunas leyes estatales establecen límites de edad para que las personas puedan ser registradas gratuitamente, mientras que otras establecen multas por registros que exceden los plazos determinados. Algunas normas estatales han enlazado la gratuidad al lugar de realización del acto registral, o efectúan cobros indirectos a través de tarifas aplicadas a los requisitos previos para llevar a cabo el registro de nacimiento. Todo esto impone barreras normativas que impiden la efectiva gratuidad del registro de nacimiento en el país.

El énfasis en el cumplimiento del principio de gratuidad se fundamenta en la correlación entre las condiciones de pobreza de las personas y la baja cobertura del registro de nacimiento en el país. De acuerdo con estimaciones de UNICEF (con base en información de INEGI y el CONEVAL), en los municipios donde hasta un 25% de la población vive en condiciones de pobreza extrema,¹⁵⁵ la cobertura promedio del registro oportuno de nacimiento en 2009 era de 98.6%, mientras que en los municipios donde la pobreza extrema alcanza 75% o más de la población, el registro oportuno de nacimiento descende hasta 66.9%.¹⁵⁶ Por lo anterior, los cobros o multas por registros extemporáneos o tardíos, los cobros directos e indirectos por el trámite y los costos asociados al desplazamiento de las personas a las oficinas del registro civil son factores que restringen el derecho a la identidad, al obstaculizar que millones de personas en condiciones de pobreza en el país puedan registrarse oportunamente.

Respuesta institucional

La reforma al artículo 4º constitucional constituye en sí la respuesta del Estado mexicano a la necesidad de garantizar el derecho a la identidad, ya que establece el estándar de cumplimiento del derecho a la identidad, al incorporar la obligación de la autoridad de registrar inmediata y gratuitamente el nacimiento de todas las personas en el país. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, es necesario que las entidades federativas avancen en el cabal cumplimiento de este ordenamiento constitucional.

¹⁵² Estimación realizada con base en la información proporcionada por la Encuesta Intercensal, INEGI, 2015.

¹⁵³ La opción se muestra como "Toma demasiado tiempo", Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015, México.

¹⁵⁴ Decreto por el que se adiciona el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de junio de 2014.

¹⁵⁵ CONEVAL. Medición de la Pobreza, Glosario: Las personas en esta situación disponen de un ingreso tan bajo que, aun si lo dedicase por completo a la adquisición de alimentos, no podría adquirir los nutrientes necesarios para tener una vida sana. Disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Glosario.aspx> Consultado el 8 de febrero de 2016.

¹⁵⁶ INEGI/UNICEF (2012). Derecho a la Identidad. La cobertura del registro de nacimiento en 1999 y 2009. México. pp. 39-70. CONEVAL (2010). Medición de la pobreza en los municipios de México, 2010. Anexo estadístico. México.

Debido a que el registro de nacimiento es una función del Registro Civil a cargo de las entidades de la Federación,¹⁵⁷ se han tenido que buscar medios de coordinación entre los gobiernos municipales, estatales y federal para mejorar la respuesta institucional, con el fin de registrar oportunamente a niñas y niños. Uno de los esfuerzos más notables ha sido la modernización de la infraestructura del registro civil en el país, que ha implicado la interconexión entre las distintas dependencias de esta instancia a nivel nacional para facilitar el acceso a copias del acta de nacimiento desde cualquier parte del país, e incluso desde el extranjero.

Asimismo, mediante la unión de esfuerzos entre el Sistema DIF Nacional, la Secretaría de Gobernación, UNICEF y las direcciones del Registro Civil de los estados, desde 2014 se ha llevado a cabo la campaña nacional para el registro universal, oportuno y gratuito de nacimientos de menores de edad, llamada “Si no lo registras, no existe”. Ésta busca mejorar el acceso al registro de nacimiento en comunidades alejadas mediante unidades móviles e itinerantes y difundir mensajes en radio, televisión y materiales impresos para concientizar a las familias sobre la importancia del registro de nacimiento. Varias direcciones del Registro Civil han realizado brigadas en comunidades de difícil acceso con la finalidad de acercar el registro de nacimiento a las personas que aún no se inscriben.

Adicionalmente, con la finalidad de asegurar que el registro se realice de manera inmediata, se han instalado módulos del registro civil en hospitales y unidades médicas para acercarlo a los lugares de los alumbramientos. Esta política ha sido sumamente efectiva para promover el registro oportuno,¹⁵⁸ y constituye una buena práctica que es necesaria fortalecer y homologar en todo el país; su implementación actualmente ha estado condicionada, en general, a la disposición y los recursos de las entidades federativas.

Principales desafíos

A nivel estructural, existen condiciones que se deben considerar al elaborar políticas y programas sostenibles, que aseguren tanto la cobertura universal como la inmediatez y la gratuidad del registro de nacimiento.¹⁵⁹ La ENIM 2015 revela que los principales obstáculos para acceder oportunamente al registro de nacimiento son la dificultad para contar con los documentos necesarios para realizar el registro (33%), el alto costo del trámite (21%) y la demora del procedimiento (15%). Esto dificulta que niñas y niños puedan acceder oportunamente a su derecho al nombre y la identidad y, con ello, que les sean reconocidos otros derechos así como el acceso a servicios que cubren sus necesidades básicas. Es fundamental, en este ámbito,

evitar que estas variables se conviertan en factores de discriminación, desarrollando acciones afirmativas que favorezcan que todas las niñas y niños, independientemente de sus condiciones económicas o lugares de nacimiento, puedan efectivamente ejercer su derecho a la identidad.

En este sentido, los principales desafíos para México están en la aplicación de la norma y en hacer efectivos los principios de gratuidad, oportunidad y universalidad, a través de políticas nacionales que se adecuen a las realidades de cada estado y que favorezcan el ejercicio del derecho a la identidad en condiciones de igualdad. Con este fin, es indispensable desligar la función recaudatoria del registro de nacimiento, y situar en primer lugar la importancia de acortar el tiempo entre el nacimiento y el registro, como primera medida de protección a la niñez y un componente esencial de las políticas dirigidas al desarrollo infantil temprano en México.

Todo lo anterior se puede llevar a cabo a través de políticas que acerquen el registro civil a los lugares de nacimiento, que garanticen incondicionalmente la gratuidad del procedimiento, y que generen una mayor interconexión entre los sistemas de salud y los de registro civil, para tener mayor certeza y confiabilidad sobre las personas que nacen en el país.

Queda claro que el registro de nacimientos tiene una dimensión de equidad, y por lo tanto es pertinente que la política pública en la materia priorice los esfuerzos en las zonas rurales, con pobreza y con altos porcentajes de población indígena.

1.4.2 Niños y niñas sin cuidados parentales

Situación y tendencias

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) reconoce, desde su preámbulo, a la familia “como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños” y que “el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión”. Dicho enfoque es reiterado, en particular, en los artículos 9º, 20º y 21º de la CDN. Además, las directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños, aprobadas por la Asamblea de las Naciones Unidas en 2009,¹⁶⁰ pretenden guiar la legislación, política y práctica en materia de protección de los niños, niñas y adolescentes, tanto para prevenir la separación familiar como para dar respuestas adecuadas en caso de riesgo o de necesidad de separación.

¹⁵⁷ CPEUM (1917). “En cada Estado de la Federación se dará entera fe y crédito de los actos públicos, registros y procedimientos judiciales de todos los otros [...] Los actos del estado civil ajustados a las leyes de un Estado, tendrán validez en los otros.” Art. 121, fracción IV.

¹⁵⁸ Que en algunos estados puede alcanzar el 25% de todos los registros anuales para niños y niñas mayores de un año y menores de cinco años.

¹⁵⁹ La inscripción del nacimiento de niñas y niños debe realizarse “inmediatamente después de su nacimiento”, lo que implica, de acuerdo con criterios internacionales, un plazo que debe contarse en días más que en meses. Cfr. UNICEF (2004). Manual de Aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño. Suiza. p. 125.

¹⁶⁰ Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños. A/RES/64/142, 24 de febrero de 2010. <http://www.unicef.org/spanish/videoaudio/PDFs/100407-UNGA-Res-64-142.es.pdf>.

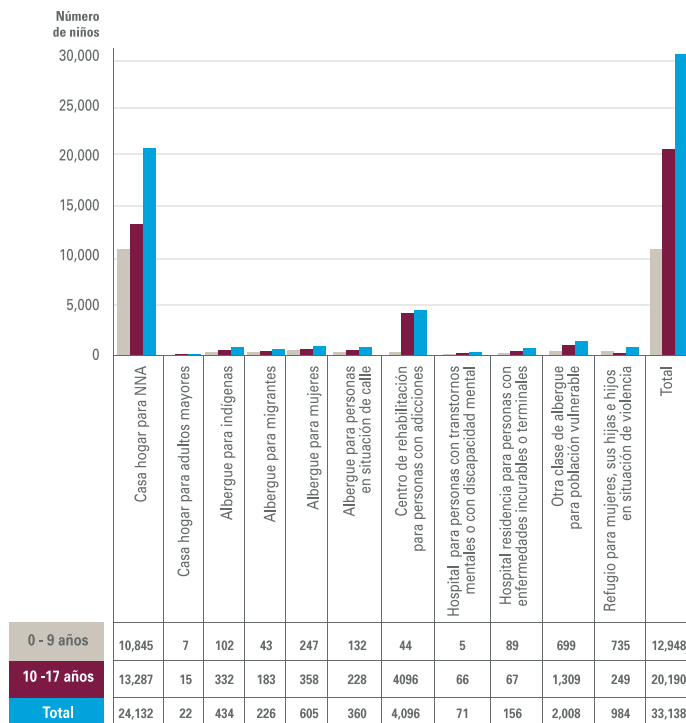
Si bien a nivel nacional, la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA) refleja dichos principios y pautas internacionales, muchos aspectos de las relaciones familiares y la protección -en caso de separación familiar- se encuentran en la legislación de las entidades federativas.

En México hay niñas y niños que viven sin cuidados parentales. De acuerdo con la ENIM 2015, 4% no vive con sus padres biológicos, 4.9% tiene una madre o un padre fallecido, y en 0.7% de los casos la madre y/o el padre vive en el extranjero.¹⁶¹ En general, la separación familiar parece estar estrechamente vinculada con la carencia de recursos materiales y financieros¹⁶² más que con la falta de un entorno familiar en sí, como sería en el caso del fallecimiento de uno o ambos padres.

Al respecto, la implementación del artículo 22º de la LGDNNA –que aclara que esta falta no podrá considerarse motivo suficiente para separar a un niño, niña o adolescente de su familia– y el establecimiento de los Sistemas de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes a nivel nacional y local, con sus respectivos programas, son fundamentales para atender esta situación. Efectivamente, se espera que estos puedan fomentar la coordinación interinstitucional y la acción multidisciplinaria y oportuna que permitirían a las Procuradurías de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes -tanto federal como de las entidades federativas- intervenir de manera temprana para atender las posibles dificultades y riesgos que surjan en las familias, y así garantizar que se agoten todos los esfuerzos y acciones antes de proceder a una separación familiar temporal o permanente.

Si bien el Censo de alojamientos de asistencia social, elaborado por el INEGI¹⁶³ en 2015, brinda un panorama estadístico reciente en términos de la prestación de acogimiento residencial, los datos recabados no permiten tener conocimientos extensos sobre las causas de la separación familiar, ni contar con datos cuantitativos y cualitativos relativos al contexto de niños, niñas y adolescentes fuera de su entorno familiar de origen o en riesgo de estarlo.¹⁶⁴ Dicha información es fundamental para poder contar con un panorama exhaustivo de esta situación, y de esta forma poder elaborar, desarrollar y fortalecer las políticas públicas y los programas y servicios necesarios para responder a la situación.

Gráfico 1.4.2. Población residente por grupo etario y tipo de alojamiento



Fuente: Elaboración propia con base en Censo de Alojamientos de Asistencia Social 2015, INEGI.

¹⁶¹ Instituto Nacional de Salud Pública/UNICEF (2015). Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015, México.

¹⁶² Entrevistas sostenidas en el marco de la investigación/trabajo de campo (mimeo) realizado por UNICEF México en el año 2012 en relación con los niños, niñas y adolescentes en instituciones de protección y cuidado en México.

¹⁶³ INEGI (2015). Censo de Alojamientos de Asistencia Social. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/otras/alojamiento/2015/default.aspx>.

¹⁶⁴ Véase la preocupación del Comité de los Derechos del Niño al respecto en: Comité de los Derechos del Niño (2015). Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de México, CRC/C/MEX/CO/4-5. Disponible en: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/146/15/PDF/G1514615.pdf?OpenElement>.

1.4.3 Niños y niñas en acogimiento alternativo

Situación y tendencias

El artículo 20º de la CDN establece el derecho de los niños, niñas y adolescentes a la protección y asistencia especiales del Estado cuando sean temporal o permanentemente privados de su medio familiar, o cuando su interés superior exija que no permanezcan en dicho medio. Los Estados deberán, en ese caso, garantizar otras formas de cuidado. Las pautas legislativas, políticas y prácticas propuestas en las Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños¹⁶⁵ reiteran dicha disposición y promueven las modalidades de cuidado alternativo¹⁶⁶ de tipo familiar y comunitario (Párr. 2 y 53).

Si bien el acogimiento residencial ha sido, históricamente y hasta la fecha, la principal modalidad de acogimiento alternativo en el país, la aprobación de la LGDNNa podría marcar el inicio de una nueva etapa, ya que establece explícitamente que los niños, niñas y adolescentes podrán ser “ubicados con su familia extensa o ampliada” o ser “recibidos por una familia de acogida” (artículo 6º).

En cuanto a los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en modalidades alternativas de cuidado, el reciente censo de alojamientos de asistencia social elaborado por el INEGI¹⁶⁷ proporciona las cifras de niños, niñas y adolescentes que se encuentran en acogimiento residencial: 33,138 personas (de las cuales únicamente 24,132 son acogidas en centros con población exclusiva de niños, niñas y adolescentes) recibidas en 879 casas-hogares (públicas y privadas) en el país. Respecto a la implementación de otras formas de cuidado alternativo, en particular de tipo familiar y comunitario, no se ha tenido un gran avance en el país,¹⁶⁸ aunque existen algunas experiencias aisladas o incipientes.

Tabla 1.4.2. Población de niños y niñas en instituciones de acogida

| País | Número de niños en instituciones |
|----------------------|----------------------------------|
| Argentina | 14,675 |
| Barbados | 127 |
| Belice | 157 |
| Bolivia | 16,981 |
| Brasil | 36,929 |
| Chile | 10,342 |
| Colombia | 12,925 |
| Costa Rica | 692 |
| Ecuador | 3,300 |
| El Salvador | 3,095 |
| Granada | 195 |
| Guatemala | 5,566 |
| Guyana | 700 |
| Haití | 50,000 |
| Honduras | 12,032 |
| Jamaica | 2,572 |
| México | 28,107 |
| Nicaragua | 1,874 |
| Panamá | 2,193 |
| Paraguay | 2,573 |
| Perú | 19,000 |
| República Dominicana | 3,030 |
| Santa Lucía | 40 |
| Surinam | 3,000 |
| Trinidad y Tobago | 658 |
| Uruguay | 3,994 |
| Venezuela | 5,000 |
| Total parcial | 239,757 |

Nota: Los datos relativos a México son previos al Censo de INEGI.

Fuente: Palummo, Javier (2013). La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe. UNICEF.

¹⁶⁵ V. *Supra*.

¹⁶⁶ De acuerdo con las Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños (párr. 29),

“b) Las modalidades de acogimiento alternativo son:

i) Acogimiento informal: toda solución privada adoptada en un entorno familiar, en virtud de la cual el cuidado del niño es asumido con carácter permanente o indefinido por parientes o allegados (acogimiento informal por familiares) o por otras personas a título particular, por iniciativa del niño, de cualquiera de sus padres o de otra persona sin que esa solución haya sido ordenada por un órgano judicial o administrativo o por una entidad debidamente acreditada;

ii) Acogimiento formal: todo acogimiento en un entorno familiar que haya sido ordenado por la autoridad judicial o un órgano administrativo competente y todo acogimiento en un entorno residencial, incluidos los centros de acogida privados, resultante o no de medidas judiciales o administrativas;

c) Según el entorno en que se ejerza, el acogimiento alternativo puede ser:

i) Acogimiento por familiares: acogimiento en el ámbito de la familia extensa del niño o con amigos íntimos de la familia conocidos del niño, de carácter formal o informal;

ii) Acogimiento en hogares de guarda: los supuestos en que una autoridad competente confía el niño a efectos de acogimiento alternativo al entorno doméstico de una familia distinta de su propia familia, que ha sido seleccionada, declarada idónea, aprobada y supervisada para ejercer ese acogimiento;

iii) Otras formas de acogida en un entorno familiar o similar;

iv) Acogimiento residencial: acogimiento ejercido en cualquier entorno colectivo no familiar, como los lugares seguros para la atención de emergencia, los centros de tránsito en casos de emergencia y todos los demás centros de acogimiento residencial a plazo corto y largo, incluidos los hogares funcionales;

v) Soluciones de alojamiento independiente y tutelado de niños”.

¹⁶⁷ INEGI, Censo de Alojamientos de Asistencia Social, <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/otras/alojamiento/2015/default.aspx>.

¹⁶⁸ Por ejemplo, el acogimiento en una familia distinta de la propia familia del niño, niña o adolescente, que ha sido seleccionada, declarada idónea, aprobada y es supervisada para ello (conocido con distintas denominaciones como acogimiento familiar o acogimiento en familia ajena) o el alojamiento para jóvenes en transición hacia una vida independiente. Para definiciones y otras formas de acogimiento, véanse las definiciones en nota.

Hasta la fecha, la principal modalidad de acogimiento alternativo en el país ha sido el residencial, como lo muestran las recientes cifras del Censo elaborado por INEGI. En este sentido, la política y la práctica no se han alineado totalmente con los principios y estándares internacionales¹⁶⁹ (véase el Párr. 21 de las Directrices). Además del ya mencionado elevado número de niños, niñas y adolescentes acogidos en modalidades residenciales de cuidado (para fines comparativos, véase el cuadro superior),¹⁷⁰ otros elementos que necesitan una mayor atención son las permanencias largas en cuidado residencial, la calidad de los cuidados brindados en los hogares y la existencia de algunas grandes instituciones (“macro-instituciones”),¹⁷¹ cuyo funcionamiento es contrario al Párrafo 23 de las Directrices.¹⁷²

Al respecto, el Comité de los Derechos del Niño ha expresado su preocupación por la falta de seguimiento, tanto a las situaciones individuales de los niños, niñas y adolescentes en modalidades alternativas de cuidado –que resultan en posibles violaciones del artículo 25º de la CDN, relativo a la revisión periódica de las medidas de protección– como de las condiciones en dichos centros.¹⁷³

Respuesta institucional

Si bien la LGDNNA fortalece el marco legislativo que permite crear, desarrollar y fortalecer otras formas de acogimiento alternativas al residencial, que se brinden en entornos familiares -como el acogimiento familiar- las opciones actuales de acogimiento alternativo siguen siendo limitadas: la principal opción, en la práctica, sigue siendo el acogimiento residencial.¹⁷⁴ Hasta el momento, sólo algunas entidades federativas, así como las autoridades a nivel federal, han demostrado interés e iniciado esfuerzos para fortalecer o crear programas de acogimiento que puedan brindar opciones de tipo familiar a los niños, niñas y adolescentes separados temporal o permanentemente de sus familias.

Algunos ejemplos de lo anterior son los esfuerzos de la Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes para crear un programa de acogimiento familiar bajo la protección y los cuidados del Sistema Nacional DIF, el programa de Familias Solidarias del DIF Nuevo León, y el proceso de implementación de la Ley de Cuidados Alternativos para Niñas, Niños y Adolescentes en la Ciudad de México. Es esencial que se siga dando “prioridad a las soluciones basadas en la familia y la comunidad” (Párr. 53 de las Directrices).

Principales desafíos

Si bien uno de los principales desafíos en este ámbito es la puesta en práctica de formas alternativas de cuidado de tipo familiar y comunitario y la implementación de una verdadera política de desinstitucionalización, la LGDNNA también incluye disposiciones para la instauración y el fortalecimiento de un sistema que permita robustecer la calidad del acogimiento residencial (artículos 107º-113º) y contar, gracias a un sistema de autorización, registro, certificación y supervisión, con información sobre la calidad, las condiciones del acogimiento en las modalidades de acogimiento residencial y sobre el cumplimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en las mismas.

Los esfuerzos para armonizar los procedimientos, los requisitos y los criterios de funcionamiento de los centros de asistencia social y la coadyuvancia y cooperación entre las autoridades federales y estatales en este ámbito serán fundamentales para garantizar el pleno cumplimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial, y así implementar una política pública integral de desinstitucionalización a largo plazo.

¹⁶⁹ Véase la preocupación del Comité de los Derechos del Niño al respecto en: Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de México, Comité de los Derechos del Niño, CRC/C/MEX/CO/4-5, 3 de julio de 2015. Disponible en: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/146/15/PDF/G1514615.pdf?OpenElement>.

¹⁷⁰ Palummo, J. (2013). La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe. UNICEF – Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Panamá, p. 31. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/UNICEF_Estudio_sobre_NNA_en_instituciones.pdf. Los datos relativos a México son previos al Censo de INEGI.

¹⁷¹ Las principales preocupaciones relacionadas con el acogimiento residencial en México son mencionadas por RELAF en: RELAF (2012). Actividades de Cooperación Técnica en México Disponible en: http://www.relaf.org/coop_mexico.html. Algunos casos de violaciones de derechos humanos en acogimiento residencial en México fueron descritos en: Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar (2011). Niñez y adolescencia institucionalizada: visibilización de graves violaciones de DDHH. Buenos Aires, p. 34 – 36. Disponible en: <http://www.relaf.org/Documento%20agosto%202011%20Relaf.pdf>.

¹⁷² “Aunque se reconoce que los centros de acogimiento residencial y el acogimiento en familia son modalidades complementarias para atender las necesidades de los niños, donde siga habiendo grandes centros (instituciones) de acogimiento residencial convendría elaborar alternativas en el contexto de una estrategia global de desinstitucionalización, con fines y objetivos precisos, que permitan su progresiva eliminación. A estos efectos, los Estados deberían establecer estándares de acogimiento para garantizar la calidad y las condiciones propicias para el desarrollo del niño, como la atención individualizada y en pequeños grupos, y deberían evaluar los centros de acogida existentes con arreglo a esos estándares”.

¹⁷³ Comité de los Derechos del Niño (2015). Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de México, CRC/C/MEX/CO/4-5, párr. 39 y 40. Disponible en: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/146/15/PDF/G1514615.pdf?OpenElement>.

¹⁷⁴ Para definiciones y ejemplos de las distintas formas de acogimiento, véase supra 12 y 14.

1.4.4 Niños y niñas en proceso de adopción

Situación y tendencias

El artículo 21º de la CDN establece algunas garantías mínimas para la protección de los derechos de niños y niñas en los procesos de adopción, incluyendo la consideración primordial del interés superior del niño, la autorización de la adopción por autoridades competentes, la subsidiariedad de la adopción internacional¹⁷⁵ y la prevención de beneficios materiales indebidos. Además, desde 1994, México es un Estado contratante del Convenio de La Haya de 1993, relativo a la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional.

A nivel nacional, la LGDNNA, así como su Reglamento, han detallado algunos aspectos del proceso de adopción. Estas disposiciones son un primer paso en el proceso de armonización legislativa, institucional y práctica en este ámbito, que sigue difiriendo de una entidad federativa a otra, al legislarse en los códigos civiles o familiares locales, e incluso en algunas leyes específicas en esta materia.¹⁷⁶

En materia de adopción de niños, niñas y adolescentes también ha sido constante la falta de datos claros y actualizados. Fue sólo con la LGDNNA que se estableció la obligación del Sistema Nacional DIF y los Sistemas DIF de las entidades federativas y municipales de contar con “un sistema de información que permita registrar a las niñas, niños y adolescentes cuya situación jurídica o familiar permita que sean susceptibles de adopción, así como el listado de las personas solicitantes de adopción, adopciones concluidas e informar de manera trimestral a la Procuraduría de Protección Federal” (artículo 29º).

Es notable la necesidad de control y armonización de los procesos de adopción que permitan garantizar el pleno cumplimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes involucrados. Efectivamente, hasta la fecha, los trámites de adopción pueden iniciarse por distintas vías (ante los Sistemas DIF, ante los centros

de asistencia social en algunos casos, y mediante la adopción privada en otros), y es por tanto complejo tener conocimientos exhaustivos sobre las condiciones en las que se tramitan las adopciones, de manera que ha sido difícil contar con un panorama claro de la materia. En el último informe de México ante el Comité de los Derechos del Niño, los datos proporcionados por el gobierno se han limitado a los procesos a nivel federal, ya que no existe una recopilación sistemática de datos similares en las entidades federativas.¹⁷⁷

El control centralizado de las adopciones también es dificultado por la posibilidad de tramitar adopciones privadas en el país. En este sentido, una preocupación expresada tanto por el Comité de los Derechos de los Niños¹⁷⁸ como -anteriormente- por la Conferencia de La Haya de derecho internacional privado¹⁷⁹ ha sido dicha posibilidad de “adopciones privadas” en el país¹⁸⁰ (con la excepción de la legislación en la materia en un número muy limitado de entidades federativas).¹⁸¹

Dichas adopciones, que son organizadas sin la intervención de una autoridad rectora en la materia, no son consideradas compatibles con los principios y estándares en este ámbito.¹⁸² Al respecto, ha habido esfuerzos legislativos para fortalecer o garantizar que los sistemas DIF tengan un papel central en el proceso de adopción; es decir, que sea obligatoria su intervención en etapas clave del mismo, con el fin de garantizar el cumplimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Pese a lo anterior, es deseable prohibir expresamente las “adopciones privadas” en todo el territorio mexicano (en adición a las entidades federativas mencionadas más arriba que ya han incorporado dicha prohibición a sus marcos legislativos).

Respuesta institucional

Con la incorporación en la LGDNNA de nuevas pautas en materia de adopción, tanto nacional como internacional, se han iniciado esfuerzos para fortalecer los procesos de adopción mediante el funcionamiento de las nuevas Procuradurías de Protección (federal y de las entidades federativas), y la elaboración de lineamientos que puedan armonizar los procesos a nivel nacional.

¹⁷⁵ “Subsidiariedad” significa (...) que un niño debe ser criado por su familia de origen o su familia amplia siempre que sea posible. Si esto no es posible o viable, deberán ser consideradas otras formas de cuidado familiar permanente dentro del país de origen. Solamente después de que haya sido dada la debida consideración a las soluciones nacionales debe considerarse la adopción internacional, y solamente si responde al interés superior del niño”. Conferencia de La Haya de Derecho Internacional Privado (2008). La puesta en práctica y el funcionamiento del convenio de La Haya de 1993 sobre adopción internacional: Guía de Buenas Prácticas. Párr. 46 y 47. Disponible en: <https://assets.hcch.net/docs/6067c417-6748-4125-b6dc-28ed5dcefd4.pdf>.

¹⁷⁶ Por ejemplo, Ley de Adopciones para el Estado de Durango (2010), Ley de Adopción del Estado de Michoacán de Ocampo (2013), Ley de Adopciones para el Estado de Tamaulipas (2013), Ley de Adopción del Estado de Quintana Roo (2013), Ley de Adopciones para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave (2011).

¹⁷⁷ “Entre el 1 de enero de 2012 y el 28 de febrero de 2014, a nivel federal se recibieron 129 solicitudes de adopción nacional y 12 internacionales; se brindó 1 496 asesorías en materia de adopción nacional y 240 en materia de adopción internacional. Asimismo, se recibieron 83 seguimientos post-adoptivos internacionales”. Addendum al cuarto y quinto informes periódicos de México al Comité de los Derechos del Niño, CRC/C/MEX/4-5 y, 2014, párr. 74, http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/TreatyBodyExternal/Countries.aspx?CountryCode=MEX&Lang=EN.

¹⁷⁸ Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de México, Comité de los Derechos del Niño, CRC/C/MEX/CO/4-5, 3 de julio de 2015, párr. 41 y 42, <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/146/15/PDF/G1514615.pdf?OpenElement>.

¹⁷⁹ Informe de la misión de relevamiento fáctico sobre la protección y la adopción de niños en México (22 febrero – 19 marzo 2010). Conferencia de La Haya de Derecho Internacional Privado. La Haya, 2010, págs. 21 – 22 (no público).

¹⁸⁰ Se refiere a las adopciones en las que los arreglos correspondientes se realizaron directamente entre una madre o padre biológico y los futuros adoptantes.

¹⁸¹ La Ley de Adopciones para el Estado de Tamaulipas (2013), la Ley de Adopción del Estado de Quintana Roo (2013) y la Ley de Adopciones para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave (2011) prohíben expresamente la adopción privada.

¹⁸² La puesta en práctica y el funcionamiento del convenio de La Haya de 1993 sobre adopción internacional: guía de buenas prácticas (2008). Conferencia de La Haya de derecho internacional privado. párrs. 90 y 627. La Haya. Disponible en: <https://assets.hcch.net/docs/6067c417-6748-4125-b6dc-28ed5dcefd4.pdf>.

Además, se espera que la instauración de un sistema de información de parte del Sistema Nacional DIF, establecido mediante el artículo 29º de la LGDNNA, pueda facilitar el funcionamiento de un sistema de adopción a nivel nacional que incorpore informaciones relativas a los niños, niñas y adolescentes susceptibles de adopción, a los solicitantes y a las adopciones concluidas en todo el país; esto facilitará la búsqueda de familias idóneas para los niños, niñas y adolescentes mexicanos susceptibles de ser adoptados en todo el territorio nacional, antes de considerar una adopción internacional.

Principales desafíos

Si bien la LGDNNA establece una serie de requisitos y criterios para las adopciones, tanto nacionales como internacionales, es necesario armonizar, reformar y revisar los instrumentos normativos (códigos civiles, familiares y leyes específicas en la materia) y los instrumentos prácticos que derivan de ellos, para dar cumplimiento a las disposiciones de la LGDNNA y a los principios y estándares internacionales en esta materia, incluida la garantía de un control sobre todos los procedimientos y una prohibición de las adopciones privadas.

Considerando que en las entidades federativas los instrumentos normativos en este ámbito varían, es importante dar respuesta a la falta de armonización y a la multiplicidad de prácticas, estructuras institucionales y políticas públicas, de manera que se pueda garantizar que los derechos de todos los niños, niñas y adolescentes involucrados en un proceso de adopción sean respetados y garantizados.

La LGDNNA debería, por tanto, resultar en un sistema más armonizado; por ejemplo, unos lineamientos consensuados y aprobados a nivel nacional por la Procuraduría Federal de Protección y las distintas Procuradurías de las entidades federativas a cargo de los programas de adopción, permitirían apoyar un proceso en este sentido.

1.5 Cuidar la primera infancia desde el sector privado

Situación y tendencias ¹⁸³

Participar en el desarrollo de la primera infancia es una tarea de todos. Si bien los gobiernos, la sociedad civil, las familias y los propios padres y madres tienen un cometido muy importante, el sector privado tiene un rol clave para respetar y promover los derechos de niños, niñas y adolescentes, que puede desempeñar en todos y cada uno de sus ámbitos de actuación.

Si hay algo que une a las sociedades en su conjunto es, precisamente, la lucha por la sobrevivencia, el desarrollo y la protección de niños, niñas y adolescentes. Un sector privado responsable es aquel que responde a este llamado y lo asume como propio con sus empleados, proveedores, clientes y su esfera de influencia en general.

¿Qué pueden hacer las empresas por la primera infancia?

En la comunidad - las empresas pueden promover el apoyo al desarrollo de la primera infancia

- Invertir en los programas de UNICEF para el desarrollo de la primera infancia.
- Promover prácticas positivas de crianza, en su comunidad o con sus colaboradores y clientes.

En el mercado - las empresas pueden promover la importancia de la primera infancia

- Concientizar a consumidores y clientes sobre la importancia de la primera infancia a través de sus productos, servicios y canales de comunicación.

En el lugar de trabajo - las empresas pueden ayudar a padres, madres y cuidadores a estar más presentes y apoyar mejor a sus hijos e hijas

- Establecer políticas de horarios favorables para fomentar un mayor apego de los y las cuidadores con sus hijos e hijas pequeños en la empresa y en la cadena de valor: horarios flexibles, opciones de trabajo desde el domicilio, turnos fijos para padres y madres, talleres de escuela para padres en el lugar del trabajo, entre otros.
- Contribuir a la instalación de centros de desarrollo infantil de calidad, cerca del lugar de trabajo o de vida de las y los colaboradores, adecuados a las necesidades de su industria (horarios, ubicación, edades atendidas).
- Asegurar la existencia de espacios para que las madres lactantes puedan extraerse la leche durante su jornada laboral y promover una cultura favorable para la continuación de la lactancia materna después del regreso de la madre al trabajo.

¹⁸³ UNICEF (2017). La primera infancia y las empresas en América Latina y el Caribe: del compromiso a la acción. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/20170328_UNICEF_LACRO_ECD_Empresas_LR.pdf

- Asegurar licencias de maternidad y paternidad, remuneradas y de duración suficiente, que permitan un mayor apego entre cuidadores e hijos, que favorezcan la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de edad del niño o niña y que permitan promover la equidad de género en las tareas de cuidado infantil.
- Asegurar que los colaboradores padres, madres o cuidadores tengan ingresos suficientes para permitir que sus hijos e hijas gocen de la integralidad de sus derechos (nutrición, salud, educación, vivienda digna, diversión, etcétera), y que las mujeres jefas de hogar no estén discriminadas en cuestión salarial y perciban el mismo sueldo y prestaciones que sus colegas masculinos.
- Erradicar la discriminación hacia mujeres embarazadas, padres, madres y cuidadores, tanto en procesos de reclutamiento como en el trato en el lugar de trabajo.

Respuesta institucional

UNICEF México promueve activamente la sensibilización de las empresas respecto de su papel hacia la primera infancia. Junto con el IMSS, UNICEF publicó en 2016 una *Guía Práctica de Lactancia*



*Materna en el Lugar de Trabajo*¹⁸⁴ para apoyar a las empresas, con recomendaciones prácticas y ejemplos para promover la lactancia materna en el lugar de trabajo y construir lactarios en sus instalaciones. Asimismo, UNICEF realiza estudios sectoriales para entender los retos específicos de estos sectores hacia los derechos de niños, niñas y adolescentes. En 2017, UNICEF publicó un estudio intitulado *La niñez y la industria hotelera en México: tomar acción para proteger, respetar y promover los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes*,¹⁸⁵ cuya conclusión fue que el principal impacto del sector hotelero en la niñez es justamente el impacto negativo que tienen las condiciones laborales de padres, madres y cuidadores en su capacidad de cuidar a sus hijos e hijas.

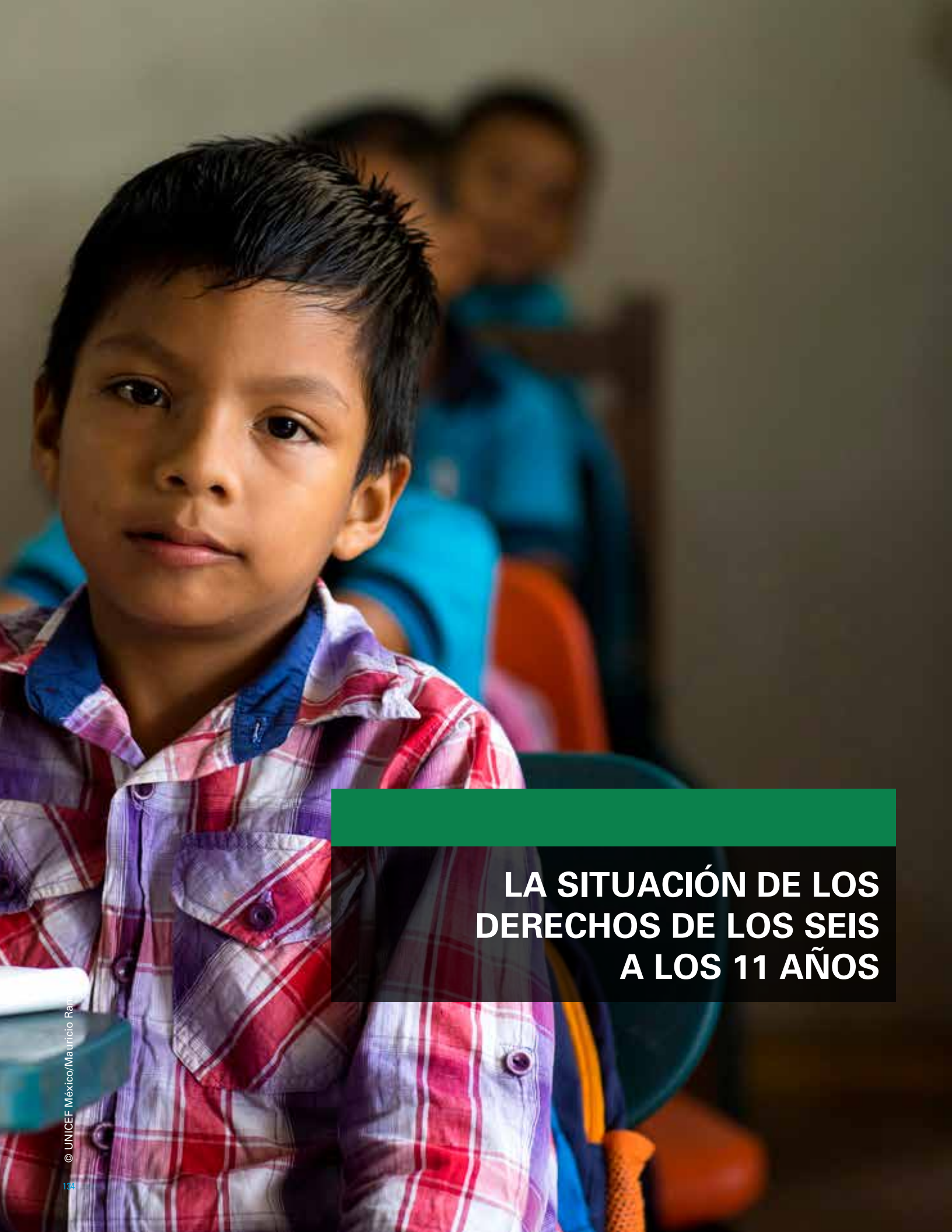
Con el fin de seguir promoviendo esta agenda en los próximos años, UNICEF trabajará en las siguientes líneas de acción:

- Generar evidencias para identificar los principales retos y mejores prácticas en cuanto a primera infancia y empresas, y desarrollar guías prácticas para orientar a las empresas y a los actores del sector privado sobre las formas de apoyar a la primera infancia desde sus operaciones, cadena de valor e interacciones con su comunidad.
- Colaborar con asociaciones y cámaras empresariales para promover mejores prácticas a escala.
- Abogar con los gobiernos federales y estatales para que desarrollen leyes y políticas en pro de la primera infancia, incluyendo la regulación del sector privado en este sentido.
- Organizar a las empresas visionarias en grupos de trabajo para que puedan mejorar sus prácticas y promoverlas hacia su sector de industria y al sector privado en general.

No resulta evidente para las empresas la importancia de su función en el apoyo a la primera infancia. Representa un reto lograr sensibilizar a los actores privados sobre su papel, su potencial de impacto positivo y sus impactos negativos, así como sobre las formas de mejorar la vida y el desarrollo de los niños y niñas entre cero y cinco años. Por tanto, es esencial juntar a todos los actores relevantes del sector privado y de gobierno con la finalidad de promover juntos estos retos y oportunidades, y de implementar soluciones que puedan generar beneficios a escala para la niñez.

¹⁸⁴ UNICEF (2015). *Guía Práctica de Lactancia Materna en el Lugar de Trabajo*, México. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/spanish/gualactancialess.pdf>

¹⁸⁵ UNICEF (2017). *La niñez y la industria hotelera en México*. México, Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/Reporte_UNICEF.La_ninez_y_la_industria_hotelera_en_Mexico.pdf



**LA SITUACIÓN DE LOS
DERECHOS DE LOS SEIS
A LOS 11 AÑOS**



© UNICEF México/Giacomo Pirozzi

La niñez entre los seis y 11 años: la edad escolar

De los seis a los 11 años de edad los niños y niñas adquieren los conocimientos y experiencias esenciales para entrar a la adolescencia. En esta fase de sus vidas consolidan el desarrollo físico, intelectual y emocional iniciado en la primera infancia. Una vez alcanzada esta etapa, el crecimiento físico del niño o la niña será menor, mientras que sus habilidades atléticas, motricidad y fuerza física mejorarán.

El desarrollo cognitivo alcanzado alrededor de los seis años de edad -principalmente en lenguaje, lógica y memoria- permiten al niño razonar y adquirir conocimientos suficientes para transitar a la educación primaria. En esta etapa, la escuela se convierte en un escenario central de su vida, donde se introducen la lectura, la escritura, las ciencias y las matemáticas, y la motivación y el estímulo que reciba de parte de sus maestros y de su familia serán vitales en el desarrollo de estas habilidades básicas, y por consiguiente en su desarrollo intelectual.

La capacidad de interrelación con otras personas también se intensifica en esta etapa, y la escuela es uno de los principales escenarios donde se desarrolla esta habilidad: a través del contacto y convivencia con otros, los niños y niñas afianzan su capacidad de expresión y su sociabilidad.

El otro gran escenario de interrelación en esta etapa es el hogar: la convivencia y contacto con la familia, sumados a los que experimenta en la escuela, tienen un alto impacto en la construcción de la personalidad, identidad y autoestima. El afecto, cariño, estímulo y apoyo que encuentre en su hogar serán fundamentales en su aprovechamiento escolar y desarrollo integral y, por consiguiente, en su crecimiento como persona.

Cuando estas condiciones no están presentes o, aún peor, cuando el niño o la niña es víctima de maltrato, abuso o de cualquier otra forma de violencia, sobreviene el riesgo de que su desarrollo intelectual y emocional, su capacidad de interrelación e incluso su salud sean truncados y que no desarrolle plenamente su capacidad como ser humano.

2.1 El derecho a la salud y la supervivencia

2.1.1 Sobrepeso y obesidad

Situación y tendencias

Los elevados niveles de sobrepeso y la obesidad constituyen el principal problema de nutrición en la niñez de seis a 11 años de edad en México, ya que el país ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil y el segundo en obesidad de adultos.¹⁸⁶ La extensión y prevalencia de ambas condiciones en toda la sociedad mexicana las convierten en uno de los principales problemas de salud pública en la actualidad, ya que se encuentran entre los principales factores de riesgo de muerte en el país.¹⁸⁷

¹⁸⁶ INSP (2009). Tour de la vida, Programa para detectar enfermedades crónico-degenerativas. México Sano, 2 (12), 32. México.

¹⁸⁷ La escala del problema de obesidad y sobrepeso en México puede ser dimensionada a través de los siguientes hechos: una de las tasas más altas de prevalencia en la población adulta e infantil; uno de los incrementos más rápidos de personas en obesidad documentados a nivel mundial; un número significativo de la población padece diabetes; una de las principales causas de muerte en México es la diabetes. Ver INSP (2014). Estrategia nacional para la prevención y control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes. México.

La obesidad y el sobrepeso de la población también agregan una fuerte carga a las finanzas nacionales del sector salud: en el 2012, la Secretaría de Salud reveló que México invierte en la atención de la obesidad y sus complicaciones 42,000 millones de pesos anuales. Las pérdidas en el ámbito de la productividad ascienden a 25,000 millones, y las pérdidas totales para la nación causadas por estos problemas sumaron 67,000 millones de pesos.¹⁸⁸ Para el IMSS en particular, las enfermedades asociadas al sobrepeso y obesidad representan una elevada carga financiera: por ejemplo, en el 2006 ese instituto estimó que representó un presupuesto de 674 millones de pesos.¹⁸⁹

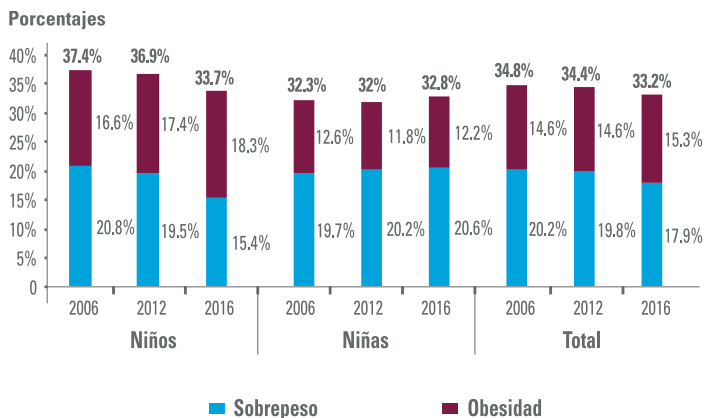
Si bien se trata de problemas que frecuentemente se originan en la primera infancia, el sobrepeso y la obesidad se hacen patentes en la vida del niño o la niña al llegar a la edad escolar. A pesar de que sus potenciales consecuencias no sean visibles en esta misma etapa, éstas incrementan el riesgo de alteraciones metabólicas y de adquirir enfermedades crónico-degenerativas y no transmisibles (como cardiopatías o diabetes) en el transcurso de la vida.

Con base en las mediciones del Índice de Masa Corporal que recogen las encuestas de salud y nutrición (ENSANUT 2012 y ENSANUT 2016), y utilizando los criterios de la OMS, se observa que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad se ha mantenido hasta la actualidad en los niveles del año 2012, pues aún afecta a uno de cada tres niños (33.2%) entre los 5 y los 11 años de edad. Este porcentaje representa alrededor de 5,700,000 niños y niñas con sobrepeso u obesidad a nivel nacional.

Los últimos registros de la ENSANUT 2016 revelan que 17.9% y uno de cada siete (15.3%) niñas y niños en este rango de edad presentan sobrepeso y obesidad respectivamente (Gráfico 2.1.1). Diferenciando por sexo, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es ligeramente mayor en niños (33.7%) que en niñas (32.8%) en este grupo etario. Sin embargo, la obesidad es más frecuente en los varones (18.3% frente a 12.2% para las mujeres), mientras que el sobrepeso es mayor en las niñas en comparación con los niños (15.4% y 20.6% respectivamente).

La rapidez del incremento de los casos de sobrepeso y obesidad en la población infantil en las últimas dos décadas sugiere que son producto de un cambio en el ambiente social más que de un cambio biológico. En términos sociales, se reconoce que están vinculados a una serie de factores socioculturales relacionados con el estilo de vida, las prácticas alimentarias y a la influencia de la publicidad de alimentos y bebidas, gran parte de la cual se dirige a la infancia, a través de la televisión.¹⁹⁰

Gráfico 2.1.1. Evolución de prevalencias de sobrepeso y obesidad según sexo en niños y niñas de 5 a 11 años (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de ENSANUT 2006, 2012 y 2016

Los problemas de sobrepeso y obesidad no implican que las niñas y niños no presenten anemia: de hecho, 15.5% de los niños que están en sobrepeso u obesidad (6.9% y 9.6% respectivamente) también experimentan deficiencias de micronutrientes y/o anemia.¹⁹¹ Esto evidencia que la dieta de muchos de ellos está compuesta por alimentos de alto contenido calórico pero con bajo contenido nutricional.¹⁹²

Respuesta institucional

A partir de la información que da cuenta del dramático incremento de obesidad y sobrepeso en la población adulta e infantil en las últimas dos décadas, en México ha habido un reconocimiento público y social de esta problemática, acompañado del correspondiente desarrollo de esfuerzos del gobierno para llevar a cabo una estrategia de prevención.

La primera respuesta, lanzada en el 2010 por la Secretaría de Salud, fue el Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria (ANSA), una estrategia concertada por el Gobierno Federal con la participación de la iniciativa privada, los organismos no gubernamentales y la academia. A pesar de contemplar acciones dirigidas especialmente a los niños, este acuerdo se vio truncado por la falta de una definición de los mecanismos de coordinación en la implementación de las acciones a realizar, lo cual limitó su alcance e impacto.

¹⁸⁸ IMSS (2014). Costos económicos de la obesidad infantil y sus consecuencias. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2014; (Supl. 1):S8-S11. México.

¹⁸⁹ IMSS (2007). Evaluación de los riesgos considerados en el programa de administración de riesgos institucionales 2007. México.

¹⁹⁰ INSP (2006). Obesidad infantil. Boletín de Práctica Médica Efectiva, núm. 6. México.

¹⁹¹ De la Cruz-Góngora V., Villalpando S., Mundo-Rosas V. y Shamah-Levy, T. (2013). Prevalencia de anemia en niños y adolescentes mexicanos: comparativo de tres encuestas nacionales. Salud Pública. Suplemento 2: S180-S189. México.

¹⁹² Algunos estudios sugieren que la obesidad en niños mexicanos en edad escolar está asociada con el consumo de alimentos fuera del hogar, principalmente durante el trayecto de la casa a la escuela (ver De la Cruz-Góngora V., et al., Op. cit.).

En 2013, el impuesto especial a las bebidas azucaradas¹⁹³ fue adoptado con el propósito de disminuir o desincentivar el consumo de las mismas y de promover el consumo de agua simple. Según un estudio del INSP en conjunto con la Universidad de Carolina del Norte, el impacto¹⁹⁴ de esta medida ha sido positivo, considerando que las compras de líquidos gravados disminuyeron en promedio 6% en el primer año de la implementación de la medida. De acuerdo con el mismo estudio, el impuesto reportó el mayor impacto en los hogares de bajo nivel socioeconómico, con un decremento promedio de 9% en las compras de bebidas azucaradas durante 2014. Contrariamente, las compras de bebidas no gravadas aumentaron en promedio un 4%, debido principalmente a un aumento en la adquisición de agua embotellada.

Con el propósito de combatir el sobrepeso y la obesidad, la actual administración lanzó en el 2014 la Estrategia nacional para la prevención y control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes, que contiene componentes de salud pública, atención médica oportuna, regulación sanitaria y de política fiscal a favor de la salud. En relación con la población infantil, plantea entre sus principales acciones las siguientes:

- 1) Promover la alimentación correcta a nivel individual y colectivo (familia, escuela, sitio de trabajo y comunidad).
- 2) Promover la actividad física a nivel individual y colectivo (familia, escuela, sitios de trabajo y comunidad).
- 3) Prevenir la aparición de estas patologías a través de la implementación de esquemas proactivos y de detección oportuna.

Sin embargo, la única acción diferenciada de forma específica para la población infantil es la definición de lineamientos para el expendio y distribución en las escuelas del Sistema Educativo Nacional de alimentos y bebidas preparados y procesados.

Otra acción que el gobierno federal ha aprobado e implementado para combatir la obesidad y sobrepeso en niños y adultos es la norma de etiquetado para alimentos y productos, desarrollada en el 2016 por la Secretaría de Salud, que regula la presentación de información a los consumidores acerca de los valores nutrimentales que éstos contienen.

Principales desafíos

Los elevados niveles de sobrepeso y obesidad en la población escolar constituyen un problema de salud pública que hay que enfrentar desde la perspectiva de prevención y de las acciones de contención, pues la experiencia demuestra que una correcta alimentación puede prevenir estas afecciones. Está documentado que más del 95% de la obesidad infantil se debe a aspectos nutricionales, y principalmente a la modificación de los patrones de alimentación a favor de dietas con un alto valor calórico –entre las cuales la comida rápida y la comida preparada fuera de la casa- y la disminución en el grado de actividad física¹⁹⁵.

Asimismo, el aumento de la disponibilidad a bajo costo de alimentos procesados, adicionados con altas cantidades de grasa, azúcares y sal, acompañado de la disminución del tiempo disponible para la preparación de alimentos en el hogar, explica en parte el fenómeno de transición nutricional que experimentó el país en los últimos años.¹⁹⁶

Si bien México adoptó un nuevo sistema de etiquetado nutrimental de carácter obligatorio para alimentos y bebidas procesados,¹⁹⁷ varias investigaciones^{198,199,200} sugieren que el sistema de etiquetado basado en las Guías Diarias de Alimentación (GDA) tendría varias limitaciones: un nivel de comprensión limitado o una interpretación errónea entre diferentes segmentos de la población; los valores del etiquetado frontal GDA se utilizan indistintamente para niños y adultos; el valor de referencia utilizado para el consumo de azúcar en el etiquetado GDA²⁰¹ difiere de las recomendaciones de la OMS.

En México y en el mundo se reconoce el impacto de la oferta masiva -a través de la publicidad, principalmente televisiva- de alimentos (tales como bocadillos, bebidas azucaradas y comidas rápidas) en el estilo y hábitos de alimentación especialmente de la población infantil, lo cual ha contribuido a un fuerte posicionamiento y penetración de los mismos.²⁰² A pesar de que en 2014 entró en vigor una regulación de la publicidad de alimentos calóricos, que limitaba los anuncios de alimentos y bebidas en televisión y cine durante los horarios infantiles, se ha observado que esta regulación es extremadamente débil y limitada, ya que permite que se siga realizando vía internet, en espacios abiertos y en puntos de venta.

¹⁹⁵ INSP (2006). Obesidad Infantil, Boletín de Practica Medica Efectiva, Noviembre de 2006. México.

¹⁹⁶ Secretaría de Salud (2013) Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. México.

¹⁹⁷ Norma Oficial Mexicana NOM-051-SCFI/SSA1-2010

¹⁹⁸ Borgmeier, I., Westenhoefer, J., 'Impact of different food label formats on healthiness evaluation and food choice of consumers: a randomized-controlled study', BMC Public Health, vol. 9, no. 184, 2009. 20. 3

¹⁹⁹ UNICEF (2016). Review of current labelling regulations and practices for food and beverage targeting children and adolescents in Latin America countries (Mexico, Chile, Costa Rica and Argentina) and recommendations for facilitating consumer information. Disponible en: [https://www.unicef.org/lac/20161122_UNICEF_LACRO_Labeling_Report_LR\(2\).pdf](https://www.unicef.org/lac/20161122_UNICEF_LACRO_Labeling_Report_LR(2).pdf)

²⁰⁰ INSP (2011). Revisión del etiquetado frontal: Análisis de las Guías Diarias de Alimentación y su comprensión por estudiantes de nutrición en México. Disponible en: <https://www.insp.mx/epppo/blog/3225-etiquetado-alimentacion.html>

²⁰¹ El valor de referencia del sistema de etiquetado GDA indica que un adulto sano puede consumir 19% del total de energía al día de azúcares totales - que representa 90 gramos al día - frente a la recomendación de OMS de 10%.

²⁰² Existe una creciente evidencia científica que examina el alcance de la publicidad y la promoción de marcas de alimentos, el reconocimiento y la comprensión de los mensajes publicitarios por parte de los niños, y los efectos de la publicidad sobre las preferencias de los niños, sus patrones y comportamiento alimentario. Una buena síntesis de esta literatura se encuentra en: Organización Mundial de la Salud (2013). Marketing of foods high in fat, salt and sugar to children: update 2012–2013, WHO Regional Office for Europe, Denmark.

¹⁹³ OPS (2015). Experiencia de México en el establecimiento de impuestos a las bebidas azucaradas como estrategia de salud pública. Disponible en: http://iris.paho.org/xmli/bitstream/handle/123456789/18390/978-92-75-31871-3_esp.pdf?sequence=5&isAllowed=y

¹⁹⁴ Arantxa Colchero, Barry M Popkin, Juan A Rivera, Shu Wen Ng. (2015). Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study. The British Medical Journal. 2015:1-9

Adicionalmente, se siguen publicitando alimentos y bebidas no saludables en los programas del horario infantil y en el cine porque los criterios para establecer cuáles son los productos regulados son muy laxos. Los programas más populares entre los niños y las niñas durante el horario infantil –como las telenovelas²⁰³ no están regulados, y en ellos se concentra gran parte de la publicidad de comida “chatarra”, gran parte de la cual está dirigida de manera especial a la niñez.^{204,205} Por estos motivos es necesaria una mayor regulación, que tenga como fin limitar la ingesta de alimentos poco saludables, así como una efectiva restricción de la publicidad, principalmente televisiva, de los mismos.

Una buena estrategia para fomentar el consumo de alimentos saludables es a través de la dotación de alimentos que proveen varios programas sociales, en vista de su amplitud y de que están dirigidos a poblaciones de escasos recursos, las más expuestas a los alimentos poco saludables. Todos los programas que cuentan con un componente de distribución de alimentos son un espacio para mejorar el aspecto nutricional, instaurando medidas como la disminución en el contenido de grasas y azúcares en los suplementos. Sin embargo, estos programas priorizan la utilización de los productos no perecederos, razón por la cual este potencial no ha sido ampliamente aprovechado.

Es importante contar con políticas complementarias para hacer asequible la comida saludable e incentivar el consumo de alimentos nutritivos. Los programas que fomentan el cultivo de alimentos naturales en la comunidad y/o el hogar –como lo hace el Proyecto Estratégico de Seguridad Alimentaria (PESA), que opera la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)- pueden ser un modelo de intervención que contribuya a ampliar el acceso a mercados de frutas y verduras en zonas rurales y marginadas.

Finalmente, la escuela es otro ámbito en el cual es posible fomentar las estrategias de promoción de hábitos alimenticios sanos.²⁰⁶ Si bien un componente importante de la estrategia actual es la regulación de la venta de ciertos productos a nivel escolar, no existe un sistema de control que permita asegurar su cumplimiento.

2.1.2 Mortalidad de niños entre los seis y 11 años

Situación y tendencias

La Convención sobre los Derechos del Niño, a través de su artículo 6°, protege la supervivencia de todos los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, al establecer que “todos los niños y niñas tienen derecho a la vida. Los estados parte garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.” Se ha tratado anteriormente la mortalidad de la primera infancia, señalando que sus principales causas son las afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas; en lo siguiente se abordará la mortalidad de los niños y niñas de seis a 11 años, caracterizada principalmente por accidentes o tumores malignos.

El análisis de la mortalidad en este grupo se efectuó a partir de las estadísticas sobre las principales causas de defunción de 2010 y 2015, proporcionadas por INEGI y Secretaría de Salud (INEGI/SS).²⁰⁷ La Tabla 2.1.1 recopila la información obtenida y presenta las tasas y porcentajes de las principales causas de defunción, así como el total nacional. Esta información muestra que, en el periodo considerado, el país experimentó una disminución en la tasa de mortalidad de niñas y niños entre seis y 11 años, pasando de 24.94 a 22.20 defunciones por cada 100,000 habitantes.

Respecto a las principales causas de mortalidad se observa que, aunque las defunciones por accidentes y tumores malignos han disminuido, en 2015 se siguen manteniendo como las dos principales causas, con 664 y 609 defunciones respectivamente, lo cual constituye 42.63% del total de defunciones (Tabla 2.1.1).

²⁰³ Ver Instituto Federal de Telecomunicaciones - IFT (2015). Estudios sobre oferta y consumo de programación para público infantil en radio, televisión radiodifundida y restringida. México.

²⁰⁴ El Poder del Consumidor (2015). Resultados preliminares del monitoreo de publicidad de alimentos y bebidas en televisión. México.

Disponible en: <http://elpoderdelconsumidor.org/wp-content/uploads/2015/07/PublicidadInfantil-Monitoreo.pdf>

²⁰⁵ La creciente incorporación de las madres al mercado de trabajo, que ha disminuido su tiempo disponible para la crianza de los niños, es un factor que ha generado una dinámica en la que los niños pasan más tiempo frente al televisor, lo cual los expone aún más a la publicidad de alimentos con alto contenido calórico.

²⁰⁶ Algunos estudios realizados en escuelas primarias sugieren que los niños en edad escolar tienen aproximadamente cinco oportunidades para el consumo de alimentos a lo largo de una jornada escolar de 4-5 horas. Esto llegaría a ser el equivalente a 50% de los requerimientos energéticos diarios. Ver Morales-Ruán MC, Shamah-Levy T, Amaya-Castellanos CI, Salazar-Coronel AA, Jiménez-Aguilar A, Amaya-Castellanos MA, Méndez-Gómez Humarán I. Efecto de una intervención en escolares del Estado de México para reducir el sobrepeso y la obesidad. Salud Pública. México. 2014; 56 Suplemento 2:S113-S122.

²⁰⁷ Cifras oficiales definitivas de defunciones, generadas a partir de la información asentada en las actas, certificados y cuadernos de defunciones inscritos en el Sistema Nacional del Registro Civil y Agencias del Ministerio Público. Disponibles en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_defunciones.html

Tabla 2.1.1 Principales causas de defunciones en niñas y niños de 6 a 11 años. Frecuencias, tasas y porcentajes, 2010 y 2015

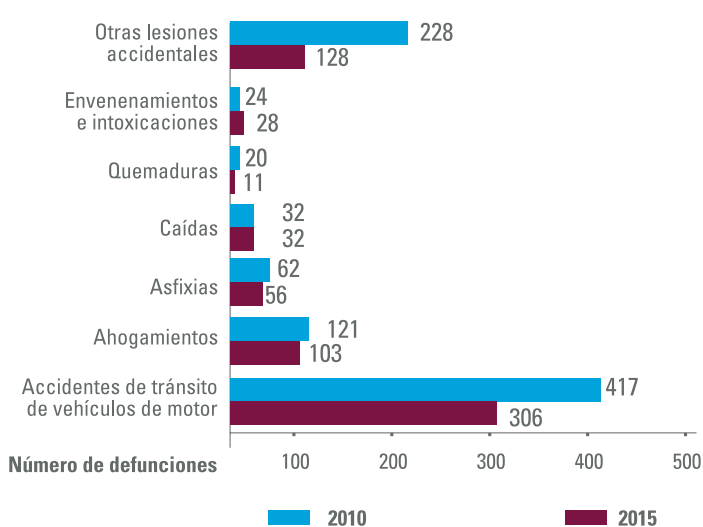
| Causas | 2010 | | | 2014 | | |
|--|-------------|-------|-------|-------------|-------|-------|
| | Defunciones | Tasa* | % | Defunciones | Tasa* | % |
| | 3392 | 24.94 | 100 | 2986 | 22.20 | 100 |
| Accidentes | 903 | 6.64 | 26.62 | 664 | 4.94 | 22.24 |
| Tumores malignos | 621 | 4.57 | 18.31 | 609 | 4.53 | 20.40 |
| Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas | 258 | 1.90 | 7.61 | 241 | 1.79 | 8.07 |
| Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos | 187 | 1.37 | 5.51 | 167 | 1.24 | 5.59 |
| Neumonía e influenza | 100 | 0.74 | 2.95 | 75 | 0.56 | 2.51 |
| Enfermedades del corazón | 91 | 0.67 | 2.68 | 86 | 0.64 | 2.88 |
| Desnutrición y otras deficiencias nutricionales | 80 | 0.59 | 2.36 | 67 | 0.50 | 2.24 |
| Agresiones (homicidios) | 90 | 0.66 | 2.65 | 93 | 0.69 | 3.11 |
| Epilepsia | 52 | 0.38 | 1.53 | 68 | 0.51 | 2.28 |
| Enfermedades infecciosas intestinales | 53 | 0.39 | 1.56 | 46 | 0.34 | 1.54 |

*Tasa calculada 1/100,000 niños y niñas de 6 a 11 años.

Fuente: Elaboración propia con información de INEGI/SS: Principales causas de defunciones con lista mexicana; CONAPO: Proyecciones de la población 2010-2050, Población a mitad de año para el año 2010 y para el 2015.

Como se puede apreciar en el gráfico 2.1.2, los accidentes de tránsito de vehículo de motor constituyen la principal causa de lesiones accidentales que afectan a este grupo poblacional. En 2015, un total de 306 niños entre seis y 11 años fallecieron por esta causa: 32.4% eran peatones, 20.3% ocupantes de vehículos automotores, 2% motociclistas y 1% ciclistas. Las y los niños corren más riesgo como peatones, debido a que su desarrollo físico y cognitivo no está completamente adaptado para tomar decisiones al utilizar la vía pública y necesitan supervisión estrecha. Entre de las lesiones accidentales, siguen en importancia los ahogamientos (103 defunciones), asfixias (56), caídas (32), envenenamientos e intoxicaciones (28) y quemaduras (11).

Gráfico 2.1.2. Defunciones por lesiones accidentales en niñas y niños de 6 a 11 años por tipo de causa. Frecuencias, 2010 y 2015



Fuente: Elaboración propia con información de INEGI/SS: Clasificación CIE-10.

De acuerdo con la información de INEGI/SS mostrada en la Tabla 2.1.2, las edades de seis y siete años son las que presentan una mayor ocurrencia de defunciones por accidentes. Respecto a los estratos rurales/urbanos, entre la niñez urbana acontece alrededor del 66% de defunciones por accidentes. Sin embargo, considerando el tamaño de población, se infiere que las tasas de defunciones por accidentes para las niñas y niños de seis a siete años de edad son superiores en el sector rural. Esto puede explicarse en parte por una menor disponibilidad y eficacia de los servicios pre-hospitalarios y de los servicios de urgencia en las áreas rurales, así como una mayor demora en la atención, debida a la lejanía del servicio de salud.

Tabla 2.1.2. Defunciones por accidentes de acuerdo con estrato rural-urbano y edad. Frecuencias y Tasas, 2010

| Defunciones por accidente | Edad (años) | | | | | | Total |
|------------------------------|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | |
| Número de defunciones | | | | | | | |
| Rural | 32 | 38 | 30 | 36 | 37 | 37 | 210 |
| Urbana | 92 | 79 | 69 | 59 | 70 | 70 | 439 |
| No especificado | 7 | 2 | 1 | 0 | 2 | 3 | 15 |
| Población Censo 2010 | | | | | | | |
| Rural | 574,224 | 577,078 | 597,686 | 607,486 | 637,001 | 556,221 | 3,549,696 |
| Urbana | 1,614,124 | 1,613,904 | 1,661,192 | 1,637,064 | 1,703,031 | 1,539,552 | 9,768,867 |
| Tasa de accidentes* | | | | | | | |
| Rural | 5.57 | 6.58 | 5.02 | 5.93 | 5.81 | 6.65 | 5.92 |
| Urbana | 5.70 | 4.89 | 4.15 | 3.60 | 4.11 | 4.55 | 4.49 |

*Tasa calculada 1/100,000 niños y niñas en 2010 en la edad correspondiente.

Fuente: Elaboración propia con información de INEGI: Censo de Población y Vivienda 2010, Consulta interactiva de datos; INEGI/SS: Principales causas de defunciones con lista mexicana.

Respuesta institucional

El Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CENSIA) es el organismo encargado del establecimiento, difusión y evaluación de las políticas nacionales, así como de las estrategias, lineamientos y procedimientos en materia de atención a la salud de la infancia y la adolescencia. Como respuesta a las altas tasas de defunción por accidentes y tumores malignos, el CENSIA ha establecido estrategias y programas dirigidos a la disminución de sus causas: la Estrategia de prevención de accidentes en el hogar en las niñas y niños menores de 10 años y el Programa de cáncer en la infancia y la adolescencia.



Por un lado, la estrategia a nivel nacional para la prevención de accidentes en el hogar y la atención inicial de las urgencias pediátricas, liderada por el Sistema Nacional de Salud, fue implementada en el 2011, con el objetivo de contribuir a la disminución de la morbilidad por accidentes en el hogar en niños menores de 10 años, mediante estrategias intersectoriales dirigidas a la promoción, prevención y educación de la población. Entre las actividades de esta estrategia están la capacitación sobre prevención de accidentes en el hogar (tanto al personal de salud como a los cuidadores de niñas y niños) y el mejoramiento de la calidad de la atención médica en el primer nivel de atención, para pacientes pediátricos accidentados.²⁰⁸

Por otro lado, el Programa de acción específico cáncer en la infancia y la adolescencia 2013-2018 tiene el objetivo de favorecer el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno y universal para niñas, niños y adolescentes con este padecimiento. Entre sus estrategias se encuentran el fortalecimiento del *Consejo nacional para la prevención y tratamiento de cáncer en la infancia y adolescencia* y de los respectivos consejos estatales; la capacitación del personal de salud; la difusión de información sobre el cáncer; la generación de estadísticas sobre este padecimiento en niños menores de 18 años a nivel nacional y estatal; la implementación y uso de sistemas de información relacionados con el cáncer en la infancia y adolescencia y el apoyo al programa Sigamos Aprendiendo en el hospital, dirigido a pacientes de estancia prolongada.²⁰⁹

En 2015, la Secretaría de Salud contó con 60 unidades médicas acreditadas para la atención de pacientes menores de 18 años con cáncer; asimismo, realizó 1.9 millones de exploraciones de fondo de ojo en niños menores de cinco años para la detección oportuna de retinoblastoma y tumores del sistema nervioso central, e impartió 1.8 millones de pláticas sobre detección de signos y síntomas de sospecha de cáncer a padres o tutores. Además, capacitó a 7,200 médicos pasantes de servicio social en la detección de signos y síntomas de sospecha de cáncer en niños menores de 18 años, y a 5,702 médicos en contacto con pacientes sobre diagnóstico oportuno. También avanzó en el registro nacional de cáncer en niños y adolescentes, al consolidarse la información al año 2015 con un total de 16,953 casos.²¹⁰

²⁰⁸ CENSIA (2015). Lineamientos para la Estrategia de Prevención de Accidentes en el Hogar en el Menor de 10 años.

²⁰⁹ Secretaría de Salud (2013). Programa de acción específico cáncer en la infancia y la adolescencia

²¹⁰ CENSIA (2015). Informe de Desempeño. México.

Principales desafíos

Los accidentes, especialmente los de tráfico, son la principal causa de muerte de niñas y niños entre seis y 11 años en México que, pudiendo ser prevenidos, cobran la vida de un número injustificable de niños y niñas en el país. A nivel mundial, alrededor de 500 niños mueren cada día en el trayecto de sus hogares a la escuela, parques de juego o casas de familiares o amigos.²¹¹ En América Latina, la relevancia de este tema es clara, en tal medida que se ha insistido en que los accidentes de tráfico presentan desafíos importantes en materia de políticas públicas: por ejemplo, la restricción vehicular en algunas zonas durante los fines de semana para permitir a los niños y niñas jugar en la calle, las mejoras al transporte público, la reglamentación del transporte escolar y la instalación de semáforos.²¹²

En México, la Secretaría de Salud plantea que para disminuir las muertes, la discapacidad y las lesiones ocasionadas por accidentes viales son necesarios los observatorios estatales de lesiones, mejoramiento y estandarización del registro de indicadores de seguridad vial, un marco jurídico con una correcta aplicación, la implementación de programas integrales y multisectoriales para su prevención, así como el mejoramiento de los servicios de atención prehospitalaria de urgencias médicas.²¹³

En relación con los accidentes acontecidos en el hogar, las estrategias se han orientado principalmente a acciones de educación. Sin embargo, existe evidencia internacional que indica que la aplicación de otras estrategias resultaría de mayor eficacia, por ejemplo las medidas legislativas, la promoción de dispositivos de seguridad y las visitas domiciliarias. Estas últimas, realizadas por enfermeras pediátricas a familias con riesgos altos de lesiones, han sido utilizadas para mejorar el entorno del hogar y prevenir problemas de comportamiento en los niños y niñas, lo que a su vez se ha asociado con un menor riesgo de algunos tipos de lesiones, como las caídas. De tal manera, un desafío en este campo es el desarrollo de metodologías que permitan determinar la seguridad de una vivienda, identificar factores de riesgo y definir estrategias de prevención de lesiones en el hogar, de acuerdo con el contexto geográfico, social, económico y cultural de la población mexicana.²¹⁴

Respecto a la segunda causa de mortalidad en los niños y niñas de seis a 11 años - los tumores malignos - se han señalado importantes desafíos, como la necesidad de estudios epidemiológicos de estas enfermedades para conocer su etiología y establecer acciones preventivas, y también un mayor número de especialistas,²¹⁵ ya que en algunos estados existe un sólo oncólogo, lo cual repercute en una carga de trabajo excesiva: por ejemplo, en 2014 había sólo 183 oncólogos pediatras certificados en México.²¹⁶ Por último, también se considera un desafío la creación de un registro nacional de cáncer, para investigar el comportamiento de la incidencia y la sobrevivencia de niños y niñas con cáncer en el país.²¹⁷

2.1.3 Otros temas de supervivencia

La supervivencia en la niñez de seis a 11 años está condicionada también por enfermedades que tienen mayor prevalencia en la primera infancia, como las infecciones respiratorias agudas (IRA) y la anemia; ya que por un lado, las IRA, aunque no cobran tantas vidas en esta etapa como en las edades tempranas, persisten como problemas relevantes de salud. Al respecto, la neumonía e influenza ocupan el quinto lugar en la lista de principales causas de mortalidad de este grupo de edad, con 102 defunciones en 2014, equivalentes a 3.3% del total de muertes (Ver Mortalidad Infantil en la Niñez de seis a 11 años, supra). Información de la ENSANUT 2012 indica que la prevalencia de IRA fue de 37.3% en las niñas y niños de cinco a nueve años. La capacitación de los padres o cuidadores para acudir de forma oportuna a los servicios de salud en caso de signos de alarma es una acción recomendada para la disminución de los casos de IRA en este grupo etario.²¹⁸

Por otro lado, la anemia se presentó en 1.7 millones de niñas y niños de cinco a 11 años, correspondientes a 10.1% de la población en esta edad, según información de la ENSANUT 2012. Al respecto, se ha señalado la necesidad de reforzar la orientación alimentaria dirigida a fomentar el consumo de una dieta alta en hierro y otros nutrientes, especialmente entre las niñas para las cuales, al llegar a la adolescencia, el problema puede incrementarse debido a la pérdida de hierro asociada con la menstruación.²¹⁹

²¹¹ INEGI (2015). Estadísticas a propósito del día mundial en recuerdo de las víctimas de los accidentes de tráfico. México.

²¹² Born, D., Colamarco, V., Delamonica, E., Minujin, A. (2013). Infancia urbana en América Latina: disparidades, desafíos y posibles soluciones. *Desafíos, Boletín de la Infancia y la Adolescencia sobre el avance de los objetivos del milenio*. UNICEF/CEPAL. 16, pp. 4-9.

²¹³ Secretaría de Salud (2014). Programa de Acción Específico Seguridad Vial 2013-2018. México.

²¹⁴ Hidalgo, E. (2014). Lesiones no intencionales en el hogar. p. 107-132. En Hijar Medina, M. (Ed.) *Los Accidentes como problema de salud pública en México: Retos y Oportunidades*. CONACYT, Documentos de Postura. México.

²¹⁵ Rivera-Luna, et al. (2015). El niño de población abierta con cáncer en México - Consideraciones epidemiológicas. *Anales Médicos Asociación Médica Hospital ABC*; 60 (2). México. Señala que se ha reportado a nivel internacional que existe una relación entre la leucemia y la exposición a pesticidas y órganos fosforados, por lo tanto, la población infantil de áreas rurales expuesta a estos compuestos podría ser susceptible a esta enfermedad.

²¹⁶ Idem.

²¹⁷ Escamilla-Santiago, R.A. (2012). Tendencia de la mortalidad por cáncer en niños y adolescentes según grado de marginación en México (1990-2009). *Salud Pública de México*. México. 54(6), 587-594.

²¹⁸ Díaz Ortega, J.L., Ferreira, E., García, L., Trejo, B., Téllez Rojo, M.M., Gutiérrez, J.P., Y Hernández Avila, M. (2012). Infecciones respiratorias agudas en niños: inmunizar a tiempo y educar la respuesta. Documentos analíticos ENSANUT. México.

²¹⁹ Gutiérrez, J.P. et al. (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. 2a. ed. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

Otro tema relacionado con la supervivencia en este grupo etario es el embarazo de niñas y adolescentes. Éste, además de ser un problema social y de falta de atención en el ejercicio de derechos, es también un problema de salud pública, ya que afecta la salud tanto de esas niñas y adolescentes como la de sus hijos e hijas; se asocia también a niveles de mortalidad materna más elevados que en mujeres mayores, así como a una alta prevalencia de abortos en condiciones inseguras.²²⁰ De acuerdo con las estadísticas de natalidad del INEGI, en el 2014 ocurrieron 435 nacimientos en niñas de 10 y 11 años. Considerando el lugar de residencia de la madre, los estados con mayor incidencia de este fenómeno fueron Baja California (102 casos), Guerrero (43) y Sinaloa (53).²²¹

La Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA), en su artículo 50, destaca la coordinación de los diferentes niveles de gobierno para el establecimiento de medidas tendientes a la prevención de embarazos de las niñas y adolescentes. Al respecto, en 2015 el gobierno federal presentó la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA), con el objetivo de reducir el número de embarazos adolescentes en el país. Para las niñas y adolescentes en edades de 10 a 14 años, la meta para el 2030 es la reducción a cero de embarazos y nacimientos.

En materia de salud, la ENAPEA busca garantizar el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos e incrementar la demanda y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Asimismo, la intervención temprana con medidas preventivas - como educación sexual integral conforme a la edad en las niñas y adolescentes de 10 a 14 años - ha sido señalada como una acción con resultados positivos.²²²

Es importante mencionar que se puede asumir que la mayoría de los embarazos en estas edades son producto de violencia sexual.²²³ Asimismo, la formulación de políticas para prevenir los embarazos podría ser más efectiva si existiera mayor información sobre las necesidades, las vulnerabilidades y los desafíos a que se enfrentan las niñas y adolescentes, misma que podría ser recabada a través de encuestas para este grupo de edad en particular.²²⁴ (Para más información sobre la respuesta institucional y los principales desafíos de embarazo en adolescentes ver la sección Embarazo adolescente).

2.2 El derecho al desarrollo

2.2.1. La educación: ingreso, cobertura, asistencia, eficiencia terminal, logro educativo y abandono escolar

Situación y tendencias

Como se mencionó en apartados anteriores, en el ciclo escolar 2016-2017 el Sistema educativo nacional (SEN) atendió en educación primaria²²⁵ a 14.1 millones de estudiantes. En México, la tasa neta de escolarización es de 98.7%.²²⁶ Por otra parte, el abandono escolar y la reprobación son menores al 1%, y la eficiencia terminal es de 98.7% (Tabla 2.2.1).

Tabla 2.2.1. **Indicadores educativos de la modalidad escolarizada (porcentajes)**

| Indicador educativo | 2013-2014 | 2014-2015 ^{1/} |
|---|-----------|-------------------------|
| Abandono escolar | 0.8 | 0.7 |
| Reprobación | 0.8 | 0.7 |
| Eficiencia terminal | 96.8 | 98.2 |
| Tasa de terminación ^{2/} | 110.4 | 105.4 |
| Cobertura (6-11 años) ^{2/} | 108 | 106.5 |
| Tasa neta de escolarización (6-11 años) ^{2/} | 99.4 | 98.6 |

1/ Cifras estimadas en abandono escolar, reprobación, eficiencia terminal y tasa de terminación.

2/Calculadas con proyecciones de población de CONAPO, versión abril 2013.

Fuente: SEP/DGPyEE. Formatos 911

Es importante destacar que, aunque se tenga una cobertura²²⁷ superior al 100% en este nivel educativo, aún existen niños y niñas que no asisten a la escuela, situación que se acentúa conforme los estudiantes avanzan en su trayectoria, como puede observarse en el siguiente esquema:

²²⁰ Gobierno de la República (2015). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente.

²²¹ INEGI, Consulta Interactiva de Datos. Registros Administrativos, Estadísticas de Natalidad. Consultado el 26 de julio de 2016.

²²² UNFPA (2013). Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes.

²²³ Save the Children (2016). Embarazo y Maternidad en la Adolescencia: Estado de las Madres en México. México.

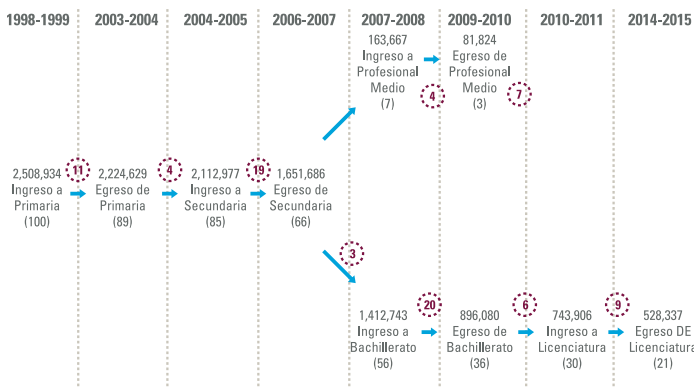
²²⁴ UNFPA (2013). Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes.

²²⁵ La edad normativa para asistir a este nivel educativo es de seis a 11 años.

²²⁶ Del número de estudiantes inscritos en un nivel educativo al inicio del ciclo escolar del rango de edad correspondiente a dicho nivel educativo (seis a 11 años en el caso de primaria), por cada 100 en el mismo grupo de edad de la población, se obtiene el indicador de tasa neta de escolarización. Este indicador se calcula con las proyecciones de población de CONAPO versión 2013. Disponible en :http://fs.planeacion.sep.gob.mx/estadistica_e_indicadores/principales_cifras/principales_cifras_2012_2013_bolsillo.pdf

²²⁷ Cobertura (Tasa bruta de escolarización): Número total de estudiantes inscritos en un nivel educativo al inicio del ciclo escolar, por cada 100 del grupo de población con la edad reglamentaria para cursar ese nivel. Este indicador se calcula con las proyecciones de población de CONAPO versión 2013.

Gráfico 2.2.1. Modelo de tránsito escolar en el sistema educativo escolarizado²²⁸



Fuente: SEP/DGPpyEE. Principales cifras 2014-2015.

En 2016, del total de la población menor de 18 años, 51.1% se encontraba en situación de pobreza, del cual 9.0 % (3.6 millones) estaba en pobreza extrema.²²⁹ Esta última se traduce en menores niveles de bienestar, en trabajo infantil y en la falta del ejercicio pleno de otros derechos, como salud, educación de calidad, participación activa en la sociedad y desarrollo pleno en un contexto libre de violencia. En materia educativa, los niños y niñas que viven en situación de pobreza, pertenecen a un grupo indígena y/o aquellos que tienen alguna discapacidad son quienes tienen mayores dificultades para el ejercicio de su derecho a una educación de calidad.

Adicionalmente, los niños y niñas en contextos menos favorecidos ingresan tardíamente a la escuela y/o acumulan años de extraedad esto es, estudiantes que cursan un grado escolar con un desfase de dos años o más respecto de la edad normativa para cursarlo;²³⁰ por ejemplo, se considera extraedad cursar el primer grado de primaria a los ocho años de edad, dos años después de la edad normativa para hacerlo. Esta situación compromete aún más su permanencia en el SEN.

La Encuesta Intercensal 2015 reporta que, en el periodo del levantamiento, 261,076 niñas y niños entre seis y 11 años —la edad normativa para cursar la primaria— no asistían a la escuela (cantidad que representa alrededor de 2% del total de la población en este grupo etario, incluidos quienes tampoco asisten al nivel preescolar o a secundaria).²³¹

Al desagregar las cifras de la misma fuente, es posible ver que 2% de los niños y niñas indígenas en edad de acudir a la escuela primaria no asiste. Entre la población indígena, la asistencia escolar es más baja en los niños y niñas monolingües hablantes de lengua indígena (HLI). A su vez, entre niños y niñas indígenas monolingües, los porcentajes más bajos de asistencia se encuentran entre la población de 6 a 11 años de edad, (las edades de inicio y conclusión de la educación primaria).

En esta misma situación se encuentra un 1.7% de quienes residen en zonas rurales,²³² mientras que entre los niños y niñas que viven en zonas urbanas este porcentaje disminuye a 1.6%.

Los anteriores porcentajes no exponen diferencias significativas de acuerdo al lugar de residencia de niños y niñas;; en cambio, destaca el hecho de que en los hogares de menor ingreso el porcentaje de niños y niñas fuera de la escuela (NFE) es de 1.43%, toda vez que en el quintil de ingreso más alto no hay niños en esta condición.

En cuanto a los niños y niñas con alguna discapacidad, 24.8% de ellos no asiste a la escuela.

Tabla 2.2.2. Tasa de asistencia escolar por edad de los 6 a los 11 años según subpoblaciones (2015)

| Edad | Población total | Población indígena autoadsrita | Población no indígena (CDI)* | Población indígena (CDI)* | Población hablante de lengua indígena | Población HLI monolingüe | Población afrodescendiente /afromexicana |
|------|-----------------|--------------------------------|------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--|
| 6 | 97 | 96.4 | 97.2 | 95 | 92.7 | 87.6 | 98.5 |
| 7 | 97.7 | 97.6 | 97.8 | 96.7 | 95.8 | 92.2 | 98.2 |
| 8 | 98 | 97.9 | 98.1 | 97.2 | 96.6 | 93.4 | 98.6 |
| 9 | 98 | 98 | 98 | 97.7 | 97.2 | 93.8 | 97.9 |
| 10 | 97.8 | 97.6 | 97.9 | 97.2 | 96.5 | 92.3 | 97.9 |
| 11 | 97.8 | 97.6 | 97.9 | 97.1 | 96.2 | 90.5 | 97.8 |

* Se adoptó el criterio de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), de acuerdo con el cual se considera población indígena a todas las personas que forman parte de un hogar indígena, más a las personas que declararon hablar alguna lengua indígena y que no forman parte de estos hogares. Un hogar indígena es aquel donde el jefe(a) de hogar, su cónyuge y/o alguno de los ascendientes declaró ser hablante de lengua indígena.

Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta Intercensal 2015.

²²⁸ El modelo refleja el comportamiento de cada 100 estudiantes que iniciaron su educación primaria en el ciclo escolar 1998-1999, y sigue su trayectoria hasta estimar cuántos lograron terminar estudios superiores en el ciclo escolar 2014-2015. En la representación del modelo, las cifras dentro de los círculos señalan el número de estudiantes que abandonaron temprano o definitivamente sus estudios.

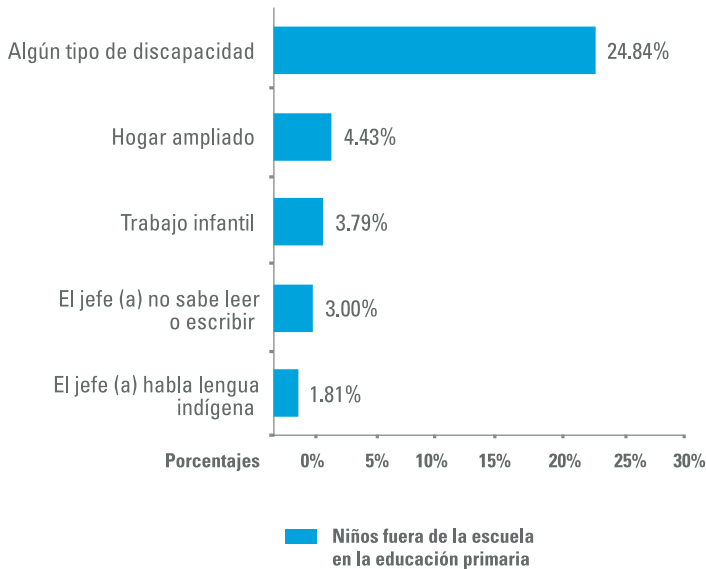
²²⁹ CONEVAL, (2017). CONEVAL informa los resultados de la medición de la pobreza 2016. Comunicado de prensa No. 09. México, 30 de agosto de 2017. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/Comunicado-09-Medicion-pobreza-2016.pdf>

²³⁰ INEE (2010) Panorama Educativo de México 2010. México. Disponible en: http://www.inee.edu.mx/bie/mapa_indica/2010/PanoramaEducativoDeMexico/AT/AT02/2010_AT02_b-vinculo.pdf

²³¹ Las estadísticas de la SEP en el caso de este nivel educativo muestran que el porcentaje de asistencia es de 102.1% en el ciclo escolar 2014-2015. La razón principal es que el denominador resulta ser menor que la cantidad matriculada, debido a que la población (o el denominador) es tomada de las proyecciones de la población de CONAPO.

²³² Cálculos realizados a partir de la ENIGH 2012.

Gráfico 2.2.2. Características de los hogares de los niños y niñas que no asisten a la escuela en edades de 6 a 11 años



Nota: los datos correspondientes al tipo de hogar y escolaridad de los padres provienen del Censo; los de jefatura del hogar, lengua indígena y saber leer o escribir provienen de la ENIGH 2012.

Fuente: Elaboración propia con base en el Censo 2010 y en la ENIGH 2012.

Las principales características de los niños y niñas fuera de la escuela (NFE) en edad de asistir a la educación primaria (seis a 11 años de edad) son:

- El porcentaje de inasistencia es ligeramente mayor entre los niños (1.6%) que entre las niñas (0.6%).
- La inasistencia de niños y niñas se relaciona con el tipo de estructura familiar,²³³ el nivel de escolaridad de los padres y con la condición de alfabetismo (saber leer y escribir) del jefe o jefa de familia, en cuyos hogares 3% de niños y niñas no asiste a la escuela.
- Los hogares nucleares, en comparación con los que presentan otra estructura familiar, registran otros arreglos familiares, registran los menores porcentajes de NFE (2.89%).
- Entre los hogares con jefatura femenina, el porcentaje de NFE (1.4%) es mayor respecto de los hogares con jefatura masculina, donde el porcentaje de NFE es de 1%.

- Entre los residentes de áreas rurales, el porcentaje de NFE es mayor (4.58%) que en las zonas urbanas (3.82%).
- Entre niñas y niños indígenas, con valores similares en ambos sexos, el porcentaje de NFE mantiene una diferencia de 0.8 puntos porcentuales, que beneficia a quienes no son indígenas: 2.09% de niñas y niños indígenas no asisten a la escuela frente a 1.26% de niños y niñas que no son indígenas.
- Utilizando los datos del Módulo de Trabajo Infantil (MTI) para hacer inferencias entre la asistencia escolar y la condición de trabajo infantil, se observa que en 2013 un 3.8% de niños de entre seis y 11 años que realizaron alguna actividad laboral no asistieron a la escuela. El porcentaje de niñas en esta condición es de 3.6, mientras que el de niños es de 3.9.

Del total de niños y niñas fuera de la educación primaria reportados por la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 2012 (131,949) y de los que se identificó en qué momento abandonaron la escuela, 67% no tenía escolaridad alguna. Esto significa que siete de cada 10 niños de entre seis y 11 años de edad que no asisten a la escuela nunca han asistido. De los niños y niñas que han alcanzado hasta el tercer grado de la primaria, solamente 4% prosiguió al 5° o 6° grado. El promedio de escolaridad o grados escolares alcanzados no presenta diferencia por sexo.

Tabla 2.2.3. Niños y niñas de 6 a 11 años fuera de la escuela según años de escolaridad aprobados en primaria

| Años de escolaridad aprobados | Total | | Niños | | Niñas | |
|-------------------------------|----------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|
| | Núm. | Porcentaje | Núm. | Porcentaje | Núm. | Porcentaje |
| Sin escolaridad | 89,052 | 67.49 | 60,224 | 65.03 | 0 | 0 |
| Preescolar | | 0 | | 0 | | 0 |
| 1° Primaria | 24,001 | 18.19 | 21,859 | 23.6 | 2,142 | 20.38 |
| 2° Primaria | 5,790 | 4.39 | 253 | 0.27 | 5,537 | 52.67 |
| 3° Primaria | 2,655 | 2.01 | 689 | 0.74 | 1,966 | 18.7 |
| 4° Primaria | 8,106 | 6.14 | 8,106 | 8.75 | | 0 |
| 5° Primaria | 1,478 | 1.12 | 1,478 | 1.6 | | 0 |
| 6° Primaria | 867 | 0.66 | | 0 | 867 | 8.25 |
| Total | 131,949 | 100 | 92,609 | 100 | 10,512 | 100 |
| Promedio | | 5.93 | | 6.74 | | 2.31 |

* Promedio de años de escolaridad de los que alguna vez asistieron a la escuela (no incluye las categorías "sin escolaridad" y "preescolar").

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de ENIGH 2012.

²³³ Al respecto, López y Tedesco afirman que el conjunto de activos con los que cuentan las familias se constituye en un punto central para que los niños logren un adecuado aprovechamiento de la experiencia escolar o que, por el contrario, se vean expulsados del sistema. La composición del grupo familiar, la trayectoria social y educativa de sus miembros adultos y su capital social son factores determinantes, al igual que los factores que conforman un clima cultural, axiológico y educativo en las familias donde los niños crecen. Ver Lopez, N. Y Tedesco, J. C. (2002). Las condiciones de educabilidad de los niños y adolescentes en América Latina, Documento para Discusión, Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación, Buenos Aires.

En cuanto al logro educativo, los primeros resultados del Plan Nacional para las Evaluaciones de los Aprendizajes (PLANEA)²³⁴ indican que la mayoría de los niños, niñas y adolescentes de 6° de primaria se encuentran en los niveles inferiores (I y II) en Lenguaje y Comunicación. Esta brecha se acentúa en los niños y niñas que estudian en escuelas comunitarias e indígenas, en las cuales sólo cuatro de cada 100 niños logran comprender textos argumentativos como artículos de opinión (Nivel III), o pueden realizar inferencias como interpretar el sentido de una metáfora en una fábula (Nivel IV). Cabe destacar que la situación mejora en gran medida para las escuelas generales públicas.

Tabla 2.2.4. **Resultados en Lenguaje y Comunicación de 6° de primaria según tipo de escuela (porcentajes)**

| Tipo de escuela | N I (%) | N II (%) | N III (%) | N IV (%) |
|--------------------|---------|----------|-----------|----------|
| Promedio Nacional | 49.5 | 33.2 | 14.6 | 2.6 |
| Indígenas | 80 | 16 | 3.7 | 0.3 |
| Comunitarias | 67.9 | 26.7 | 4.6 | 5.4 |
| Generales públicas | 51.6 | 34.1 | 12.7 | 1.6 |
| Privadas | 13.3 | 33.9 | 38.9 | 13.9 |

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de PLANEA 2015.

Adicionalmente, las investigaciones relacionadas con los niños y niñas fuera de la escuela²³⁵ permiten identificar los factores asociados con los procesos que generan la exclusión educativa: por ejemplo, factores individuales (desempeño escolar, motivación y esfuerzo del alumno), factores sociales y culturales (origen étnico, familia, costumbres, condiciones de vida) y factores propios del sistema educativo (escuela, maestros y pedagogía, entre otros).

Al analizar la trayectoria escolar de los niños, niñas y adolescentes se identifican elementos de riesgo que llevan paulatinamente a la salida de los estudiantes de la escuela. Los factores que se producen dentro del contexto escolar deben ser tomados en cuenta y monitoreados desde el mismo sistema educativo, ya que son probablemente aquellos en los cuales es posible tener una mayor injerencia y, por tanto, un mayor impacto en la prevención del abandono escolar.

El Formato 911 de la SEP permite calcular un conjunto significativo de variables de la trayectoria escolar; entre ellas destaca la condición de extraedad de los estudiantes, definida como el número de estudiantes que cursan un grado escolar con un desfase de dos años o más respecto de la edad normativa para cursarlo. La extraedad puede ser producto del ingreso tardío a la escuela o de la repetición de grados de los estudiantes cuyo bajo desempeño escolar no les permite acceder al siguiente grado. En otras palabras, se trata de un atributo de quien, teniendo una trayectoria que no cumple con el estándar normativo del sistema educativo, permanece en la escuela y repite grados escolares. Es muy importante dar seguimiento a quienes han reprobado, pues la repetición temprana puede ocasionar el abandono escolar en niveles superiores.²³⁶

Si bien los resultados muestran que en cada grado predominan los estudiantes con edades idóneas — o con una extraedad de un grado — aún existe una proporción que presenta dos o más años de extraedad, a la que se considera grave porque implica un mayor riesgo de abandono escolar. En el ciclo escolar 2015-2016 en esta condición se encontraba 1.8% de los estudiantes de educación primaria, 3.3% de secundaria, y 13.5% de estudiantes en educación media superior.²³⁷ Esta condición empeora en las primarias indígenas y comunitarias, donde la extraedad grave asciende a 6% y 8%, respectivamente, frente a las primarias generales, donde la cifra es 1.5%.²³⁸

La siguiente tabla muestra el número de estudiantes con uno o más años de extraedad en primaria durante el ciclo escolar 2014-2015.

Tabla 2.2.5. **Estudiantes matriculados en primaria con uno o más años de extraedad. Ciclo escolar 2014-2015**

| Edad | Hombres | Mujeres |
|------|---------|---------|
| 12 | 193,451 | 136,271 |
| 13 | 54,526 | 33,755 |
| 14 | 16,454 | 9,911 |
| 15 | 6,131 | 5,032 |

FUENTE: SEP Formato 911 para datos de matrícula.

²³⁴ PLANEA es un conjunto de pruebas que la SEP y el Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE) desarrollaron para los últimos grados de la educación básica y media superior. Su propósito es conocer la medida en que los estudiantes logran el dominio de un conjunto de aprendizajes esenciales al término de los distintos niveles de la educación obligatoria, ofrecer información contextualizada para mejorar los procesos de enseñanza en los centros escolares, informar a la sociedad sobre el estado que guarda la educación en términos del logro de aprendizaje de los estudiantes, y aportar a las autoridades educativas información relevante y utilizable para monitorear, planear, programar y operar el sistema educativo y sus centros escolares. Esta prueba se aplicó por primera vez de manera coordinada entre el INEE, la SEP y las autoridades educativas de las entidades federativas en junio de 2015, a los estudiantes de 6° grado de primaria y de 3° de secundaria en educación básica. Para los estudiantes que cursaban el último grado de educación media superior la prueba se aplicó del 17 al 20 de marzo de 2015.

²³⁵ UNICEF (2012). Completar la escuela. Un derecho para crecer, un deber para compartir. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Panamá.

²³⁶ INEE (2015). Panorama Educativo 2014, Secretaría de Educación. México. p. 35.

²³⁷ Ibid, p. 36.

²³⁸ Para los estudiantes matriculados en preescolar, con base en el Formato 911 de la SEP, en el ciclo escolar 2014-2015 se contaron 5,911 niños y 4,957 niñas de seis años de edad que cursaban este nivel educativo .

Respuesta institucional

El Gobierno de México previó al inicio de la administración federal 2012-2018, la necesidad de realizar diversas reformas estructurales en materia educativa, con el fin de mejorar la calidad y equidad, y así contrarrestar las brechas existentes en la educación de los diferentes grupos poblacionales del país. Se hizo necesario necesario elevar a rango constitucional la calidad de la educación, y lograr que los estudiantes tengan mejores maestros, que permanezcan más tiempo en los planteles –para que su formación sea más completa-, que tengan acceso a alimentos sanos y nutritivos, que cuenten con mejores libros de texto y materiales educativos, y que sus escuelas sean dotadas de instalaciones adecuadas y en buen estado.²³⁹

La Reforma Educativa (RE) estableció cuatro prioridades para cumplir con el derecho a la educación de los niños, niñas y adolescentes mexicanos:

- 1) el aprendizaje de los estudiantes;
- 2) la retención e inclusión de estudiantes;
- 3) la normalidad mínima en la operación escolar,²⁴⁰ y
- 4) la convivencia escolar basada en el respeto a los derechos humanos y la igualdad de género.

De acuerdo con los documentos rectores de la RE, esta busca proteger y garantizar el interés superior de niños, niñas y adolescentes de recibir educación de calidad a través de maestros capacitados, escuelas mejor equipadas, escuelas de tiempo completo, directores y supervisores competentes y mejores materiales educativos.²⁴¹

Un cambio de gran relevancia planteado por la reforma y señalado en el Programa Sectorial de Educación²⁴² consiste en colocar a la escuela al centro del sistema educativo, de forma que cuente con atribuciones que le permitan tomar las decisiones que le conciernen. Para ello se debe disponer de los recursos públicos y de los apoyos administrativos que permitan a la escuela organizarse

en torno a su quehacer fundamental y atender las necesidades relacionadas con su quehacer cotidiano, dentro de la normatividad establecida para el sistema educativo nacional. De esta manera, la escuela pública podrá fortalecer su compromiso con el aprendizaje de los estudiantes y desempeñarse como promotora de cambio y de transformación social.

La RE prevé acciones dirigidas, de manera directa o indirecta, al ingreso y permanencia de niños, niñas y adolescentes en el Sistema Educativo Nacional (SEN). Algunos ejemplos son promover el establecimiento de escuelas de tiempo completo (seis a ocho horas diarias),²⁴³ implementar un marco general para una educación de calidad y de normalidad mínima²⁴⁴ y generar incentivos para que el personal docente con buen desempeño sea asignado a escuelas en zonas marginadas,²⁴⁵ entre otros.

Uno de los puntos centrales señalados por la Subsecretaría de Educación Básica (SEB) es el fortalecimiento de un marco federalista para la educación básica. En este sentido, se ha propuesto a las autoridades educativas locales iniciar un camino que enfoque el quehacer de todos los actores del sistema educativo.



© UNICEF México/Giacomo Pirozzi

²³⁹ Para mayor información consultar: <http://www.presidencia.gob.mx/reformaeducativa/#preguntas-frecuentes>

²⁴⁰ La normalidad mínima consiste en que todas las escuelas brinden el servicio educativo durante los 200 días establecidos en el calendario escolar; todos los grupos tendrán maestros todos los días; iniciarán puntualmente sus actividades con la asistencia puntual de todos los estudiantes; los materiales estarán a disposición de cada estudiante y se usarán sistemáticamente; las actividades en las aulas lograrán la participación activa de los estudiantes; todos los estudiantes consolidarán su dominio de la lectura, la escritura y las matemáticas, de acuerdo con su grado educativo. Disponible en: http://www2.usebeq.edu.mx/siise/procap/ktm12/files/uploads/DOCS/Guia_CTE_1a%20sesion_ord_Sept13.pdf

²⁴¹ Idem. Disponible en: <http://www.presidencia.gob.mx/reformaeducativa/#preguntas-frecuentes>

²⁴² Secretaría de Educación Pública (2013). Programa Sectorial de Educación 2013-2018. Gobierno de México. México, p. 9.

²⁴³ Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión (2016). Ley General de Educación, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 13 de julio de 1993. México, Art. 33.

²⁴⁴ Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la UNIÓN (2013). Ley General del Servicio Profesional Docente. Art. 14. México,

²⁴⁵ Ibidem, Art. 36.

La SEB ha definido constituir y consolidar los Comités Técnicos Locales de Educación Básica (CTLEB)²⁴⁶ y la Estrategia Local para el Desarrollo de la Educación Básica como mecanismos para avanzar en la armonización de las políticas federales y locales, en beneficio de la educación básica (incluido el combate al abandono escolar).

De manera particular, en 2015 se iniciaron programas, estrategias y acciones relacionados con la inclusión, la permanencia y la conclusión de estudios de niños, niñas y adolescentes en la escuela. Se pueden clasificar en: 1) los que inciden directamente en la inclusión y permanencia de estudiantes dentro del SEN, y 2) aquellos que se orientan a mejorar la calidad educativa y, por consiguiente, contribuyen a la inclusión y permanencia de niños, niñas y adolescentes en la escuela. En ambos grupos existen programas que pueden atender a uno o más tipos educativos.

Los programas, acuerdos y estrategias que inciden directamente en la inclusión y permanencia de los estudiantes de más de un tipo educativo tienen como objetivo principal contribuir a una mayor cobertura e inclusión a favor de los grupos de la población que cursan educación básica o media superior, para facilitar el acceso, permanencia y egreso oportuno de la población estudiantil. Éste es el caso del Programa Nacional de Becas y del Programa para la Inclusión y la Equidad Educativa (PIIE).

El PIIE transfiere recursos federales (considerados subsidios) a los estados y a la Ciudad de México, para proporcionar apoyos técnicos o financieros orientados a mejorar la cobertura, inclusión y equidad educativa de todos los grupos de la población, así como para mejorar la infraestructura y el equipamiento de instituciones públicas de educación básica (EB), media superior (EMS) y superior (ES) que atienden población en contexto de vulnerabilidad y/o discapacidad. Este programa presenta una cobertura nacional, gracias a lo cual las 32 entidades federativas pueden beneficiarse de estos recursos en la EB, por medio de las autoridades educativas locales, que atienden a niñez en riesgo de exclusión y contexto de vulnerabilidad en escuelas públicas de tipo básico (preescolar, primaria y secundaria) y los servicios educativos públicos multigrado, indígena, migrante,²⁴⁷ especial y telesecundaria.

Entre los programas que se enfocan en la educación básica y tienen como objetivo principal incidir en la inclusión, permanencia y conclusión oportuna de estudiantes en el Sistema Educativo Nacional, se cuentan el Acuerdo 717, Escuelas de Tiempo Completo y la prestación de servicios de educación inicial y básica comunitaria.

El Acuerdo 717²⁴⁸ especifica los lineamientos para formular los programas de gestión escolar: establece que los programas y acciones generados por las autoridades locales para fortalecer la autonomía de gestión de las escuelas deberán cubrir el desarrollo de 10 prioridades y condiciones educativas. La tercera de ellas - disminución del rezago y abandono escolar - se orienta claramente a incrementar el acceso y la permanencia de los y las estudiantes en el SEN.

Dicho acuerdo señala como prioridad el fortalecimiento de los consejos técnicos escolares y de zona.²⁴⁹ Estos últimos son espacios destinados fundamentalmente a planear la Ruta de mejora de cada escuela. En ella se expresarán las decisiones a las que lleguen los colectivos docentes para construir una mejor institución educativa, que tenga en el centro de su actividad a los estudiantes y su aprendizaje y que logre el reconocimiento de la comunidad por la calidad del trabajo y el servicio que ofrece.

La ruta de mejora es el instrumento para organizar la acción de todos los miembros de la comunidad educativa y evitar dispersión de esfuerzos; se busca que no sea un requisito administrativo o sólo un documento o un plan escrito por algunos miembros del plantel -que se realiza antes del inicio de clases y no se recupera a lo largo del ciclo- sino lograr acuerdos y compromisos en torno a la movilización de la escuela hacia la mejora de sus logros y resultados verificables. Se trata de transitar del proceso de planeación hacia la implementación efectiva, seguimiento, evaluación y rendición de cuentas.

De esta forma, cada escuela debe valorar cuánto avanzó en cumplir con la normalidad mínima de operación, en el logro de competencias básicas de lectura, escritura y matemáticas y en abatir el abandono escolar y generar ambientes de convivencia sanos y pacíficos. Esta información es la base para trazar prioridades y una nueva ruta de trabajo o fortalecer la iniciada en el ciclo anterior.²⁵⁰

Adicionalmente, la Secretaría de Educación Pública (SEP) impulsa desde 2016 el desarrollo de un Sistema de Alerta Temprana (SisAT) en apoyo a las escuelas primarias y secundarias del país, como recurso informático que integra un conjunto de indicadores, herramientas y procedimientos mediante los cuales se identifican de manera oportuna los casos de estudiantes en riesgo de rezago o abandono escolar. La instrumentación del SisAT es realizada permanentemente por los consejos técnicos escolares.

²⁴⁶ El Comité técnico local de educación básica es el órgano responsable de coordinar las acciones de los niveles y servicios de la educación básica en cada entidad federativa, y toma decisiones sobre procesos, recursos y resultados, con fundamento en las políticas y en la normatividad correspondiente. Su propósito es dar dirección a la política educativa local, generar sinergias y seguimiento a la gestión de la política para la educación básica mediante el diseño e implementación de la estrategia local que en el marco del Sistema básico de mejora educativa articula las intervenciones de los programas federales (fortalecimiento de la calidad en educación básica, para la Inclusión y equidad educativa, escuelas de calidad, Escuelas de Tiempo Completo, de Escuela segura y Escuelas de excelencia). Puede comprender acciones de otros programas tanto federales (Programa para el desarrollo profesional docente, Programa nacional de becas, etc.), como estatales. Este órgano está integrado por los funcionarios de más alto nivel de los sectores educativos estatales (secretarios, subsecretarios, jefes de nivel en todo el estado, etc.). Idem, p. 40.

²⁴⁷ A partir de 2014, el Programa de educación básica para niños y niñas de familias jornaleras agrícolas migrantes (PRONIM) se integró como un componente del PIIE.

²⁴⁸ Diario Oficial de la Federación (2014). Acuerdo número 717 por el que se emiten los lineamientos para formular los Programas de Gestión Escolar. México. Capítulo ii, apartado 6º.

²⁴⁹ Consejo Técnico de Zona Escolar (CTZ).- Órgano colegiado que se constituye como un espacio propicio para el análisis, la deliberación y la toma de decisiones sobre los asuntos educativos de las zonas escolares. Se integra por el supervisor/(a) y el director/(a) de las escuelas de la zona escolar. Consejo Técnico Escolar (CTE).- Es el órgano integrado por el director/(a) del plantel y el personal docente, así como por los actores educativos que se encuentran directamente relacionados con los procesos de enseñanza y aprendizaje del estudiantado de las escuelas de educación básica. Cuenta con el sustento que le permite tomar decisiones conjuntas para promover la mejora de la escuela, fortalecer los aprendizajes de los estudiantes, construir ambientes de convivencia escolar sana, pacífica y libre de violencia y abatir el rezago educativo y la deserción escolar. Dichas decisiones son organizadas y llevadas a cabo con base en la Ruta de Mejora Escolar. SEP. Reglas de Operación de las Escuelas de Tiempo Completo, p. 3. Disponible en:

<http://basica.sep.gob.mx/tiempocompleto/pdf/reglasop/ReglasOperacion2012.pdf>

²⁵⁰ Diario Oficial de la Federación (2014). Acuerdo número 717 por el que se emiten los lineamientos para formular los Programas de Gestión Escolar. México. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5335233&fecha=07/03/2014. Consultado el 24 de agosto de 2015.

El Programa Escuelas de Tiempo Completo (PETC) busca desarrollar una nueva escuela donde se favorezca la calidad educativa con equidad, al propiciar el avance continuo de los aprendizajes del alumnado a través de la ampliación y el uso eficiente del tiempo escolar, la mejora de las prácticas de enseñanza, el trabajo colaborativo y colegiado, el fortalecimiento de la autonomía de gestión escolar y la incorporación de nuevos materiales educativos. Su objetivo principal es establecer en forma paulatina —y conforme a la suficiencia presupuestal— escuelas de tiempo completo con jornadas de seis a ocho horas diarias, a fin de aprovechar mejor el tiempo disponible para el desarrollo académico, deportivo y cultural. En las escuelas que lo necesiten conforme a sus índices de pobreza, marginación y condición alimentaria, se impulsarán esquemas eficientes para el suministro de alimentos nutritivos al alumnado. Este último punto busca brindar un beneficio que a su vez repercuta en la permanencia de los y las estudiantes en el SEN.

El segundo objetivo específico del programa es contribuir al desarrollo del sistema básico de mejora educativa²⁵¹ mediante la implementación del modelo de tiempo completo. Este sistema es una política de la Subsecretaría de Educación Básica que enfatiza cuatro prioridades educativas: mejora de las competencias de lectura, escritura y matemáticas, normalidad mínima de operación escolar, disminución del rezago y abandono escolar y desarrollo de una buena convivencia escolar, y cuatro condiciones generales: fortalecimiento de la participación social (mediante los consejos escolares de participación social); fortalecimiento de la supervisión escolar; fortalecimiento de los consejos técnicos escolares y de zona, y descarga administrativa.

Si bien el programa operaba desde 2009 orientado hacia escuelas de zonas urbanas, ahora su nuevo enfoque tiene como población objetivo a las zonas rurales, donde se ubican los mayores rezagos en el logro educativo. Cuenta con un indicador en el Programa Sectorial de Educación (PSE), cuya meta para el ciclo escolar 2018-2019 es alcanzar 40,000 escuelas en este nuevo modelo (en 2015 se contaba con 12,000 escuelas). El programa transfiere recursos federales (subsidios) a los estados y a la Ciudad de México para dar apoyos técnicos o financieros.

La prestación de servicios de educación inicial y básica comunitaria se lleva a cabo a través del Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE). El programa de educación inicial y básica para la población rural e indígena brinda apoyos económicos, bienes y/o servicios para propiciar que niños, niñas y adolescentes que viven en localidades de alta y muy alta marginación o de rezago social accedan a servicios educativos acordes con sus necesidades y características, para que permanezcan y concluyan la educación básica. Los bienes y servicios que puede proporcionar son útiles escolares, materiales y auxiliares didácticos, mobiliario escolar para los servicios educativos que ofrece el CONAFE, capacitación para las asociaciones de padres de familia (APF) y formación a las figuras educativas en general, construcción o rehabilitación de espacios educativos y de acuerdo con la disponibilidad presupuestal.

El diagnóstico realizado para formular este programa²⁵² señala que los resultados de la Evaluación Nacional de Logro Académico en Centros Escolares (ENLACE) 2013 mostraron que los servicios educativos que proporcionó el CONAFE estuvieron 24.7 puntos debajo del promedio nacional en el nivel de logro, al menos elemental, en español, y 20 puntos debajo del promedio en matemáticas.²⁵³ Señalan que gran parte de las brechas de aprendizaje, atraso, repetición y abandono se encuentran fuertemente relacionadas con los lugares de residencia, la condición educativa de los padres de familia, el ingreso promedio percibido por ellos y los grupos étnicos a los que pertenecen, entre otras.

Adicionalmente, existen diversos programas sociales a favor de la escolarización, la permanencia escolar y la disminución del rezago educativo. En enero de 2013, el gobierno federal diseñó e implementó la Cruzada Nacional Contra el Hambre como eje de la política de desarrollo social enfocada a la población en pobreza extrema con carencia alimentaria. Éste y ocho programas más forman parte de la estrategia México Sin Hambre, y tienen entre sus objetivos apoyar la permanencia o el retorno al sistema educativo de la población cuyo perfil coincide con los factores considerados como barreras y “cuellos de botella” asociados con la demanda (es decir, la población en situación de pobreza, indígena y que habita en una zona rural). Estos programas son:

- Cruzada Nacional contra el Hambre
- PROSPERA, Programa de Inclusión Social

²⁵¹ Desde el ciclo escolar 2013–2014, la Subsecretaría de Educación Básica ha impulsado el sistema básico de mejora educativa, que tiene como propósito crear mejores condiciones de aprendizaje, a fin de que ninguna niña, niño o adolescente quede fuera de la posibilidad de recibir atención adecuada. Disponible en: <http://basica.sep.gob.mx/ro2015/pdf/RO%20PETC%202015.pdf> [Consultado el 16 de marzo de 2016].

²⁵² SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA (2014). Diagnóstico del Programa E066 Prestación de Servicios de Educación Inicial y Básica Comunitaria, México. Disponible en: http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/5004/1/images/diagnostico_e066.pdf

²⁵³ Secretaría de Educación Pública. Información disponible en: <http://enlace.sep.gob.mx/> Consultada el 22 de marzo de 2016.

- Seguro de Vida para Jefas de Familia
- Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras
- Programa de Escuelas Dignas
- Programa de Acciones Compensatorias para Abatir el Rezago Educativo en Educación Inicial y Básica (PACAREIB)
- Atención a la Demanda de Educación para Adultos
- Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas (PAJA)
- Programa de Apoyo a la Educación Indígena (PAEI)

Entre los objetivos de estos programas se encuentra la realización de acciones afirmativas a favor de la escolarización, de la permanencia en la escuela y de la disminución del rezago educativo.²⁵⁴

Principales desafíos

De acuerdo a los indicadores que se han presentado, la educación de calidad requiere la intervención de factores múltiples y exige la conjugación de los esfuerzos entre maestros, estudiantes, padres de familia y autoridades escolares. Además, para que esto ocurra, se necesitan también espacios dignos, equipamiento, materiales didácticos, planes y programas de estudio y medios que hagan posible la construcción de ambientes escolares en los que prospere el aprendizaje.

Si bien se puede afirmar que la cobertura educativa es casi universal en primaria, y los datos reportan que actualmente el acceso a este nivel educativo es igual para niñas que para niños, aún hay niños y niñas fuera de éste nivel. A nivel federal hay una carencia de mecanismos para ingresar, al igual que para recuperar a los que han salido de manera prematura a fin de que concluyan con éxito la educación básica (y la media superior).

Los indicadores de riesgo de abandono escolar (extraedad, repetición y abandono) han mejorado; sin embargo, aún persisten retos, como disminuir los porcentajes de inasistencia de niños y niñas con alguna discapacidad y de aquellos que habitan en poblaciones indígenas.²⁵⁵ El Programa Nacional de Becas y el Programa para la Inclusión y la Equidad Educativa (PIIE), entre otros, están dirigidos a dar respuesta a estos retos, por lo que los resultados deben ser evaluados para tomar las medidas de continuidad o ajuste correspondientes.

El logro educativo se convierte en el principal desafío para este nivel educativo, como lo evidencian los resultados de PLANEA 2015. El Programa sectorial de educación (PSE) también señala que es indispensable que las autoridades educativas del ámbito federal y estatal se organicen de manera adecuada y trabajen eficazmente, dentro de sus respectivas competencias, para que su actuación gire en torno a las necesidades de la escuela.²⁵⁶

La tarea educativa debe beneficiar a todos los grupos de la población, de lo cual deriva la importancia de fortalecer el principio de inclusión. Aún se observa la necesidad de extender la cobertura para facilitar el acceso a la educación en todos los niveles, lo cual debe ser complementado con acciones que tomen en cuenta las particularidades de los grupos en mayor desventaja que, por razones diversas, enfrentan barreras que impiden su acceso y permanencia en la educación. Además de contemplar la diversidad cultural y lingüística, el Sistema educativo nacional debe considerar los requerimientos de la población con discapacidad y otros factores que limitan el ejercicio de su derecho a una educación de calidad; asimismo, se deben ofrecer opciones a los adultos analfabetas o que no completaron la educación básica.²⁵⁷

No es menos importante que aún existan planteles que carecen de la infraestructura, mobiliario, equipo y materiales educativos necesarios, así como de la asistencia técnica oportuna para que los estudiantes alcancen logros de aprendizaje significativos y duraderos y que los profesores obtengan un desarrollo profesional centrado en la escuela y aún más en los niños y las niñas. Con estos fines se han planteado programas como los aquí señalados, que requerirán consolidarse, sumar esfuerzos y hacer uso de las evaluaciones de impacto realizadas, con el fin de saber si son las mejores estrategias para lograr una educación de calidad.

La detección temprana de los estudiantes en riesgo de abandonar la escuela y las acciones para evitar su salida prematura del SEN son tareas prioritarias. Por lo tanto, el monitoreo de estudiantes en riesgo de abandonar la escuela (por ejemplo, aquellos con uno o más años de extraedad o que no obtienen los logros de aprendizaje acordes con su nivel educativo) debe comenzar desde los primeros años escolares.²⁵⁸ Acciones como éstas deben ser propuestas desde los Consejos técnicos escolares, y deben continuar hasta ser parte de la cultura escolar.

De manera reiterada, el PSE enfatiza que la tarea educativa es responsabilidad de la sociedad en su conjunto: autoridades, maestros, estudiantes, padres de familia, investigadores, organizaciones de la sociedad civil, grupos filantrópicos, a quienes

²⁵⁴ Estos programas atienden a la población escolar comprendida entre los tres y los 14 años de edad, y la mayoría también incluye a adolescentes entre 15 y 17 años.

²⁵⁵ El INEE ha reportado que una de cada 10 mexicanos es indígena. Chiapas, Oaxaca, Puebla, Veracruz y Yucatán concentran más de la mitad de esta población, y en las localidades con una gran presencia de población indígena los estudiantes tienen mayor posibilidad de presentar trayectorias irregulares. En localidades con 40% o más de población indígena, 7.5% de los estudiantes de primaria y 10% de secundaria se encuentran con extraedad grave. Ver INEE (2015). Comunicado de prensa N° 26. México. Disponible en: http://www.inee.edu.mx/images/stories/2015/notas/comunicado_26.pdf. Consultado el 22 de marzo de 2016.

²⁵⁶ Secretaría de Educación Pública (2013). Programa Sectorial de Educación 2013-2018. México. p. 8.

²⁵⁷ Idem. p. 9.

²⁵⁸ UNICEF (2016). Niñas y Niños Fuera de la Escuela, México.

invita a trabajar a favor del mejoramiento educativo del país. UNICEF, en el marco de la iniciativa global por los niños fuera de la escuela, señala la necesidad de articular los esfuerzos del sector educativo con los que realizan los sectores de protección social y de salud y nutrición, para atender los desafíos de la inclusión educativa.²⁵⁹

2.2.2 Inclusión educativa de grupos en situación de vulnerabilidad

Situación y tendencias

El ejercicio del derecho de los niños, niñas y adolescentes a una educación de calidad ha tenido importantes avances en el país, sin embargo aún persisten retos importantes, lo cual repercute en niñas, niños y adolescentes en cuanto al ingreso de sus hogares, su lugar de residencia, así como en el nivel de escolaridad de sus padres. En las siguientes páginas se analiza el tema de niñas y niños indígenas, afrodescendientes y con alguna discapacidad.

Las niñas, niños y adolescentes indígenas o con discapacidad presentan las mayores desventajas, como lo muestran los indicadores de asistencia escolar, desempeño académico y rezago educativo. Por su parte, las niñas y niños con discapacidad han sido marginados en el sistema educativo y han experimentado exclusión y discriminación; con frecuencia son ubicados en clases o escuelas diferentes o incluso se les ha negado el acceso a la educación. Además de una menor posibilidad de ir a la escuela y recibir buena atención de salud, son los más vulnerables a la violencia, el abuso y la explotación: cerca del 47% de niñas y niños con discapacidad no asiste a preescolar, 17% a educación primaria y 27% nunca llega a estudiar la secundaria.

Con el levantamiento de la Encuesta Intercensal en 2015, por primera vez en México se cuenta con datos estadísticos sobre la población afrodescendiente: 1.3 millones de personas se autoidentifican como pertenecientes a este grupo (1.2% de la población total), y de este porcentaje 64.9% se autorreconocen también como indígenas, lo cual es un reflejo de la composición multicultural de México. Sin embargo, en el caso de niñas, niños y adolescentes afrodescendientes, aún no existe información desagregada, lo cual impide verificar el grado de cumplimiento de sus derechos, y en particular del derecho a la educación.

La Encuesta Intercensal indica que más de cuatro millones de niños, niñas y adolescentes (14.3% del total de esta población) están fuera de la escuela. Las mayores tasas de inasistencia se presentan en preescolar (35.7%) y en media superior (26.4%): ambos niveles

obligatorios de acuerdo con la legislación mexicana. Uno de los factores de deserción es la diferencia en la calidad de los servicios educativos que atienden a diversos sectores de la población, con particular afectación a las áreas rurales dispersas y urbano-marginales.

En este sentido, si los logros educativos son un desafío importante para las escuelas públicas en general, para las comunitarias e indígenas lo son aún más. Los resultados de PLANEA 2015 evidencian altos porcentajes de insuficiencia en lenguaje y comunicación y en matemáticas, tanto en primaria como en secundaria. La desagregación de los datos evidencia que son las y los niños indígenas de 6° de primaria quienes tienen los resultados más bajos, así como los adolescentes de 3° de secundaria de las escuelas comunitarias, a las cuales asisten los niños, niñas y adolescentes indígenas.

De acuerdo con la Encuesta Intercensal 2015, existen 25.7 millones de personas que se autoidentifican como indígenas en el país pertenecientes a 62 grupos étnicos (21.5% del total de la población); de esta población 21.9% son niñas, niños y adolescentes que se consideran pertenecientes a un pueblo indígena, pero sólo 5.73% de ellos habla alguna lengua indígena.

El promedio de escolaridad de la población hablante de lengua indígena es de 6.2 años en hombres y 5.1 años en mujeres, mientras que la media nacional es de 9.1 años. Esto equivale al nivel de primaria no terminado para el grueso de la población indígena, entre la cual, en general, los niños y niñas dejan de ir a la escuela porque tienen que comenzar a trabajar a una edad temprana: 36% de los niños indígenas de entre seis y 14 años de edad están en esta situación, el doble que el promedio nacional. Otro factor para no asistir a la escuela: el embarazo temprano, pues se observa que existe una diferencia significativa en la tasa de fecundidad de mujeres indígenas (3.1 hijos) y afrodescendientes (2.4) respecto a la media nacional de 2.3 hijos.

Algunos instrumentos internacionales ratificados por México - como la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el Convenio 169 de la OIT y la Declaración de las Naciones Unidas Sobre

²⁵⁹ UNICEF (2012). Completar la escuela. un derecho para crecer, un deber para compartir. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Panamá.

los Derechos de los Pueblos Indígenas, entre otros - definen los estándares mínimos en relación con el derecho a la educación de niños y niñas indígenas, con discapacidad y afrodescendientes. En ellos se promueve la educación inclusiva como parte de un proceso basado en el principio de que cada niño y niña tiene características, intereses, capacidades y necesidades de aprendizaje distintos, y que los sistemas educativos deben estar diseñados (y los programas educativos puestos en marcha) teniendo en cuenta esta amplia diversidad.

El modelo de educación inclusiva, desde el planteamiento de “Educación para Todos” (EPT) tiene en la Declaración de Salamanca (1994) su punto de partida, al reconocerse que la escuela ordinaria debe y puede proporcionar una buena educación a todos los estudiantes, independientemente de sus diferentes aptitudes. Según Susan Bray Stainback,²⁶⁰ un aula inclusiva no acoge sólo a aquellos cuyas características y necesidades se adaptan a las características del aula y a los recursos disponibles, sino que acoge a todos, independientemente de sus características y necesidades. Este enfoque pedagógico está centrado en el niño, en lugar de en la escuela, evitando que sea el niño quien deba adaptarse a ella.

En el Sistema Educativo Nacional, el Programa para la Inclusión y la Equidad Educativa (PIEE) de la Secretaría de Educación Pública concentra los servicios educativos para población indígena, migrante, con discapacidad y para madres adolescentes, pero no incluye a la población afrodescendiente. Su objetivo es “mejorar la inclusión y equidad educativa, con énfasis en retención y egreso oportuno”. El criterio que define a la población objetivo es el de pertenecer a población indígena, migrante, educación especial (personas con discapacidad o aptitudes sobresalientes) y telesecundarias, con prioridad para aquellas que se encuentran ubicadas en los 400 municipios de la Cruzada Nacional contra el Hambre. Además, para las personas con discapacidad algunas escuelas generales de Educación Media Superior y Superior cuentan con Centros de Atención a Estudiantes con Discapacidad (CAED) en casos de vulnerabilidad y discapacidad auditiva, motriz o visual.

Si bien de 2013 a 2016 la SEP ha trabajado con un enfoque de inclusión y equidad, y se han desarrollado acciones como la rehabilitación y equipamiento de más de 60,000 escuelas de educación básica, en lo concerniente a la asignación directa de recursos económicos a las escuelas para favorecer su autonomía de gestión aún falta concretar la propuesta del reciente planteamiento

pedagógico, que propicia que cada escuela defina sus procesos de aprendizaje pertinentes e idóneos, considerando las distintas necesidades y contextos de sus estudiantes.

Principales desafíos

En este contexto, el primer desafío para poder contar con programas que verdaderamente respondan a un enfoque de inclusión educativa es la falta de información estadística sobre estas poblaciones (niños jornaleros migrantes, indígenas, con algún tipo de discapacidad, afromexicanos), ya que desconocer la magnitud de la población de educandos, su ubicación y diversidad limita el reconocimiento de sus necesidades educativas y dificulta la correcta asignación de docentes, la articulación de niveles (preescolar, primaria, secundaria y media superior), y la dotación de materiales y currículos pertinentes.

El segundo desafío es otorgar el servicio educativo con el mismo parámetro a poblaciones diferenciadas (escuelas indígenas, de educación comunitaria, telesecundarias, educación especial y educación para migrantes). Precisamente el enfoque de inclusión educativa se contrapone al del PIEE, que plantea tener escuelas diferenciadas, que seleccionan previamente su alumnado para ajustar una determinada intervención educativa, en vez de tener escuelas que no excluyan, que permitan combatir ideas discriminatorias y que tengan capacidad de adaptación a las diversas características y necesidades de aprendizaje.



²⁶⁰ STAINBACK, S. B. (2001). Components crítics en el desenvolupament de l'educació inclusiva. Dins *Suports. Revista Catalana d'Educació Especial i Atenció a la Diversitat*. Vol. 5, núm. 1. p. 26-31.

Otro desafío respecto a la educación inclusiva en México es que el modelo del SEN reproduce las inequidades del entorno, lo cual es notorio en las escuelas indígenas, comunitarias y de educación especial, que cuentan con menos presupuesto, personal con menor formación y condiciones de infraestructura y equipamiento más limitadas. En consecuencia, sus estudiantes tienen menores logros académicos, lo cual incrementa la extraedad, el rezago y el abandono. Garantizar el acceso no es suficiente, sino que esto requiere acompañarse de currículos pertinentes y de condiciones que refuercen la calidad educativa y que permitan disminuir las brechas en los aprendizajes.

En el marco de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes promulgada en 2014 se prevé el derecho a la educación con base en los estándares internacionales, tomando en cuenta las necesidades específicas y la inclusión educativa de estas poblaciones. Es preciso que el Sistema Nacional de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes (SIPINNA) apoye la sensibilización de los tomadores de decisión sobre la realidad multicultural del sistema educativo, en el marco de las atribuciones federales y estatales.

A partir de lo anterior se pueden diseñar e implementar acciones integrales con un enfoque intergubernamental, que permitan resignificar las culturas, necesidades y saberes presentes en el aula y fortalezcan los aprendizajes, para trabajar a partir de ellos. Asimismo, es necesario que este enfoque integral facilite la articulación de los servicios educativos que puedan adaptarse a poblaciones que no necesariamente se encuentran visibilizadas en el marco jurídico nacional o en las legislaciones estatales, como niñas, niños y adolescentes privados de la libertad, en situación de calle, refugiados y desplazados internos, entre otros.

2.3 El derecho a la protección

2.3.1 Violencia contra niños y niñas

Situación y tendencias

La Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA) reconoce el derecho de niñas y niños a vivir una vida libre de toda forma de violencia y a la protección de su integridad personal, a fin de lograr las mejores condiciones para su bienestar y el libre desarrollo de su personalidad.²⁶¹ También establece una serie de mecanismos para prevenir, atender y sancionar los casos de violencia, que deben ser implementados de manera coordinada por todas las autoridades federales, estatales y municipales.

La carencia de datos a nivel nacional impide estimar la magnitud de la violencia, en sus diferentes formas, en contra de niñas y niños. Si bien en el 2015 los jueces recibieron 20,187 casos de violencia familiar,²⁶² no es posible distinguir en cuántos de ellos las víctimas fueron niñas y niños de seis a 11 años. Durante 2014, los sistemas DIF del país en promedio atendieron diariamente a 152 niñas, niños o adolescentes por probables casos de maltrato infantil, de los cuales 35% fueron por maltrato físico, 27% por omisión de cuidados, 18% por maltrato emocional, 15% por abandono y 4% por abuso sexual, aunque no es posible desagregar esta información por grupo de edad.²⁶³ Por otra parte, la información disponible en las encuestas nacionales sólo reporta datos sobre niñas y niños entre 10 y 17 años. La falta de datos desagregados sobre violencia en contra de niñas, niños y adolescentes, forma parte de una brecha que debe cerrarse para fortalecer la planeación, las políticas, programas y estrategias de intervención y prevención de la violencia en esta población.

De acuerdo con la ENIM 2015, en el país seis de cada 10 niñas, niños y adolescentes de uno a 14 años experimentaron algún método violento de disciplina, y uno de cada dos niñas, niños y adolescentes sufrió alguna agresión psicológica. A pesar de los altos índices de disciplina violenta que reportan haber vivido los niños, niñas y adolescentes encuestados; existen datos que indican que los adultos no aprueban los castigos físicos como métodos disciplinarios (sólo es un 5% de los adultos entrevistados el que considera que los niños necesitan ser castigados físicamente).²⁶⁴

²⁶¹ Estados Unidos Mexicanos (2014). Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Diario Oficial de la Federación. DOF: 04/12/2014, artículo 46°.

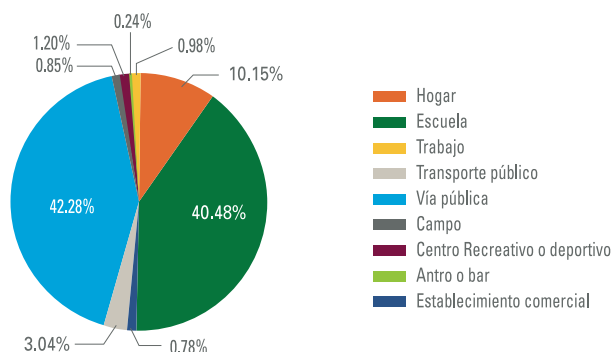
²⁶² INEGI (2016). Censo Nacional de Impartición de Justicia Estatal 2016. México. Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825091583.pdf

²⁶³ SNDIF (2014). Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia, Menores maltratados, Enero-Diciembre, México.

²⁶⁴ Instituto Nacional de Salud Pública-UNICEF (2015). Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015. México.

Por su parte, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012) identifica a la escuela y la vía pública como los entornos donde suceden ocho de cada 10 agresiones contra niñas, niños y adolescentes entre 10 y 17 años.²⁶⁵ El hogar constituye el tercer entorno donde están expuestos a violencia, como se observa en el siguiente gráfico.

Gráfico 2.3.1. Niñas, niños y adolescentes de 10 a 17 años que han sufrido algún tipo de violencia según su entorno, 2012 (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

De acuerdo con la misma ENSANUT 2012, cada entorno presenta diferencias respecto al tipo de agresiones, el género y los grupos etarios:

1) Violencia en el hogar y la familia. De cada 10 niñas, niños y adolescentes entre los 10 y 17 años, uno indicó haber sufrido algún tipo de agresión en el hogar. Las niñas y las adolescentes fueron las más afectadas, ya que representaron siete de cada 10 víctimas. Respecto al tipo de agresión, se registró que los niños y adolescentes varones sufrieron mayormente heridas por armas de fuego y empujones que los expusieron a lesiones graves, mientras que las niñas y adolescentes mujeres sufrieron principalmente agresiones verbales, violencia sexual, sofocación, estrangulamiento y golpes.

2) Violencia en la escuela y otros entornos educativos. 40.48% de las niñas, niños y adolescentes refirieron haber sufrido algún tipo de agresión en la escuela, de las cuales nueve de cada 10 fueron golpes, puntapiés y agresiones verbales. En este entorno, 60% de las víctimas fueron niños y adolescentes varones. La Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia (ECOPRED) 2014 señala que 25% de la población de entre 12 y 17 años encuestada fue víctima de burlas, apodos hirientes y discriminación. En 60% de los casos, las y los compañeros de escuela fueron los responsables de los abusos físicos y psicológicos.

3) Violencia en las instituciones. No se cuenta con datos oficiales respecto a las condiciones en las que se encuentran las niñas, niños y adolescentes en albergues, hospitales, instituciones psiquiátricas o centros de detención.

4) Violencia en la comunidad. Como ya se ha señalado en esta sección, el mayor número de agresiones contra niñas, niños y adolescentes ocurre en el entorno comunitario. Cerca del 50% de las niñas, niños y adolescentes de entre los 10 y 17 años sufrió alguna agresión en el transporte público o en algún espacio público o de recreación.²⁶⁶ Las agresiones físicas (como golpes, puntapiés y puñetazos) son las más recurrentes, y los niños y adolescentes son más propensos a ser víctimas de estas agresiones en la vía pública, en el campo, en los centros recreativos o deportivos o en “antros” o bares, mientras que las niñas y las adolescentes sufren más agresiones en el transporte público y en los centros comerciales.

La violencia contra niñas, niños y adolescentes sigue siendo ampliamente aceptada; particularmente el castigo físico u otras formas humillantes de castigo son todavía usados como métodos de disciplina.

Pese a que la LGDNNA establezca el derecho de niñas y niños a una vida libre de toda forma de violencia, no se han establecido en las leyes federales y estatales las respectivas prohibiciones y sanciones que protejan a niñas, niños y adolescentes del castigo corporal. Adicionalmente, queda pendiente la homologación de la normatividad penal en cuanto a la protección contra la violencia (por ejemplo, homologación de penas y tipos de delito, eliminación de atenuantes, etc.). Recientemente la atención pública se ha concentrado en el *bullying* o acoso escolar, el cual se ha asumido como la forma dominante de violencia contra niñas, niños y adolescentes. Sin embargo, es importante destacar que este tipo de violencia también es la manifestación de la violencia en otros contextos.

²⁶⁵ Distribución de adolescentes de 10 a 17 años que sufrieron daños a la salud por algún tipo de violencia según variables seleccionadas y por sexo. Ver Instituto Nacional de Salud Pública (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, México.

²⁶⁶ Considerando la vía pública, el campo, centros recreativos o deportivos, antro y establecimientos comerciales. Ver Instituto Nacional de Salud Pública (2012), Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, México.

La LGDNNA establece la creación de las Procuradurías de Protección para detectar y recibir los casos de violencia contra niñas y niños, y como instancias que deben fortalecer sus capacidades institucionales para garantizar que se les brinde atención y se restituyan los derechos vulnerados. Las otras instancias que intervienen en el proceso de justicia, como el ministerio público y los juzgados, necesitan todavía fortalecer metodologías y procedimientos amigables y expeditos, que eviten victimizar a las niñas, niños y adolescentes.

Pese a que existen diferentes encuestas, faltan datos integrales y globalmente comparables sobre violencia: el número total de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia, los tipos de violencia que han sufrido, los entornos y los responsables de cometerlos. Si bien existen registros administrativos, particularmente los que provienen del sector salud y del Sistema Nacional DIF, estos no son suficientes para dimensionar la magnitud real del problema ni para crear insumos que respalden la construcción de políticas de prevención y protección contra la violencia.

Los numerosos esfuerzos institucionales para prevenir la violencia en contra de niñas, niños y adolescentes son fragmentados, por lo que sus efectos son limitados. No existe una política específica de prevención y protección integral de niños, niñas y adolescentes enfocada en las causas fundamentales de la violencia en vez de los síntomas y las consecuencias inmediatas.

En cuanto a los recursos, estos no se asignan en cantidades suficientes para la protección de niñas, niños y adolescentes contra la violencia, lo cual se aprecia en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2015, en el cual el monto del gasto vinculado con el derecho a la protección fue de 0.07% del monto del gasto total en infancia.²⁶⁷

Respuesta institucional

Entre las cinco metas nacionales que establece el Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018 se encuentran lograr un México en paz, a través del respeto y la protección de los derechos humanos y la erradicación de la violencia de género; un México incluyente que garantice el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos y un México con educación de calidad.²⁶⁸

Por su parte, el Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia 2014-2018 establece entre sus acciones el respeto a los derechos de la infancia en el ámbito familiar, el fortalecimiento de las competencias parentales, el favorecimiento del buen desempeño y la permanencia escolar, la prevención y atención de la violencia, las actividades culturales y deportivas y acciones de prevención del maltrato y abuso infantil, entre otras.²⁶⁹ Sin embargo, es de señalar que en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2017 no se asignaron recursos específicos para implementar este programa.²⁷⁰

En el marco legal mexicano existen leyes específicas que reconocen el derecho a una vida libre de violencia, como la LGDNNA, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y la Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia. A éstas se suman los códigos penales, que tipifican como delitos los actos de violencia física, familiar y sexual, así como la omisión de cuidados.

Hasta junio de 2014 se reportaron 21 leyes para la prevención y atención de la violencia escolar.²⁷¹ En febrero de 2017, la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Gobernación aprobaron el Plan de Acción para la Prevención Social de la Violencia y el Fortalecimiento de la Convivencia Escolar con el que se busca mejorar las relaciones y la seguridad en los centros educativos del país.²⁷²

Adicionalmente, en materia de procuración e impartición de justicia se han publicado los siguientes protocolos: Protocolo de investigación ministerial, policial y pericial con perspectiva de género para el delito de feminicidio,²⁷³ el Protocolo de investigación ministerial, policial y pericial con perspectiva de género para la violencia sexual,²⁷⁴ y el Protocolo de actuación para quienes imparten justicia en casos que afecten a niñas, niños y adolescentes.²⁷⁵

²⁶⁷ El monto del gasto total en la infancia identificado en el PEF 2015 fue de \$706,115,522,447 pesos. El monto del gasto vinculado con el derecho a la protección en el PEF 2015 fue de \$551,864,966.0 pesos. Ver SHCP (2015). Anexo 18 del Presupuesto de Egresos de la Federación 2015: Recursos para la atención de niñas, niños y adolescentes. México.

²⁶⁸ Gobierno de la República (2013). Diario Oficial de la Federación. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. DOF: 20/05/2013. Disponible en: <http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/06/PND-introduccion.pdf>.

²⁶⁹ Gobierno de la República (2014). Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia 2014-2018. México. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5343087

²⁷⁰ Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) para el Ejercicio Fiscal 2017 en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5463184&fecha=30/11/2016

²⁷¹ Gobierno de la República (2014). Addendum al Cuarto y Quinto informe consolidado sobre el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos del Niño, Estados Unidos Mexicanos, junio 2014, p. 14.

²⁷² La página de internet está disponible a través de la dirección electrónica www.acosoescolar.sep.gob.mx y la línea telefónica 01800-11-ACOSO (22676).

²⁷³ Procuraduría General de la República (2015). Protocolo de investigación ministerial policial y pericial con perspectiva de género para el delito de feminicidio, México.

²⁷⁴ Procuraduría General de la República (2015). Protocolo de investigación ministerial, pericial y policial con perspectiva de género. México. Disponible en: http://www.pgr.gob.mx/que-es-la-pgr/PGR_Normateca_Sustantiva/protocolo%20violencia%20sexual.pdf

²⁷⁵ Suprema Corte de la Nación (2014). Protocolo de actuación para quienes imparten justicia en casos que involucren niñas, niños y adolescentes, México. Disponible en: http://www.sitios.scjn.gob.mx/codhap/sites/default/files/archivos/paginas/protocolo_infancia_2da_version.pdf

En agosto de 2017, México presentó el Plan de Acción de la Alianza Global para Poner Fin a la Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes, cumpliendo con el primero de sus compromisos como país pionero. El plan de acción fue elaborado por el gobierno, la sociedad civil y UNICEF, e integra 31 acciones prioritarias en torno a la estrategia INSPIRE.²⁷⁶ Asimismo, contempla una ruta para construir una agenda intersectorial para terminar con la violencia con miras al cumplimiento de los ODS 2030.

Principales desafíos

Pese a los importantes avances, principalmente en materia legislativa, en el país aún existen desafíos para lograr la protección de niñas, niños y adolescentes ante la violencia. El primero es garantizar la instalación y pleno funcionamiento de las Procuradurías de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes en todas las entidades federativas, que son las responsables de detectar y recibir los casos de violencia contra niñas y niños y adolescentes y de elaborar y coordinar un plan de acción que garantice la reparación del daño y la restitución integral de los derechos violentados. Para ello, es necesario asegurar que las procuradurías tengan presupuesto y un personal suficiente, multidisciplinario y especializado.

Asimismo, es importante asegurar el pleno funcionamiento del Sistema Nacional de Protección Integral creado por la LGDNNA a fin de que incorpore, como prioridad pública, la prevención y atención de la violencia. Por otro lado, se debe llevar a cabo la armonización de todo el ordenamiento jurídico federal y estatal con dicha ley, para que se prohíban y sancionen el castigo corporal, el abuso sexual y todos los tipos de violencia contra niñas, niños y adolescentes.

Adicionalmente, es necesario desarrollar e implementar mecanismos accesibles a las niñas, niños y adolescentes para la identificación y denuncia de casos de violencia, la creación y expansión del servicio de un número telefónico para este fin, así como asegurar que los procesos de procuración e impartición de justicia sean especializados en la infancia.

A la vez, se debe garantizar la recopilación sistemática de datos desagregados por tipo de violencia, el contexto en que ocurre y la edad y el sexo de las víctimas. Será también importante, con este propósito, asegurar la incorporación de indicadores sobre este tema en el Sistema Nacional de Información sobre Niñas, Niños y Adolescentes y en los registros de las Procuradurías de Protección.

También es importante asegurar que los funcionarios públicos, padres, madres y todos los adultos responsables del cuidado de niñas, niños y adolescentes los reconozcan como sujetos de derechos y, por lo tanto, dignos de respeto y protección. Como lo establece la Ley general, el Estado debe implementar estrategias de sensibilización sobre los derechos de niños, niñas y adolescentes, así como promover cambios en las normas sociales y culturales, la equidad de género y la no discriminación.



© UNICEF México/Mauricio Ramos

²⁷⁶ INSPIRE es un conjunto de siete estrategias basadas en la mejor evidencia disponible para ayudar a los países y las comunidades a centrarse más en los programas de prevención y los servicios que ofrecen para reducir la violencia en la niñez. Las siete estrategias de INSPIRE son: implementación y vigilancia del cumplimiento de las leyes; normas y valores; seguridad en el entorno; padres, madres y cuidadores reciben apoyo; ingresos y fortalecimiento económico; respuesta de los servicios de atención y apoyo; y educación y aptitudes para la vida. Para mayor referencia puede consultarse la siguiente liga: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33741>



© UNICEF México/ Eva Oluesada

Contra la violencia, eduquemos para la paz

Ciudad de México. - Rafael, de 9 años, encontró en su escuela el espacio adecuado para, por fin, poder contar su historia: “Un día mi papá y mi mamá se pelearon muy feo...”

María, por su parte, levantaba inquieta la mano y explicaba a la maestra que, desde que mataron a su papá, la situación que vivía en su casa no es buena. “Ahorita vivo con mi tía y mis dos primos porque mi mamá trabaja fuera”.

La escuela de Rafael y María es una de las escuelas donde se abrió un espacio semanal para que todos los niños, niñas y adolescentes aprendieran el valor del respeto y la importancia de una vida libre de violencia.

“Pelearse no es bueno; y cuando mi papá me pega, me lastima”, contó José, de 8 años. Este planteamiento fue la base del programa Contra la violencia, eduquemos para la paz que implementó la SEP con el acompañamiento técnico de UNICEF México. El programa abogó por desarrollar competencias en docentes, padres y alumnos para resolver sus conflictos de manera no violenta. La escuela de José se encuentra en una zona conflictiva de la capital mexicana, con un nivel socioeconómico bajo, contexto que propicia la deserción temprana por la falta de recursos y de motivación. El programa Contra la violencia pretendió asegurar la permanencia en la escuela de todas las niñas y niños.

*“Pelearse no es bueno;
y cuando mi papá me pega,
me lastima”*

El Estudio Mundial sobre Violencia contra los Niños del Secretario General de las Naciones Unidas, publicado en Octubre de 2006, demuestra que en México, como en toda América Latina y el Caribe, la violencia traspasa fronteras culturales, diferencias de clase, educación, origen étnico o edad. El alto nivel de violencia en la región está relacionado con la combinación de las extremas desigualdades económicas y sociales y con la cultura “machista” que prevalece. Gran parte de esta violencia permanece escondida y en ocasiones es incluso aprobada socialmente.

2.3.2 Trabajo infantil

Situación y tendencias

La Convención sobre los Derechos del Niño, el Comité de los Derechos del Niño y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) consideran como trabajo infantil toda actividad laboral que priva a niñas, niños y adolescentes de sus derechos, afecta su potencial o perjudica su desarrollo físico y psicológico. Por lo tanto, prohíbe el trabajo perjudicial para el bienestar físico y mental, que interfiere con la escolarización o asistencia a clases o exige combinar el estudio con un trabajo pesado o que consuma mucho tiempo en detrimento del ejercicio de derechos, como educación, recreación y descanso. En las formas más extremas de trabajo infantil, las niñas, niños y adolescentes pueden ser separados de su familia, expuestos a graves peligros y enfermedades, o bien encontrarse en una situación de abandono en la calle.

Los ODS, a través de la meta 8.7, también incluyen a la eliminación del trabajo infantil en todas sus formas como un aspecto necesario para alcanzar el desarrollo sostenible de las naciones.

En México la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) prohíbe el trabajo infantil y establece las condiciones laborales de los adolescentes para garantizar sus derechos en el desempeño de estas actividades y en el 2000 ratificó el Convenio 182 de la OIT sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación. En el 2014 el país reformó la Constitución, para elevar la edad mínima para el trabajo a los 15 años, y en el 2015 signó el Convenio 138 de la OIT sobre la edad mínima de admisión al empleo, que establece esta misma edad mínima para desempeñar actividades laborales.

Con su adhesión al Convenio 182 de la OIT, el Estado mexicano se obligó a adoptar con carácter de urgencia medidas inmediatas y eficaces para prohibir las peores formas de trabajo de las personas menores de 18 años. Éstas se definen como las prácticas de esclavitud, trata, trabajo forzoso, reclutamiento en conflictos armados, prostitución, producción o actuación de pornografía, realización de actividades ilícitas - como producción y tráfico de estupefacientes - y el trabajo que por su naturaleza o por las condiciones en que se lleva a cabo probablemente dañe la salud, la seguridad o la moralidad de los niños, niñas o adolescentes.²⁷⁷ Al respecto, la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA) señala que las autoridades federales,

estatales y municipales deben establecer medidas de protección especial para la niñez y la adolescencia que se encuentre en situación de vulnerabilidad, así como adoptar medidas que prevengan las peores formas de trabajo y las violaciones de derechos en el ámbito del trabajo infantil (artículo 3º), lo cual complementa las disposiciones de la Ley Federal del Trabajo en materia de trabajo infantil y de adolescentes en la edad permitida para trabajar.

El Convenio 138 establece los 18 años como la edad mínima para admisión a todo tipo de empleo que por su naturaleza o condiciones pueda resultar peligroso para la salud, la seguridad o la moralidad; de este modo, los niños menores de esa edad quedan excluidos del trabajo en minas y canteras, industrias manufactureras, construcción y servicios de electricidad. La Ley Federal se adhiere a este criterio del Convenio en sus artículos 175º y 176º, y además establece como peligrosas las labores que se realicen en la noche, las de rescate, salvamento y brigadas contra siniestros, las que se realicen en alturas o espacios confinados, y también en las que se operen equipos o procesos con sustancias químicas peligrosas, de soldadura y corte, generadores de vapor o calderas, buques, o que requieran esfuerzo físico.

De acuerdo con el Módulo de Trabajo Infantil (MTI-2015) de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), en 2015 más de 2.2 millones de niños, niñas y adolescentes de cinco a 17 años realizaban alguna actividad económica.²⁷⁸ De los 2.2 millones, 60% tenía entre 15 y 17 años, y 40% entre 5 y 14 años (menos de la edad legal para trabajar). Entre ellos, el 73% estaba compuesto por niños o adolescentes varones y el 27% por niñas y adolescentes mujeres. Por su parte, la ENIM 2015 revela que 3.5 millones de 5 a 17 años (12.6 %) se encuentra realizando alguna actividad económica.²⁷⁹

Según los resultados del MTI-2015, las niñas, niños y adolescentes que desempeñan alguna actividad laboral se encuentran distribuidos de manera desigual en el territorio nacional: los mayores porcentajes se encuentran en Nayarit (13%), Puebla (12.3%) y Colima (11.7%). Los estados que presentan un menor porcentaje son la Ciudad de México (3.6%), Baja California (3.7%) y Querétaro (4.3%).

Un alto porcentaje de la niñez y la adolescencia que trabaja no recibe ingresos (27%), y el que recibe (35%) es por un salario mínimo.

La información del MTI-2015 permite observar los sectores en donde trabajan en mayor proporción las niñas o los niños: los varones

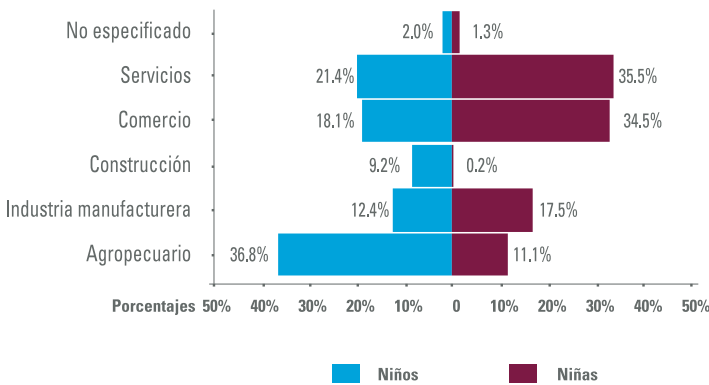
²⁷⁷ OIT (1999). Convenio sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación, artículo 3º. Disponible en: http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=ORMLEXPUB:12100:0:NO::P12100_ILO_CODE:C182

²⁷⁸ El MTI se refiere a niñas, niños y adolescentes, y considera como niñas y niños a los menores de 12 años y como adolescentes los menores de 18 años, con base en el artículo 18 constitucional.

²⁷⁹ Cabe destacar que ambas fuentes citadas - la ENIM 2015 y el MTI-2015 de la ENOE - no son fuentes comparables puesto que la metodología de medición es diferente.

se ubican en mayor porcentaje en el sector agropecuario (36.8%), mientras que las mujeres se desempeñan sobre todo el sector servicios (35.5%), seguido por el sector comercio (34.5%), y un 17.5% se dedica a la industria manufacturera, como se puede ver en el Gráfico 2.3.2.

Gráfico 2.3.2. Sector de actividad económica según sexo (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, STPS y el Modulo de Trabajo Infantil de la ENOE 2015.

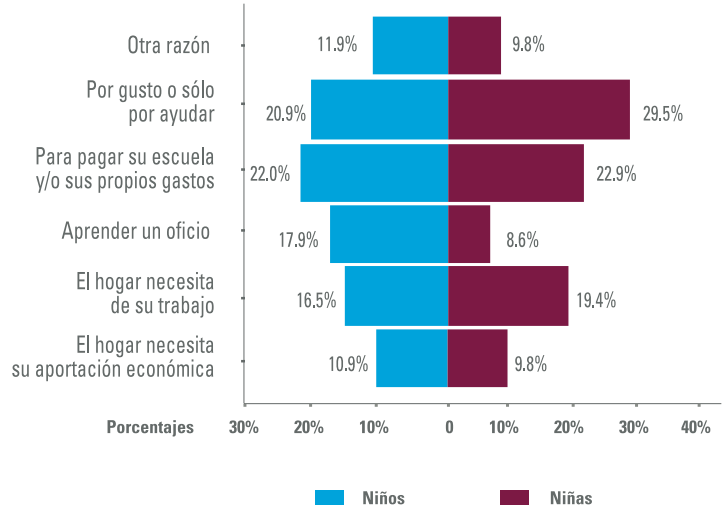
Mención aparte merecen las labores domésticas, que no se incluyen en los datos sobre las niñas, niños o adolescentes ocupados o que realizan actividades económicas. Sería deseable además que la encuesta desagregara los datos de sectores laborales por edad, con la finalidad de detectar a las personas menores de 15 años que realizan actividades laborales prohibidas.



© UNICEF México/Giacomo Pirozzi

El Módulo de Trabajo Infantil de la ENOE 2015 también mide las razones por las que niños y adolescentes trabajan: para los varones el motivo principal es "por gusto o sólo por ayudar" (29.5%), mientras que para las mujeres se trata de "para pagar la escuela y/o para cubrir sus gastos propios" (22%).

Gráfico 2.3.3. Motivos por los que se trabaja según sexo (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, STPS y el Modulo de Trabajo Infantil de la ENOE 2015.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2012 reporta las agresiones sufridas por niñas, niños y adolescentes de 10 a 17 años en los lugares de trabajo: en menos de 1% (0.78%) se detectaron golpes, puntapiés, puñetazos y agresiones verbales. De este porcentaje, 51% de las agresiones son mediante golpes, puntapiés y puñetazos, sufridos por los niños y los adolescentes; el 49% restante de las agresiones fue de tipo verbal, de las cuales las víctimas fueron las niñas y las adolescentes. Si bien estas cifras pueden parecer bajas, muestran que niñas, niños y adolescentes - independientemente del sector en que trabajan - se encuentran en un ambiente agresivo, lo cual es perjudicial para su salud y por tanto se encuentra prohibido, de modo que representa un desafío de erradicación y prevención.

Respuesta institucional

El gobierno federal, a través de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) instrumenta una política para la prevención del trabajo infantil y la protección de niños, niñas y adolescentes trabajadores en edad permisible, que cuenta con cuatro ejes fundamentales: 1) generar información estadística en forma periódica; 2) impulsar mecanismos de coordinación interinstitucional; 3) prevenir y erradicar el trabajo infantil en el sector agrícola, y 4) promover los derechos laborales y el fortalecimiento del marco legal.

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, entre sus líneas de acción, establece la erradicación del trabajo infantil, lo cual también se encuentra en el Programa sectorial de trabajo y previsión social 2013-2018.

Para cumplir este objetivo el Ejecutivo constituyó en 2013 la Comisión intersecretarial para la prevención y erradicación del trabajo infantil y la protección de adolescentes trabajadores en edad permitida en México (CITI), que tiene el fin de coordinar a las autoridades federales en el diseño, ejecución y evaluación de políticas, programas y acciones en materia de prevención y erradicación del trabajo infantil, así como de proteger al adolescente trabajador en edad permitida.²⁸⁰ La CITI sesiona de manera permanente y diseñó un Programa nacional para prevenir y erradicar el trabajo infantil y la protección de adolescentes trabajadores en edad permitida (PRONAPETI).²⁸¹

En 2014, la CITI se sumó a la campaña “Saca la tarjeta roja al trabajo infantil”, una iniciativa de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para erradicar el trabajo infantil en México. Además, la CITI junto con los gobiernos estatales y municipales busca generar estrategias para responder a los desafíos del trabajo infantil en México, por lo cual se han creado también CITI locales.

El 2 de diciembre de 2015 en la sesión de instalación del SIPINNA se acordó que la CITI se articulará como una comisión del Sistema Nacional de Protección Integral, y que colaborará con la Comisión permanente de secretarías ejecutivas para facilitar la articulación con las entidades federativas y las CITI locales.

Principales desafíos

Si bien las estadísticas generadas por INEGI brindan una aproximación a la información sobre la niñez y la adolescencia que realiza alguna actividad económica, al ser recogida mediante encuestas por hogar, aún no se dispone de datos como: por ejemplo, el número y la situación en que se encuentran los niños hijos de jornaleros agrícolas que se desplazan con sus familias para aprovechar las oportunidades laborales de las cosechas; los que se dedican al trabajo doméstico, y los que se encuentran en situación de calle desempeñando actividades económicas, entre otros.

La LGDNNA ordena la creación de un Sistema Nacional de Información cuyo objetivo es generar datos sobre la situación de los derechos de la infancia y la adolescencia en México. Contar con información sobre la niñez y la adolescencia que trabaja y sobre sus derechos vulnerados es un insumo fundamental para el desarrollo de políticas coordinadas en la materia. En este sentido, es importante garantizar la continuidad del levantamiento de información sobre la vulneración de derechos de la niñez en este ámbito.

Asimismo, en los casos de violación de los derechos de niñas, niños y adolescentes, las Procuradurías de Protección de la Niñez aplicarán el procedimiento para determinar las medidas de protección especial, mediante el cual examinarán la situación de todos los derechos y dictarán medidas que permitan restituirlos, para garantizar el desarrollo del pleno potencial de la niña, niño o adolescente.

El Comité de los Derechos del Niño, en sus observaciones finales sobre los informes IV y V consolidados de México, reconoce los avances del país en la construcción de un sistema de protección integral a través de la LGDNNA; sin embargo, respecto al trabajo infantil -y con base en la información presentada ante ellos por el país mismo- hace notar que uno de los desafíos es que aún hay cientos de miles de niñas y niños que continúan desempeñándose en las peores formas de trabajo infantil, como la minería y la agricultura, y a menudo sin recibir salario alguno. El Comité considera que las medidas adoptadas por el Estado mexicano para abordar el trabajo infantil han sido insuficientes, en particular en lo concerniente el trabajo doméstico y la agricultura, lo cual afecta especialmente a los hijos de trabajadores agrícolas migrantes.

²⁸⁰ La CITI está integrada por los titulares de las Secretarías del Trabajo y Previsión Social, de Gobernación, de Relaciones Exteriores, de Desarrollo Social, de Economía, de Agricultura Ganadería Desarrollo Rural Pesca y Alimentación, de Comunicaciones y Transportes, de Educación Pública, de Salud, de Turismo, el Instituto Mexicano del Seguro Social, y por el DIF Nacional. Como invitados participan la Presidencia de República, la Procuraduría General de la República, UNICEF, OIT, organizaciones de la sociedad civil y sindicatos.

²⁸¹ Ver. http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2016/02/asun_3330277_20160209_1455053144.pdf

En consecuencia, el Comité recomienda dar cumplimiento a las normas internacionales sobre trabajo infantil para erradicar las peores formas de trabajo de niñas, niños y adolescentes, fortalecer el sistema de inspección del trabajo infantil prohibido, proporcionar los recursos adecuados para la aplicación efectiva del Programa Nacional para Prevenir y Erradicar el Trabajo Infantil (PRONAPETI), garantizar la protección de los derechos de los adolescentes trabajadores en edad permitida y erradicar, a través de medidas concretas, el trabajo doméstico infantil, el trabajo en minas, en fábricas de ladrillos, en la agricultura, en la mendicidad y los demás trabajos prohibidos, así como continuar recibiendo la asistencia técnica que brinda el programa internacional para la erradicación del trabajo infantil de la OIT.

2.4 El derecho a la participación

2.4.1 Participación de la niñez en la sociedad y en la escuela

Situación y tendencias

En México diversas leyes hacen referencia al concepto de participación (no siempre como derecho), así como a su importancia para contribuir al desarrollo integral del individuo.²⁸² En materia de educación, los consejos escolares de participación social son las instancias oficiales que vinculan a las escuelas con las comunidades. Si bien en su conformación no se prohíbe la participación de niñas, niños y adolescentes, tampoco figuran de manera explícita como parte indispensable para la toma de decisiones en los asuntos que les conciernen. Aparte de estos Consejos, no se cuenta con otras instancias de participación regulares, donde los niños y niñas de seis a 11 años emitan su opinión y ésta sea tomada en cuenta para las decisiones sobre los asuntos que los involucran.

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), en su artículo 12^o establece el derecho a la participación de los niños y niñas menores de 18 años: “Los Estados parte garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño”.

Por su parte, la LGDNNA, en su artículo 2^o, señala que para garantizar la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, las autoridades realizarán acciones y tomarán medidas que promuevan la participación, y que tomen en cuenta la opinión y consideren los aspectos culturales, éticos, afectivos, educativos y de salud de niñas niños y adolescentes en todos los asuntos de su incumbencia, de acuerdo con su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez,²⁸³ lo cual está en concordancia con lo expresado por la CDN.

El Instituto Nacional Electoral (INE) cuenta con la Estrategia Nacional de Educación Cívica para el Desarrollo de la Cultura Política Democrática (ENEC) 2011-2015,²⁸⁴ mediante la cual diseña e implementa una serie de proyectos y acciones dirigidos a la construcción de una ciudadanía democrática y a la creación de condiciones para el ejercicio integral de los derechos de las y los mexicanos. Una de las actividades que se realizan en este marco son las consultas a niños, niñas y adolescentes en tiempos electorales²⁸⁵ (como la Consulta Infantil y Juvenil 2015, cuyos contenidos se elaboraron en apego a la LGDNNA). Sin embargo, estos ejercicios, y los realizados al interior de las escuelas -como las votaciones para definir al jefe de grupo o los simulacros electorales-, no son prácticas cotidianas mediante las cuales se consulte a niños, niñas y adolescentes en los temas que les atañen, y donde se tomen en cuenta sus opiniones para tomar resoluciones. Por el contrario, estos espacios tienden a convertirse en simulaciones que no tienen consecuencias en la cotidianeidad de la vida de los estudiantes.

Por su parte, la Ley General de Educación (LGE) señala que el Sistema Educativo Nacional debe asegurar la participación activa de todos los involucrados en el proceso educativo, con sentido de responsabilidad social, privilegiando la participación de los educandos, padres de familia y docentes, para alcanzar los fines a que se refiere el artículo 7^o.²⁸⁶

Dicha ley también indica que las escuelas deben emitir lineamientos para formular programas de gestión escolar que propicien condiciones de participación entre los estudiantes, maestros y padres de familia,²⁸⁷ y que es responsabilidad de la autoridad de cada escuela pública de educación básica vincularla, activa y constantemente, con la comunidad. Finalmente, señala que la autoridad escolar debe hacer lo conducente para que en cada escuela pública de educación básica opere un consejo escolar de participación social, integrado por padres de familia y representantes de sus asociaciones, maestros y representantes de

²⁸² Estados Unidos Mexicanos (2013). Ley General de Educación. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11/09/2013. Art. 7^o, incisos I y II. México.

²⁸³ Estados Unidos Mexicanos (2014). Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Diario Oficial de la Federación. DOF: 04/12/2014, artículo 2^o. México.

²⁸⁴ INE (2011). Estrategia Nacional de Educación Cívica, México. Disponible en: <http://www.ine.mx/archivos2/portal/DECEYEC/EducacionCivica/estrategiaNacional/>

²⁸⁵ También la SEP promueve espacios de participación como las asambleas escolares, prevista en el currículum educativo.

²⁸⁶ Estados Unidos Mexicanos (2013). Ley General de Educación. Diario Oficial de la Federación el 11/09/2013. Última reforma publicada el 19 de febrero de 2014, capítulo I, disposiciones generales, artículo 2^o.

²⁸⁷ Ibid. Artículo 12^o, Fracción V Bis.

su organización sindical (quienes acudirán como representantes de los intereses laborales de los trabajadores), directivos de la escuela, ex estudiantes, así como con los demás miembros de la comunidad interesados en el desarrollo de la propia escuela.²⁸⁸

La SEP define la participación social como “la intervención de los ciudadanos en la toma de decisiones respecto al manejo de los recursos y las acciones que tienen un impacto en el desarrollo de sus comunidades”.²⁸⁹ Esta intervención es reconocida como un elemento que contribuye a elevar la calidad de la educación,²⁹⁰ y se concibe como un legítimo derecho de los ciudadanos más que como una concesión de las instituciones. Por lo anterior, la participación social requiere un marco legal y mecanismos democráticos que propicien las condiciones para que las comunidades organizadas, incluyendo sus niñas, niños y adolescentes, hagan llegar su voz y sus propuestas a los diferentes niveles de gobierno.

Cabe destacar que, de algunos años a la fecha, se ha observado una tendencia a promover e incrementar la participación para fortalecer la autonomía de gestión de las escuelas, con el fin de contribuir en la mejora tanto de los centros educativos como en la calidad de la educación que se imparte.²⁹¹

En el Programa Sectorial de Educación 2007-2012 y en el Acuerdo de la Alianza por la Calidad de la Educación firmado en 2008 se plasmó, como uno de los objetivos prioritarios, el fomento de la participación de las comunidades escolares en la toma de decisiones y la corresponsabilidad de padres de familia y representantes de sus asociaciones, maestros y representantes de su organización sindical, directivos escolares, ex estudiantes, así como los demás miembros de la comunidad. Estas acciones se materializan en la conformación de los Consejos escolares de participación social.

Por su parte, la Reforma Educativa ha señalado como una de sus líneas de acción a la participación social activa, que busca fortalecerse a través de los Consejos escolares de participación social.

Si bien el marco normativo reconoce el derecho a la participación de niñas, niños y adolescentes, estos instrumentos legales no hacen referencia a mecanismos permanentes y representativos, que permitan el ejercicio pleno de este derecho. Como ya se mencionó, el mecanismo institucional existente en el sector educativo (es decir los Consejos escolares) no considera explícitamente a las niñas, niños y adolescentes como parte fundamental de sus integrantes. Tampoco existe evidencia de que se tomen en cuenta sus opiniones en los asuntos que les conciernen en otros ámbitos de la sociedad.

Actualmente falta información sobre como se recoge, sistematiza y refleja la participación de la infancia y adolescencia en las políticas públicas, presupuestos y programas que los involucran. La LGDNNA prevé que el Sistema de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA), a través de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión de Participación, asesore y apoye a los gobiernos de las entidades federativas y a las autoridades federales, así como a los sectores social y privado, para que dispongan e implementen mecanismos que garanticen la participación permanente y activa de niñas, niños y adolescentes en las decisiones que se toman en los ámbitos familiar, escolar, social, comunitario y en cualquier otro en el que se desarrollen de manera cotidiana, en términos de lo establecido por la ley (artículos 2°, 6°, 72°, 116°, 125° y 130°).

Asimismo, la LGDNNA establece la necesidad de una vía para que los mecanismos de participación sean tomados en cuenta en la elaboración de programas y políticas para la garantía de derechos de la niñez y la adolescencia, así como la necesidad de desarrollar mecanismos y realizar ejercicios de participación específicos en el marco de las atribuciones del SIPINNA. Finalmente, la LGDNNA también prevé la participación de niños, niñas y adolescentes en las sesiones del Sistema.

A partir de estas acciones y de los primeros resultados de estos esfuerzos será posible determinar con mayor certeza cuáles son las mayores brechas para el cumplimiento de este derecho.

Respuesta institucional

La SEP reconoce que la participación social aún no alcanza los mismos niveles que en otros países, que cuentan con modelos educativos más exitosos.²⁹² Diversas experiencias mundiales y recomendaciones de organismos internacionales establecen de manera clara que a mayor participación de la comunidad escolar en la toma de decisiones sobre los asuntos relacionados con la escuela, mayor calidad de la educación. Esto se observa en algunos modelos educativos que han dado buenos resultados, donde la descentralización de la responsabilidad del nivel federal al nivel estatal es casi completa y, en consecuencia, la participación de los consejos escolares en la toma de decisiones está vinculada no sólo con aspectos administrativos, sino también con la calidad educativa y la rendición de cuentas.²⁹³

²⁸⁸ Ibid. Artículo 69°.

²⁸⁹ SEP (2012). Funcionamiento de los consejos escolares de participación social en primarias públicas generales.

²⁹⁰ Ibid. P. 5.

²⁹¹ La participación social en la política educativa mexicana se observa como un elemento de mayor importancia cuando se incluye el concepto en la Ley general de educación en 1993. A partir de ella, se incorpora una serie de ordenamientos que refieren la necesidad de promover una cultura de participación, corresponsabilidad, transparencia y rendición de cuentas de los diferentes actores sociales y educativos.

²⁹² SEP (2012). Funcionamiento de los consejos escolares de participación social en primarias públicas generales.

²⁹³ Ejemplo de estos modelos son Alemania y Canadá. En el primero, la educación es la responsabilidad exclusiva de cada una de las diez provincias y de los tres territorios, y cada uno puede expedir leyes en relación con la educación. Si bien no hay un sistema federal de educación, y a pesar de la descentralización del poder en los estados constitutivos, se ha reconocido la necesidad de crear foros en los cuales las cuestiones de interés nacional pueden ser discutidas y desarrolladas. Ver OCDE (2010). Mejorar las escuelas. Estrategias para la acción en México. México.

Como ya se mencionó, actualmente el modelo institucional de participación de la comunidad escolar en la toma de decisiones se da a través de los Consejos escolares de participación social,²⁹⁴ mismos que hoy en día constituyen una plataforma de participación para la gestión de soluciones ante las necesidades de la escuela y ante la iniciativa de incrementar la autonomía de gestión de las escuelas, de manera que la política “Escuela al centro” y la profesionalización de sus integrantes se convierte en una necesidad.²⁹⁵

Los Consejos escolares de participación social están integrados por padres de familia y representantes de sus asociaciones, maestros y representantes de su organización sindical (quienes acuden como representantes de los intereses laborales de los trabajadores), directivos de la escuela, ex estudiantes, así como los demás miembros de la comunidad interesados en el desarrollo de la propia escuela. Deben reunirse formalmente siete veces durante el ciclo escolar, y la primera sesión se debe realizar durante la primera quincena del segundo mes del ciclo escolar, con el objeto de conocer o incorporar los programas federales, estatales, municipales y de organizaciones de la sociedad civil en los que la escuela pueda participar.

Posteriormente se realiza una planeación anual para el ciclo escolar y se definen los comités que se conformarán con base en temas prioritarios y otros definidos por el propio consejo. Algunos posibles comités son: 1) fomento de actividades relacionadas con la lectura y aprovechamiento de la infraestructura con la cual se cuente; 2) mejoramiento de la infraestructura educativa; 3) temas de protección civil y de seguridad en las escuelas; 4) impulso a la activación física; 5) actividades recreativas, artísticas o culturales; 6) disuasión de prácticas que generen violencia; 7) establecimientos de consumo escolar; 8) cuidado al medioambiente y limpieza del entorno escolar.

Principales desafíos

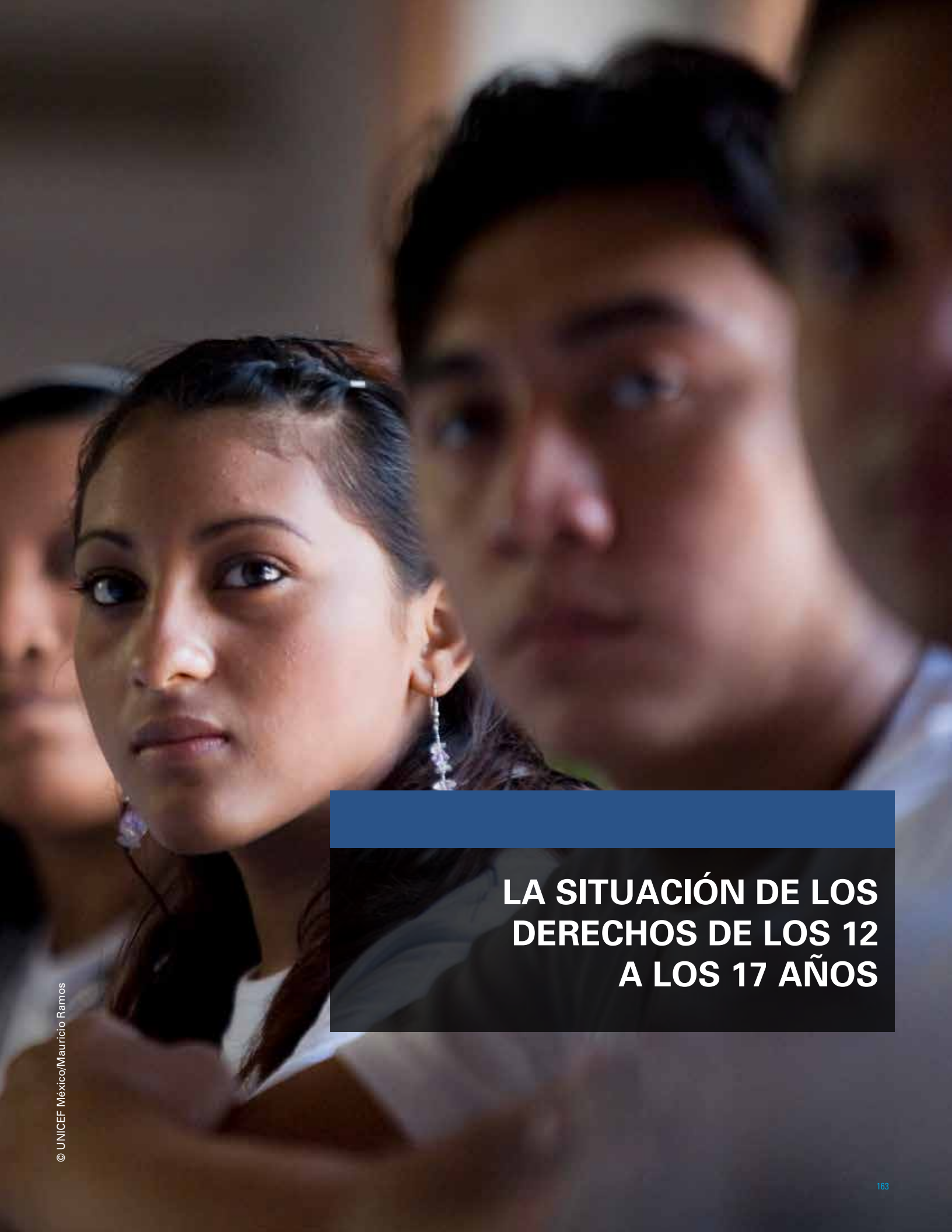
La falta de espacios de participación para niñas y niños de seis a 11 años es un reto que enfrenta el país. Si bien los Consejos Escolares representan una gran oportunidad para dar cumplimiento a este derecho, es necesario dar a niños, niñas y adolescentes, como sujetos de derecho, voz y voto al interior de los propios Consejos y en sus diferentes Comités.

Globalmente, los Consejos Escolares parecen ser más eficaces cuando juegan un papel sustancial y están bien equipados para desempeñarlo. Por una parte, se ha demostrado que para tener éxito la participación social debe ser auténtica; por la otra, los consejos escolares necesitan tener un poder o influencia real sobre temas importantes: la selección del personal escolar, la forma en que se adquieren y se utilizan los recursos, el currículum y otros planes de la organización escolar, para lo cual necesitan información, datos y transparencia en su trabajo.²⁹⁶

²⁹⁴ La conformación y operación de los Consejos escolares de participación social está legislada por el Acuerdo 716. Sus integrantes se mencionan en el art. 33. Ver Secretaría de Gobernación (2014). Acuerdo núm. 10/10/14 por el que se reforma y adiciona el diverso número 716 por el que se establecen los lineamientos para la constitución, organización y funcionamiento de los Consejos de Participación Social en la Educación. DOF: 10/10/2014. México.

²⁹⁵ La participación de los padres de familia implica una corresponsabilidad con la escuela en materia de aprendizaje de sus hijos desde el hogar. Esto implica que desde el sistema educativo 1) se generen procesos formativos que permitan a los padres apoyar mejor a sus hijos, principalmente en el desarrollo de sus habilidades socioemocionales, en los procesos de lectoescritura y en el pensamiento lógico-matemático, 2) se les informe periódicamente sobre el avance académico y desempeño de los estudiantes a fin de promover su aprendizaje y bienestar, y prevenir su rezago o abandono escolar, y 3) se fomenten acciones y se difunda información que permitan una mayor y mejor comunicación entre padres e hijos y que promuevan la participación de las familias, a fin de contar con mejores ambientes para el aprendizaje tanto en el hogar como en la escuela.

²⁹⁶ OCDE (2010). *Mejorar las escuelas. Estrategias para la acción en México*. México.



**LA SITUACIÓN DE LOS
DERECHOS DE LOS 12
A LOS 17 AÑOS**



© UNICEF México/ Giacomo Pirozzi

La etapa entre los 12 y 17 años: la adolescencia

La adolescencia es el periodo que transcurre entre la niñez y la edad legal adulta, y durante el cual se consolida la madurez física, emocional y cognitiva de los individuos. Esta edad – comúnmente de los 12 a los 18 años²⁹⁷ representa una etapa crítica en la vida, pues en ella se producen grandes cambios físicos y mentales. En ella las y los adolescentes desarrollan su identidad, su personalidad e intereses, así como las capacidades y habilidades necesarias para establecer relaciones y desempeñar un papel en la etapa adulta, entre las cuales está la capacidad de razonamiento crítico y abstracto. Todo esto conduce a que el o la adolescente transite hacia una mayor independencia.

En los primeros años de la adolescencia (de 11 a 12 años de edad) comienzan a manifestarse cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y, con esto, de su sexualidad.²⁹⁸ Los cambios externos son con frecuencia evidentes y pueden ser motivo de ansiedad o de entusiasmo para las personas cuyos cuerpos están experimentando esta transformación. Por su parte, los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos.

Al llegar a los últimos años de la adolescencia los cambios físicos más importantes ya han tenido lugar, aunque el cuerpo continúa desarrollándose, al igual que la mente que también se reorganiza, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. La influencia de las opiniones del grupo de coetáneos aún tiende a ser importante al comienzo de esta etapa, aunque

disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza, claridad en su identidad y opiniones propias. Esta madurez los conduce a dar paso a una participación más activa en la configuración del mundo que los rodea.

Durante esta etapa las y los adolescentes están expuestos a situaciones que ponen en riesgo su desarrollo, entre las cuales la primera es la conclusión de la educación, ya que en la adolescencia es la etapa en que se produce la mayor parte de los abandonos escolares. Cabe señalar que el desarrollo físico y la autonomía alcanzados en la adolescencia son vistos -y confundidos- por algunos adultos como muestras de la capacidad de trabajar de manera remunerada. En consecuencia, el ingreso al mercado de trabajo, sumado a la falta de adaptación de las escuelas a sus necesidades y a otros factores, conduce a muchos adolescentes a dejar los estudios; así se trunca el desarrollo de las capacidades necesarias para su integración al trabajo y la sociedad.

Existen otros riesgos para el desarrollo del adolescente en el transcurrir de esta etapa: por ejemplo, su natural experimentación con el “comportamiento adulto”, en especial cuando no va acompañada de la orientación y comprensión de su familia y entorno, lo expone a peligros para su salud e integridad. Las adolescentes suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluido el embarazo; además, a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. También la práctica de fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente inician en esta fase de su vida.

²⁹⁷ Existe un debate inconcluso sobre el momento en el que comienza la adolescencia y su duración. El inicio de la pubertad, que puede ser entendido como el inicio de la adolescencia, varía entre niños y niñas (en ellas empieza de 12 a 18 meses antes) y entre individuos del mismo sexo. Este momento depende de la manera en que cada persona experimenta este período de la vida.

²⁹⁸ Los cambios físicos y sexuales que se producen de manera más precoz en las niñas se reflejan también en el desarrollo del cerebro.

Adicionalmente, la adolescencia es una edad de vulnerabilidad y de mayor exposición ante el crimen y múltiples formas de violencia como la explotación sexual, la trata y el matrimonio temprano. La incomprensión de muchos adultos sobre los cambios naturales de esta etapa de crecimiento ha desencadenado una problemática social, con una frecuente estigmatización y una vinculación de los adolescentes con la delincuencia y la rebeldía.

Por otra parte, la adolescencia es también una etapa de oportunidades: en busca del pleno ejercicio de sus derechos de informarse, de acceder a tecnologías y medios de comunicación y de participación, los adolescentes y jóvenes se han abierto espacio en la sociedad, misma que a menudo los invisibiliza en sus políticas públicas y en sus escenarios de opinión y participación.

3.1 El derecho a la salud y la supervivencia

3.1.1 Salud sexual y reproductiva

Situación y tendencias

En 2015 la población de este grupo etario en el país sumaba 13.4 millones de personas (con aproximadamente 49% de mujeres), correspondiente a 11.1% de la población total del país.²⁹⁹

La adolescencia es una etapa decisiva en la vida, ya que en ella se establecen patrones de comportamiento que permanecen hasta la edad adulta. Por esta razón, los comportamientos de riesgo (consumo de sustancias adictivas, la violencia, inicio temprano de la actividad sexual, prácticas sexuales sin protección e infecciones de transmisión sexual, entre otras) y sus consecuencias cobran especial importancia.³⁰⁰ En este sentido, la salud sexual y reproductiva (SSyR) de los adolescentes es un tema principal de salud pública.

La SSyR se define como el estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad y con todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos, lo cual requiere que los derechos sexuales de todas las personas sean respetados, protegidos y ejercidos plenamente.³⁰¹ En este sentido, la LGDNNA, en su artículo 50^o, establece la

coordinación entre los diferentes órdenes de gobierno, con objeto de tomar medidas tendientes a prevenir embarazos de las niñas y adolescentes, garantizar el acceso a métodos anticonceptivos, atender enfermedades de transmisión sexual, y proporcionar asesoría y orientación sobre salud sexual y reproductiva.

Pese a lo anterior, existe una gran proporción de adolescentes que no cuenta con una educación que le permita conocer sus derechos sexuales y reproductivos:³⁰² una investigación de 2014 del Instituto Nacional de Salud Pública sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad entre la población adolescente de educación media superior encontró que sólo 54.5% de las y los entrevistados conoce su derecho a recibir educación sexual, y 70.5% conoce su derecho a recibir información sobre métodos anticonceptivos. Asimismo, 46.8% reportó haber visitado un centro de salud o un consultorio médico para recibir servicios o información sobre SSyR, y sólo 33.7% sabe que tiene derecho a tener relaciones sexuales únicamente cuando lo desee.³⁰³

Ante esta falta de conocimiento sobre sus derechos sexuales y reproductivos, las y los adolescentes enfrentan diferentes riesgos, entre los cuales principalmente el inicio no elegido, involuntario o desprotegido de la vida sexual y la exposición a las infecciones de transmisión sexual (ITS), además de la exposición a embarazos no planeados, no deseados o riesgosos.³⁰⁴

En México el porcentaje de adolescentes que ya ha iniciado su vida sexual ha aumentado en los últimos años. De acuerdo con información recolectada por la ENSANUT 2012 en la población adolescente de 12 a 19 años, este porcentaje era de 23% en ese año, ocho puntos porcentuales más que en 2006, con mayor incidencia entre los varones (Gráfico 3.1.1).

En buena medida, el aumento de la población de adolescentes sexualmente activos ha ido de la mano con un incremento en el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual; sin embargo, se observa una menor utilización de anticonceptivos en las mujeres. El método anticonceptivo más utilizado por los adolescentes de ambos sexos en 2012 durante la primera relación sexual fue el preservativo en el caso de ocho de cada 10 hombres y de seis de cada diez mujeres. En promedio por persona, las mujeres reportaron recibir 6.9 preservativos gratuitos en los últimos 12 meses y los hombres 8.3, donados tanto por instituciones públicas por de organizaciones no gubernamentales, ferias de salud, servicio médico de escuelas y médicos privados.³⁰⁵

²⁹⁹ Población a mitad de año. Fuente: CONAPO (2010). Proyecciones de Población 2010-2050.

³⁰⁰ Gutiérrez, J.P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy T, et al. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2012. Resultados nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

³⁰¹ Secretaría de Salud (2013). Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018. México.

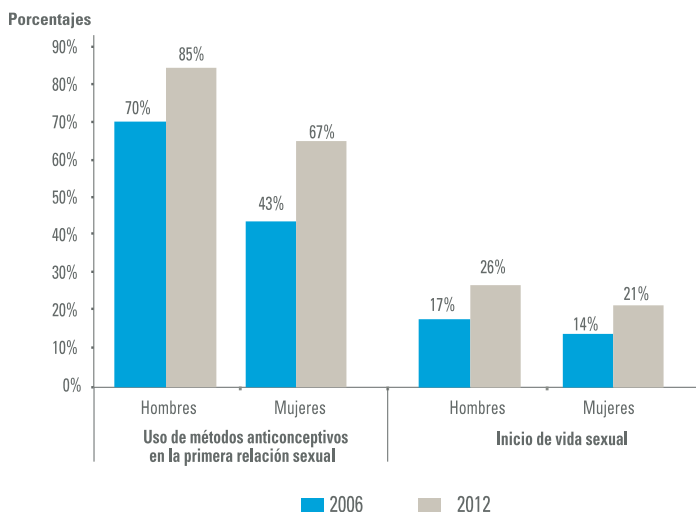
³⁰² Para mayor información sobre los derechos de SSyR v. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, disponible en: <http://www.cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SSRA/DerechosSexuales.pdf>

³⁰³ INSP, CENSIDA (2014). Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados. Informe Final. México.

³⁰⁴ UNFPA (s/f). Salud sexual y reproductiva de los jóvenes. Disponible en: http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php

³⁰⁵ Gutiérrez, J.P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy T, et al. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2012. Resultados nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

Gráfico 3.1.1. **Adolescentes de 12 a 19 años que han iniciado su vida sexual y uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, según sexo, 2006 y 2012 (porcentajes)**



Fuente: Elaboración propia con información de Gutiérrez et al. (2012), y Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2012. Resultados nacionales.

Conocer los motivos por los cuales los adolescentes no se protegen con un método anticonceptivo en su primera relación sexual es relevante para poder determinar algunos desafíos en materia de salud sexual y reproductiva. La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014 proporciona esta información para las adolescentes de 15 a 19 años, e indica que esto obedece a diferentes causas, principalmente la ausencia de planificación de la relación sexual (32.9%), la confianza en no quedar embarazadas (17.4%), el desconocimiento de los métodos anticonceptivos (17.1%) y el deseo de embarazarse (17.9%). Como se puede observar, entre las mujeres adolescentes tanto los menores porcentajes de utilización de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual como las razones para omitir usarlos dan cuenta del mayor riesgo al que están expuestas.

En 2015 los datos de la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres en México (ENIM) mostraron que, de las adolescentes sexualmente activas entre 15 y 19 años de edad, sólo cuatro de cada 10 utilizan métodos anticonceptivos;³⁰⁶ además, 27.6% de las adolescentes casadas o en unión muestran una necesidad no satisfecha de anticoncepción, lo que convierte a este grupo etario en el que presenta en mayor medida esta carencia, en comparación con los demás grupos quinquenales de 20 a 49 años de edad. En este contexto, las adolescentes que no utilizan anticonceptivos se encuentran ante el riesgo de embarazo no planeado, mismo que tiene entre sus consecuencias el nacimiento de niños con bajo peso y mayor posibilidad de mortalidad infantil. Se estima que en 2014 ocurrieron 439,700 nacimientos de mujeres entre 10 y 19 años, de los cuales 8,900 correspondieron a niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad.³⁰⁷

Otro riesgo al que los adolescentes están expuestos ante las relaciones sexuales sin protección es el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS). De acuerdo con la ENSANUT 2012, 2.3% de adolescentes de ambos sexos reportó haber acudido a consulta médica en los últimos doce meses por esta causa. Aunque se trata de un porcentaje bajo, la incidencia de casos nuevos de las principales ITS en las y los adolescentes, mostrada en la Tabla 3.1.1, revela que las mujeres son más vulnerables al contagio, y que la incidencia se magnifica entre los 15 y 19 años de edad.³⁰⁸

Tabla 3.1.1. **Incidencia de casos nuevos de principales ITS en adolescentes, por grupos de edad y sexo, 2014 (tasas nacionales)**

| Infecciones de transmisión sexual | Mujeres | | Hombres | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 10 - 14 años | 15 - 19 años | 10 - 14 años | 15 - 19 años |
| Linfogranuloma venéreo | 40 | 0.42 | 0 | 0.16 |
| Hepatitis B | 0.11 | 0.14 | 0.05 | 0.14 |
| Chancro | 0.25 | 0.33 | 0.1 | 0.43 |
| SIDA | 0.11 | 0.4 | 0.05 | 1.63 |
| Infección asintomática VIH | 0.11 | 1.81 | 0.07 | 3.51 |
| Infección gonocócica | 0.58 | 2.11 | 0.35 | 1.65 |
| Herpes genital | 0.54 | 2.89 | 0.3 | 1.85 |
| Sífilis adquirida | 0.15 | 3.94 | 0.1 | 2.15 |
| Infección por virus del papiloma humano | 0.67 | 25.06 | 0.14 | 1.72 |
| Tricomoniasis urogenital | 11.37 | 122.49 | 0.68 | 2.33 |
| TOTAL | 13.89 | 159.59 | 1.84 | 15.57 |

*Incidencia de casos por cada 100,000 adolescentes de cada grupo de edad.

Fuente: Elaboración propia con información de la Secretaría de Salud. Anuarios de Morbilidad 1984-2014.

³⁰⁶ De acuerdo con el 4º Informe de labores 2015-2016 de la Secretaría de Salud, al 30 de junio de 2016 se registraron 457,656 adolescentes usuarias de algún método anticonceptivo, lo cual representa una cobertura de 55% del total de mujeres de 15 a 19 años con vida sexual activa, que son responsabilidad de la SS.

³⁰⁷ Esta información proviene de estimaciones del CONAPO con base en INEGI, Estadísticas vitales de nacimientos, realizando la reconstrucción de estos eventos.

³⁰⁸ Con información de la Dirección general de epidemiología de la Secretaría de Salud.

Respuesta institucional

El Programa de acción específico salud sexual y reproductiva para adolescentes 2013-2018 de la Secretaría de Salud (SS), alineado con el objetivo del Programa sectorial de salud (PROSESA) para incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en la población adolescente y en la vulnerable plantea tres objetivos: favorecer el acceso universal a información, educación, orientación y servicios en SSyR para adolescentes; reducir embarazos no planeados e ITS en adolescentes, mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población, e incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y salud reproductiva de la población adolescente.

Para lograr estos objetivos, la SS ha realizado diversas acciones, como la atención a los adolescentes a través de los servicios amigables para los adolescentes que, instalados en unidades médicas de la SS, proporcionan un paquete básico de servicios de SSyR: información y orientación en sexualidad y salud reproductiva, servicios médicos y prescripción de métodos anticonceptivos. En el 2015 se encontraban 1,348 Servicios amigables para los adolescentes en las 32 entidades federativas³⁰⁹ y en noviembre del 2016 el número de estos servicios a 1,653 con lo que esta infraestructura específica dedicada a este grupo poblacional creció 22.6% en comparación con el año anterior.

En el mismo año 2016 se desarrollaron acciones de información, educación y comunicación en materia de educación sexual integral para adolescentes del programa IMSS-Prospera, a través de 25,875 grupos educativos en los Centros de atención rural al adolescente (CARA), de los cuales 11,927 fueron de 10 a 14 años y 13,948 de 15 a 19 años. Además, con la finalidad de mejorar la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva a la población adolescente, el IMSS impulsó el curso en línea "Salud Sexual y Reproductiva de las y los adolescentes y Prevención del Embarazo" para 5,826 estudiantes y alumnas, coordinado por el INSP. Adicionalmente, se distribuyó a todas las delegaciones un total de 35,000 rotafolios de "Salud Sexual y Reproductiva de las y los adolescentes" y más de un millón de trípticos "Prevención del embarazo en la adolescencia".³¹⁰

En cuanto a la respuesta ante el embarazo adolescente, la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA) para el año 2030 planea reducir la tasa específica de fecundidad en adolescentes en 50%, y erradicar el embarazo en niñas entre 10 y 14 años de edad. Entre las actividades realizadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el logro de estos objetivos se encuentra la coordinación de las acciones de las diversas dependencias que forman parte del Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA), y la difusión de campañas de comunicación social para la prevención del embarazo no planeado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes, con difusión de spots de la campaña en medios digitales. Además, en apoyo a la ENAPEA se estableció un convenio de colaboración CONAPO-PROSPERA, que tiene el objetivo de incrementar la cantidad y calidad de la información y de los servicios de SSyR para adolescentes beneficiarios de PROSPERA.³¹¹

Principales desafíos

El principal desafío en SSyR en la población adolescente es la prevención del embarazo, por lo cual la Secretaría de Salud señala que es necesario promover la equidad de género y el acceso a métodos anticonceptivos, así como mejorar la calidad de los servicios en este ámbito. Además, con el fin de asegurar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente, se consideran como retos:

- Reducir el embarazo en la adolescencia por medio de estrategias integrales, en las que participen todos los actores del sector público, social y privado involucrados con esta población.
- Contrarrestar los prejuicios que prevalecen sobre el tema en los diferentes órdenes de gobierno, a través de la difusión del marco legal que sustenta la atención a la SSyR de los adolescentes.
- Establecer estrategias de información, educación y comunicación acordes con las necesidades de SSyR de los adolescentes a partir de alianzas interinstitucionales y aumentar la cobertura del programa en poblaciones con mayor rezago.

³⁰⁹ Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2015). Tercer informe de labores 2014-2015. México.

³¹⁰ Gobierno de la República (2017). Estrategia nacional para la prevención del embarazo en adolescentes (ENAPEA). Informe 2016. Disponible en: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/204556/Informe_Ejecutivo_del_GIPEA_2016__27032017_Version_Final.pdf

³¹¹ CONAPO (2016). Avances y retos en torno a la ENAPEA. México.

- Atender las necesidades específicas de los adolescentes en SSyR, incentivando su participación en el diseño y operación de estrategias.
- Eliminar los factores que impiden el ejercicio pleno de la SSyR especialmente en los adolescentes de áreas rurales e indígenas.³¹²

Adicionalmente, en el campo de la oferta de servicios un reto es lograr que éstos proporcionen a los adolescentes información de calidad amigable y en un entorno de confianza, y que además cuenten con disponibilidad de toda la gama de métodos anticonceptivos.³¹³ Esto es relevante si se considera que la mayor necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos se reporta en la adolescencia respecto a los demás grupos etarios. Además, también es necesario que se divulgue y garantice, en las unidades de salud, que los adolescentes puedan solicitar servicios de SSyR sin la necesidad del acompañamiento de un tutor, tal y como lo señala la NOM- 047-SSA2-2015 Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad.

La disponibilidad de información para los formuladores de políticas es otro desafío en materia de SSyR de los adolescentes, ya que les permitiría contar con un mayor conocimiento sobre la población adolescente y realizar investigaciones acordes con las necesidades y problemáticas que ésta enfrenta, de manera a incidir de manera efectiva en su SSyR, especialmente en las edades más tempranas. La información disponible ha sido principalmente enfocada a mujeres y a las adolescentes casadas o unidas -con diferentes cortes de edad- lo cual dificulta la comparación entre encuestas.



Cabe mencionar la existencia de algunos vacíos: por ejemplo, la calidad de la atención recibida en los servicios para adolescentes, el tipo de prescripción de anticonceptivos de acuerdo con las necesidades y las redes sociales de apoyo en anticoncepción, entre otros.³¹⁴

3.1.2 Embarazo adolescente

Como ya se ha mencionado, la transición entre la infancia y la madurez física y psicológica de la etapa adulta –la adolescencia– es una etapa vulnerable en el desarrollo del ser humano, en la que las personas deben generar habilidades que les permitirán enfrentar aspectos críticos de su salud y desarrollo, y también es la etapa en que las niñas y adolescentes son particularmente vulnerables ante embarazos tempranos. En los países menos desarrollados, una de cada cuatro mujeres (27%) es madre antes de los 18 años,³¹⁵ y en los países en desarrollo más de 15 millones de mujeres adolescentes (entre 15 y 19 años) son madres. Casi dos millones de estos nacimientos ocurren en América Latina y el Caribe, lo que representa 13% de la totalidad de nacimientos.³¹⁶

La tasa total de fecundidad en América Latina y el Caribe ha disminuido progresivamente en las últimas décadas; sin embargo, es la única región en el mundo que ha visto un aumento en la fecundidad de adolescentes, cuya tasa es 50% más alta que el promedio mundial (superada solamente por África).³¹⁷

En México viven cerca de 13.2 millones de adolescentes que conforman el grupo demográficamente más amplio.³¹⁸ Estimaciones de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2014) indica que en la fecha de levantamiento 48.5% de los embarazos de las adolescentes no fueron deseados o planeados. Asimismo, entre 2009 y 2014, se registró un aumento en la tasa de fecundidad en adolescentes (TFA), de 70.9 nacimientos a 77 nacimientos por cada 1000 adolescentes. Entre los miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), México es el país que presenta las cifras más altas de embarazo adolescente, superando a las de Estados Unidos, Reino Unido y Nueva Zelanda.³¹⁹

³¹² Secretaría de Salud (2013). Programa de acción específico. Salud sexual y reproductiva para adolescentes 2013-2018. México.

³¹³ CONAPO (2016). Cit.

³¹⁴ Campero Cuenca, L. et al. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. Gaceta Médica de México, 149, pp. 299-307. México.

³¹⁵ UNICEF Data: Monitoring the situation of Children and Women. Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/adolescent-health/>

³¹⁶ UNFPA 2016. Facing the facts. Adolescent girls and contraception; Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur. Apuntes para la construcción de una agenda común. <http://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Fecundidad%20y%20Maternidad%20Adolescente%20en%20el%20Cono%20Sur-Ultima%20version.pdf>

³¹⁷ Näslund-Hadley, E. Y Binstock, G. (2011). El fracaso educativo: embarazos para no ir a la clase, Nota técnica del BID IDB-TN-281. Disponible en: <http://dbdocs.iadb.org/wdsdocs/getdocument.aspx?docnum=36562729>

³¹⁸ INEGI (2015). Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015 Estados Unidos Mexicanos. México. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/ei2015/doc/eic_2015_presentacion.pdf

La proporción nacimientos registrados fue más alta en algunas entidades federativas del país durante el periodo 2000-2014: Coahuila registró 22.6% del total de partos entre mujeres menores de 20 años, seguido por Chihuahua con 22.5%, Durango con 21.1%, Nayarit con 20.4%, Campeche con 20.2% y Sinaloa con 20.3%. En contraste, las entidades con menor porcentaje de natalidad entre adolescentes fueron Baja California Sur con 18%, Jalisco con 17%, Querétaro con 16% y la Ciudad de México con 15.8%.³²⁰

En el país se estima que uno de cada cinco alumbramientos es de una mujer menor de 20 años de edad; la ENIM 2015 indicó que la tasa de natalidad de adolescentes (entre 15 y 19 años) es de 88 en áreas urbanas y de 93 en zonas rurales. Además, cerca del 40% de los embarazos adolescentes se concentra en el segundo quintil de pobreza.³²¹ Gran parte de los factores de riesgo están directamente relacionados con esta última, entre los cuales se encuentran efectos intergeneracionales -adolescentes embarazadas que probablemente son hijas de madres adolescentes- debut sexual temprano y violencia de la pareja o abuso sexual.³²²

Es importante señalar que este fenómeno no obedece a un solo tipo de comportamiento, ya que en él influyen factores como las relaciones asimétricas de género, las condiciones de desigualdad social y económica y la pertenencia étnica y ubicación geográfica, que ponen en una condición de especial desventaja a niñas y adolescentes.

Se estima que una de cada dos adolescentes de entre 12 y 19 años de edad que inicia su vida sexual se embaraza por causas relacionadas con la violencia sexual, nupcialidad temprana, omisión del uso o uso incorrecto de anticonceptivos o falta de educación integral en sexualidad. La ENADID indica que 48.5% de los embarazos en adolescentes no son planeados; sin embargo, en numerosas ocasiones las adolescentes desean un embarazo ante la falta de otras oportunidades, o viven en contextos donde la maternidad es el único papel valorado de la mujer.³²³

El embarazo adolescente es un problema de salud pública, pues la maternidad a temprana edad se relaciona con probabilidades más altas de pérdida del producto, mortalidad y morbilidad

infantil y complicaciones obstétricas y en el puerperio para las madres. Efectivamente, en México se observa un alza sostenida de defunciones maternas adolescentes: 122 muertes de mujeres entre 15 y 19 años de edad y cinco muertes de niñas entre 10 y 14 años de edad.³²⁴

Por otra parte, la ENIM 2015 mostró que 94% de la atención en el parto de mujeres entre 15 y 19 años fue llevada a cabo por un médico, lo cual permite afirmar que la falta de acceso a servicios de salud no es la única causa de muerte materna, ya que en ella intervienen también la gravedad de los casos al llegar al servicio de salud, la calidad de la atención y su pertinencia en el caso de las adolescentes embarazadas.³²⁵

En el país las mujeres que tienen el primer embarazo en la adolescencia terminan su periodo reproductivo hasta con 3 hijos más que las mujeres que iniciaron su maternidad después de los 19 años, lo cual se explica por la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, a información y a servicios integrales y amigables y el acceso inequitativo a métodos anticonceptivos entre adolescentes.³²⁶ De acuerdo con las estimaciones basadas en la ENADID 2014, la demanda insatisfecha de anticoncepción entre las mujeres de 15 a 24 años de edad es de 23.5% en unidas y 21.9% en sexualmente activas.

A lo anterior se añaden las dificultades para hacer compatible el embarazo y la crianza de los hijos con la conclusión de los estudios, la trayectoria educativa, el desarrollo de los planes de vida y la inserción laboral. Las brechas de género afectan de forma distinta: 11.8% de las mujeres que abandonaron la educación media superior reportaron que haber tenido un hijo fue la principal causa de su deserción, toda vez que sólo 2.3% de hombres reportó esta causa de deserción educativa. Un 59% de las adolescentes con antecedentes de embarazo cursó sólo hasta la secundaria.³²⁷

Adicionalmente, el embarazo en adolescentes repercute en la permanencia en las aulas: más del 90% de las madres entre 12 y 19 años no asiste a clases.³²⁸ Cabe mencionar que la relación entre el embarazo de adolescentes y los bajos niveles de educación no sólo afecta la asistencia escolar, matrícula y conclusión de estudios de las madres, sino también a sus hijos, quienes tienen una más alta probabilidad de contar con menores niveles de apoyo emocional y estimulación cognitiva, así como menores habilidades y capacidad de aprendizaje durante la infancia.³²⁹

³¹⁹ OECD (2015). ¿Cómo va la vida? Medición del bienestar. México. p. 176.

³²⁰ INEGI (2015). Natalidad. Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes por entidad federativa, 2000 a 2014. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo29&s=est&c=17528>

³²¹ Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México (2016). Encuesta nacional de niños, niñas y mujeres en México (ENIM) 2015 - Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados

³²² Save the Children (2016). Estado de las madres en México: embarazo y maternidad en la adolescencia. México. p.6. Disponible en: <https://www.savethechildren.mx/sites/savethechildren.mx/files/resources/Embarazo%20y%20Maternidad%20Adolescente.PDF>

³²³ Ibid., p. 6.

³²⁴ Dirección General de Información en Salud. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/estadisticas.html>

³²⁵ Instituto Nacional de Salud Pública/UNICEF México (2016). Encuesta nacional de niños, niñas y mujeres en México (ENIM) 2015 - Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados p. 6.

³²⁶ Ibid. p. 9.

³²⁷ Ibid. p. 6.

³²⁸ Secretaría de Salud (2015). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. México. Disponible en: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf

³²⁹ Näslund-Hadley, E. Y Binstock, G. (2011). El fracaso educativo: embarazos para no ir a la clase. Nota técnica del BID IDB-TN-281. Disponible en: <http://dbdocs.iadb.org/wdsdocs/getdocument.aspx?docnum=36562729>

Las principales brechas identificadas en el ámbito del embarazo en adolescentes son la falta de información y de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, los estereotipos de género, la discriminación, la violencia sexual y de género, los matrimonios infantiles, las relaciones asimétricas de género y la falta de oportunidades educativas y económicas.³³⁰ Si bien resulta relativamente sencillo establecer un vínculo entre el embarazo de adolescentes y cada uno de estos factores, resulta complejo atacar sus causas dado que, como ya se ha mencionado, es un problema complejo y multifactorial.

Respuesta institucional

En este contexto, el gobierno mexicano lanzó la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) 2015, que busca coordinar intersectorialmente a las dependencias federales y estatales para definir, medir y evaluar las políticas públicas en la materia. La ENAPEA tiene como objetivos principales reducir en 50% la tasa de fecundidad de las adolescentes entre 15 a 19 años para el año 2030 y erradicar embarazos en niñas de 14 años o menos.³³¹ Para su implementación se conformó, a nivel nacional, el Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA) liderado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y cuya secretaría técnica recae en el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Asimismo, la ENAPEA establece la creación de Grupos Estatales para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GEPEA) como parte de las acciones transversales necesarias para la completa implementación de la estrategia, como consta en el Informe Ejecutivo de la ENAPEA en 2016.³³²

Principales desafíos

Algunos de los desafíos para México en la materia remiten a la falta de acciones coordinadas de parte de las dependencias y organizaciones que conforman el GIPEA, así como a la necesidad aún no atendida de consolidar e integrar indicadores pertinentes para la medición de los avances o retrocesos en la prevención de los embarazos en adolescentes. Si bien la ENAPEA busca fomentar el trabajo coordinado entre los tres órdenes de gobierno, las organizaciones de la sociedad civil y los organismos internacionales, aún es una estrategia en gestación, de manera que todavía no cuenta con un plan de monitoreo o con un esquema general de evaluación interdisciplinario.

Es preciso también fortalecer las capacidades de las dependencias federales que participan en el GIPEA e identificar las acciones que actualmente llevan a cabo en materia de prevención de embarazos en adolescentes, con el fin de evitar las duplicidades.

Por otro lado, debe fortalecerse la rendición de cuentas y transparencia sobre los presupuestos que cada dependencia destina a responder a las líneas de acción de la ENAPEA, desde una construcción participativa con todos los sectores de la sociedad. En particular, se debe realizar un ejercicio de revisión del presupuesto que se reporta desde las dependencias que conforman el GIPEA, dado que con la información que se presenta de manera desconcentrada, no es posible identificar duplicidades o qué tipo de acciones se llevan a cabo. Tampoco es posible identificar claramente en qué líneas de acción de la ENAPEA inciden los montos reportados por dependencias y las organizaciones de la sociedad civil.

Consecuentemente, las dependencias que conforman el GIPEA deben reportar los avances obtenidos a partir de los 57 indicadores aprobados para la medición de impacto de las acciones que contempla la ENAPEA; es deseable que el trabajo conjunto logre romper las resistencias persistentes en algunas dependencias de gobierno y que se pueda generar información desagregada. A lo anterior se agrega que debe haber una coordinación entre los indicadores que establezcan los GEPEA y los de la ENAPEA con el Sistema de Información de SIPINNA, denominado INFOSIPINNA.

Igualmente, es preciso fortalecer la estrategia de difusión de mensajes comunes en torno a la ENAPEA, ya que su centralización comunicacional y sus campañas –como la campaña “¿Cómo le hago?” y otros materiales de difusión y formación– acotan el acceso de un público más amplio, y particularmente el de las zonas rurales y los hablantes de lenguas indígenas.³³³

El lanzamiento de la ENAPEA demuestra que la intersectorialidad es fundamental para la atención de esta problemática, que hasta ahora ha sido principalmente tratada por el sector salud; en cambio, el sector educativo debe asumir un papel proactivo que permita brindar educación sexual integral desde una perspectiva de género y de derechos humanos, con miras a reducir la violencia y propiciar el ejercicio de habilidades socioemocionales que permitan a las y los adolescentes desarrollar y alcanzar sus planes de vida.

³³⁰ Save the Children (2016). Estado de las madres en México: embarazo y maternidad en la adolescencia. México. Disponible en: <https://www.savethechildren.mx/sites/savethechildren.mx/files/resources/Embarazo%20y%20Maternidad%20Adolescente.pdf>

³³¹ Secretaría de Salud (2015). Estrategia nacional para la prevención del embarazo en adolescentes. México. Disponible en: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf

³³² Gobierno de la República (2015). Informe ejecutivo del GIPEA. México. Disponible en: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60988/INFORME_Ejecutivo_del_GIPEA_2015_versi_n_definitiva.pdf

En mayo de 2017 se concluyó exitosamente con la instalación de los 32 GEPEA locales, sin embargo, es preciso fortalecer sus capacidades de coordinación e interlocución con el nivel estatal y el nivel federal y homogeneizar criterios comunes entre ellos.

Aunque al interior del GIPEA y de algunos GEPEA ya existe una coordinación con el SIPINNA y sus equivalentes locales, esto no sucede en la mayoría de ellos. Del mismo modo, aún no se definen con precisión las formas de interlocución entre ambos sistemas, dado que las personas o direcciones designadas para este trabajo, en coordinación interinstitucional, pueden provenir de adscripciones diferentes al interior de las respectivas instituciones.

Los Objetivos Nacionales de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes 25 al 25 del SIPINNA incluye metas en esta materia: por ejemplo, en el dominio de supervivencia se menciona “Prevenir y reducir el número de embarazos en niñas y adolescentes, así como las uniones tempranas y asegurar apoyos para que las madres y los padres menores de 18 años y sus hijas e hijos puedan ejercer plenamente sus derechos. Asimismo, se plantea el desafío de alinear las prioridades nacionales para prevenir el embarazo en adolescentes con la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.



© UNICEF México/ Mauricio Ramos

³³³ Campaña “¿Cómo le hago?” <http://comolehago.org>



© UNICEF México/ Mauricio Ramos

Es muy difícil ser madre adolescente

Pureza Castillo tiene 14 años y un bebé de 8 meses. “Alexis Fabián es un niño muy bien portado y cariñoso. Lo amo y es mi razón de vivir. Pero es muy difícil ser madre tan joven. Yo recomendaría a las otras niñas esperar más tiempo para tener hijos”, dice la adolescente, que vive en San Martín Toltepec, cerca de Toluca, Estado de México.

“Las adolescentes tienen derecho a la información para tomar decisiones que afectan sus vidas; el embarazo adolescente las conduce, de golpe, a un mundo adulto para el cual no están preparadas, con efectos desfavorables sobre su vida y la de sus hijos”, explica Paola Gómez, Oficial de Educación de UNICEF.

Pureza es madre soltera, pero asegura que tiene mucha suerte: puede seguir estudiando porque sus padres y sus hermanos la apoyan. “Mi mamá cuida a Alexis cuando yo voy a la escuela. Ella quiere que me siga superando y pueda ser independiente y capaz de hacerme cargo de mi hijo”, dice. Sin embargo, lamenta no tener tiempo libre para jugar o para platicar con sus amigas, como otras chicas de su edad.

El embarazo prematuro además conlleva un alto riesgo para la vida y la salud del bebé y de la madre. En este caso, Pureza tuvo un embarazo de riesgo, sufrió de presión alta y su hijo nació prematuro y con labio leporino. “El doctor lo va a operar en cuanto alcance los cinco kilos de peso”, explica.

El embarazo puede truncar la educación de los y las adolescentes, y la de estas últimas con mayor frecuencia. Éste fue el caso de Valeria Medina, de 16 años, que tiene una hija, Daniela, de 10 meses: “Terminé la secundaria, pero ya no seguí con la preparatoria. No tengo los recursos económicos suficientes y tengo que cuidar de mi hijo”, dice. A Valeria la apoya su madre para cuidar a Daniela, pero tiene que trabajar en la pastelería familiar.

La deserción escolar es uno de los factores que propician el embarazo adolescente, por lo cual, tanto el gobierno como UNICEF trabajan para que las niñas no dejen la educación. Además, impulsan marcos jurídicos y de políticas públicas para garantizar todos los derechos de las niñas y adolescentes, y para protegerlas de cualquier tipo de violencia.

“Las adolescentes tienen derecho a la información para tomar decisiones que afectan sus vidas; el embarazo adolescente las conduce, de golpe, a un mundo adulto para el cual no están preparadas, con efectos desfavorables sobre su vida y la de sus hijos”

3.1.4 Niños, niñas y adolescentes que viven con VIH y SIDA

Situación y tendencias

Desde su aparición a principios de la década de los '80, la epidemia del SIDA ha repercutido notablemente en la vida de los niños y los adolescentes alrededor del mundo. Al cierre 2015, a nivel mundial 36.7 millones de personas vivían con el VIH, de los cuales 1.8 millones eran niñas, niños y adolescentes menores de 15 años.³³⁴ El primer caso de SIDA en México se diagnosticó en 1983. El entonces Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA, hoy CENSIDA) se creó en el 1988 para atender el grave problema de salud pública que representaba esta nueva enfermedad. La incidencia del VIH en México creció lentamente y alcanzó su nivel máximo en 1999, para después estabilizarse entre los años 2000 y 2003 e iniciar su fase de descenso a partir del año 2004.³³⁵ En México, las nuevas infecciones por VIH en las niñas, niños y adolescentes menores de 15 años descendieron 75% del 2011 al 2015.³³⁶

En la actualidad, la información pública indica que la epidemia del SIDA en México es clasificada como concentrada,³³⁷ debido a que se mantienen prevalencias importantes en grupos de población clave como son los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas transgénero, hombres trabajadores sexuales y personas que se inyectan drogas, con el mayor porcentaje de casos acumulados de SIDA en el grupo de edad de 25 a 44 años al 2016.³³⁸ En México, la población adolescente, aunque no es el principal grupo de la población afectada por esta epidemia, requiere atención especial dada su situación de vulnerabilidad y la exposición a factores de riesgo, como pueden ser la exposición temprana a relaciones sexuales sin protección, la deficiente educación sexual integral, el uso de alcohol y otras drogas o barreras al acceso a servicios de salud por su edad, entre otros. Además, este riesgo se acentúa entre los adolescentes que viven en condiciones de marginación social y económica y que cuentan con menor acceso tanto a la información como a servicios de salud y apoyo.³³⁹

En este sentido, la información de la ENIM 2015 sobre el conocimiento y actitudes de las mujeres sobre el VIH señala que, aunque casi todas mujeres en edad reproductiva han oído hablar del sida, sólo 31.3% de las mujeres jóvenes entre 15 y 24 años identifican correctamente dos formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las concepciones erróneas más comunes sobre la

transmisión del VIH. Asimismo, en este mismo grupo etario sólo 18% se realizó la prueba del VIH durante los 12 meses anteriores a la encuesta y conoce sus resultados. Los niveles de realización de prueba de VIH son menores en edades más tempranas: al respecto, datos de la ENSANUT 2012 indican que sólo 3.5% de los adolescentes de ambos sexos entre 12 y 19 años de edad se ha realizado la prueba de detección del VIH alguna vez.

De acuerdo con la información del CENSIDA y del INSP del año 2014, entre los adolescentes hombres entre 15 y 18 años de edad, estudiantes de escuelas de educación media superior urbanas y rurales un 54% señala haber usado un preservativo en la última relación sexual como método de prevención de la infección por el VIH, con un porcentaje superior al reportado por las adolescentes mujeres (46.5%). No obstante, el impacto que puede tener en la vida de un adolescente la infección por el VIH, el preservativo está presente entre los adolescentes en mayor medida como método de prevención de embarazos no deseados: 83% en los hombres y 92.5% en las mujeres.³⁴⁰

Esta información, junto con los bajos porcentajes de realización de pruebas de detección de VIH en la población adolescente, permite identificar la necesidad de que las y los adolescentes cuenten con mayor conocimiento sobre la magnitud de la infección del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual (ITS), así como de la importancia de su prevención. La distribución acumulada de adolescentes con casos notificados de SIDA y VIH de 1983 al 2016, por grupos de edad y sexo se muestra en la Tabla 3.1.2 con información de la Secretaría de Salud (SS) y del CENSIDA.

Hasta diciembre de 2016, los casos notificados de VIH y SIDA en las edades de 10 a 19 años fueron en total 7,907, que representan 3.1% del total de casos de cero a 65 años y más: 637 casos fueron en población de 10 a 14 años (8%) y 7,270 en el grupo de 15 a 19 años (92%). A excepción de los adolescentes hombres con casos notificados de VIH de entre 10 y 14 años, los hombres representan una proporción mayor que las mujeres. El aumento de casos notificados en el grupo de 15 a 19 años respecto al de 10 a 14 años, tanto para SIDA como para VIH, puede reflejar la necesidad de reforzar las acciones de información y educación sexual en la adolescencia temprana.

³³⁴ CENSIDA (2016). Boletín del día Mundial del SIDA. Disponible en:

http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/170223/Bolet_n_D_a_Mundial2016.pdf

³³⁵ Córdova Villalobos, J.A., Ponce De León Rosales, S., Y Valdespino, J.L. (2008). 25 años de SIDA en México. Logros, desafíos y retos. Instituto Nacional de Salud Pública. México. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/SIDA25axos-26mar.pdf>

³³⁶ CENSIDA (2016). Boletín del Día Mundial del SIDA. Disponible en: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/170223/Bolet_n_D_a_Mundial2016.pdf

³³⁷ Con el propósito de dar vigilancia epidemiológica, ONUSIDA y la OMS clasifican los escenarios epidemiológicos como: nivel bajo o incipiente, concentrada y generalizada. Se considera a una epidemia como "concentrada" cuando se presenta en menos de 1% de la población general, pero en más de 5% de cualquier grupo de "alto riesgo". Ver ONUSIDA (2011). Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2118_terminology-guidelines_es_0.pdf

³³⁸ Idem.

³³⁹ UNICEF, ONUSIDA, OMS (2002). Los jóvenes y el VIH/SIDA, una oportunidad en un momento crucial. México.

³⁴⁰ INSP, CENSIDA (2014). Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados. México.

Gráfico 3.1.2. Distribución de casos notificados de Sida y de VIH en adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, 1983 - 2016

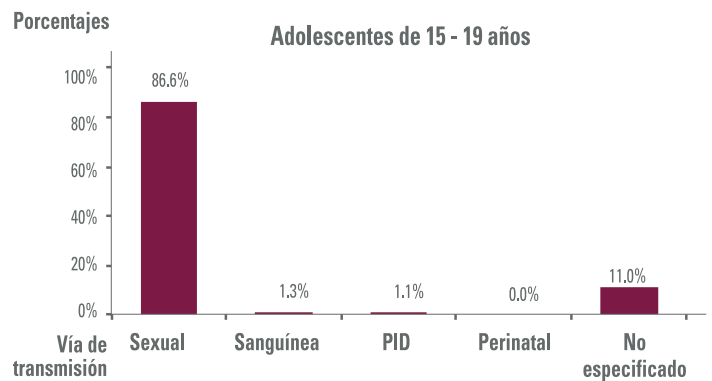
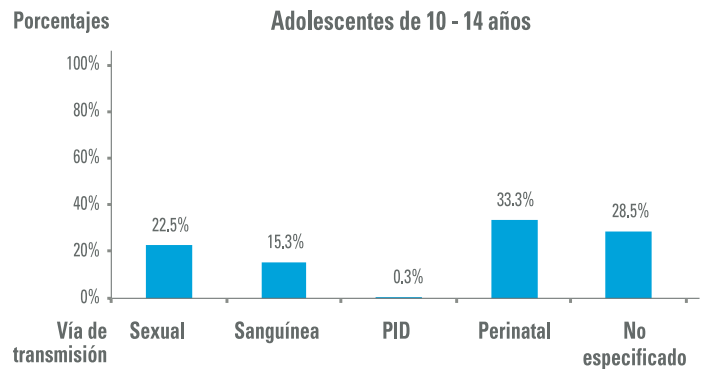
| Casos notificados por edad | Hombres | Mujeres | Total |
|----------------------------|---------|---------|---------|
| SIDA | | | |
| 10 - 14 años | 304 | 214 | 518 |
| 15 - 19 años | 2,532 | 1,135 | 3,667 |
| Total 0 - 65 y más años | 154,623 | 33,921 | 188,544 |
| VIH | | | |
| 10 - 14 años | 53 | 66 | 119 |
| 15 - 19 años | 2,262 | 1,341 | 3,603 |
| Total 0 - 65 y más años | 50,394 | 15,933 | 66,327 |

Nota: Al ser un acumulado del periodo 1983 a diciembre del 2016, se incluyen personas vivas y fallecidas.

Fuente: SS/DGE y Censida (2016): Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH y Sida en México. Con base en: Registros Nacionales de Casos de Sida y Seropositivos a VIH. Datos al 31 de diciembre de 2016.
Procesó: SS/Censida

La distribución porcentual del total de casos acumulados de VIH y SIDA en ambos sexos para los grupos de edad de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, según categoría de transmisión, se observa en el Gráfico 3.1.3. Entre los adolescentes entre 10 a 14 años con VIH y SIDA, casi seis de cada 10 se infectaron por vía perinatal o sexual, mientras que entre los adolescentes de 15 a 19 años, casi nueve de cada 10 adquirieron la infección por la vía sexual.

Gráfico 3.1.3. Distribución porcentual de casos acumulados de VIH y SIDA según categoría de transmisión en adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años



Fuente: SS/DGE y Censida (2016): Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH y Sida en México.

Por último, en 2015 los registros administrativos de mortalidad por enfermedad por VIH indican 12 defunciones ocurridas en los adolescentes entre 10 y 14 años y 41 defunciones en los adolescentes entre 15 y 19 años de edad, lo cual representa 1.1% del total de defunciones por esta causa registradas en el año.³⁴¹



© UNICEF México

³⁴¹ Cifras oficiales definitivas de defunciones, generadas a partir de la información asentada en las actas, certificados y cuadernos de defunciones inscritos en el Sistema nacional del registro civil y agencias del ministerio público. V. INEGI/SS: Principales causas de defunciones con lista mexicana. Disponible en: http://www.dgjs.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_defunciones.html

Respuesta institucional

La instrumentación de políticas públicas dirigidas a proteger la salud de los adolescentes es una de las prioridades en la agenda de salud pública de México, y por tanto la prevención y reducción de la infección por VIH es un tema de relevancia para el gobierno federal.³⁴²

En este contexto, las líneas de acción establecidas por el Programa sectorial de salud (PROSESA) para incidir en la reducción de la infección del VIH en la población adolescente han sido enfocadas a la prevención, a través de la promoción de la salud sexual y reproductiva responsable y del aseguramiento del abasto y oferta de métodos anticonceptivos -especialmente del preservativo- así como en el tratamiento oportuno en las mujeres embarazadas para prevenir la transmisión vertical del VIH. Finalmente, el PROSESA tiene como uno de sus 16 indicadores el relativo a la reducción de casos nuevos de VIH por transmisión vertical, lo que lo coloca como una prioridad de la presente administración.

Alineado con el PROSESA, el Programa de acción específico salud sexual y reproductiva para adolescentes 2013-2018 busca contribuir a la prevención del VIH en los adolescentes a partir de la realización y difusión de campañas, del fomento de la comunicación con las organizaciones de la sociedad civil para prevenir el VIH en áreas rurales e indígenas, la promoción de la prueba del VIH entre las adolescentes mujeres con factores de riesgo y el fortalecimiento de la consejería.

Al respecto, la NOM-010-SSA2-2010 Para la prevención y el control de la infección por virus de inmunodeficiencia humana establece acciones de asesoría dirigidas a todas las mujeres embarazadas para promover la detección voluntaria, temprana y oportuna de la infección por VIH, así como de información sobre el riesgo de transmisión y las alternativas de tratamiento y atención integral para la mujer y su hijo, en caso de ser necesario. También señala que es obligación de todos los servicios de salud que integran el sistema nacional de salud ofrecer la prueba de detección del VIH a todas las personas, de manera voluntaria y confidencial, para el cuidado de su salud y con especial énfasis en todas mujeres embarazadas.

Asimismo, esta norma específica que la atención integral a las mujeres embarazadas con infección por VIH se debe llevar a cabo de acuerdo con los procedimientos establecidos en las instituciones del Sistema nacional de salud, considerando tres aspectos fundamentales: mantener la salud de la madre, disminuir el riesgo de transmisión perinatal y basarse en la *Guía de manejo antirretroviral de personas que viven con VIH*.

Para la atención contra el VIH para toda la población, el gobierno federal establece el programa de acción específico respuesta al VIH, SIDA e ITS 2013-2018, que también tiene como objetivo la prevención, y que además incorpora la atención integral de calidad del VIH³⁴³ e ITS, así como la eliminación de la transmisión vertical del VIH³⁴⁴ y la sífilis congénita.

Los altos costos de atención del VIH³⁴⁵ y su importancia en la salud pública motivaron la inclusión de su atención en el paquete de servicios del Seguro popular, que cubre el tratamiento ambulatorio de acuerdo con la normatividad del Centro Nacional para la Prevención y el Control de VIH/SIDA (CENSIDA). De esta manera, se garantiza que todas las personas que no cuentan con seguridad social se afilien al Seguro Popular y reciban servicios de salud para la atención del padecimiento de forma gratuita.

Para la población afiliada al Seguro Popular existe el Catálogo universal de servicios de salud (CAUSES), en el que se considera la realización de pruebas de detección de VIH y otras ITS. En caso de que el paciente sea seropositivo,³⁴⁶ es referido a los servicios especializados de atención del VIH e ITS: Centro ambulatorio para la prevención y atención del SIDA e infecciones de transmisión sexual (CAPASITS) o a los Servicios de atención integral hospitalaria (SAIH), que cuentan con personal especializado y con infraestructura e insumos necesarios. Para la población pediátrica menor de 15 años existen establecimientos de salud públicos, que en 2014 sumaron un total de 218 establecimientos, y que ofrecen tratamiento antirretroviral pediátrico.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) es un ente financiador que proporciona los recursos para adquirir los medicamentos para el VIH -o fármacos ARV- para las personas afiliadas al Seguro Popular a través del fideicomiso de gastos catastróficos.³⁴⁷ La calidad del servicio se gestiona a través de la

³⁴² Secretaría de Salud (2014). Programa de acción específico en respuesta al VIH, el SIDA e ITS, 2013-2018.

³⁴³ De acuerdo con la NOM-010-SSA2-2010 para la prevención y el control de la infección por VIH, la atención integral de calidad se refiere al manejo y prevención de infecciones oportunistas y neoplasias, de acuerdo con la NOM ya mencionada, y atención multidisciplinaria de los especialistas necesarios.

³⁴⁴ La transmisión vertical del VIH se refiere a la transmisión de la infección del VIH de la madre al hijo durante el parto.

³⁴⁵ El costo promedio anual por la atención de un paciente con VIH es de \$74,500 pesos, que incluyen estudios de seguimiento y medicamentos antirretrovirales.

³⁴⁶ Persona que cuenta con pruebas serológicas repetidamente reactivas con Elisa y con prueba confirmatoria Western Blott.

³⁴⁷ Herrera Basto, E.A. (2006). El Sistema de Protección Social en Salud y el VIH/SIDA. En Magis Rodríguez, C., Y Barrientos Bárcenas, H. (Eds.) VIH/SIDA y Salud Pública: Manual para personal de salud. CENSIDA/INSP. México.

acreditación de los CAPASITS, que realiza La Dirección general de calidad y educación en salud, en coordinación con CENSIDA y los servicios estatales de salud. Los fármacos ARV, que se otorgan a las personas con seguridad social, se adquieren en compras consolidadas nacionales en dichas instituciones. La atención en VIH SIDA es universal y gratuita en el sector salud.

Principales desafíos

Uno de los desafíos en la prevención y atención del VIH en la población adolescente es el diseño e implementación de programas de prevención, que incluyan cuestiones relevantes para esta población frente al VIH, como son el uso de alcohol y drogas ilegales, la violencia de género y la baja percepción del riesgo de adquirir el virus.³⁴⁸

Garantizar el abasto y la disponibilidad de insumos, ya sea de anticonceptivos o de pruebas de detección de VIH, así como a la obtención de servicios de salud accesibles, aceptables, equitativos, apropiados y efectivos para los adolescentes es también un reto en la agenda pública.

Respecto a los métodos de protección, es necesaria la generación de estrategias para aumentar la demanda y asegurar la oferta de anticonceptivos, los cuales deben estar disponibles en lugares que frecuentan los jóvenes.³⁴⁹ Es importante fortalecer los servicios amigables para adolescentes ubicados en las unidades de primer contacto, y que tienen como objetivo facilitar el acceso a los servicios, con personal capacitado y horarios adaptados a las necesidades del grupo etario, incluidas las medidas preventivas para VIH e ITS.

Por otra parte, el bajo porcentaje de adolescentes que se han realizado la prueba de detección del VIH plantea el desafío de incrementar el número de diagnósticos tempranos de los adolescentes que no conocen su estatus serológico. La prueba de detección de VIH debe ser de cobertura universal, sin discriminación y con respeto a los derechos humanos.³⁵⁰

En este mismo sentido, un reto importante es incrementar el porcentaje de mujeres embarazadas que se realizan la prueba del VIH y sífilis, lo cual permite detectar oportunamente estas infecciones y

prevenir la transmisión vertical al bebé, durante el embarazo, parto o lactancia. Información reciente de la ENIM 2015 señala que al 56.8% de las mujeres entre 15 y 49 años de edad se le ofreció hacerse una prueba del VIH durante la atención prenatal aceptaron realizársela. Esta es una ventana de oportunidad, gracias a que en el país más del 90% de las mujeres embarazadas acuden a control prenatal.

Otro desafío en esta materia es reforzar la actitud de aceptación hacia personas que viven con VIH desde edades tempranas. De acuerdo con información de la ENIM 2015, cuando se preguntó a mujeres de entre 15 y 49 años su aceptación sólo cuatro de cada 10 mujeres se expresaron positivamente ante las siguientes actitudes: si a una maestra con SIDA se le debe permitir enseñar, si le comprarían verduras frescas al dueño de una tienda o a un vendedor que es VIH positivo, si quisieran mantener en secreto el caso de un miembro de la familia que fuera VIH positivo, y si estarían dispuestas a cuidar en su propia casa a un miembro de la familia con SIDA.

Por último, y en sincronía con el sector educativo, el *Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados* del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y CENSIDA señala que es prioritaria la impartición de una educación sexual integral y de calidad. Esto debería realizarse con una perspectiva intersectorial, que incluya tanto el contexto escolar como el familiar y el médico, y que además informe de manera clara sobre los derechos de los adolescentes en el ejercicio de su ciudadanía sexual.

Los resultados de este análisis señalan que la educación sexual recibida durante la adolescencia necesita reforzar algunas temáticas, como las relacionadas con el uso correcto del preservativo, vencer las barreras que se presentan para conseguir estos anticonceptivos y otros métodos, las implicaciones del uso del alcohol y drogas, el respeto a la diversidad y el acceso a servicios de salud.³⁵¹ Todos estos aspectos, al ser reforzados, tienen una repercusión positiva en el conocimiento de los riesgos asociados con el VIH.

³⁴⁸ Secretaría de Salud (2014). Programa de acción específico en respuesta al VIH, el SIDA e ITS, 2013-2018. México.

³⁴⁹ INSP, CENSIDA (2014). Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados. México.

³⁵⁰ Intervención del Dr. José Narro Robles, Secretario de salud del gobierno de México en la Reunión del alto nivel de 2016 para poner fin al SIDA. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/interior/inicio/alto_nivel2016.html

³⁵¹ INSP, CENSIDA (2014). Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados. México.

3.1.5 Suicidio

Situación y tendencias

A nivel mundial, cada año más de 800,000 personas de todas las edades mueren por suicidio, el cual se constituye también en la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años de edad, y que en 75% de los casos ocurre en países de ingresos medios y bajos.³⁵² En México, el suicidio cobró interés en la agenda de salud pública porque los casos se han duplicado desde 1990, al pasar de 2.2 a 4.9 suicidios por cada 100,000 habitantes en el 2013,³⁵³ con el mayor crecimiento entre la población adolescente y joven.³⁵⁴

Existen varios factores de riesgo que influyen en que una persona adquiera un comportamiento suicida: algunos están asociados con el sistema de salud y la sociedad, otros están vinculados con temas de la comunidad y las relaciones personales y otros con las circunstancias individuales. Entre los factores asociados al sistema de salud y la sociedad están las dificultades para obtener acceso a la atención de salud, la fácil disponibilidad de medios para cometer suicidio, la imitación de actos suicidas provocada por el sensacionalismo de los medios de comunicación y la estigmatización de quienes buscan ayuda por comportamientos suicidas, problemas de salud mental o consumo de sustancias adictivas.

En relación con los riesgos correspondientes al entorno comunitario y relacional se encuentran la guerra y los desastres, la discriminación, el aislamiento, el abuso, la violencia, las relaciones conflictivas. Por otra parte, entre los factores de riesgo a nivel individual se encuentran principalmente los intentos previos de suicidio, los trastornos mentales, el consumo nocivo de alcohol, el dolor crónico, las cuestiones económicas y los antecedentes familiares de suicidio.³⁵⁵

La depresión en las niñas, niños y adolescentes es un factor de riesgo que se presenta desde edades tempranas: de acuerdo con la información de la Encuesta Nacional de los Hogares (ENH) de 2014, 14.6% de las niñas, niños y adolescentes de siete a 14 años de edad han sentido depresión, porcentaje que se incrementa a 28.9% en las y los adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años.

Por su parte, la ENIM 2015 proporciona información relativa a la sintomatología depresiva en las mujeres entre 15 y 24 años de edad, y reporta que 18.9% de las mujeres cuenta con una indicación de depresión moderada o severa. Sobre el intento de suicidio, la ENSANUT 2012 encuentra que entre los adolescentes de 10 a 19 años la prevalencia aumenta en las mujeres, en las y los adolescentes que no cuentan con escolaridad, consumen alcohol y que además sufrieron algún tipo de violencia en los últimos 12 meses.

En 2014 la mayor proporción de defunciones por suicidio en el país correspondía a las edades de 15 a 29 años, toda vez que los adolescentes de 15 a 19 años son el segundo grupo quinquenal con más defunciones por suicidio (después del grupo de 20 a 24 años). Considerando al grupo etario de adolescentes entre 12 y 17 años, las lesiones autoinfligidas, o suicidios, son la cuarta causa de mortalidad en el periodo citado, después de los accidentes, los tumores malignos y los homicidios. De las 6,447 defunciones de adolescentes en el año 2014, 623 correspondieron a suicidios, equivalentes al 9% del total de las defunciones en este grupo de edad. En 85% de los casos, el suicidio fue por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación. Las entidades federativas con mayor número de casos de adolescentes que cometieron suicidio fueron el Estado de México, con 102 casos, Guanajuato con 57 y la Ciudad de México con 49.³⁵⁶

La tabla 3.1.3 expone el número de las defunciones por suicidio en las y los adolescentes de 12 a 17 años, de acuerdo con las características sociodemográficas en el periodo de 2012 a 2014. En general, se observa que en este grupo etario los mayores porcentajes corresponden a los varones adolescentes de contextos urbanos y a adolescentes que viven en municipios con grados de marginación muy bajos. Al respecto, es relevante notar, en el periodo considerado, los altos porcentajes de suicidios cometidos por adolescentes que viven en localidades urbanas y de baja marginación, lo cual señala una necesidad de atención a estos grupos poblacionales: en promedio, siete de cada 10 adolescentes que cometen suicidio residen en áreas urbanas y cinco de cada 10 pertenecen a municipios de muy baja marginación.

Asimismo, las defunciones por suicidio se incrementan conforme aumentan los años de edad, por lo cual son las y los adolescentes de 16 y 17 años quienes suman la mitad de los casos en promedio.

³⁵² OMS (2014). Prevención del suicidio, un imperativo global. Reporte ejecutivo.

³⁵³ INEGI (2015). Estadística a propósito del día mundial para la prevención del suicidio.

³⁵⁴ Secretaría de Salud (2013). Programa de Acción Específico Atención Psiquiátrica 2013-2016. Gobierno de México. México.

³⁵⁵ OMS (2014). Prevención del suicidio, un imperativo global. Reporte ejecutivo. México.

³⁵⁶ INEGI/SS. Principales causas de defunciones con lista mexicana. Disponible en: http://www.dgjs.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_defunciones.html. Consultado el 20 de junio de 2016.

Tabla 3.1.3. **Casos de defunciones por lesiones autoinfligidas (suicidios) de acuerdo con diversas características sociodemográficas en adolescentes de 12 a 17 años, 2012 – 2014 (frecuencias y porcentajes)**

| Defunciones por lesiones autoinfligidas | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|------|------|------|
| Suicidios totales (Frecuencias) | 610 | 549 | 623 |
| Por sexo (%) | | | |
| Mujeres | 38 | 38.6 | 41.1 |
| Hombres | 62 | 61.4 | 58.9 |
| Por estrato rural/urbano (%) | | | |
| Rural | 25.9 | 25.3 | 29.4 |
| Urbano | 72.1 | 72.9 | 69.5 |
| No especificado | 2 | 1.8 | 1.1 |
| Por grado de marginación municipal (%) | | | |
| Muy alto | 6.2 | 6.4 | 8 |
| Alto | 13.9 | 13.3 | 14.3 |
| Medio | 12.3 | 15.5 | 13.3 |
| Bajo | 14.4 | 13.1 | 14.6 |
| Muy bajo | 53 | 51.2 | 49 |
| ND | 0.2 | 0.5 | 0.8 |
| Por edad (%) | | | |
| 12 años | 6.6 | 5.6 | 6.3 |
| 13 años | 8.2 | 9.1 | 10.9 |
| 14 años | 13.8 | 10.6 | 15.4 |
| 15 años | 15.6 | 22.2 | 18.8 |
| 16 años | 21.8 | 25.5 | 22 |
| 17 años | 34.1 | 27 | 26.6 |

Fuente: Elaboración propia con información de INEGI/SS: Principales causas de defunciones con lista mexicana.

Respuesta institucional

La atención a las y los adolescentes que presentan intentos de suicidio se regula a través de la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015 para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad, misma que establece que el personal de salud debe estar atento a la presencia de signos y síntomas emocionales o del comportamiento que puedan sugerir trastornos de la salud mental, a fin de detectar oportunamente los requerimientos de atención especializada y en ese caso referir a los servicios médicos de atención integral que correspondan. Asimismo, señala que en caso de detectar signos y síntomas que indiquen riesgo de suicidio será necesario canalizar inmediatamente al adolescente a los servicios médicos de atención integral.

Adicionalmente, ante la necesidad de disminuir la incidencia de suicidios en la población adolescente en el país, la respuesta del gobierno federal se refleja en el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018, el cual, a través de la estrategia 3.5.3, señala la intención de contribuir a mejorar el marco jurídico para la prevención de suicidios y homicidios con base en evidencia científica. Además, de forma específica, en el Programa de Acción Específico (PAE) salud mental 2013 - 2018 se promueve la detección oportuna del riesgo suicida en niñas, niños y adolescentes en la línea de acción 1.4. Ésta forma parte del primer objetivo del PAE, que busca desarrollar acciones de protección y promoción de salud mental, así como la detección oportuna y prevención de los trastornos mentales, y que además cuenta con la corresponsabilidad de la Secretaría de Salud, SESA e instituciones de seguridad social como el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR, así como del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (Sistema Nacional DIF).³⁵⁷

Asimismo, a través del PAE Atención Psiquiátrica 2013 - 2018, se busca contribuir a la disminución de los suicidios en la población en general. El objetivo 3 especifica la realización de acciones de prevención y educación de los trastornos mentales prioritarios relacionados con el suicidio y sus factores de riesgo.³⁵⁸ Con estos objetivos, el PAE pretende establecer redes interinstitucionales en las que participen instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil, así como voluntarios y asociaciones religiosas. Además, plantea el desarrollo de un programa multisectorial orientado a la prevención del suicidio que identifique casos de riesgo mediante programas específicos en escuelas y comunidades y que cuente con un plan de capacitación para el personal de salud en la identificación de casos de riesgo, manejo y canalización adecuados.³⁵⁹

³⁵⁷ Secretaría de Salud (2014). Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018.

El gobierno mexicano ha establecido estrategias de prevención para atender el problema del suicidio en el país, como el auspicio del lanzamiento del *Primer informe global sobre suicidio* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en octubre de 2014, en el que México fue elegido para la difusión del informe. Esta acción pretende contribuir a la mejora del marco jurídico para la prevención de suicidios y homicidios con evidencia científica.³⁶⁰

Principales desafíos

Considerando que los suicidios son prevenibles, la OMS ha recomendado el establecimiento de una estrategia nacional integral de prevención del suicidio, orientada a dar una respuesta a nivel nacional a este problema de salud, y que permita abarcar diversas medidas de prevención tales como la vigilancia, la restricción de los medios utilizados para suicidarse,³⁶¹ directrices para los medios de comunicación, reducción del estigma, concientización del público, y además la capacitación de personal de salud, educadores y elementos de policías, entre otros. Asimismo, es recomendable que México cuente con servicios de intervención en crisis y posteriores a la misma. Por otra parte, la falta de una estrategia no debe obstaculizar la ejecución de programas focalizados de prevención del suicidio.³⁶²

La atención en salud mental también ha sido señalada como un desafío para el gobierno federal, lo cual se debe a los obstáculos que dificultan la atención a la población demandante, tales como la limitada oferta de servicios de salud mental – que se basa principalmente en hospitales psiquiátricos,³⁶³ la calidad heterogénea de la atención - ocasionada por la carencia de protocolos de atención estandarizada y guías de práctica clínica, así como la insuficiencia de recursos - y la fragmentación de los servicios de salud mental, que no están integrados a la red de servicios de salud en general. A esto se agrega el estigma y la discriminación presentes tanto en la sociedad como en los prestadores de servicios de salud, producto de la imagen social de las personas con problemas mentales: violentas, peligrosas o impredecibles. Este último obstáculo es considerado como el principal reto para la atención de la salud mental en México.³⁶⁴

3.1.6. Adicciones, consumo de tabaco y alcohol

Situación y tendencias

El consumo de drogas³⁶⁵ es un problema de salud que experimentan personas de todas las edades, y ante el cual las y los adolescentes son particularmente vulnerables, ya que con frecuencia su consumo se origina en la fuerte influencia y presión social que ejercen sus pares, así como en su mayor propensión a participar en comportamientos de riesgo con el fin de impresionar a sus amigos y expresar su independencia de las normas parentales y sociales.³⁶⁶ Los y las adolescentes actúan por curiosidad, imitación, sentimiento de invulnerabilidad, rebeldía o afán de independencia; sin embargo, enfrentan el peligro de iniciar el consumo y escalar hacia la adicción.³⁶⁷ Existen además otros factores que contribuyen al desarrollo de adicciones: características genéticas, sexo, ambiente, prácticas recreativas asociadas al consumo, exclusión social y violencia, así como falta de acceso a servicios de salud.³⁶⁸ El uso, abuso y dependencia generan no sólo problemas de salud para las personas, sino también problemas de gobernabilidad, de cumplimiento de leyes, de convivencia y de paz social.³⁶⁹

Existen dos tipos de droga, de acuerdo con su regulación en los tratados de fiscalización internacional: por un lado, las drogas reguladas -también llamadas ilícitas- como la marihuana, cocaína, heroína, estimulantes de tipo anfetamínico y éxtasis, las cuales son limitadas a fines científicos; por el otro, las drogas no reguladas son la cafeína, la nicotina y el alcohol, que pueden comercializarse bajo las normas legales de cada país. Se consideran drogas también los medicamentos y los inhalables.³⁷⁰

En México han sido señaladas dos tendencias en el consumo de drogas: la primera se refiere a que la edad de inicio de consumo es cada vez menor -como se señala en la Tabla 3.1.4- y la segunda está relacionada con el incremento en la disponibilidad de aquellas no reguladas (venta de cigarrillos por pieza, obtención de bebidas alcohólicas y la facilidad para conseguirlas entre la población estudiantil).³⁷¹

³⁵⁸ Trastornos mentales tales como la depresión y la ansiedad.

³⁵⁹ Secretaría de Salud (2014). Programa de Acción Específico Atención Psiquiátrica 2013-2018. México.

³⁶⁰ Secretaría de Salud (2015). Tercer informe de labores 2014-2015. México.

³⁶¹ Por ejemplo, restricciones a los pláguicidas, a la compra de armas de fuego, al acceso a los lugares peligrosos.

³⁶² OMS (2014). Prevención del suicidio, un imperativo global. Reporte ejecutivo.

³⁶³ Existen 33 hospitales psiquiátricos en el país que atienden a 47 usuarios por cada 100,000 habitantes.

³⁶⁴ Secretaría de Salud (2014). Programa de acción específico atención psiquiátrica 2013-2018. México.

³⁶⁵ Se entiende como droga toda sustancia que, al ser introducida al organismo por cualquier vía de administración, altera el funcionamiento del sistema nervioso central del consumidor y es susceptible de crear dependencia.

³⁶⁶ National Institute on Drug Abuse (2014). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. Disponible en: https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_sp_2014.pdf

³⁶⁷ UNODC (2013). Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. Perú.

³⁶⁸ Angulo Rosas, et al. (2014). Guía del comunicador: Información sobre trastornos del uso de drogas. Fundación Gonzalo Ríos Arronte. México.

³⁶⁹ CONADIC (2014). Prevención de Adicciones, Guía para el comunicador. Capítulo 3. P. 47. México.

³⁷⁰ Angulo Rosas (2014). Cit.

³⁷¹ CONADIC. Cit.

Al respecto, la información de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA) del 2008 al 2011 reporta un incremento entre las personas entrevistadas que consumieron alcohol y drogas reguladas antes de los 17 años. La tabla 3.1.4 desagrega el inicio de consumo de drogas no reguladas y reguladas antes de los 17 años por sexo y señala la edad media de inicio. Es relevante, el incremento temprano del inicio de consumo del alcohol (antes de los 17 años) en la población de ambos sexos, que aumentó un poco más de 4% en las mujeres y 8% en los hombres. El mayor incremento se observa en los usuarios de cocaína que iniciaron su consumo antes de los 17 años, con un aumento de 34.6% en 2008 a 44.2% en 2011. Asimismo, es importante señalar que en los hombres la edad media de inicio de consumo de drogas es en promedio dos años más temprana que en las mujeres.

Tabla 3.1.4. **Proporción de usuarios de alcohol y otras drogas que reportaron haber iniciado el consumo a edades tempranas y edad media de inicio de alcohol, tabaco y otras drogas**

| Proporción de usuarios de alcohol y otras drogas | 2008 | | 2011 | |
|---|---------|---------|---------|---------|
| | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres |
| Drogas no reguladas | | | | |
| Alcohol | | | | |
| Usuarios que iniciaron su consumo antes de los 17 años (%) | 38.9 | 56.8 | 43.2 | 64.9 |
| Edad media de inicio de consumo en la población de 12 a 65 años | 19.3 | 16.9 | 19.2 | 16.6 |
| Tabaco | | | | |
| Edad media de inicio de consumo diario en la población de 12 a 65 años | N.D. | N.D. | 21.7 | 20 |
| Drogas reguladas | | | | |
| Usuarios que iniciaron el consumo de marihuana antes de los 18 años (%) | 46.2 | 52.5 | 47.2 | 55.7 |
| Usuarios que iniciaron el consumo de cocaína antes de los 18 años (%) | 34.6 | 32.1 | 44.2 | 35.4 |
| Edad media de inicio de consumo en la población de 12 a 65 años (edad)* | 20.1 | 18.3 | 20.1 | 18.5 |

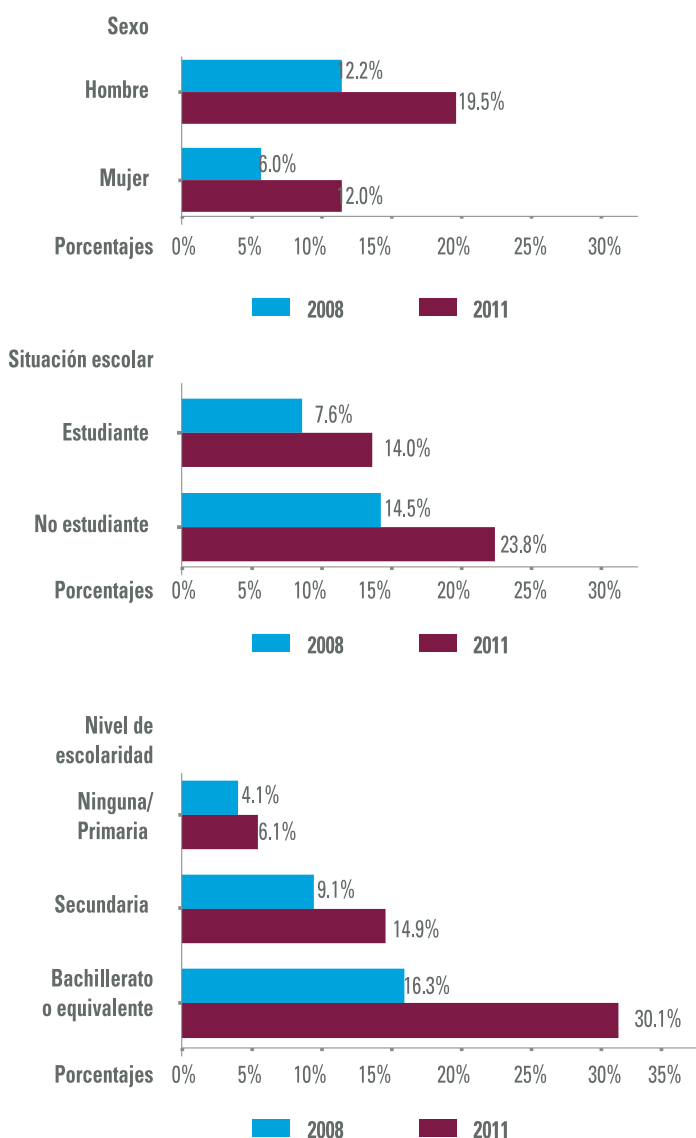
* Marihuana, cocaína, crack, alucinógenos, estimulantes de tipo anfetamínico y cualquier otra droga regulada, así como inhalables.

Fuente: Elaboración propia con información de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011.

El riesgo al que se encuentra expuesta la población adolescente ante el consumo de sustancias adictivas se ha incrementado con el tiempo. El Gráfico 3.1.3 presenta la exposición a la marihuana que le es regalada en la población de 12 a 17 años de acuerdo con el sexo, situación escolar y nivel de escolaridad, en los años 2008 y 2011, donde se observan incrementos considerables en todas las variables de exposición a la droga.

Más específicamente, en ambos años los hombres fueron los más expuestos; sin embargo, las mujeres mostraron el mayor incremento porcentual del año 2008 al 2011, ya que su exposición a droga regalada se duplicó. Considerando la situación escolar, el mayor incremento de la exposición a drogas se verificó entre los estudiantes, ya que aumentó de 7.6% a 14% del año 2008 al 2011. Sin embargo, cabe señalar que el porcentaje de no-estudiantes expuestos a drogas fue mayor, al alcanzar 23.8%. Por último, de acuerdo con el grado de escolaridad, la exposición a drogas aumenta conforme los estudiantes avanzan en el nivel escolar, con una cifra de tres cada 10 estudiantes de bachillerato en el 2011; además, los estudiantes de bachillerato tuvieron el mayor incremento en la exposición a drogas del 2008 al 2011.

Gráfico 3.1.3. **Exposición a drogas (marihuana regalada) en la población de 12 a 17 años por sexo, situación escolar y nivel de escolaridad, 2008 y 2011, (porcentajes)**



Fuente: Elaboración propia con información de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011.

Las brechas existentes en el consumo de drogas entre los estudiantes de secundaria y bachillerato de comunidades rurales y urbanas son evidenciadas por la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE) 2014. Tanto en lo referente al alcohol como al tabaco y a las drogas reguladas, la información proporcionada por la encuesta señala que la prevalencia de los diferentes grados de consumo en los estudiantes de secundaria y bachillerato es siempre mayor en las comunidades urbanas y entre los hombres. Sin embargo, el consumo de alcohol entre las adolescentes de comunidades urbanas muestra niveles similares al de los hombres, tanto en el consumo ocasional como en el consumo durante el último año y el último mes (Tabla 3.1.5).

Tabla 3.1.5. **Consumo de alcohol, tabaco y drogas reguladas en estudiantes de secundaria y bachillerato por sexo y tipo de comunidad, 2014, (porcentajes)**

| | Hombres | | Mujeres | |
|--|---------|-------|---------|-------|
| | Urbana | Rural | Urbana | Rural |
| Alcohol | | | | |
| Alguna vez | 56.1 | 42.4 | 55.2 | 36.7 |
| Último año | 37.9 | 27.2 | 36.6 | 24.8 |
| Último mes | 27.9 | 19 | 27.8 | 16.9 |
| Consumo excesivo ¹ | 16.6 | 10.8 | 14.2 | 8.5 |
| Consumo problemático ² | 16.5 | | 12.4 | |
| Tabaco | | | | |
| Alguna vez | 35.2 | 27.2 | 28.6 | 16.8 |
| Último año | 20.9 | 14.1 | 16.2 | 7.2 |
| Último mes | 13.9 | 9.6 | 9.7 | 4.3 |
| 100 cigarros o más a lo largo de la vida | 6.1 | 3.3 | 3 | 1.4 |
| Consumo diario | 9.4 | 7.2 | 6.2 | 3 |
| Drogas Reguladas³ | | | | |
| Alguna vez | 17.6 | 11 | 13.6 | 6.5 |
| Último año | 12.3 | 7.4 | 9.4 | 4.3 |
| Último mes | 7.1 | 4.8 | 4.8 | 2.4 |
| En riesgo moderado | 6.2 | | 4.9 | |
| En riesgo alto | 1.5 | | 1 | |

1) En el último mes ha consumido cinco copas o más en una sola ocasión.

2) Consumo que pone en riesgo al estudiante de desarrollar problemas, o que ya los ha experimentado.

3) Marihuana, cocaína, crack, alucinógenos, metanfetaminas, heroína e inhalables.

Fuente: Elaboración propia con información de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE) 2014: reporte de alcohol; reporte de tabaco; reporte de drogas.

En lo concerniente al consumo de alcohol, los adolescentes en mayor riesgo son aquellos que se encuentran en una situación de consumo excesivo o consumo problemático, entre los cuales se observa un promedio de casi 15% de la población de adolescentes de secundaria y bachillerato que tienen o pueden tener problemas por sus niveles de consumo de alcohol.

En el caso del consumo de drogas reguladas, la necesidad de apoyo o tratamiento por el consumo es para los adolescentes que se encuentran en una situación de riesgo moderado o alto. Aquellos que presentan un riesgo moderado necesitan una intervención basada en apoyo o en consejería -debido al riesgo de desarrollar problemas de salud o de otro tipo- mientras que los de riesgo alto requieren un tratamiento especializado por los problemas de salud, sociales, económicos, legales y de relaciones personales que pueden tener o que ya experimenten. Al respecto, 6.2% de los adolescentes y 4.9% de las y los estudiantes de secundaria y bachillerato necesitan apoyo o consejería. La prevalencia de las y los adolescentes que requieren un tratamiento especializado presenta un porcentaje bajo a nivel nacional: 1.5% para los hombres y 1% para las mujeres.

Por último, la ENCODE también revela que para todas las drogas el consumo aumenta conforme aumenta la edad, lo cual lleva a la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención desde edades tempranas. Los estados con mayor prevalencia total de consumo de alcohol son la Ciudad de México, Estado de México, Jalisco, Michoacán y Tlaxcala; respecto al consumo de tabaco durante el último año, la mayor prevalencia se reporta en la Ciudad de México y el Estado de México; y en referencia al consumo ocasional de drogas ilícitas, en los primeros lugares se encuentran la Ciudad de México, Estado de México, Quintana Roo, Querétaro y Morelos.

Respuesta institucional

La respuesta del gobierno federal ante el consumo del alcohol, tabaco y drogas ilícitas, a partir del 2015, fue el Programa de acción específico de prevención y atención integral de las adicciones 2013 - 2018. Para la población adolescente se diseñaron acciones preventivas (sesiones informativas y de orientación, actividades culturales, deportivas y artísticas, entre otras) con el fin de desalentar el consumo, o disminuirlo en caso de que algunos adolescentes sean usuarios. Además, para las personas que hacen uso de drogas, este programa pretende fortalecer la cobertura de servicios de tratamiento en los centros públicos de atención a las adicciones en las Unidades médicas de especialidad/Centros de atención primaria en adicciones (UNEME-CAPA) o en los Centros de Integración Juvenil (CIJ), a fin de reducir el consumo y lograr la abstinencia.

Con el fin de identificar adolescentes usuarios y en riesgo de consumo de drogas y de canalizarlos a tratamiento en alguno de los centros públicos de atención a las adicciones, la Secretaría de Salud aplicó pruebas de tamizaje en escuelas de enseñanza básica y media superior: en 2015 se aplicaron 2.4 millones de pruebas, de las cuales 14.1% permitió identificar a adolescentes con factores de riesgo y consumo. En 45.2% de estos casos, los estudiantes iniciaron un tratamiento en alguna de las UNEME-CAPA.³⁷²

Las UNEME-CAPA son unidades para la prevención, tratamiento y formación de personal para el control de las adicciones, y ofrecen a la población un modelo de intervención temprana para las adicciones que consiste en la prevención, promoción de la salud mental, tratamiento breve, consulta ambulatoria e intervención tanto con el paciente como con la familia.³⁷³

De forma similar, los CIJ realizan actividades dirigidas a la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, así como a la investigación científica sobre drogas en México. Los CIJ cuentan con el Programa preventivo para vivir sin adicciones, que tiene el objetivo de fortalecer la cultura de prevención ante el uso y abuso del alcohol, tabaco y otras drogas, a partir de la promoción de factores de protección y estilos de vida saludables, con la participación de la comunidad. Los adolescentes y jóvenes de 12 a 24 años son la población prioritaria de este programa, de manera que sus acciones se conforman por sesiones que incrementan su percepción de riesgo en torno al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como por talleres que fomentan actitudes de rechazo ante la oferta de este tipo de sustancias y fortalecen competencias ante los riesgos psicosociales propios de esta edad.³⁷⁴

A lo anterior se añadió, en julio de 2016, la firma de un convenio de colaboración entre el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), para tratar en forma integral el problema de adicciones a sustancias psicoactivas. Por ese medio se pretende reforzar la prevención de adicciones con tres objetivos: promover la prevención, fomentar la detección temprana, así como un seguimiento, tratamiento y control. Como parte del convenio, se trabajará con el programa de afiliación al IMSS de estudiantes de preparatoria y universidad públicas, para eliminar el consumo de sustancias entre jóvenes.³⁷⁵

³⁷² Secretaría de Salud (2015). Logros 2015: Programa sectorial de salud.

³⁷³ CONADIC (s/f). Centros de atención primaria en adicciones. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/interior/uneme_capa.html

³⁷⁴ Secretaría de Salud (s/f). Centros de Integración Juvenil. Disponible en: <http://www.cij.gob.mx/>

³⁷⁵ IMSS (2016). Nota de prensa No. 112/2016. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201607/112>

Principales desafíos

Reforzar las estrategias preventivas para retrasar la edad de inicio en el consumo de drogas y dar a conocer los riesgos, principalmente en edades tempranas -especialmente en los usuarios adolescentes de alcohol y el tabaco, debido su mayor riesgo de iniciar el consumo de otras sustancias adictivas- es considerado un desafío.³⁷⁶

En este contexto, y con el fin de que los servicios preventivos puedan permear los estados y municipios, ha sido señalado como un reto el fortalecimiento de mecanismos de coordinación entre la Comisión Nacional contra las Adicciones, los consejos estatales y los comités municipales contra las adicciones, así como la necesidad de que los gobiernos estatales contribuyan financieramente al fortalecimiento de dichos consejos y comités para la mejora de los servicios ofrecidos.³⁷⁷ Esto sería de particular relevancia en los estados que cuentan con niveles más altos de consumo de drogas, a fin de optimizar las labores de prevención.

Por último, mejorar la calidad y ampliar la cobertura de servicios para la atención de personas con problemas de uso, abuso y dependencia al alcohol, tabaco y otras drogas también es un desafío pendiente. Los servicios de atención deben ser otorgados en establecimientos acreditados y con personal capacitado en la materia.³⁷⁸ Asimismo, los resultados de la ENCODE señalan la importancia de que los UNEME/CAPA y los CIJ cuenten con servicios especializados y diferenciados entre hombres y mujeres que permitan atender sus requerimientos específicos.

3.1.7 Enfermedades no transmisibles

Situación y tendencias

Las enfermedades no transmisibles (ENT), también llamadas crónicas, son padecimientos de larga duración que evolucionan lentamente, entre los cuales las más comunes son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Aunque suelen estar asociadas a grupos de mayor edad, las niñas, niños y adolescentes son vulnerables a comportamientos que son factores de riesgo determinantes de las ENT, como el consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas, el consumo de alimentos industrializados altos en grasas, sodio y azúcares y los estilos de vida sedentarios.³⁷⁹

Las ENT son un problema creciente de salud pública. En América Latina se estima que, de seguir con las tendencias actuales, para el año 2030 ocho de cada 10 defunciones serán ocasionadas por las ENT.³⁸⁰ Además, se proyecta que la carga económica que conllevan producirá una pérdida de producción acumulada global de 47 billones de dólares³⁸¹ en las siguientes dos décadas, lo cual afectará en la mayor medida a América Latina y el Caribe.³⁸²

La importancia de las ENT en materia de salud pública se refleja en su incorporación en el Objetivo 4 - Buena salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que establece como meta para el 2030 reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, mediante la prevención, el tratamiento y la promoción de la salud mental y el bienestar.³⁸³

En México, en el periodo comprendido entre 2008 y 2012 se notificaron 2.15 millones de defunciones por ENT en todas las edades, equivalentes al 75% por ciento del total de defunciones, de las cuales, en este mismo periodo, sólo 4% corresponde -por estas causas- a personas menores de 20 años de edad.³⁸⁴ Pese a que en este grupo la magnitud de las ENT es menor que en la población adulta, su prevención y atención, incluso desde la primera infancia, son importantes para disminuir su incidencia en edades posteriores. Además, conforme aumenta la edad, se incrementa la importancia de la carga económica y de salud que ejercen estas enfermedades en el corto y mediano plazo.

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene un gasto estimado al año 2016 de 81,000 millones de pesos para la atención de seis padecimientos crónicos,³⁸⁵ entre los cuales se encuentran la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la insuficiencia renal crónica, que representan 92% del gasto total para la atención de estos padecimientos.³⁸⁶

³⁷⁶ Encuesta nacional de consumo de drogas en estudiantes (ENCODE) 2014. México.

³⁷⁷ SECRETARÍA DE SALUD (2015). Programa de Acción Específico Prevención y Atención Integral de las Adicciones. México.

³⁷⁸ Idem.

³⁷⁹ Pan American Health Organization (2012). Adolescents and NCDs. Fact Sheet.

³⁸⁰ Nikolic, I.A., Stanciole, A.E., Zaydman, M. (2011). Chronic Emergency: Why NCDs Matter. Health, Nutrition and Population (HNP) discussion paper. World Bank, EUA.

³⁸¹ Traducido del inglés \$47 trillion USD.

³⁸² Pan American Health Organization (2012). Cit.

³⁸³ Organización de las Naciones Unidas (2015). Objetivos de desarrollo sostenible: objetivo 3, buena salud. Disponible en: <http://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/post-2015/sdg-overview/goal-3.html>

³⁸⁴ Secretaría de Salud (2014). Programa de acción específico: cáncer en la infancia y adolescencia 2013-2018.

³⁸⁵ Hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, cáncer de mama, cáncer cervicouterino e infecciones o cánceres producto de complicaciones del VIH/SIDA.

³⁸⁶ IMSS (2016). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2015-2016.

En los adolescentes del país, aunque en bajos porcentajes, se observan casos de enfermedades cardiovasculares (particularmente de hipertensión) y de diabetes. Con información de la ENSANUT 2012, el diagnóstico previo de diabetes es reportado para 0.7% de los adolescentes de 10 a 19 años de edad, mientras que el diagnóstico previo de hipertensión es del 1.8%, con una proporción mayor en las mujeres en ambas enfermedades, y en aumento conforme avanza su edad, hasta llegar a un 4% en diagnóstico previo de hipertensión en las mujeres de 16 a 19 años de edad.

A pesar de los bajos porcentajes de diagnósticos previos de hipertensión y diabetes en los adolescentes, este tema causa preocupación en la agenda pública de salud por su relación con el incremento en los niveles de sobrepeso y obesidad y las consiguientes necesidades de atención. En 2012 la Secretaría de Salud informó que invierte en la atención de la obesidad y sus complicaciones 42,000 millones de pesos al año.³⁸⁷ Además de los altos costos generados, la obesidad es el principal factor de riesgo para el desarrollo de ENT como la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer.³⁸⁸

El sobrepeso y la obesidad, producto de estilos de vida sedentarios y de alimentación inadecuada, están presentes en poco más de tres de cada 10 adolescentes entre 12 y 19 años de edad en el país, y han seguido una tendencia creciente con el paso del tiempo. La Tabla 3.1.6 reporta estos resultados con información de la ENSANUT Medio Camino 2016, que además detecta una situación preocupante para las mujeres adolescentes. Por un lado, éstas muestran prevalencias de sobrepeso y obesidad superiores a las observadas en los hombres para ambos años. Por otro lado, a diferencia de los hombres - quienes disminuyeron su prevalencia de sobrepeso en el 2016 - entre las mujeres se observó un incremento de 2.7 puntos porcentuales.

Tabla 3.1.6. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población de 12 a 19 años de edad por sexo, 2012 y 2016 (porcentajes)

| | Mujeres | | Hombres | | Total | |
|-----------|---------|------|---------|------|-------|------|
| | 2012 | 2016 | 2012 | 2016 | 2012 | 2016 |
| Sobrepeso | 23.7 | 26.4 | 19.6 | 18.5 | 21.6 | 22.4 |
| Obesidad | 12.1 | 12.8 | 14.5 | 15 | 13.3 | 13.9 |
| Combinada | 35.8 | 39.2 | 34.1 | 33.5 | 34.9 | 36.3 |

Fuente: Elaboración propia con información de ENSANUT 2012 y 2016.

Como se mencionó anteriormente, el sobrepeso y la obesidad son en gran medida producto de estilos de vida sedentarios y de alimentación inadecuada. Según datos de la ENSANUT 2016, tan sólo 17.2% de los adolescentes entre 10 y 14 años de edad cumple con la recomendación de actividad física de la OMS acerca de realizar al menos 60 minutos de actividad moderada-vigorosa los siete días de la semana. En el caso de los adolescentes de 15 a 19 años de edad, cuatro de cada 10 adolescentes no cumplen con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre la actividad física para su edad.

Otra ENT de importancia en el contexto de salud pública nacional es el cáncer o tumor maligno, que es la segunda causa de muerte en México en las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad, sólo después de los accidentes. La sobrevivencia de esta enfermedad está relacionada con una detección temprana; sin embargo, el diagnóstico en tres de cada cuatro niñas, niños y adolescentes es realizado en etapas avanzadas.³⁸⁹

En 2014, 12.6% del total de defunciones de dicho grupo de edad fue ocasionado por tumores malignos, de los cuales el más común fue la leucemia, presente en cinco de cada 10 casos.³⁹⁰ Respecto a los egresos hospitalarios, 3% fue ocasionado por tumores malignos, como se observa en la Tabla 3.1.7 de acuerdo con el tipo de tumor maligno. De cada 100 egresos hospitalarios por tumores malignos, la mayoría corresponde a tres tipos de cáncer: 59 a leucemias, 10 a tumores malignos de los huesos y de los cartílagos articulares y 5 a tumores malignos de los tejidos mesoteliales y de los tejidos blandos.

Tabla 3.1.7. Egresos hospitalarios por tumores malignos en adolescentes de 12 a 17 años, 2014

| Tumor maligno | Número de casos |
|---|-----------------|
| Leucemias | 4534 |
| Tumores malignos de los huesos y de los cartílagos articulares | 808 |
| Tumores malignos de los tejidos mesoteliales y de los tejidos blandos | 372 |
| Tumor maligno del encéfalo | 323 |
| Tumor maligno del testículo | 271 |
| Linfoma no Hodgkin | 260 |
| Enfermedad de Hodgkin | 213 |
| Tumor maligno del ovario | 130 |
| Otros tumores | 797 |
| Total egresos por tumores malignos | 7,708 |

Fuente: Elaboración propia a partir datos de la Dirección general de información en salud (DGIS) de la SS. Cubos dinámicos-Egresos hospitalarios. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_egresoshosp_gobmx.html

³⁸⁷ IMSS (2014). Costos económicos de la obesidad infantil y sus consecuencias, Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. (Supl. 1):S8-S11. México.

³⁸⁸ Secretaría de Salud (2014). Programa de acción específico: cáncer en la infancia y adolescencia 2013-2018.

³⁸⁹ Idem.

³⁹⁰ INEGI/SS. Defunciones. Principales causas con lista mexicana. México. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_defunciones.html

Respuesta institucional

Las ENT son una prioridad para el sector salud de México, debido a su creciente impacto en la población en edad productiva, así como a la carga financiera que representan para las instituciones del sector salud: por ejemplo, tan sólo la atención de la diabetes representa 15% de los recursos totales del sistema mexicano de salud.³⁹¹

Con el fin de desacelerar la prevalencia de sobrepeso y obesidad, y así contener el avance de las ENT y especialmente de la diabetes mellitus tipo 2, se presentó en el 2013 la Estrategia nacional para la prevención y control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes, que se basa en tres pilares: salud pública, atención médica y regulación sanitaria, y política fiscal.

En el marco de esta estrategia, el Programa de acción específico (PAE) de prevención y control de la obesidad y riesgo cardiovascular 2013-2018 busca la prevención y detección oportuna de casos de esta naturaleza y la atención integral de pacientes, así como la promoción de la actividad física y alimentación correcta para motivar la adopción de conductas saludables. Aunque en su mayoría los objetivos del PAE están enfocados a la población mayor de 20 años, también se instrumentan acciones dirigidas a la población escolar, como la promoción del consumo de alimentos saludables y el impulso de actividades de detección oportuna de sobrepeso y obesidad en entornos escolares.

Adicionalmente, y con estos mismos fines, el gobierno federal implementó el PAE alimentación y actividad física 2013 - 2018, que contempla:

- Acciones de promoción de alimentación correcta y consumo de agua simple.
- Generación de acuerdos con la industria, para modificar el contenido de edulcorantes calóricos, grasas, sodio y tamaño de porción de los productos con alta densidad energética.
- Cumplimiento de los lineamientos generales para la venta y distribución de alimentos y bebidas que se expenden, distribuyen o suministran en los planteles de educación escolar.
- Promoción de actividad física en diferentes entornos.
- Además, considerando la importancia de la lactancia materna exclusiva en la prevención de enfermedades infecciosas, sobrepeso, obesidad y otras ENT, se fomentan acciones de promoción de la lactancia materna exclusiva y de una alimentación complementaria correcta.

En este mismo orden de ideas, en 2015 entró en vigor una modificación a la norma de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas (NOM-051-SCFI/SSA1-2010), a partir de la cual se establece el etiquetado frontal del paquete o envase, que así visibiliza la información sobre la cantidad de grasas saturadas, otras grasas, azúcares totales, sodio y energía que contiene, así como el porcentaje que representan estos nutrimentos en las necesidades alimentarias diarias y que, de ser consumidos de forma excesiva, son asociados con el sobrepeso, obesidad y diabetes, entre otras ENT.

Pese a lo anterior, un estudio del Instituto Nacional de Salud Pública señaló la dificultad para la comprensión del sistema del etiquetado frontal, incluso para los estudiantes de nutrición mismos, además de otras limitaciones en la información que impiden comparaciones entre productos de la misma categoría o que proporcionan valores de nutrimentos para adultos en productos dirigidos a niños.³⁹²

Respecto al cáncer, su detección y tratamiento oportuno son la prioridad en el PAE cáncer en la infancia y adolescencia, que, para lograr este objetivo, instrumenta estrategias enfocadas hacia el fortalecimiento de la rectoría del programa de cáncer en la infancia y la adolescencia en la promoción de la capacitación y difusión en esta materia, en coadyuvar en el fortalecimiento de los sistemas de información en salud involucrados y en el fortalecimiento de las acciones de Sigamos aprendiendo en el hospital,³⁹³ para la atención de pacientes de estancia prolongada.

El Programa de cáncer en la infancia y la adolescencia, establecido en 2014 en el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA), está encargado de desarrollar modelos de prevención del cáncer en estas edades, y cuenta con 54 unidades médicas acreditadas a nivel nacional, que atienden anualmente de manera integral cerca de 2,500 pacientes a través de la cobertura de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). En 2013 esta última destinó más de 400 millones de pesos al cuidado de los pacientes y sus familiares.³⁹⁴

³⁹¹ Secretaría de Salud (2014). Programa de Acción Específico: Prevención y control de la diabetes mellitus.

³⁹² Stern, D., Tolentino, L., Y Barquera, S. (2011). Revisión del etiquetado frontal: análisis de las guías diarias de alimentación (GDA) y su comprensión por estudiantes de nutrición en México. Instituto nacional de salud pública.

³⁹³ La estrategia de Sigamos Aprendiendo en el Hospital motiva a generar espacios en unidades médicas, de forma que los niños menores puedan continuar su aprendizaje y educación escolar, ser incorporados a actividades culturales que les den mejor calidad durante su estancia y evitar el rezago educativo.

³⁹⁴ Disponible en: <http://censia.salud.gob.mx/contenidos/cancer/CONACIA.html>

Principales desafíos

Las ENT son enfermedades que pueden ser prevenidas; por lo tanto, con el fin de frenar su avance, la OMS plantea el establecimiento de acciones vinculadas a la vigilancia, prevención y atención sanitaria. Estas acciones tienen un enfoque global, que considera a toda la población e incluye:

- Intervenciones de prevención y tratamiento; la acción multisectorial entre el gobierno, la sociedad civil y el sector privado.
- La vigilancia y monitoreo de indicadores clave.
- El fortalecimiento de los sistemas de salud, a partir de reformas basadas en el fomento a la capacidad de atención primaria y en la mejora del desempeño.
- La adopción y adaptación de medidas de prevención y control demostradas como efectivas y costo-efectivas.
- La priorización, en las iniciativas nacionales de desarrollo, de la prevención de las ENT.
- La intervención de la sociedad civil y el sector privado para la sensibilización de la clase política y de la población en la prevención y control de las ENT.³⁹⁵

En México, disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad es el principal desafío para desacelerar el avance de las ENT, especialmente en las niñas, niños y adolescentes. Aunque la ENIM 2015 señala que el sobrepeso en niños menores de cinco años ha disminuido respecto a la última medición de la ENSANUT 2012,³⁹⁶ la información disponible para niñas y niños mayores de cinco años y adolescentes reporta tendencias crecientes.³⁹⁷ Para lograr su disminución, el gobierno federal señala como un reto la adquisición de estilos de vida saludables, a partir de la modificación de patrones de consumo hacia alimentos menos procesados, además de fomentar en la población el incremento de la actividad física, evitar el consumo de tabaco y moderar el del alcohol, así como contar con acceso y utilización de los servicios de salud.³⁹⁸

La regulación de la publicidad de alimentos calóricos es también un reto importante. A pesar de que a partir de 2014 se ha limitado en televisión y cine durante los horarios infantiles, no existen regulaciones para la publicidad en internet, en las calles y los espacios públicos. Además, dado que los criterios nutricionales para limitar la publicidad en la televisión en horarios infantiles son laxos, permiten que las marcas sigan realizándola.³⁹⁹

Por otra parte, respecto al cáncer en la infancia y en la adolescencia, el principal reto es el fortalecimiento de la atención integral, universal y gratuita en niños menores de 18 años con sospecha o diagnóstico de cáncer, a través de un enfoque de atención primaria con énfasis en la prevención y diagnóstico temprano de esta enfermedad. De tal forma, se requiere implementar acciones de prevención en edades tempranas, que han demostrado conducir a la disminución de cáncer en edades adultas.⁴⁰⁰

3.1.8 Lesiones accidentales

Situación y tendencias

A medida que las personas se desarrollan, las lesiones accidentales dentro de la vivienda son las más frecuentes; de los 12 a los 17 años los factores de riesgo cambian, ya que se les agregan los relacionados con la movilidad en la vía pública y a distintas actividades deportivas y recreativas, entre otros. El Gráfico 3.1.4 muestra las defunciones por lesiones accidentales en adolescentes.⁴⁰¹ Durante 2010, la causa externa más frecuente de mortalidad en este grupo etario fueron los accidentes de tránsito de vehículos de motor con 1,112 muertes, cifra que disminuyó a 877 en 2015. En este año destacan las lesiones de pasajeros de vehículos automotores (20.9%), los atropellamientos (19.6%), las lesiones en motociclistas (17%) y en ciclistas (0.6%).

En las lesiones accidentales, un factor determinante es lo relacionado con los comportamientos “rebeldes” durante la adolescencia, a lo cual se agregan conductas novedosas que generan sensaciones intensas y arriesgadas, y que dan como resultado un mayor riesgo al utilizar las vialidades en cualquier modalidad. Entre los conductores noveles se ha identificado que el llevar acompañantes de la misma edad puede generar una alta influencia de estos últimos hacia el conductor, motivándolo a conductas muy atrevidas y aumentando el riesgo de cometer infracciones a los reglamentos de tránsito, como exceder los límites de velocidad, conducir bajo el influjo del alcohol y otras conductas riesgosas.

³⁹⁵ OMS (2011). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/hcd_report_summary_es.pdf

³⁹⁶ De acuerdo con la ENIM 2015, el sobrepeso se presentó en 5.2% de las niñas y niños menores de cinco años, mientras que en la ENSANUT 2012 se observó un 9.7%.

³⁹⁷ Para mayor información sobre sobrepeso y obesidad en niñas y niños mayores de cinco años, v. capítulo Sobrepeso y Obesidad en la niñez de 6 a 11 años, supra.

³⁹⁸ Secretaría de Salud (2014). Programa de acción específico: prevención y control de la obesidad y riesgo cardiovascular 2013-2018.

³⁹⁹ El Poder del Consumidor (2015). Resultados preliminares del monitoreo de publicidad de alimentos y bebidas en televisión. México. Disponible en: <http://elpoderdelconsumidor.org/wp-content/uploads/2015/07/PublicidadInfantil-Monitoreo.pdf>

⁴⁰⁰ Secretaría de Salud (2014). Programa de acción específico: cáncer en la infancia y adolescencia 2013-2018.

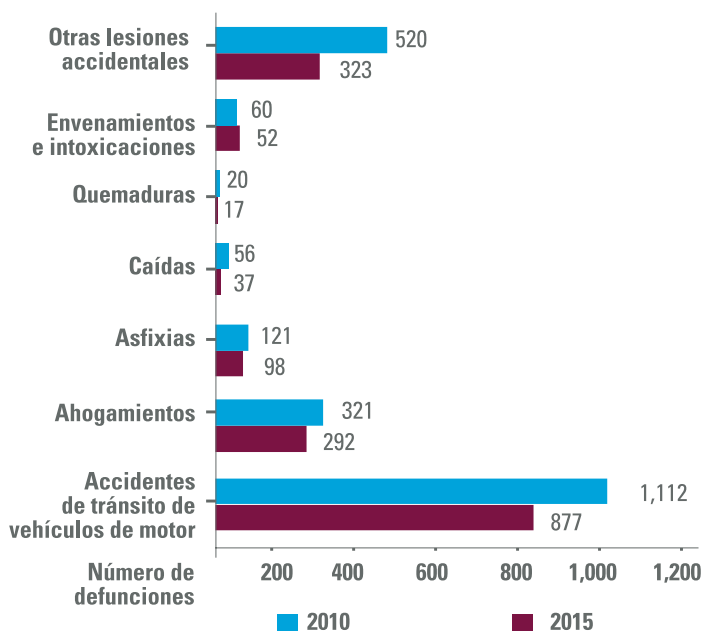
⁴⁰¹ Base de mortalidad 2015 de INEGI-SS; SEED 2015, de la DGIS-SS.

La segunda causa de defunciones por lesiones accidentales son los ahogamientos, que registraron en 2015 un 17.2% del total de lesiones accidentales; el ahogamiento más común es “mientras se está en aguas naturales” con una incidencia de 45.2%. Le siguen las asfixias, los envenenamientos e intoxicaciones, las caídas y las quemaduras.

De acuerdo con la ENSANUT 2012, se registraron 592,940 caídas no fatales en adolescentes de 12 a 17 años de edad. En un 14% de estos casos se reportaron consecuencias permanentes en su estado de salud, y entre las más frecuentes la dificultad para moverse o caminar y la dificultad para utilizar brazos y manos. Las quemaduras no fatales fueron la segunda causa de lesiones accidentales, con un total de 17,982 casos reportados; además, se registraron 10,119 casos de envenenamientos e intoxicaciones y 6,636 asfixias.

Por otra parte, en 2015 se registraron 6,748 egresos hospitalarios de adolescentes⁴⁰² por estas cinco causas, de las cuales 74.2% de hombres y 25.8% de mujeres. Un 94.1% de las causas de hospitalización en los adolescentes fueron las caídas, 34% caídas de un mismo nivel y 25.8% caídas de un mismo nivel por deslizamiento, tropezón y traspíe. Las quemaduras representaron 5.4% de los egresos hospitalarios, y fueron ocasionadas por contacto con líquidos calientes (26.7%) y a exposición a ignición de material altamente inflamable (8.3%).

Gráfico 3.1.4. **Número de defunciones por lesiones accidentales en adolescentes de 7 a 12 años por tipo de causa, 2010 y 2015**



Fuente: Elaboración propia con información de INEGI/SS: Clasificación CIE-10.

Respuesta institucional

El Programa de acción específico (PAE) seguridad vial 2013-2018⁴⁰³ de la Secretaría de Salud, a través de uno de sus cinco objetivos, busca incidir de manera directa en la población adolescente, para contribuir a la adopción de conductas seguras en las vialidades y lograr reducir daños a la salud por accidentes de tránsito. Esta estrategia se lleva a cabo a través de la formación de promotores en seguridad vial, como una forma de penetrar constantemente en la sociedad, concientizándola sobre su participación, responsabilidad y compromiso en la prevención de los accidentes viales. Su labor es mostrar el impacto negativo que tienen las consecuencias de los accidentes de tránsito en el ámbito personal, familiar, social y de la salud pública, y también es enseñar a la población cómo evitar accidentes viales de acuerdo con papel que desempeñan en la movilidad, difundiendo el mensaje de prevención.

Las labores mencionadas se efectúan en los tres niveles de gobierno (municipal, estatal y federal) con el objetivo de focalizar las acciones en los lugares de mayor problemática en cuanto a la incidencia de lesiones accidentales, por medio del fomento de la voluntad política y de la sensibilización de las autoridades en la materia. Los factores de riesgo que se difunden entre la población, basados en el Plan mundial de seguridad vial⁴⁰⁴ son las siete causas principales se presentan los accidentes viales: omisión del uso de los Sistemas de Retención Infantil (SRI), conducción bajo los efectos del alcohol, velocidad inadecuada, omisión de uso del casco en motocicleta, usuarios vulnerables (peatones) y uso de distractores.

El Programa de acción específico prevención de accidentes en grupos vulnerables 2013-2018⁴⁰⁵ de reciente creación constituye la respuesta de la Secretaría de Salud, a través del Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, al compromiso del gobierno federal por contribuir a disminuir las muertes y daños a la salud causados por los accidentes. Para estos efectos, planteó en su segundo objetivo “Proponer un modelo integral para la prevención de las principales lesiones accidentales en distintos grupos vulnerables (población infantil, adolescente y adulta mayor), basado en evidencia” y, con el propósito de dar cumplimiento a este objetivo, trabajó en la integración de seis modelos específicos de prevención para los cinco principales tipos de lesiones accidentales: asfixias, caídas, ahogamientos, quemaduras y envenenamientos e intoxicaciones.

⁴⁰² Base de egresos hospitalarios 2015, SAEH 2015 de la DGIS-SS.

⁴⁰³ Secretaría de Salud (2014). Programa de acción específico seguridad vial 2013-2018. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/63376/PAE_SV.pdf

⁴⁰⁴ http://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/plan/spanish.pdf

⁴⁰⁵ Secretaría de Salud (2014). Programa de acción específico prevención de accidentes en grupos vulnerables 2013-2018. Disponible en: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/63421/PAE_GruposVulnerables.pdf

Principales desafíos

En lo relacionado con la seguridad vial, el principal desafío es impulsar estrategias focalizadas a este grupo poblacional prioritario, buscando generar evidencia sobre su efectividad. El comportamiento atrevido, el desarrollo físico y cognoscitivo y la influencia que los adolescentes reciben de compañeros de la misma edad son elementos que influyen en el impacto que pueden tener las distintas iniciativas en materia de seguridad vial. Por lo tanto, son elementos que deben considerarse al impulsar acciones de prevención dirigidas a este grupo de población.

En este contexto, también se presentan desafíos similares en cuanto a la prevención de otros tipos de lesiones accidentales, como ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras. Por lo tanto, el trabajo intersectorial y multidisciplinario coordinado ofrece una alternativa para enfrentar el reto que supone la prevención estas lesiones accidentales, lo cual requiere asegurar un financiamiento acorde con la carga que representa este problema de salud pública.

3.2 El derecho al desarrollo

3.2.1 Cobertura, asistencia, eficiencia terminal, abandono escolar, niños fuera de la escuela y calidad educativa

Situación y tendencias

La SEP, durante el ciclo escolar 2016-2017, reportó que 6,710,845 adolescentes entre 12 y 14 años de edad estaban matriculados en la escuela, de los cuales 91.3% en servicios con sostenimiento público y 8.7% con sostenimiento privado. Por otra parte, los adolescentes entre los 15 y 17 años registraron un total de 5,128,518 estudiantes en educación media superior. El mayor porcentaje de estos últimos se encontraba en bachillerato general (62.48%), seguido del bachillerato tecnológico (30.2%), y el resto en profesional técnico (7%). Del total de estudiantes en este grupo etario, 81.2% asistía a los servicios con sostenimiento público y 18.8% al sostenimiento privado.

Al igual que en primaria, la cobertura en educación secundaria es cercana al 100%. Sin embargo, la tasa de escolarización disminuye a 86.2% y la de reprobación alcanza 5%. En este nivel comienza a aumentar el abandono escolar y a disminuir la tasa de terminación de los estudiantes, como se puede observar en la Tabla 3.2.1

Tabla 3.2.1. **Estudiantes en educación secundaria (12-14 años) en el ciclo escolar 2016-2017 en la modalidad escolarizada (porcentajes)**

| Indicador educativo | 2016 - 2017 |
|---|-------------|
| | % |
| Absorción | 97.1 |
| Abandono escolar | 4.2 |
| Reprobación | 4.9 |
| Eficiencia Terminal | 87.8 |
| Tasa de Terminación* | 95.3 |
| Cobertura (12-14 años) ** | 99.9 |
| Tasa neta de escolarización (12-14 años) ** | 86.2 |

*Calculadas con proyecciones de población de CONAPO, versión abril 2013

** Cifras estimadas en abandono escolar, reprobación, eficiencia terminal y tasa de terminación

Fuente: Elaboración propia con base en datos de SEP/DGPyEE - Formatos 911.

Durante el ciclo escolar 2016-2017, en educación media superior la cobertura fue 76.6%,⁴⁰⁶ lo que significa que casi 2 de cada diez adolescentes entre los 15 y los 17 años (es decir la edad normativa para asistir a ese nivel educativo) se encontraban fuera de la escuela. De igual forma, la reprobación y el abandono escolar casi se triplican con relación al porcentaje registrado en educación secundaria: la primera pasa de 4.9% a 13.7%, y el segundo de 4.9% a 12.8% (Tabla 3.2.2).

⁴⁰⁶ Secretaría de Educación Pública (2015). Principales cifras 2016-2017. México.

Tabla 3.2.2. **Estudiantes en educación media superior (15-17 años) en el ciclo escolar 2014-2015 en la modalidad escolarizada**

| Indicador educativo | 2016-2017 |
|--|-----------|
| | % |
| Absorción | 99.3 |
| Abandono escolar* | 12.8 |
| Reprobación | 13.7 |
| Eficiencia Terminal | 66.6 |
| Tasa de Terminación** | 57.4 |
| Cobertura (15-17 años) ** | 76.6 |
| Tasa neta de escolarización (15-17 años) *** | 62 |

* Excluye la modalidad mixta

** Calculadas con proyecciones de población de CONAPO, versión abril 2013

*** Cifras estimadas en abandono escolar, reprobación, eficiencia terminal y tasa de terminación

Fuente: SEP/DGPyEE - Formatos 911

Como se mostró en el capítulo correspondiente, si las tendencias continúan como hasta 2016 la pérdida de estudiantes durante el trayecto educativo no logrará detenerse en los próximos años. Hay que recordar que de 100 estudiantes que ingresan al sistema educativo nacional en primaria, sólo 21 egresan de una licenciatura, lo que significa una pérdida de casi 80% de los niños, niñas y adolescentes del país al llegar a ese nivel de estudios.

La principal brecha que existe en el cumplimiento del derecho a la educación se encuentra entre quienes asisten a la escuela y quienes no pueden hacerlo. En el caso de los adolescentes de 12 a 14 años la diferencia está principalmente relacionada con los quintiles de ingreso y con la extraedad acumulada durante los años previos de la educación primaria. Además, empiezan a existir problemas de acceso a los servicios que, para los adolescentes entre 15 y 17 años, se suman a los factores económicos y a otros de índole personal y de logro académico. Se ha visto que estos factores pueden abordarse desde el ámbito escolar.

La Encuesta Intercensal 2015 muestra que 433,620 adolescentes entre 12 y 14 años no asistían a la escuela en 2015, es decir, 6.43% de quienes pertenecen a este rango de edad. La misma encuesta registró 1.6 millones de adolescentes de entre 15 y 17 años que no asistían a la escuela, esto es 26% de la población en este grupo etario.⁴⁰⁷ A continuación se muestran las cifras de la SEP al respecto:

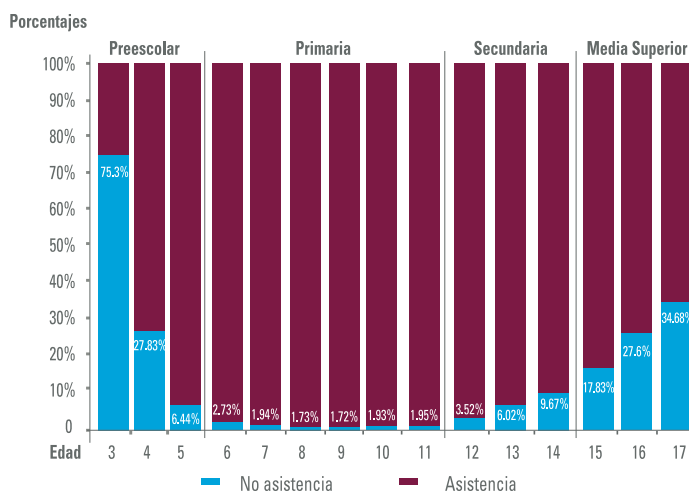
Tabla 3.2.3. **Niños y niñas fuera de la escuela (NFE) por grupo de edad y sexo**

| Edad escolar | NFE | | |
|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|
| | Hombre | Mujer | Total |
| Secundaria (12-14 años) | 156,471 | 101,163 | 257,634 |
| Media superior (15-17 años) | 1,207,370 | 1,152,333 | 2,359,703 |

Fuente: Elaboración propia con base en el Formato 911 de la SEP (ciclo escolar 2014-2015) para datos de matrícula; CONAPO proyecciones de 2014 de mitad de año para población.

Como ya se mencionó, los porcentajes más altos de exclusión se presentan en los extremos del sistema educativo: a saber, en el primer año de preescolar y en el tercer grado de la educación media superior.

Gráfico 3.2.1. **Porcentaje de asistencia (escolarización) de los NFE según edad y nivel educativo**



Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta Intercensal 2015, INEGI.

⁴⁰⁷ Los registros administrativos de la SEP contaron menos estudiantes fuera de la educación secundaria pero más de 2.3 millones fuera de la educación media superior durante el ciclo escolar 2014-2015. La ENIGH 2012 registró 563,465 niños y niñas fuera de la escuela de entre 12 y 14 años y 2 millones de adolescentes fuera de la educación media superior (entre 15 y 17 años).

Desde el nivel educativo preescolar hasta el tramo más avanzado de la educación obligatoria (media superior), existe una brecha de inequidad en la asistencia escolar de niños, niñas y adolescentes de acuerdo con el ingreso percibido en sus hogares, que se amplía a medida en que avanzan en los niveles de la educación obligatoria. Cabe señalar que en la educación media superior el porcentaje de exclusión resulta ligeramente mayor en el caso de los varones a comparación con el de las mujeres.

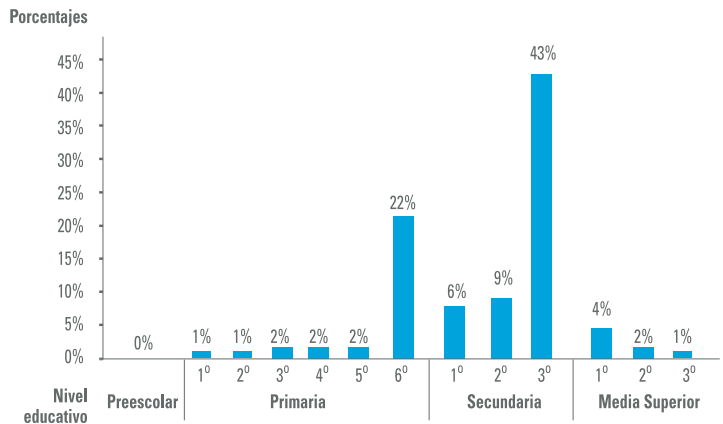
Si bien en la educación secundaria no se observan factores que tengan un peso determinante en la probabilidad de no asistir a la escuela, en la educación media superior pertenecer al quintil de ingresos más pobre, vivir en un contexto urbano y hablar una lengua indígena, así como pertenecer a un hogar ampliado, trabajar o tener un/a jefe/a de familia que no sepa leer ni escribir son factores decisivos en la asistencia escolar.⁴⁰⁸

Un análisis transversal de los datos señala un problema de pérdida (abandono) de niñas, niños y adolescentes, que se acentúa en las transiciones de un nivel educativo a otro. En la transición de primaria a secundaria, 43% de los niños fuera de la escuela (NFE) en edad de cursar secundaria tenía aprobado el 6° año de primaria. De la misma manera, en la transición de secundaria a media superior, 44% de los NFE en edad de cursar la educación media superior había aprobado hasta 3° de secundaria. En otras palabras, hay un porcentaje alto de niños y niñas que terminan la primaria y que no ingresan a secundaria, y una proporción aún más alta de niños y niñas que terminan la secundaria y que no ingresan a media superior.

En el siguiente gráfico se presenta la distribución porcentual de los niños fuera de la escuela según los años de escolaridad aprobados para la educación secundaria y la media superior.⁴⁰⁹ Es de suponer que esta situación puede estar relacionada con problemáticas vinculadas con el acceso y pertinencia de los servicios, aunque no se tiene información contundente al respecto.

En los grados en los que se pasa de un nivel a otro, los y las estudiantes dejan de asistir a la escuela en mayor proporción. A partir de los resultados obtenidos, se observa que 48.9% de los adolescentes fuera de la educación media superior presenta como escolaridad máxima aprobada el tercer grado de secundaria; es decir, concluyeron exitosamente la secundaria, pero no avanzaron al siguiente nivel. Este hecho coincide con el promedio de años de escolaridad en esta dimensión, que es de 8.04 años, equivalente a 3° de secundaria.

Gráfico 3.2.2. NFE de 15 a 17 años de acuerdo con escolaridad alcanzada, por grado escolar (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con base en el censo de población y vivienda 2010, INEGI.

Como se observa en el Gráfico 3.2.2, la mitad de la población entre 15 y 17 años que se encuentra fuera de la escuela abandona antes de aprobar el tercer año de la secundaria. Esto muestra la relación entre la asistencia a un nivel educativo y la edad normativa: más de la mitad de la población de 15 a 17 años que no asiste a la escuela no estaría en condiciones de ingresar a media superior, sino a niveles educativos anteriores, lo cual permite ilustrar la compleja relación entre la edad normativa de asistencia a un nivel y la inscripción efectiva de esa población a un nivel dado.



⁴⁰⁸ UNICEF (2016). Estudio niñas y niños fuera de la escuela. México.

⁴⁰⁹ Idem.

Las siguientes tablas muestran la cantidad de hombres y mujeres matriculados en secundaria y en educación media superior que contaban con uno o más años de extraedad en el ciclo escolar 2014 - 2015.

Tabla 3.2.4. **Hombres y mujeres matriculados en secundaria con uno o más años de extraedad**

| Edad escolar | Hombres | Mujeres |
|--------------|---------|---------|
| 15 años | 215,063 | 154,717 |
| 16 años | 46,887 | 26,964 |
| 17 años | 10,197 | 5,716 |
| 18 años | 3,650 | 2,344 |

Fuente: SEP Formato 911 para datos de matrícula.

Tabla 3.2.5. **Hombres y mujeres matriculados en educación media superior con uno o más años de extraedad**

| Edad escolar | Hombres | Mujeres |
|--------------|---------|---------|
| 18 | 236,630 | 191,374 |
| 19 | 87,061 | 63,636 |
| 20 o más | 129,414 | 130,281 |

Fuente: SEP Formato 911 para datos de matrícula.

En 2015, la Subsecretaría de Educación Media Superior (SEMS) de la SEP realizó un estudio para actualizar el análisis de los factores asociados con el truncamiento de la trayectoria educativa en este nivel educativo y para examinar la implementación del Movimiento contra el abandono escolar,⁴¹⁰ que se describirá más adelante. Se han identificado factores económicos, escolares y personales asociados con el abandono escolar (Tabla 3.2.6).

Tabla 3.2.6. **Factores asociados con el abandono escolar**

| | |
|------------|---|
| Económicos | <ul style="list-style-type: none"> • Bajos ingresos familiares • Considera trabajar más importante que estudiar o necesita trabajar por necesidades familiares (incluido el cuidar a un familiar por enfermedad o discapacidad) |
| Personales | <ul style="list-style-type: none"> • Baja escolaridad de los padres, no lo pueden acompañar en sus estudios • Experiencia de hermanos que abandonaron sus estudios • Baja autoestima • Se casó • Se embarazó o su pareja se embarazó o tiene hijos • Violencia en su entorno social |
| Escolares | <ul style="list-style-type: none"> • Bajo promedio de calificaciones en secundaria • No asiste regularmente a la escuela • Le disgusta estudiar, no le parecen interesantes los estudios, piensa que no le van a brindar nada • Tiene una conducta de indisciplina y ha sido suspendido • Cambió de escuela y tiene problemas para trasladarse al plantel • Cambió de escuela y no le revalidaron sus estudios • Le asignaron un plantel de EMS que no deseaba • Bajo promedio de calificaciones en EMS • Ha reprobado repetidamente o en varias materias • Violencia o situaciones de acoso en los planteles |

Fuente: SEP - SEMS.⁴¹¹

De manera similar a lo que ocurre en la educación primaria, los porcentajes más bajos de asistencia escolar corresponden a los adolescentes monolingües hablantes de lengua indígena (HLI). El porcentaje de esta población que asiste a la escuela a los 17 años es de 3.2%, frente a la media de la población total del país de 65.1%.

⁴¹⁰ SEP (2015). Análisis del movimiento contra el abandono escolar en la educación media superior. México. Disponible en: http://sems.gob.mx/work/models/sems/Resource/11390/6/images/reporte_abandono.pdf

⁴¹¹ Disponible en: http://sems.gob.mx/work/models/sems/Resource/11390/1/images/000_INTRODUCCION_Movimiento_contra_Abandono.pdf

Tabla 3.2.7. Tasa de asistencia escolar por edad (12 a 17 años) según subpoblaciones, 2015

| Edad | Tasa de asistencia escolar | | | | | | |
|------|----------------------------|---------------------------------|------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|--------------------------|---|
| | Población total | Población indígena autoadscrita | Población no indígena (CDI)* | Población indígena (CDI)* | Población hablante de lengua indígena | Población HLI monolingüe | Población afrodescendiente/afromexicana |
| 12 | 96.2 | 95.4 | 96.4 | 94.6 | 92.8 | 80.5 | 97.7 |
| 13 | 93.8 | 92 | 94.2 | 90.3 | 87.3 | 61.9 | 94.6 |
| 14 | 90.1 | 87.2 | 90.8 | 84.6 | 80.5 | 36.6 | 91.4 |
| 15 | 81.9 | 77.3 | 82.9 | 74.6 | 69.1 | 17.2 | 83.9 |
| 16 | 72.2 | 66 | 73.4 | 62.3 | 54.9 | 7.5 | 73.4 |
| 17 | 65.1 | 57.8 | 66.5 | 54.2 | 45.3 | 3.2 | 63.6 |

* Se utilizó el criterio de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), que considera población indígena a todas las personas que forman parte de un hogar indígena, más las personas que declararon hablar alguna lengua indígena y que no forman parte de estos hogares. Un hogar indígena es aquel dónde el jefe(a) de hogar, su cónyuge y/o alguno de los ascendientes declaró ser hablante de lengua indígena.

Fuente: Cálculos propios con base en Encuesta Intercensal 2015, INEGI

Con referencia al logro educativo, los resultados de Planea 2015 mostraron que los estudiantes de 3° de secundaria, en materia de Lenguaje y Comunicación, se encuentran en su mayoría en los niveles I y II (29.4% y 46%, respectivamente). Lo mismo ocurrió para los resultados de Matemáticas: por tipo de escuela, la diferencia en los resultados en el nivel I entre escuelas privadas y comunitarias es de 44.5%, lo que denota una diferencia entre tipos de escuela (Tabla 3.2.8).

Tabla 3.2.8. Resultados en matemáticas de 3° de secundaria según tipo de escuela (porcentajes)

| Tipo de escuela | Nivel | | | |
|--------------------|---------|----------|-----------|----------|
| | N I (%) | N II (%) | N III (%) | N IV (%) |
| Promedio nacional | 65 | 24 | 8 | 3 |
| Comunitarias | 84 | 13 | 2 | 0 |
| Telesecundarias | 66.3 | 23.4 | 7.2 | 3.1 |
| Técnicas públicas | 70 | 22.1 | 5.9 | 2 |
| Generales públicas | 67 | 23.6 | 6.8 | 2.5 |
| Privadas | 39.9 | 33.2 | 16.9 | 10 |

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de Planea 2015.

Para la educación media superior los resultados de esta primera aplicación fueron los siguientes:⁴¹²

1. Lenguaje y Comunicación (comprensión lectora), 64% de los estudiantes se ubicaron respectivamente en los niveles de dominio I y II, considerados como los niveles de desempeño más bajos.⁴¹³
2. Matemáticas. Los estudiantes que se agruparon en los niveles de dominio I y II fueron 81.2%, respectivamente.

Tabla 3.2.9. Resultados de la prueba Planea en la educación media superior a nivel nacional (porcentajes)

| | | | | |
|-------------------------|-------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| Lenguaje y Comunicación | 43.30% Nivel I | 20.70% Nivel II | 23.80% Nivel III | 12.20% Nivel IV |
| Matemáticas | 51.30% Nivel I | 29.90% Nivel II | 12.40% Nivel III | 6.40% Nivel IV |

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de Planea 2015.

Finalmente, el Programa para la Evaluación Internacional de Estudiantes de la OCDE (PISA) es una prueba que se aplica cada tres años desde 1997, y a la cual México se incorporó en el 2000. Resuelven la evaluación los estudiantes de 15 años y más de 60 países.⁴¹⁴

Los resultados de 2009 de la prueba PISA en lectura registraron una disminución de la proporción de estudiantes en niveles bajos de desempeño respecto a la anterior evaluación, realizada en 2003 (de 44% a 40%), y un aumento en los niveles intermedios (de 49% a 54%). En el caso de matemáticas, los niveles bajos disminuyeron de 66% a 51% y los intermedios aumentaron de 31% a 44%, lo que significa una mejora en el promedio general de los estudiantes mexicanos.⁴¹⁵

Sin embargo, la diferencia en el índice de calidad de los recursos educativos entre los diferentes tipos de escuelas en educación media superior es la más alta de toda la OCDE y la tercera más alta de todos los participantes en PISA (después de Perú y Costa Rica), lo que refleja altos niveles de desigualdad en la distribución de recursos educativos en el país. En la edición de PISA 2012, México ocupó el lugar 53 entre los 65 países que participaron, y el último lugar entre los 34 países miembros de la OCDE.

⁴¹² INEE/ SEP (2015). Publicación de resultados primera aplicación 2015 del Plan nacional para la evaluación de los aprendizajes – PLANEA en la educación media superior. México. Disponible en: http://planea.sep.gob.mx/content/general/docs/2015/PLANEA_MS2015_publicacion_resultados_040815.pdf

⁴¹³ En las dos áreas del conocimiento evaluadas, los estudiantes de los Centros de Enseñanza Técnica (CETI) obtuvieron los porcentajes más altos de estudiantes en el nivel IV: 12.2% en Lenguaje y 30.7% en Matemáticas. En el nivel I, fueron los estudiantes del Colegio de Bachilleres (COLBACH MEX) quienes obtuvieron los menores porcentajes en las mismas áreas: 2.8% y 0.4%, respectivamente. *Ibid.*, p. 20.

⁴¹⁴ El objetivo de PISA es medir la capacidad de los adolescentes para usar su conocimiento y sus destrezas a fin de afrontar los retos de la vida en las sociedades modernas, más que determinar lo que se domina de un currículo escolar. Se interesa en el repertorio de conocimientos y habilidades adquiridos en las escuelas y fuera de ellas, y en el potencial para reflexionar y usar este repertorio en situaciones o escenarios diversos. Para mayor información, consultar <http://www.inee.edu.mx/index.php/bases-de-datos/bases-de-datos-pisa/que-es-pisa>

⁴¹⁵ De acuerdo con cifras publicadas por el Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE), el porcentaje de estudiantes de 15 años con bajo desempeño, es decir, en el nivel 1, fue de casi 32% en promedio. El aumento de 28 puntos en matemáticas entre PISA 2003 y PISA 2012 fue uno de los más importantes entre los países de la OCDE. Sin embargo, en PISA 2012, 55% de los estudiantes mexicanos no alcanzó el nivel de competencias básicas en matemáticas —nivel 2— (sólo 3% de los estudiantes mexicanos alcanzó los niveles superiores 5 y 6).

Al revisar los resultados de las evaluaciones tanto nacionales como internacionales se evidencia que son los servicios indígenas y comunitarios los que presentan los niveles de logro educativo más bajos.

Respuesta institucional

A partir de la Reforma educativa (RE) planteada al inicio de la administración 2013-2018, se han desarrollado programas (acuerdos o estrategias) que inciden directamente en la inclusión y permanencia de los estudiantes de más de un tipo educativo, y que tienen como objetivo principal contribuir a una mayor cobertura e inclusión de los grupos de población que cursan educación básica o media superior, para facilitar el acceso, permanencia y egreso oportuno de la población estudiantil: por ejemplo, el Programa nacional de becas y el Programa para la inclusión y la equidad educativa (PIIE).

En la educación media superior existe la Coordinación de becas de la Subsecretaría de Educación Media Superior (CBSEMS), desde la cual operan varios programas de becas.⁴¹⁶ De manera particular, la CBSEMS tiene a su cargo un programa de becas contra el abandono escolar que busca detectar y detener de modo oportuno este problema, a través de una solicitud que realiza el estudiante directamente en la escuela y que se analiza por un comité conformado por el director y algunos profesores del plantel. Los montos de este tipo de becas varían dependiendo del grado escolar y del sexo del beneficiario(a). En el caso de los hombres, el monto es de \$650 pesos mexicanos en el primer nivel de estudios, \$725 en el segundo y \$800 en el tercero, mientras que para las mujeres es de \$725, \$800 y \$875 respectivamente. Se trata de un monto mensual que se otorga a los beneficiarios por un máximo de seis meses.

Para combatir el abandono escolar, en la educación media superior destaca la estrategia nacional denominada *Yo No Abandono*; ésta, más que un programa, es concebida como un movimiento contra el abandono escolar que busca lograr mayores índices de acceso, permanencia y conclusión exitosa de los estudios de nivel medio superior, mediante una estrategia integral que involucra la participación conjunta y coordinada de autoridades educativas, federales y estatales, directivos de planteles, docentes, padres de familia, estudiantes y sociedad en general.⁴¹⁷

Este movimiento inició en 2013 y, a dos años de su implementación, presenta avances en la reducción de la tasa de abandono hacia la meta de 9% en 2018. Los datos disponibles muestran que en el ciclo escolar 2013 - 2014 la tasa de abandono fue de 13.4%; es decir, al menos 1.6 puntos porcentuales debajo del resultado reportado al inicio de la administración.

La Subsecretaría de Educación Media Superior, en consulta con las autoridades estatales, construyó un primer conjunto de herramientas para apoyar el trabajo en los planteles en temas relacionados con el abandono escolar. Como ya se mencionó, esta estrategia busca un mayor involucramiento de toda la sociedad para combatir este problema, a fin de que los diferentes actores que participan en el proceso educativo tengan conciencia de que efectivamente pueden hacer algo para mitigar la situación. En la página de internet de la Subsecretaría de Educación Media Superior se pueden descargar 12 manuales de apoyo⁴¹⁸ para que, desde una perspectiva personal, diferentes tipos de usuarios (estudiantes, docentes, directivos, padres de familia) sepan que pueden contribuir — y los elementos para ello — para que un joven cercano pueda tomar una decisión diferente a abandonar sus estudios.

Estos manuales son temáticos y se enfocan en diferentes aspectos de esta problemática, por ejemplo, la prevención de los riesgos del abandono escolar, la recepción de nuevos estudiantes en los planteles de este nivel educativo, así como el impulso de mejores hábitos de estudio en planteles, tutorías entre pares, desarrollo de habilidades socioemocionales, y otros.

En relación con el abandono escolar, la Subsecretaría de Educación Media Superior afirma que:

1. Las acciones contra el abandono escolar deben llevarse a cabo principalmente en el primer grado de la EMS, y en particular durante los primeros 60 días del curso, para atender con oportunidad las necesidades de los estudiantes y evitar su abandono.

⁴¹⁶ Para mayor información, se sugiere consultar: <http://www.becasmediasuperior.sep.gob.mx/>

⁴¹⁷ El primer estudio sistemático sobre la situación de la EMS en México, realizado por el INEE en 2011, confirmó que el subsistema es complejo en términos políticos y administrativos. Lo anterior dificulta su conducción. Asimismo, los datos sobre la cobertura y el comportamiento de la matrícula revelaron que existe un déficit importante del lado de la oferta. Son visibles los rasgos que reflejan inequidad y hay un problema agudo de deserción entre el primero y segundo año de estudios. En febrero de 2012, se aprobó la Reforma Constitucional que transforma la EMS en un nivel obligatorio, lo que, sin duda, es un paso en la dirección correcta, aunque implica superar retos de la mayor importancia, no sólo asociados a la provisión de servicios, sino también al crítico tema de la retención.

⁴¹⁸ Disponibles en: http://sems.gob.mx/swb/sems/yo_no_abandono

2. Abatir el abandono escolar en la EMS representa una acción a favor de la equidad social, y es fundamental para cumplir el objetivo de la educación, a saber, ser la gran igualadora de oportunidades entre los mexicanos.
3. Es necesario desarrollar protocolos de respuesta inmediata ante casos de abandono escolar, que en muchos casos implican medidas relativamente sencillas de construcción de líneas de comunicación directa y fluida con los estudiantes y sus familiares.
4. Prevenir y tener respuestas inmediatas ante los casos de abandono es importante porque la actitud de los estudiantes que dejaron la escuela muestra que puede evitarse el abandono y promoverse una reincorporación pronta.
5. El abandono escolar también debe prevenirse y atenderse desde los hogares de los estudiantes. Una mayor comunicación de los directores y docentes con los padres ayudará la relación de estos últimos con sus hijos, para que permanezcan en la escuela y tengan mejores logros académicos. La responsabilidad de los estudios de los adolescentes y jóvenes debe ser entendida como tripartita: estudiante, director y docentes, padres de familia.

Entre las herramientas creadas para este fin se cuenta con presentaciones temáticas de apoyo, cuyo propósito es comunicar a los diferentes actores sociales las características de esta problemática. Existen también documentos de introducción, guías para elaborar planes de acción en los planteles y cursos propedéuticos, así como manuales para elaborar un diagnóstico participativo con la comunidad escolar y propuestas para su involucramiento.⁴¹⁹

Por otra parte, el gobierno mexicano ha diseñado e implementado, también a través de la subsecretaría de educación media superior y en colaboración con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el programa Construye-T, cuyo objetivo es fortalecer las capacidades de la escuela para desarrollar habilidades socioemocionales en las y los estudiantes y así mejorar el ambiente escolar en los planteles del nivel medio superior participantes. Esto a su vez redundará en mejores condiciones para el aprendizaje y un mejor desempeño de los estudiantes.

El aprendizaje socioemocional se refiere a la capacidad del joven para enfrentar de manera positiva y asertiva los distintos riesgos relacionados con su edad, contexto familiar, condición socioeconómica y las vicisitudes de la vida en general. Este programa busca incidir directamente en la educación integral de los estudiantes del nivel medio superior y, de manera indirecta, en la prevención de conductas de riesgo (tales como la violencia, las adicciones o el embarazo no deseado) que pueden truncar su trayectoria educativa.⁴²⁰ Este programa está dirigido a directores, docentes y estudiantes de planteles públicos federales y estatales del nivel medio superior, tanto rurales como urbanos, en las 32 entidades federativas del país: es decir, a estudiantes de edades entre 15 y 18 años aproximadamente que cursan la modalidad escolarizada.

En el ciclo escolar 2014-2015, la cobertura del programa ascendió a 2,500 planteles (de los cuales 1,627 estatales y 13 autónomos) que cuentan con una matrícula superior a dos millones de estudiantes y una plantilla docente de más de 99,000 maestros. Los planteles que participaron en Construye-T en dicho ciclo escolar registraron, en promedio, una tasa de abandono escolar de 15.6% al año.⁴²¹ La tasa de abandono escolar en el ciclo escolar 2013-2014 fue 13.1%, y para el ciclo escolar 2014-2015 fue de 12.4% a nivel nacional.⁴²²

Principales desafíos

El estudio realizado en México en el marco de la Iniciativa global por los niños fuera de la escuela confirma que la transición de un nivel a otro (primaria a secundaria) se presenta como uno de los principales desafíos en el corto plazo, ya que en ese periodo comienza la disminución en el número de niños que asisten a la escuela, y se incrementa la probabilidad de abandonarla. Sumado a esto, el reto de mejorar la calidad educativa se vuelve crucial como elemento para la permanencia dentro del Sistema Educativo Nacional (SEN), pues cabe recordar que la cobertura alcanzada tanto en primaria como en secundaria no garantiza que la educación recibida sea de calidad.

Conforme los niños y niñas avanzan en grado escolar aumenta la posibilidad de que abandonen la escuela. Por consiguiente, es necesario asegurar la inclusión e instrumentar políticas que tomen en cuenta la realidad étnica y cultural de todos y todas, considerando el entorno en que viven y se desarrollan.

⁴¹⁹ Información relacionada con la estrategia Yo no abandono disponible en: http://sems.gob.mx/swb/sems/yo_no_abandono. Consultada el 17 de marzo de 2016.

⁴²⁰ Disponible en: http://www.construye-t.org.mx/inicio/aprendizaje_socioemocional

⁴²¹ Subsecretaría de Educación Media Superior (2014). Programa Construye T 2014-2018. SEP. México. Disponible en: <http://www.construye-t.org.mx/resources/DocumentoConstruyeT.pdf>

⁴²² Secretaría de Educación Pública (2015). Principales cifras 2014-2015. México.

Por otra parte, cabe señalar que deben replantearse las reglas dentro de la escuela, motivar la participación activa de la comunidad en las actividades escolares, así como la de otras instancias, como organizaciones de la sociedad civil y otros actores involucrados en el proceso educativo. Tanto en la educación secundaria como en la media superior se ha constatado que la salida del sistema educativo nacional también se asocia con otros factores relacionados con el ambiente dentro y fuera de la escuela, lo que involucra a toda la comunidad escolar. Uno de los desafíos es la profesionalización de los consejos escolares en estos temas, con el fin de que por su conducto se integre e involucre a la comunidad educativa en su conjunto.

Es necesario dar continuidad a los esfuerzos que estimulan el interés en el aprendizaje de las y los adolescentes, así como buscar medidas que procuren no sólo la asistencia, sino también el deseo de continuar en la escuela y aprovechar las herramientas que ésta les provee para su desarrollo personal y profesional. Contrarrestar el desánimo entre adolescentes está relacionado con los incentivos que ofrece permanecer en la escuela. Conviene profundizar en la comprensión de la cultura adolescente para desarrollar prácticas que propicien un tránsito exitoso al último tramo de la educación obligatoria.

Los adolescentes que han abandonado la escuela en la educación media superior representan casi la tercera parte del total de niños fuera de la escuela en México,⁴²³ lo que se debe, en gran medida, al alto costo de permanecer en la escuela, si se considera que aquellos que están fuera de ella se encuentran en el mercado laboral o, en el caso de las mujeres, en las labores del hogar, de manera que dejan de destinar recursos a su asistencia a la escuela, que para muchos de ellos ha perdido relevancia.⁴²⁴

En este escenario, el diseño de las políticas educativas y de protección social desempeña un papel fundamental en la reinserción escolar de los estudiantes. La política educativa y la política de protección social deben trabajar en conjunto para lograr el regreso a la escuela, ya que —como se ha mencionado antes— se trata de un fenómeno que debe entenderse desde una perspectiva transversal. La estrategia *Yo No Abandono* está dirigida a motivar la permanencia de los adolescentes dentro del SEN, y es percibida como un buen complemento al programa Construye-T, que busca apoyar a estudiantes para que enfrenten los retos que se les plantean en este ciclo de vida.

Uno de los principales desafíos es abarcar el panorama completo de todos los niveles educativos y plantear estrategias conjuntas, con especial énfasis en las transiciones de un nivel a otro. Habrán de consolidarse mecanismos, definiciones y procesos administrativos compartidos, que permitan avanzar entre los niveles educativos, y entre los subsistemas de la educación media superior en particular, a fin de que esto no se convierta en un factor que detone el abandono escolar.

3.2.2 Desarrollo de capacidades afectivas y emocionales

Situación y tendencias

Las habilidades afectivas o socioemocionales son herramientas que brindan la posibilidad de enfrentar y resolver conflictos de manera pacífica, mantener buenas relaciones interpersonales, comunicar asertivamente sentimientos e ideas, promover estados de calma y optimismo que permiten alcanzar objetivos personales y académicos, empatizar con otras personas, tomar decisiones responsables y evitar conductas de riesgo. Todas estas habilidades son fundamentales para el desarrollo de la mayoría de los aspectos de la vida familiar, escolar y social de una persona.⁴²⁵

Se trata de habilidades que se aprenden y desarrollan —al igual que las habilidades intelectuales— y requieren una estimulación continua que les permita evolucionar hacia etapas de mayor desarrollo. Pese su importancia, en México existe un desconocimiento al respecto y a la manera de estimularlas en la escuela.⁴²⁶

La educación afectiva y socioemocional tiene su base formal en el informe ante la UNESCO de la Comisión Internacional sobre Educación para el siglo XXI, titulado *La educación encierra un tesoro*, o Informe *Delors*, que propuso a los países orientar sus esfuerzos educativos hacia cuatro pilares básicos: aprender a conocer, aprender a ser, aprender a hacer y aprender a vivir.

⁴²³ UNICEF (2016). Niñas y niños fuera de la escuela. México.

⁴²⁴ *Ibid.*, p. 89.

⁴²⁴ Romagnoli, C., I Mena Y A.M. Valdés (2007). ¿Qué son las habilidades socioafectivas y éticas? Valoras UC, Chile. Disponible en: http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0037/File/Formacion/Formacion_Integral%2003.pdf

⁴²⁵ Habilidades socioemocionales Construye-T. Disponible en: <http://www.construye-t.org.mx/inicio/hse>

El informe sugiere que estos pilares deben recibir una atención equivalente a la que reciben los conocimientos académicos, a fin de que la educación enriquezca al ser humano en su calidad de persona y como miembro de la sociedad.⁴²⁷ El modelo de habilidades de Mayer y Salovey – inspirado en el modelo de *Delors* - identifica cuatro habilidades básicas: “1) la habilidad de percibir, valorar y expresar emociones con exactitud; 2) la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; 3) la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional, y 4) la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual”.⁴²⁸

Estas aproximaciones indican que en el contexto escolar los estudiantes enfrentan diariamente situaciones en las que tienen que hacer uso de las habilidades emocionales para adaptarse de forma adecuada a la escuela, y el profesorado debe también emplear estas habilidades para guiar con éxito tanto sus emociones como las de sus estudiantes.

Las brechas identificadas respecto a estas habilidades en el contexto mexicano consisten en la falta de reconocimiento del desarrollo afectivo y emocional en el plano curricular y la práctica docente en todos los niveles educativos. La Ley del Servicio Profesional Docente y el modelo educativo de educación básica no toman en cuenta la importancia de que los docentes cuenten con estos conocimientos y habilidades para su práctica; sin embargo, éstos son utilizados *de facto* por ellos, aunque son invisibilizados por otras actividades y temas dentro de su formación.⁴²⁹

La literatura expresa la necesidad de que dichas habilidades se desarrollen desde los primeros años de vida y a lo largo de todo el proceso educativo; sin embargo, en México están contempladas sólo tangencialmente en el esquema de tutorías, en el programa de educación preescolar y más recientemente en el marco del Programa Construye-T. Éste, implementado por la Secretaría de Educación Pública (SEP) a través de la Subsecretaría de Educación Media Superior y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), actualmente tiene como objetivo fortalecer las capacidades de la escuela para desarrollar habilidades socioemocionales en sus estudiantes, docentes y directivos, así como mejorar el ambiente escolar en educación media superior. Los aprendizajes en los que se centra el programa evocan los cuatro pilares del Informe *Delors*.⁴³⁰

Principales desafíos

Los desafíos principales para México consisten en transversalizar estas habilidades en la práctica docente, con objeto de fortalecer la autoestima de las niñas, niños y adolescentes. Asimismo, se debe medir su impacto en relación con los aprendizajes y temas como prevención de la deserción escolar, evitar conductas de riesgo y reducir desigualdades educativas y sociales. Además, este tipo de formación debe enfatizarse no sólo a nivel medio superior, sino en todo el ciclo de vida, iniciando por el desarrollo infantil temprano y en todos los niveles educativos siguientes.

En este sentido, es necesario reconceptualizar la importancia en el SEN de la formación socioafectiva y socioemocional,⁴³¹ que - junto con su impacto en los aprendizajes y resultados académicos - no debería ser relegada a segundo plano, sino ser contemplada como una parte esencial de reforma educativa y del fortalecimiento de la formación docente.⁴³²

La SEM, a partir de los resultados del cuestionario de contexto de Planea 2015, detectó que en México existe un déficit en habilidades socioemocionales de las y los adolescentes: efectivamente, la mayoría de los bachilleres carece de estas habilidades, lo cual repercute en su desempeño educativo. Adicionalmente, se encontraron bajos niveles de perseverancia, falta de habilidad para la toma de decisiones, manejo inadecuado del estrés y bajos niveles de empatía.⁴³³

Cabe mencionar que México ocupa el nivel más bajo de competencias de la fuerza laboral entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), lo cual se explica, al menos en parte, por el bajo nivel de habilidades y competencias diferenciadas que se desarrollan en la escuela.⁴³⁴

A esto se añade que la mayoría de los estudiantes del país abandona el sistema educativo cuando está cursando la educación media superior. Dos factores que explican este elevado índice de deserción son: 1) las instituciones educativas por lo general no dotan a los estudiantes de las competencias apropiadas, o carecen de calidad, y 2) los estudiantes dejan de dedicar esfuerzos a la educación y se inclinan por trabajar en el sector informal.

⁴²⁷ Delors, J. (1996). La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre Educación para el Siglo XXI. Disponible en: http://www.unesco.org/education/pdf/DELORS_S.PDF

⁴²⁸ Fernández Berrocal, P. Y N. Extremera Pacheco (2005). la inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el modelo de Mayer y Salovey. Revista interuniversitaria de formación del profesorado, 19(3), p., 63-93. Disponible en: http://www.w.aufop.com/aufop/uploaded_files/revistas/120914511210.pdf#page=63

⁴²⁹ Secretaría de Educación Pública - Coordinación nacional del servicio profesional docente (2015). Ser tutor de un docente o técnico docente de nuevo ingreso de educación básica. México. Disponible en: http://servicioprofesionaldocente.sep.gob.mx/content/general/docs/normatividad/TUTORES/TALLER_TUTORES.pdf

⁴³⁰ Delors, J. (1996). Cit., p. 34.

⁴³¹ Habilidades Socioemocionales Construye-T. Disponible en: <http://www.construye-t.org.mx/inicio/hse>

⁴³² dem.

⁴³³ Secretaría de Educación Pública (2015). Comunicado 210. México. Disponible en: <http://www.sep.gob.mx/es/sep1/C210072015#.Vvwuv6vnn0>

⁴³⁴ OCDE (2015). México: Políticas prioritarias para fomentar las habilidades y conocimientos de los mexicanos para la productividad y la innovación, Serie mejores políticas. México. Disponible en: <http://www.oecd.org/mexico/mexico-politicas-prioritarias-para-fomentar-las-habilidades-y-conocimientos-de-los-Mexicanos.pdf>

La educación, en todas las etapas de la vida, debe contribuir a un proceso de desarrollo y aprendizaje integral basado en la interacción de factores internos (biológicos y psicológicos) y externos (sociales y culturales).⁴³⁵ Formar habilidades socioafectivas tiene valor en sí mismo, al ofrecer herramientas que permiten a niñas, niños y adolescentes desenvolverse, relacionarse mejor y tomar decisiones de acuerdo con sus prioridades; además, promueve el bienestar personal, el desarrollo ético y ciudadano, previene conductas de riesgo, mejora el ambiente y clima escolar y aumenta la motivación por los logros y aprendizajes académicos.⁴³⁶

Todo egresado de la educación obligatoria debe ser una persona que se conozca y respete a sí misma, asuma y valore su identidad, reflexione sobre sus propios actos, conozca sus debilidades y fortalezas, confíe en sus capacidades, sea determinada y perseverante; reconozca como iguales en dignidad y en derechos a todos los seres humanos, y sea empática al relacionarse con otras personas y culturas; sepa trabajar en equipo y tenga capacidad de liderazgo; en la solución de conflictos favorezca el diálogo, la razón y la negociación; cuide de su salud física y mental; tome decisiones razonadas y responsables que le permitan adaptarse con rapidez y eficiencia a los cambios de su entorno, y sea capaz de diseñar y llevar a la práctica un plan para construir una vida plena.

3.3 El derecho a la protección

3.3.1 Migración de niños y adolescentes

Situación y tendencias

México es un país de origen, tránsito y destino de migrantes, incluidos niñas, niños y adolescentes (NNA) que buscan principalmente reunirse con sus familias que han migrado previamente, y en otros casos estudiar, mejorar sus condiciones de vida o escapar de la violencia familiar o social.⁴³⁷ Durante su travesía, enfrentan enormes riesgos: accidentes, violencia, discriminación, persecución del crimen organizado e incluso maltrato institucional, que les dejan huellas psicoemocionales negativas muy profundas. Las niñas, niños y adolescentes pueden migrar acompañados por sus familiares, separados o no acompañados.⁴³⁸ En esta última situación su vulnerabilidad aumenta considerablemente.

Los datos sobre niñas y niños migrantes mexicanos y extranjeros en el país provienen de distintas fuentes de información (Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE), Secretaría de Gobernación (SEGOB), Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR), Instituto Nacional de Migración (INM) y Sistema Nacional DIF), mismos que no coinciden ni resultan comparables; por lo tanto, con el fin de dimensionar la situación, se presentan a continuación las estadísticas de la Unidad de Política Migratoria de la Secretaría de Gobernación.

Niñas, niños y adolescentes migrantes mexicanos

El número de niñas, niños y adolescentes migrantes que fueron repatriados desde Estados Unidos disminuyó en un 40% de 2016 a 2017. En 2016 se registraron 13,737 eventos de repatriación de niñas y niños,⁴³⁹ de los cuales un 84.3% no estaba acompañado. En 2017 se contaron 8,907 eventos de repatriación,⁴⁴⁰ con un 84% de niños, niñas y adolescentes que viajaban sin compañía.



⁴³⁵ Arellano Ojeda, E. (s/f). Propuesta para el nuevo modelo educativo en educación básica. México. Disponible en: <http://registromodeloeducativo.sep.gob.mx/Archivo;jsessionid=ae3b8911f4b2da5b4df9f9c5f971?nombre=7458-PROPUESTA+PARA+EL+NUEVO+MODELO+EDUCATIVO.pdf>

⁴³⁶ García Cabrero, B. (2009). Las dimensiones afectivas de la docencia. Revista digital universitaria [en línea]. 1 de noviembre de 2009, Vol. 10, No. 11 Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.10/num11/art71/int71.htm>. Consultado el 2 de noviembre de 2009.

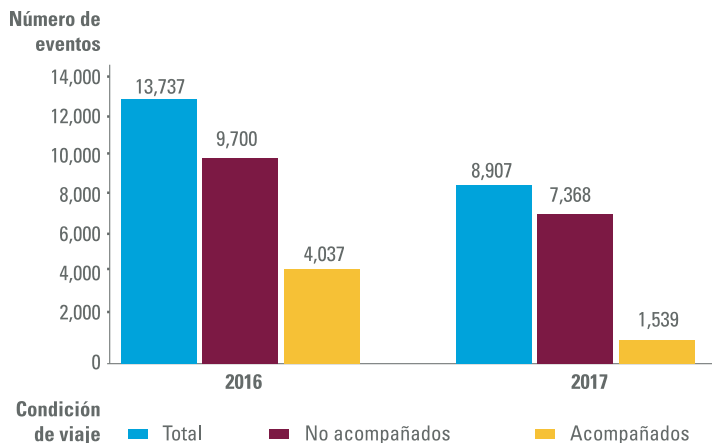
⁴³⁷ La Corte Interamericana de Derechos Humanos señala que "Las niñas y los niños se movilizan internacionalmente por muy variadas razones: en busca de oportunidades, ya sea por consideraciones económicas o educacionales; con fines de reunificación familiar, a fin de reencontrarse con familiares que ya migraron; por cambios repentinos o progresivos del medio ambiente que afectan adversamente su vida o sus condiciones de vida; por afectaciones derivadas del crimen organizado, desastres naturales, abuso familiar o extrema pobreza; para ser transportados en el contexto de una situación de explotación, incluida la trata infantil; para huir de su país, ya sea por temor fundado a ser perseguidos por determinados motivos o porque su vida, seguridad o libertad han sido amenazadas por la violencia generalizada, la agresión extranjera, los conflictos internos, la violación masiva de los derechos humanos u otras circunstancias que hayan perturbado gravemente el orden público". Corte Interamericana de Derechos Humanos (2014). Opinión consultiva OC-21/14 "Derechos y garantías de niñas y niños en el contexto de la migración y/o en necesidad de protección internacional".

⁴³⁸ De acuerdo con la Observación general No. 6 del Comité de los Derechos del Niño, los niños migrantes no acompañados son aquellos niños menores de 18 años que están separados de ambos padres y otros parientes, y no están al cuidado de un adulto al cual, por ley o costumbre, incumbe esa responsabilidad; mientras que los niños separados son los niños menores de 18 años separados de ambos padres o de sus tutores legales o habituales, pero no necesariamente de otros parientes. Por tanto, puede tratarse de niños acompañados por otros miembros adultos de la familia. Comité de los Derechos del Niño (2005). Observación general N° 6 "Trato de los menores no acompañados y separados de su familia fuera de su país de origen", CRC/GC/2005/6.

⁴³⁹ Unidad de Política Migratoria, SEGOB, a partir del Boletín Mensual de Estadísticas Migratorias, 2017

⁴⁴⁰ Ibid.

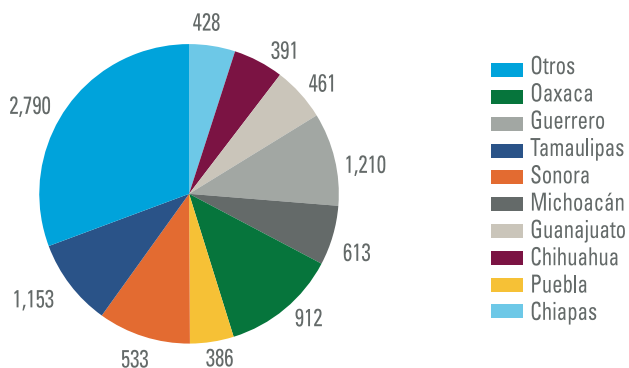
Gráfico 3.3.1. **Eventos de repatriación de niñas, niños y adolescentes mexicanos desde Estados Unidos por condición de viaje, 2016 y 2017**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Unidad de Política Migratoria de SEGOB, Boletín mensual de estadísticas migratorias.

En 2017, 90% de las niñas, niños y adolescentes mexicanos repatriados desde Estados Unidos tenía entre 12 y 17 años y en su mayoría eran provenientes de los estados de Oaxaca, Guerrero, Sonora y Tamaulipas.

Gráfico 3.3.2. **Eventos de repatriación de niñas, niños y adolescentes por entidad federativa de origen, 2017**

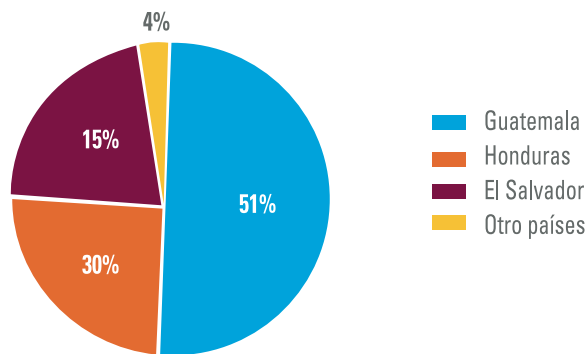


Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, Boletín mensual de estadísticas migratorias

Niñas, niños y adolescentes migrantes extranjeros

Actualmente el flujo de niñas y niños migrantes extranjeros, particularmente provenientes de países de Centroamérica, es más elevado que el de migrantes mexicanos, pero varía de acuerdo a las condiciones cambiantes en los países de origen y por las políticas de inmigración en los países de tránsito y de destino: en 2015 se registraron 38,514 eventos de niñas, niños y adolescentes migrantes extranjeros presentados ante la autoridad migratoria mexicana, cifra que aumentó en 2016 a 40,144, pero que disminuyó a menos de la mitad en 2017 donde 18,066 niñas, niños y adolescentes fueron presentados. (Gráficos 3.3.3 y 3.3.4).⁴⁴¹

Gráfico 3.3.3. **Niñas, niños y adolescentes migrantes extranjeros presentados ante la autoridad migratoria por nacionalidad, 2015.**

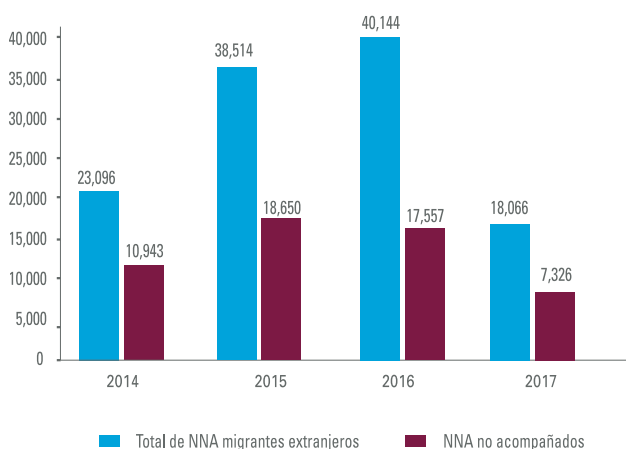


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Unidad de Política Migratoria de SEGOB, Boletín mensual de estadísticas migratorias.

Del total de niñas, niños y adolescentes presentados ante la autoridad migratoria en 2017, un 95% provenían de Honduras, Guatemala y El Salvador, y 40% viajaba sin la compañía de un familiar o un adulto responsable. De estos últimos, 94% eran adolescentes entre 12 y 17 años.

⁴⁴¹ Unidad de Política Migratoria, SEGOB, a partir del Boletín Mensual de Estadísticas Migratorias, 2017

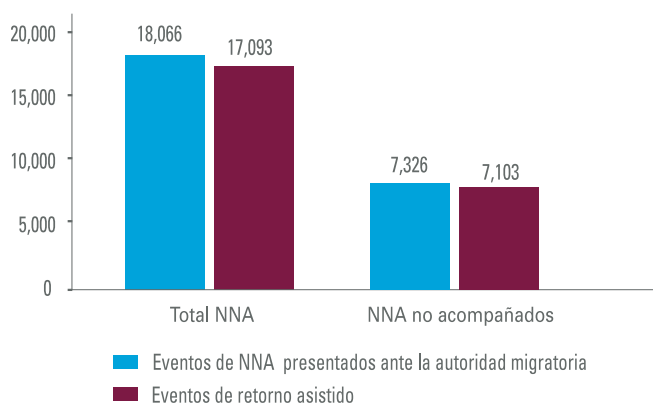
Gráfico 3.3.4. Niñas, niños y adolescentes migrantes extranjeros presentados ante la autoridad migratoria, 2014-2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Unidad de Política Migratoria de SEGOB, Boletín mensual de estadísticas migratorias.

La gran mayoría de las niñas, niños y adolescentes migrantes extranjeros que son detectados en México por la autoridad migratoria (tanto acompañados como no acompañados) es retornada a sus países de origen, y muy pocos son reconocidos como refugiados. Esta tendencia se ha mantenido constante durante 2016 y 2017. En 2017, 94% del total de niñas, niños y adolescentes extranjeros presentados ante la autoridad migratoria mexicana fue retornado a sus países de origen, y sólo 0.07% recibió protección internacional.⁴⁴²

Gráfico 3.3.5. Eventos de niñas, niños y adolescentes presentados, retornados y con protección internacional, 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de Unidad de Política Migratoria de SEGOB, Boletín mensual de estadísticas migratorias.

Algunas de las brechas en el cumplimiento de los tratados internacionales, como la Convención sobre los derechos del niño, y de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA) y su reglamento son las siguientes:

- A pesar de que la LGDNNA y la Ley de Migración establecen nuevas funciones y competencias para las instancias involucradas en la atención y protección de niñas, niños y adolescentes migrantes, éstas todavía tienden a seguir los procedimientos previos, enfocados en la situación migratoria y no el proceso de protección actual.
- Debido a lo anterior, las niñas y niños, y sobre todo la mayor parte de los y las adolescentes en espera de la conclusión de sus procedimientos migratorios, continúan siendo alojados en centros de detención para migrantes (como estaciones migratorias o albergues de puertas cerradas) en lugar que en centros de acogida del DIF.⁴⁴³
- La capacidad de las instituciones para identificar, ayudar y proteger a niñas, niños y adolescentes solicitantes de asilo y refugiados es todavía limitada.⁴⁴
- Las niñas, niños y adolescentes migrantes no acompañados no cuentan todavía con representación legal⁴⁴⁵ del Estado, y aunque la LGDNNA otorgue esa responsabilidad a las Procuradurías de protección, en su mayoría son devueltos a sus países de origen sin un proceso que determine su interés superior y que cumpla con los estándares internacionales.⁴⁴⁶
- No se cuenta con un registro consolidado sobre las niñas, niños y adolescentes migrantes atendidos por las distintas instituciones con las que tienen contacto (COMAR, INM, SRE, DIF y albergues privados, entre otros). Tampoco existen datos oficiales desagregados sobre el número de niños, niñas y adolescentes que son víctimas de asesinatos, secuestros, desapariciones, violencia sexual, explotación y abusos en el circuito migratorio.⁴⁴⁷

⁴⁴² Ibid.

⁴⁴³ Comité de los Derechos del Niño (2015). Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de México, CRC/C/MEX/CO/4-5, párr. 59(a).

⁴⁴⁴ Ibid., párr. 57(a).

⁴⁴⁵ Idem.

⁴⁴⁶ Ibid., párr. 59(c).

⁴⁴⁷ Idem.

Respuesta institucional

La LGDNNA establece las bases para reconfigurar los procedimientos en torno a la protección de las niñas, niños y adolescentes migrantes. Las Procuradurías de protección que ésta crea tienen un papel clave en la protección de sus derechos ya que todas las autoridades federales y locales que están en contacto con ellos (INM, DIF, SEGOB, SSA, SEP, PGR, COMAR, etc.) tienen la atribución de adoptar medidas de protección especial para los niños y niñas y adolescentes que se encuentren en situación de vulnerabilidad por su situación migratoria, origen nacional o cualquier otra razón.

Actualmente, para la atención de niñas, niños y adolescentes migrantes no acompañados, el Estado mexicano cuenta con dos procedimientos diferenciados: uno enfocado en migrantes mexicanos repatriados y otro en migrantes extranjeros. En ambos participan los Oficiales de Protección de la Infancia (OPIS):⁴⁴⁸ se trata de agentes federales de migración que, además de cumplir con sus funciones administrativas, se encargan de canalizar a las niñas y niños y adolescentes al Sistema DIF,⁴⁴⁹ cuyos funcionarios ofrecen servicios de albergue, alimentación, atención médica y psicológica y a las autoridades consulares.⁴⁵⁰

Las niñas, niños y adolescentes mexicanos que son repatriados desde Estados Unidos a través de la red de consulados de México en ese país son canalizados a los sistemas estatales DIF, y son atendidos a través de una red de módulos y albergues de tránsito con el apoyo del Sistema Nacional DIF.⁴⁵¹ Durante su estancia en estos módulos o albergues se localizan sus familias, para iniciar el procedimiento de traslado a su residencia.⁴⁵²

Por su parte, las niñas, niños y adolescentes migrantes extranjeros son puestos a disposición del INM; cabe señalar que un número importante de adolescentes es alojado en las estaciones migratorias, pese a que el reglamento de la LGDNNA establezca que sean canalizados de manera inmediata al Sistema DIF.⁴⁵³ El INM resuelve, en la mayoría de los casos, el retorno asistido de estas niñas y niños, por lo que notifica al consulado del país de origen, colateralmente a lo cual ha publicado también un procedimiento para la detección, identificación y atención de personas extranjeras víctimas del delito, según el cual los OPIS son responsables de detectar y atender a las niñas, niños y adolescentes migrantes extranjeros posibles víctimas de delitos.⁴⁵⁴

En el 2014 se publicó el Programa especial de migración 2014 - 2018 como base de la política del Estado en materia migratoria, entre cuyas líneas de acción se encuentran generar mecanismos de coordinación interinstitucional y de atención especializada (incluyendo la implementación de protocolos) de niñas, niños y adolescentes migrantes, así como la difusión de sus derechos.⁴⁵⁵

En ese mismo año también se reinauguró la Mesa de diálogo interinstitucional sobre niñas, niños y adolescentes migrantes no acompañados,⁴⁵⁶ con la coordinación del Sistema Nacional DIF,⁴⁵⁷ y se impulsó la creación de un grupo de trabajo ad hoc en materia de niñas, niños y adolescentes migrantes no acompañados en el seno de la Conferencia Regional sobre Migración.⁴³⁸

En los últimos años se han reunido distintos grupos de alto nivel para discutir acerca de la protección de las personas migrantes, como el Grupo de alto nivel para la definición de un plan de acción para perseguir a las organizaciones criminales en el tráfico y trata de personas⁴⁵⁸ y el Grupo de alto nivel para la prevención de la violencia fronteriza.⁴⁵⁹

En 2014, con el apoyo de OIM, ACNUR y UNICEF, el Sistema Nacional DIF desarrolló el Protocolo de atención para niñas, niños y adolescentes migrantes no acompañados o separados que se encuentren albergados. Más tarde, en mayo de 2015, la SRE con el apoyo de UNICEF presentó el Protocolo de atención consular para niñas, niños y adolescentes migrantes no acompañados,⁴⁶¹ junto con la herramienta tecnológica RapidFTR que ofreció UNICEF para hacer los registros en tiempo real de las niñas, niños y adolescentes. Para estos efectos, alrededor de 200 autoridades de la red consular mexicana fueron capacitadas.

En 2016, el Instituto Nacional de Migración emitió el Protocolo de actuación para asegurar el respeto a los principios y la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes en procedimientos administrativos migratorios. En el mismo año la COMAR emitió el Protocolo de evaluación inicial para la identificación de indicios de necesidades de protección internacional en niñas, niños y adolescentes no acompañados o separados.

⁴⁴⁸ Las funciones de los OPIS deben ser revisadas para adecuarlas a las nuevas acciones que realizará el INM de conformidad con la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

⁴⁴⁹ Artículo 14º de los Lineamientos en materia de protección a migrantes del Instituto nacional de migración. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280488&fecha=29/11/2012.

⁴⁵⁰ Información presentada por el Estado Mexicano en las respuestas de México a la lista de cuestiones relativas a los informes periódicos cuarto y quinto combinados de México, Comité de los Derechos del Niño, CRC/C/MEX/Q/4-5/Add.1, abril 2015.

⁴⁵¹ A final de 2014 se contaba con 47 módulos y albergues. Fuente: SNDIF (2015). Información presentada por el Estado Mexicano en las respuestas de México a la lista de cuestiones relativa a los informes periódicos cuarto y quinto combinados de México, Comité de los Derechos del Niño, CRC/C/MEX/Q/4-5/Add.1, abril 2015.

⁴⁵² Idem.

⁴⁵³ Artículo 111º del reglamento de la Ley general de los derechos de niñas, niños y adolescentes: "En ningún momento las niñas, niños o adolescentes migrantes, independientemente de que viajen o no en compañía de una persona adulta, serán privados de la libertad en estaciones migratorias o en cualquier otro centro de detención migratoria."

⁴⁵⁴ Artículo 6º, inciso B, fracción II, Circular No. 001/2011 por la que se instruye el procedimiento que deberá seguir el Instituto nacional de migración en la detención, identificación y atención de personas extranjeras víctimas del delito, DOF, junio 2011. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5193668&fecha=07/06/2011.

⁴⁵⁵ Estados Unidos Mexicanos (2014). Programa especial de migración 2014-2018, DOF, 2014. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/44579/Plan_Especial_de_Migracion.pdf.

Información presentada por el Estado Mexicano en las respuestas de México a la lista de cuestiones relativas a los informes periódicos cuarto y quinto combinados de México, Comité de los Derechos del Niño, CRC/C/MEX/Q/4-5/Add.1, abril 2015.

⁴⁵⁶ Esta mesa existe desde 2007.

⁴⁵⁷ Esta mesa se ha reunido en dos ocasiones: una en junio de 2014 y otra en octubre de 2015.

Información presentada por el Estado en las respuestas de México a la lista de cuestiones relativas a los informes periódicos cuarto y quinto combinados de México, Comité de los Derechos del Niño, CRC/C/MEX/Q/4-5/Add.1, abril 2015.

⁴⁵⁸ La Conferencia Regional sobre Migración (CRM o Proceso Puebla) constituye un foro regional multilateral sobre migraciones internacionales en el que participan países con experiencias de migración de origen, tránsito y destino. Para mayor información consultar: <http://www.crmsv.org/>.

⁴⁵⁹ En 2014 la PGR sostuvo reuniones con los fiscales de Estados Unidos, El Salvador, Guatemala y Honduras donde acordaron la creación de este grupo, a fin de definir una estrategia para proteger la seguridad e integridad de las personas migrantes. Información presentada por el Estado mexicano en las respuestas de México a la lista de cuestiones relativas a los informes periódicos cuarto y quinto combinados de México, Comité de los Derechos del Niño, CRC/C/MEX/Q/4-5/Add.1, abril 2015.

⁴⁶⁰ Información presentada por el Estado Mexicano en las Respuestas de México a la lista de cuestiones relativas a los informes periódicos cuarto y quinto combinados de México, Comité de los Derechos del Niño, CRC/C/MEX/Q/4-5/Add.1, abril 2015, párrafo. 90.

⁴⁶¹ Ibid., CRC/C/MEX/Q/4-5/Add.1, abril 2015.

Principales desafíos

Uno de los principales desafíos para el Estado mexicano es dar prioridad a los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes por encima de cualquier consideración de nacionalidad o status migratorio.⁴⁶² En consecuencia, por encima de las instituciones que ejercen el control migratorio, debe prevalecer la aplicación del Sistema de protección de la infancia, con sus servicios asociados.⁴⁶³

Con objeto de lograr lo anterior, una gran oportunidad se encuentra en el cumplimiento de la LGDNNA y su reglamento, ya que ambos establecen principios y mecanismos para garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes, como los sistemas nacional y locales de protección integral, que deben crear una política pública en la materia con presupuesto suficiente y mecanismos de coordinación, seguimiento y evaluación. Las Procuradurías de protección, por su parte, están a cargo de las medidas de protección especial para la restitución de derechos y de la representación de niños, niñas y adolescentes migrantes.

En este sentido, algunos de los principales desafíos para lograr el cumplimiento de la ley y sus mecanismos son los siguientes:

- Lograr la armonización de todas las leyes federales y locales (principalmente de la Ley de migración) y de los procedimientos institucionales con la LGDNNA y su reglamento; garantizar el funcionamiento y coordinación de las instituciones de acuerdo con las nuevas funciones que establece la LGDNNA y fortalecer las capacidades del personal de todas estas instituciones para que trabajen por la garantía de derechos de niños niñas y adolescentes migrantes.
- Garantizar la construcción de un registro de datos de todos los niños niñas y adolescentes migrantes que incluya también a las y los solicitantes de asilo y refugiados y la incorporación de la información estadística de este registro en el Sistema nacional de información.
- Poner fin a la detención administrativa de todos los niños niñas y adolescentes migrantes, incluidos los solicitantes de asilo, y crear alternativas a la detención como la estancia con familiares en México, albergues de puertas abiertas o acogimiento familiar.
- Establecer un proceso de determinación del interés superior del niño en las decisiones relativas a la infancia y adolescencia migrante, y desarrollar los procedimientos para que la Procuraduría de protección:
 - 1) realice el diagnóstico de la situación de derechos de estos niños y niñas, y adolescentes;
 - 2) prepare el plan de restitución de derechos;
 - 3) coordine las medidas de protección urgentes y especiales para la restitución de derechos y dé seguimiento a dichas medidas;
 - 4) proporcione la representación legal de estos niños y niñas y adolescentes, y
 - 5) supervise a los albergues de tránsito.
- Garantizar a las niñas, niños y adolescentes migrantes sus derechos sociales, el debido proceso, la protección consular especializada y la defensa pública y/o tutores.
- El SNDIF y los sistemas DIF de las entidades federativas deben proporcionar asistencia social, albergue o acogimiento familiar a niños, niñas y adolescentes migrantes, e identificar a aquellos que requieran de protección internacional. Esto incluye el desarrollo e implementación de un modelo de atención específico para los adolescentes.
- Prevenir asesinatos, secuestros, desapariciones, violencia sexual, explotación y abuso de niños, niñas y adolescentes migrantes, e investigar, enjuiciar y sancionar a los responsables. Recopilar, asimismo, datos desagregados relativos a los casos de violencia.

⁴⁶² Corte Interamericana de Derechos Humanos (2014). Opinión consultiva OC-21/14 Derechos y garantías de niñas y niños en el contexto de la migración y/o en necesidad de protección internacional, agosto de 2014.

⁴⁶³ Idem.



Félix, un intento por reunirse con sus padres

Tijuana, Baja California.- Una mañana, Félix, de 7 años, despertó en su casa en Guerrero y sus padres se habían ido. “Ahora están en el norte”, dice refiriéndose a Estados Unidos. Él se quedó con su abuela y sus hermanas. Para reunirlo con sus padres fue entregado a una mujer, quien se hizo pasar por su tía y lo llevó en auto a cruzar la frontera por la garita de Tijuana - San Ysidro. No tuvieron éxito, en los documentos de Félix “los nombres eran diferentes al de mi mamá, al de mi papá y al mío”, explica Félix, al ser repatriado a México.

“Yo quería estar con mis papás”, menciona Félix con una expresión de frustración en el rostro. En Tijuana, la historia de Félix se repite todos los días una docena de veces.

“Es común que las familias, en actos desesperados para reunir a los hijos con sus familias en Estados Unidos, paguen a algún ‘guía’ para que los crucen por la frontera casi siempre con documentos falsos” comenta el encargado del Módulo del DIF de Atención a Menores Repatriados en Tijuana.

“Es un riesgo entregar a un niño a un desconocido para que sea cruzado por la frontera, pues los peligros que se enfrentan son enormes, desde el tráfico de niños, hasta la explotación de los niños y jóvenes”, comenta el encargado del DIF. “En la mayoría de las ocasiones las familias son engañadas, pierden el dinero que pagan a estas personas, y el niño no es reunido con su familia”, añade.

“Es un riesgo entregar a un niño a un desconocido para que sea cruzado por la frontera, pues los peligros que se enfrentan son enormes, desde el tráfico de niños, hasta la explotación de los niños y jóvenes”

Los acuerdos de repatriación de niños y niñas menores firmados por México y Estados Unidos establecen las condiciones en las que deben ser devueltos al país los niños y niñas que cruzan la frontera norte solos y sin los documentos migratorios adecuados. Establecen, entre otras cosas, los puntos y los horarios de repatriación de y su derecho a no ser separados de sus familiares en el proceso.

El día que lo repatriaron fue largo para Félix pues fue remitido por las autoridades estadounidenses al consulado mexicano. Después, un oficial del Instituto Nacional de Migración (INM) lo recibió en la puerta de entrada a México y se aseguró de que no habían sido violados sus derechos ni su integridad física. De ahí lo canalizaron al módulo del DIF en Tijuana donde inició la localización de su familia; al no lograrlo ese día y después de varias horas, Félix fue enviado al albergue temporal de Casa YMCA para niños migrantes, mientras la búsqueda de su familia continuaba por las autoridades.

3.3.2 Violencia armada: homicidios y otros delitos

Situación y tendencias

En 2016 México se ubicaba en el lugar 37 de los 38 países integrantes de la OCDE en materia de violencia, con una tasa de 23.4 homicidios por cada 100,000 habitantes (la media de la OCDE es 4.0).⁴⁶⁴ En este contexto de aumento de la violencia y del crimen, la situación de niñas, niños y adolescentes no es alentadora, ya que, según las cifras de homicidios entre 2010 y 2016 reportadas por el INEGI, 9,079 niñas, niños y adolescentes fueron asesinados en todo el país. Es decir, durante los últimos siete años, en promedio 3.5 niñas, niños o adolescentes han sido asesinados cada día.

Sin embargo, es necesario tomar nota de que en esta población se ha registrado una baja en la tasa de homicidios después de 2012, según las cifras provistas por el INEGI (Tabla 3.3.1).

Tabla 3.3.1. Total de homicidios por año de niñas, niños y adolescentes (0 a 17 años)

| Año | Homicidios de NNA | Tasa por cada 100,000 NNA |
|------|-------------------|---------------------------|
| 2010 | 1,406 | 3.58 |
| 2011 | 1,563 | 3.83 |
| 2012 | 1,614 | 4.11 |
| 2013 | 1,258 | 3.20 |
| 2014 | 1,055 | 2.68 |
| 2015 | 1,057 | 2.69 |
| 2016 | 1,126 | 2.81 |

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI. Estadísticas de mortalidad.

Por otra parte, según información sistematizada por el INEGI sobre defunciones violentas,⁴⁶⁵ después de los accidentes los homicidios son la segunda causa de muerte violenta de niñas, niños y adolescentes en el país. Destaca que entre la población adolescente las muertes por homicidio equivalen, en promedio, a una cuarta parte de las defunciones (Tabla 3.3.2). Los estados donde se concentró el mayor número de homicidios fueron Chihuahua, Tamaulipas, Coahuila y Estado de México. Además, preocupa que desde 2012 los suicidios se encuentran en aumento, con alrededor de medio punto anual entre niñas y niños, y con 2.5 puntos entre adolescentes.

Tabla 3.3.2. Porcentaje de defunciones accidentales y violentas por año de niñas, niños y adolescentes, según rango de edad y tipo de defunción

| Año | Edad | Accidentes | Homicidios | Suicidio | Se ignora | Operaciones legales y de guerra |
|------|--------------|------------|------------|----------|-----------|---------------------------------|
| 2012 | 0 a 5 años | 88.1 | 7.6 | 0 | 4.4 | 0 |
| | 6 a 11 años | 84.4 | 8.6 | 3.3 | 3.7 | 0 |
| | 12 a 17 años | 47.7 | 32 | 15.2 | 4.9 | 0.3 |
| 2013 | 0 a 5 años | 86.5 | 8.3 | 0 | 5.2 | 0 |
| | 6 a 11 años | 82.6 | 9.8 | 4 | 3.7 | 0 |
| | 12 a 17 años | 50.4 | 28.1 | 16.3 | 5 | 0.2 |
| 2014 | 0 a 5 años | 85.7 | 7.9 | 0 | 6.2 | 0.2 |
| | 6 a 11 años | 81.89 | 8.76 | 4.5 | 4.73 | 0.12 |
| | 12 a 17 años | 50.65 | 23.42 | 19.66 | 6.02 | 0.25 |

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI. Estadísticas de mortalidad.

En cuanto a la distribución por sexo y edad, los homicidios registrados en 2015 indican que entre niñas y niños de 0 a 5 años los eventos se distribuyen de manera paritaria, aunque conforme se incrementa la edad la balanza se inclina hacia los varones. Entre los 6 y 11 años de edad el porcentaje de homicidios es de 35.19% para mujeres y 64.81% para hombres, mientras que en adolescentes casi 78% de los casos de homicidios involucra a varones (Tabla 3.3.3).

Tabla 3.3.3. Porcentaje de homicidios, por año y género, según rango de edad

| Rango de edad | 2015 | | 2014 | | 2013 | |
|---------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres |
| 0 a 5 años | 50.94 | 49.06 | 58.65 | 41.35 | 54.38 | 45.62 |
| 6 a 11 años | 64.81 | 35.19 | 55.69 | 44.31 | 57.3 | 42.7 |
| 12 a 17 años | 77.92 | 22.08 | 76.95 | 23.05 | 81.5 | 18.5 |

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI. Estadísticas de mortalidad.

La ausencia de análisis oficiales sobre las causas y contextos situacionales donde se presentan los fenómenos que desencadenan muertes violentas de niñas, niños y adolescentes, así como la falta de información estadística desagregada y sistemática que aporte información acerca del tipo de arma que ocasionó la defunción, obstaculizan el diseño e implementación de políticas de prevención de la violencia a nivel nacional que impacten en la prevalencia de homicidios, principalmente de adolescentes. Por ejemplo, es posible que una de las causas relacionadas con la tasa de homicidios de hombres adolescentes sea su reclutamiento por organizaciones criminales y su participación en contextos de violencia armada.

⁴⁶⁴ OCDE (2016). Better Life Index, Edition 2016. Disponible en: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=BLI>

⁴⁶⁵ INEGI (s/f). Muertes Provocadas por agentes externos ajenos a la naturaleza del individuo, mismos que pueden ser premeditados o fortuitos, mortalidad general, 1990-2014.

A pesar de que no se cuente con información estadística oficial, la Consulta infantil y juvenil 2015 organizada por el Instituto nacional electoral da cuenta de un panorama preocupante, pues 45,978 niñas, niños y adolescentes de 10 a 17 años de edad respondieron afirmativamente a la pregunta de haber sido obligados a formar parte de un grupo de delincuentes.⁴⁶⁶

Respuesta institucional

Tras haberse aprobado en 2012 la Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la delincuencia, el gobierno federal puso en operación el Programa Nacional de Prevención del Delito (PRONAPRED) en 2013, con un presupuesto medio anual de 2,500 millones de pesos.⁴⁶⁷ Su objetivo es atender los factores de riesgo y de protección vinculados con la violencia y la delincuencia, a través de proyectos de intervención implementados en diversos municipios del país. Asimismo, busca incrementar la participación y corresponsabilidad social, fortalecer en todos los niveles las capacidades institucionales y la coordinación entre las autoridades en materia de seguridad ciudadana, entre otros objetivos.

El PRONAPRED contempla la implementación de diversas medidas tendientes a disminuir los factores de riesgo entre niñas, niños y adolescentes que viven situaciones de violencia y delincuencia. En su operación durante 2014, según la organización México Evalúa, sólo 13.3% de los proyectos realizados beneficiaron a niñas, niños y adolescentes,⁴⁶⁸ y en su mayoría consistieron en el desarrollo de talleres sobre habilidades y valores que colocan la prevención de la violencia en la capacidad individual de responder a situaciones de conflicto,⁴⁶⁹ sin considerar las condiciones del entorno que obligan a participar en actividades de riesgo y violencia.

Asimismo, se llevaron a cabo intervenciones de prevención secundaria y terciaria, en atención a las necesidades específicas de víctimas directas e indirectas, que se han centrado en niñas, niños y mujeres víctimas de violencia intrafamiliar⁴⁷⁰ y representan sólo 3.3% del total de las acciones realizadas en 2014 por el PRONAPRED.

Principales desafíos

Si bien a partir de la información disponible no es posible conocer con exactitud los factores que subyacen a los homicidios y muertes violentas sufridas por niñas, niños y adolescentes en México, es innegable que a nivel estructural la violencia armada, junto con otros delitos y violaciones graves a los derechos humanos, ha contribuido a la normalización de la violencia y a su asimilación como un medio de convivencia y resolución de conflictos.

De acuerdo con la OMS, los homicidios y la violencia contra niñas, niños y adolescentes se relacionan con la incidencia de muertes prematuras, lesiones y algunos tipos de discapacidad, y a menudo están concatenadas con secuelas permanentes para quienes las sufren, a nivel psicológico y social. La violencia contra la juventud en general - continúa la OMS - "encarece enormemente los costos de los servicios sanitarios, sociales y judiciales, reduce la productividad y devalúa los bienes".⁴⁷¹

Por lo anterior, es necesario que en el país -en el marco del Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes- sean reforzadas las políticas de prevención de la violencia y la delincuencia, y que se promueva que su atención se dirija principalmente desde los espacios comunitarios hacia sus causas, sin descuidar la atención de los factores de riesgo asociados con la desigualdad social, la expansión de pandillas y el acceso a armas de fuego, así como a la falta de acceso, permanencia y aprovechamiento escolar, la ausencia de opciones legítimas de movilidad social y los efectos de la impunidad en el ejercicio de la justicia.

En este sentido, también es fundamental la promoción amplia de una cultura de paz y de una educación en derechos humanos desde edades tempranas, con la finalidad de colocar en el centro de la reflexión social la importancia del respeto a la integridad y dignidad de las personas como punto de partida para la convivencia social.

⁴⁶⁶ Instituto Nacional Electoral (2015). Consulta Infantil y Juvenil 2015, resultados nacionales, 10 a 13 años y 14 a 17 años. Disponible en: http://www.ine.mx/portal/Elecciones/Proceso_Electoral_Federal_2014-2015/ConsultaInfantilyJuvenil2015/resultados.html. Consultado el 20 de marzo de 2016.

⁴⁶⁷ Secretaría de Gobernación (2014). Acuerdo por el que se establecen los lineamientos para el otorgamiento de apoyos a las entidades federativas en el marco del Programa nacional de prevención del delito, Diario Oficial de la Federación 14 de febrero de 2014. México.

⁴⁶⁸ MÉXICO EVALÚA (2015). Prevención del delito en México. ¿Cuáles son las prioridades? México.

⁴⁶⁹ Ibid., p. 64.

⁴⁷⁰ Ibid., p. 45.

⁴⁷¹ OMS (2015). Violencia Juvenil, Nota Descriptiva N. 356. Octubre de 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs356/es/>, consultado el 11 de marzo de 2016.

Otro reto ineludible, además de la prevención social del delito, es la respuesta del Estado para impartir justicia frente a la criminalidad y combatir la impunidad como uno de los principales flagelos que generan violencia. En este contexto, es necesario el fortalecimiento de las Procuradurías de Protección⁴⁷² federal y estatales -instancias de protección especial de niñas, niños y adolescentes- para coordinar, junto con todas las dependencias gubernamentales competentes, medidas efectivas de restitución de derechos de niñas, niños y adolescentes, sin descuidar los factores sociales que hayan propiciado la vulneración de los mismos.

Para el pleno funcionamiento de las Procuradurías de Protección es importante asegurar un presupuesto óptimo, capaz de garantizar un personal multidisciplinario capacitado y suficiente para la atención de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia, y para la restitución de sus derechos. Se ha estimado que el monto mínimo para que lo anterior suceda es de 2,487 millones de pesos al año.⁴⁷³

Como se deduce de la información presentada, es necesario contar con datos desagregados y sistemáticos sobre la evolución de las causas de muerte entre la población entre los 0 y 17 años de edad. El sistema nacional de información y los sistemas estatales de información que contempla la LGDNNA tienen el reto de generar, sistematizar e incluir información diagnóstica y estadística, así como establecer criterios de monitoreo que permitan conocer la incidencia de la violencia contra la niñez. Esto permitiría activar mecanismos de respuesta oportuna, en los que participen tanto las instancias de prevención social como aquellas cuyo mandato sea la vigilancia y coordinación interinstitucional para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Finalmente, sería necesario atender la observación del Comité de los Derechos del Niño relativa a la necesidad de que se introduzca un tipo penal sobre el reclutamiento de niñas, niños y adolescentes en actividades criminales, a fin de castigar y prevenir adecuadamente esta conducta y desarrollar mecanismos de reparación integral para la población infantil afectada por estos crímenes.⁴⁷⁴

3.3.3 Trata de niñas, niños y adolescentes

Situación y tendencias

En la legislación internacional la trata de personas se entiende como la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza, al uso de la fuerza u otras formas de coacción, así como al raptó, al fraude, al engaño, al abuso de poder o aprovechando una situación de vulnerabilidad. También se incluye la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación.⁴⁷⁵

Debido a la clandestinidad de las redes criminales que se tejen a nivel internacional para cometer estos delitos y a la movilidad en las fronteras, sólo se cuenta con estimaciones acerca de la gravedad de la trata de personas, tanto a nivel internacional como en México. Sin embargo, varios estudios coinciden en señalar tres puntos esenciales sobre este fenómeno:

1. La explotación laboral, seguida de la explotación sexual (que incluye la prostitución forzada y la pornografía infantil) son las manifestaciones más recurrentes de la trata en el mundo.⁴⁷⁶
2. En general las mujeres suelen estar más expuestas a estos delitos, e incluso puede haber regiones en el mundo donde por cada 10 víctimas identificadas, seis son mujeres mayores de edad⁴⁷⁷ y en el caso de la explotación sexual las mujeres y niñas identificadas como víctimas constituyen un 98%.⁴⁷⁸
3. El incremento de la victimización de niñas, niños y adolescentes.



© UNICEF México/ Giacomo Pirozzi

⁴⁷² La Procuraduría Federal de protección de niñas, niños y adolescentes y las Procuradurías de protección correspondientes de cada entidad federativa: Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, artículo 4, fracción XVII, Diario Oficial de la Federación, 4 de diciembre de 2014.

⁴⁷³ UNICEF México (2018). Procuradurías de Protección de niñas, niños y adolescentes: fortalecimiento y desarrollo futuro. Ciudad de México.

⁴⁷⁴ Párrafos 29-30. Examen México 4-5, 2015.

⁴⁷⁵ ONU (2000). Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, 15 de noviembre de 2000, firmada por México el 13 de diciembre de 2000.

⁴⁷⁶ Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2013). Diagnóstico sobre la situación de la trata de personas en México. México, p. 15.

⁴⁷⁷ UNODC (2012). Global Report on Trafficking in Persons. EUA. p. 9.

⁴⁷⁸ International Labour Office (2012). ILO Global Estimate of Forced Labour, Results and methodology. Switzerland. p. 14.

Sobre el último punto la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), en una estimación publicada en 2014, señaló que alrededor del mundo 33% de las víctimas de la trata y tráfico de personas fueron niñas y niños, lo cual indica un aumento de 9% respecto a la última estimación realizada en 2009.⁴⁷⁹

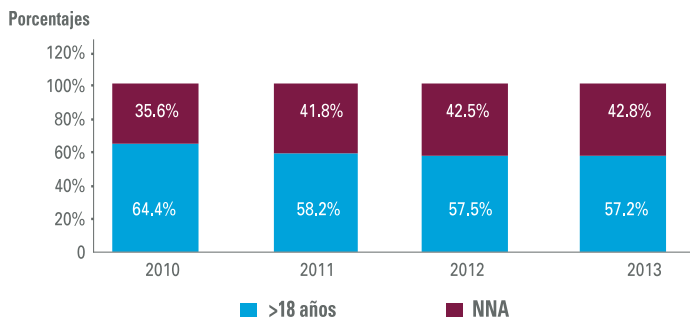
En el caso de México, los datos generales proporcionados por las autoridades⁴⁸⁰ señalan que entre 2010 y 2013 un 47% de las víctimas de trata de personas provenían del país, mientras que el resto era de nacionalidad extranjera, principalmente de Centro y Sudamérica (Guatemala 27%, Honduras 10% y Colombia 5%).

Conviene recordar que tanto el Comité de los Derechos de los Trabajadores Migratorios⁴⁸¹ como el Comité de los Derechos del Niño⁴⁸² han advertido de los riesgos que corren las personas en tránsito migratorio irregular por el país, sobre todo cuando se trata de niñas y niños migrantes no acompañados, que carecen de redes de apoyo y evitan el contacto con las autoridades por temor a ser detenidos y retornados.

En México, con base en los datos generales de los casos identificados por la fiscalía especializada en la materia, la trata de personas tiene principalmente tres manifestaciones: la explotación sexual, que afecta a 58% de las víctimas, el trabajo forzoso -que involucra a 37% de las víctimas-, y la explotación laboral, que se ha detectado en 5% de los casos.⁴⁸³

Particularmente en el caso de niñas, niños y adolescentes, México presenta una tendencia similar a la detectada a nivel internacional, pues la información oficial entre 2010 y 2013 indica que, anualmente, de cada 10 víctimas de trata detectadas por las autoridades, un promedio de cuatro son niñas, niños y adolescentes⁴⁸⁴ (Gráfico 3.3.6).

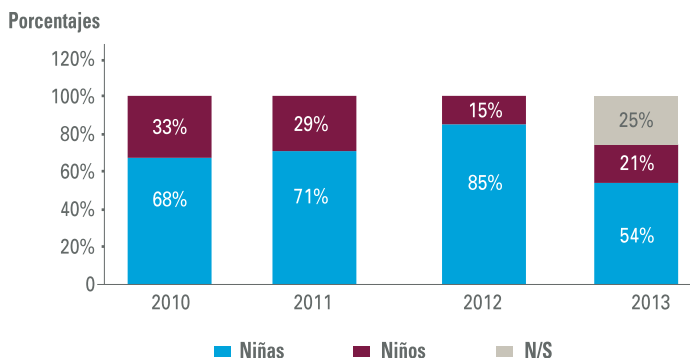
Gráfico 3.3.6. Porcentaje de víctimas de trata de personas en el país, por año, según su grupo etario



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la oficina de la fiscalía especializada para la violencia contra la mujer y el tráfico de personas (FEVIMTRA)/ Subprocuraduría especializada en investigación de delincuencia organizada (SEIDO PGR)/Unidad especializada en investigación de tráfico de menores, personas y órganos.

Además, del análisis de la distribución por sexo de las víctimas de trata menores de edad (Gráfico 3.3.7) se depende que las niñas presentan la proporción de victimización más alta, ya que de cada 10 casos siete han sido niñas o adolescentes.

Gráfico 3.3.7. Porcentaje de niñas, niños y adolescentes víctimas de trata de personas en el país por año, según sexo



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Oficina de la fiscalía especializada para la violencia contra la mujer y el tráfico de personas (FEVIMTRA)/ Subprocuraduría especializada en investigación de delincuencia organizada (SEIDO PGR)/ Unidad especializada en investigación de tráfico de menores, personas y órganos.

⁴⁷⁹ UNODC (2012). Global Report on Trafficking in Persons 2014, EUA, 2014p.5; Global Report on Trafficking in Persons 2012. EUA, p. 24.

⁴⁸⁰ Oficina de la Fiscalía especializada para la violencia contra la mujer y el tráfico de personas (FEVIMTRA)/ Subprocuraduría especializada en investigación de delincuencia organizada (SEIDO PGR)/Unidad especializada en investigación de tráfico de menores, personas y órganos.

⁴⁸¹ Comité de Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (2011). Observaciones finales del Comité de protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares. México. CMW/C/MEX/CO/2, párrafo 50.

⁴⁸² Ibid. CRC/C/MEX/CO/4-5, julio 2015, párrafo 59.

⁴⁸³ Oficina de la fiscalía especializada para la violencia contra la mujer y el tráfico de personas (FEVIMTRA)/ Subprocuraduría especializada en investigación de delincuencia organizada (SEIDO PGR)/Unidad especializada en investigación de tráfico de menores, personas y órganos.

⁴⁸⁴ Idem.

Respecto a los lugares en donde se han identificado a víctimas de trata de personas y tráfico de menores de edad, se reportan en el Gráfico 3.3.8.⁴⁸⁵ A partir de los datos más recientes del INEGI⁴⁸⁶ ha sido posible advertir un incremento en la detección de víctimas de trata y tráfico de niños, que pasó de 348 personas en 2011 a 1,061 en 2014.⁴⁸⁷

Gráfico 3.3.8. **Víctimas de trata de personas y tráfico de menores de edad identificados en averiguaciones previas durante 2014, según entidad federativa**



Elaboración propia con base en el Censo Nacional de Impartición de Justicia Estatal 2013-2014, INEGI.

La misma fuente de información permite advertir que, mientras que en 2011 las víctimas de estos delitos fueron identificadas en 20 entidades federativas, durante 2014 la detección de casos de parte de las procuradurías y fiscalías estatales se expandió a 26 estados. El factor común parece ser la presencia de redes ligadas a la pornografía y la prostitución en localidades turísticas como Acapulco, Puerto Vallarta, Cancún y la Riviera Maya, así como en grandes ciudades del país como Tijuana, Ciudad Juárez, Guadalajara y la Ciudad de México.⁴⁸⁸

Particularmente, en materia de trata de niñas, niños y adolescentes, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) refiere que la Policía Federal ha identificado casos de niñas y niños de cero a cuatro años de edad que han sido utilizados en la producción de material pornográfico, mientras que para la explotación sexual, las edades de las víctimas oscilan entre 15 y 25 años en Monterrey, 15 y 20 años en Chiapas y 15 años en el Estado de México.⁴⁸⁹

En cuanto a la explotación laboral de niñas, niños y adolescentes, la CNDH indica que ha detectado que ésta afecta a niñas y niños indígenas de origen nacional y extranjero, quienes son forzados a la mendicidad, el trabajo informal, el servicio doméstico, la agricultura y la economía clandestina, principalmente en ciudades y destinos turísticos.⁴⁹⁰

Respuesta institucional

En el plano normativo internacional en esta materia, México ha sido de uno los primeros países en asumir el compromiso contra la trata y el tráfico de personas, a través de la firma de la Convención de Palermo⁴⁹¹ y sus protocolos contra el tráfico ilícito de personas migrantes⁴⁹² y para prevenir la trata de personas.⁴⁹³ De esta forma, como parte de las obligaciones internacionales contraídas, el Estado mexicano se comprometió no sólo a cooperar con otros países en la persecución penal de este delito, sino a dar atención integral a las víctimas⁴⁹⁴ y a establecer medidas para prevenir esta grave violación a los derechos humanos, misma que vulnera, entre otros, el derecho al desarrollo integral de la niñez.

Siete años después de la firma de la Convención y los Protocolos de Palermo se realizó la armonización del código penal del país, con la finalidad de tipificar el delito de trata de personas y expedir la primera ley especializada en la materia⁴⁹⁵ que, entre otras cosas, dio origen a la creación en 2008 de la Fiscalía Especial para los Delitos de Violencia contra las Mujeres y Trata de personas (FEVIMTRA) dentro de la estructura orgánica de la Procuraduría General de la República.⁴⁹⁶ Posteriormente - en 2011 - fue publicado el primer programa nacional para prevenir y sancionar la trata de personas, en el que se incluyeron acciones para la atención a las víctimas de la trata de personas y medidas de prevención de este delito.

⁴⁸⁵ Código Penal Federal Artículo 366 Ter.- Comete el delito de tráfico de menores, quien traslade a un menor de dieciséis años de edad o lo entregue a un tercero, de manera ilícita, fuera del territorio nacional, con el propósito de obtener un beneficio económico indebido por el traslado o la entrega del menor. Publicado en el Diario Oficial de la Federación 7-04-2016. México.

⁴⁸⁶ INEGI (2014-2015). Censo Nacional de Impartición de Justicia Estatal. Víctimas de delitos en procesos iniciados por entidad, según tipo de delito. México.

Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/censosgobierno/default.aspx>

⁴⁸⁷ INEGI. Censo Nacional de Procuración de Justicia Estatal 2012 y 2015. Personas involucradas como víctimas en presuntos delitos. México.

⁴⁸⁸ Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2013). Diagnóstico sobre la situación de la trata de personas en México. México. p. 39-40.

⁴⁸⁹ Ibid. p. 38-39.

⁴⁹⁰ Ibid. p. 38.

⁴⁹¹ ONU (2000). Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, 15 de noviembre de 2000, firmada por México el 13 de diciembre de 2000.

⁴⁹² ONU (2000). Protocolo contra el tráfico ilícito de migrantes por tierra, mar y aire, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, 15 de noviembre de 2000, ratificado por México el 4 de marzo de 2003.

⁴⁹³ ONU (2000). Ibid., firmado por México el 13 de diciembre de 2000.

⁴⁹⁴ Ibid. Art. 6.

⁴⁹⁵ Estados Unidos Mexicanos (2007). Ley para Prevenir y Sancionar la Trata de Personas.

⁴⁹⁶ Procuraduría General de la República. Acuerdo A/024/08 mediante el cual se crea la fiscalía especial para los delitos de violencia contra las mujeres y trata de personas artículo 1°. Este es un aspecto relevante cuando se observa que en uno de cada cuatro casos, la FEVIMTRA tiene que declararse incompetente para conocer los casos y declinarlos a otras procuradurías o a la subprocuraduría especializada en investigación de delincuencia organizada. Ver Programa nacional para prevenir, sancionar y erradicar los delitos en materia de trata de personas y para la protección y asistencia a las víctimas de estos delitos 2014-2018.

Actualmente se encuentra en vigor la Ley General para Prevenir y Sancionar y Erradicar los Delitos en materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos,⁴⁹⁷ que derogó la anterior ley, promulgada en 2007. Uno de los avances más notables de esta ley ha sido establecer las bases de coordinación entre los tres órdenes de gobierno - gracias a su carácter general - para la investigación del delito, cuyas posibles modalidades se ampliaron para incluir (además de las establecidas en el Protocolo de Palermo y la anterior ley) la mendicidad forzada, la utilización de menores de edad en actividades delictivas, las adopciones ilegales de niñas, niños y adolescentes, el matrimonio forzoso, el tráfico de órganos y tejidos, así como la experimentación biomédica.⁴⁹⁸

En materia de prevención y atención a las víctimas de este delito, en 2014 se publicó el Programa nacional para prevenir, sancionar y erradicar los delitos en materia de trata de personas y para la protección y asistencia a las víctimas de estos delitos 2014 – 2018,⁴⁹⁹ que funda su razón de ser en el reconocimiento de tres insuficiencias fundamentales en esta materia:

- 1) A pesar de campañas de sensibilización al público en general y las capacitaciones a las y los servidores públicos, la prevención del delito ha sido insuficiente.
- 2) En la atención a las víctimas del delito de trata aún existen “inconsistencias y desigualdades en el trato que algunos servidores públicos proporcionan”,⁵⁰⁰ aunque ha tenido mejoras, sobre todo en la estructura normativa que, en términos generales se ha fortalecido para garantizar los derechos de las víctimas. A lo anterior se suma la ausencia de criterios homologados entre órdenes de gobierno para la garantía y restitución de los derechos de las personas que han sido víctimas de trata, lo que puede llegar a constituir procesos revictimizantes o a brindar asistencia a las víctimas a partir de modelos de atención inadecuados o sin la infraestructura suficiente.
- 3) La impunidad del crimen en México, que se alimenta de varios factores, como la desconfianza de la población hacia las instituciones de procuración de justicia - lo cual inhibe las denuncias - y el desconocimiento de la cifra negra de los delitos realmente cometidos.

Lo anterior, en su conjunto, coloca a México “ante la comunidad internacional como un país no garante de las prerrogativas vinculadas con la procuración de justicia”,⁵⁰¹ ya que, de 195 averiguaciones previas iniciadas en el ámbito federal entre 2011 y 2013, sólo dos personas habían sido condenadas por su participación en un crimen.⁵⁰²

Principales desafíos

En México el marco normativo, junto con las instituciones tanto de investigación del delito como de atención a víctimas, representa un avance en el impulso de medidas orientadas a prevenir, sancionar y brindar atención adecuada a las niñas, niños y adolescentes que han sido víctimas de trata. Sin embargo, es impostergable acompañar lo anterior con estrategias de investigación criminal que incluyan las redes de tratantes cuyas principales víctimas son niñas, niños y adolescentes, y que en los últimos años han colocado a México entre los países de la región donde esta población se encuentra más expuesta a estos crímenes, en todas sus manifestaciones.⁵⁰³

Por otra parte, la existencia de un gran flujo de niñas, niños y adolescentes no acompañados - que migran hacia el país para huir de la violencia y la falta de oportunidades en sus países de origen - plantea al Estado mexicano el reto de adecuar sus procedimientos, para cumplir sus obligaciones nacionales e internacionales de protección y prevención de situaciones que puedan exponer a esta población a la violencia y crímenes de las redes de traficantes y tratantes que operan en el país, así como de asistirles integralmente en la restitución de sus derechos.

En relación con lo anterior se encuentran las recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño, que señalan la importancia de velar porque se aplique de manera efectiva la Ley General para Prevenir y Sancionar y Erradicar los Delitos en materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos,⁵⁰⁴ y que se implementen mecanismos efectivos de búsqueda de niñas, niños y adolescentes reportados como desaparecidos,⁵⁰⁵ además de que se sancionen efectivamente las personas responsables.⁵⁰⁶

Otra de las recomendaciones del Comité es la necesidad de recopilar datos e información acerca de la trata de personas en el país, a fin de poder analizar las causas subyacentes y los factores de riesgo como la pobreza, los conflictos, la discriminación, la violencia —incluida la violencia de género— y la falta de cuidados parentales.⁵⁰⁷

⁴⁹⁷ ESTADOS UNIDOS MEXICANOS (2012). Ley General para Prevenir y Sancionar y Erradicar los Delitos en materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos.

⁴⁹⁸ Ibid., artículo 10°, fracciones I a XI. México.

⁴⁹⁹ Programa nacional para prevenir, sancionar y erradicar los delitos en materia de trata de personas y para la protección y asistencia a las víctimas de estos delitos 2014-2018.

⁵⁰⁰ Ibid.

⁵⁰¹ Idem.

⁵⁰² Idem.

⁵⁰³ UNODC (2014). Global Report on Trafficking in Persons 2014, EUA.

⁵⁰⁴ Comité de los Derechos del Niño (2015). Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto consolidados de México, CRC/C/MEX/CO/4-5, párrafo 70, inciso c).

⁵⁰⁵ Ibid. párrafo 22.

⁵⁰⁶ Ibid. párrafos 60 y 70.

⁵⁰⁷ Ibid. párrafo 70, inciso i).

El Comité también recomendó reforzar los programas de prevención, protección, recuperación, reintegración social e indemnización existentes, destinándoles los recursos necesarios, y velar por que los programas dirigidos a niñas, niños y adolescentes víctimas de la explotación sexual⁵⁰⁸ respondan a procedimientos de participación que los involucren, así como a las comunidades, en análisis conjuntos acerca de las prácticas, normas sociales y condiciones económicas y sociales que hacen que la niñez se encuentre vulnerable frente a la trata.⁵⁰⁹

Un reto más para el Estado mexicano es lograr la coordinación efectiva de sus instituciones de atención a las víctimas con la recientemente creada la Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes y las Procuradurías de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes de los estados, con el objeto de dar una respuesta oportuna mediante las medidas de protección, y cuyo cumplimiento involucrará a varias dependencias del sector salud, justicia, educación y desarrollo social, entre otras. El cumplimiento de esta obligación, que se desprende de la LGDNNA, hará necesaria la formación adecuada de las y los profesionales que se encargarán de brindar atención a estos aspectos.

Adicionalmente, es necesario movilizar a la opinión pública y crear conciencia sobre las prácticas que pueden inducir a normalizar la trata de personas o que, por el contrario, pueden servir como factor de protección ante este delito. En este contexto, es fundamental incidir en el registro oportuno de nacimientos, como una medida de protección que contribuye a agilizar los procesos de búsqueda, a través del establecimiento de la identidad y de los lazos familiares a temprana edad.

Del mismo modo, deben reforzarse también los mensajes y campañas orientadas a cerrar la puerta a la “venta” de niñas y niños y sensibilizar sobre las consecuencias de los arreglos de matrimonio infantil,⁵¹⁰ así como evitar la criminalización de niñas, niños y adolescentes que pueden ser obligados a participar en actividades ilícitas.

Dentro de la estrategia de movilización y sensibilización será de gran relieve resaltar la importancia que la demanda generada por personas usuarias de prostitución y pornografía infantil tiene en el ciclo de la trata y tráfico de personas, y que incrementa la explotación de mujeres, niñas y niños de parte de las redes criminales. Para este fin es necesario fortalecer los esquemas de prevención que involucran a familias y comunidades, sensibilizar al sector turístico⁵¹¹ y a la ciudadanía en general, para prevenir la utilización de niños en el turismo sexual⁵¹² y denunciar oportunamente estas situaciones ante las autoridades.

3.3.4 Matrimonio y uniones tempranas

Situación y tendencias

El matrimonio infantil y las uniones tempranas, que afectan principalmente a las niñas y adolescentes, son prácticas nocivas que vulneran los derechos de la niñez y menoscaban sus posibilidades de alcanzar su desarrollo pleno en el transcurso de su vida. La importancia de eliminar estas prácticas quedó manifiesta en la meta 5.3 de los ODS, reafirmando así la Resolución 69/156: Matrimonio infantil, precoz y forzado aprobada por la Asamblea General el 18 de diciembre de 2014.

En México la edad legal para contraer matrimonio es regulada por cada entidad federativa, por lo que - hasta la aprobación de la LGDNNA en diciembre de 2014 - no había un criterio homogéneo: así, antes de esa fecha, en 14 entidades la edad mínima para contraer matrimonio era de 16 años para hombres y mujeres y en 11 entidades federativas era de 16 años para el hombre y 14 años para la mujer. Los demás estados consideraban como edad mínima para contraer matrimonio los 18 años para ambos sexos. La aprobación de la LGDNNA (artículo 45°) dio lugar a la armonización legislativa en los estados para reformar la legislación civil. Al 3 de abril de 2017, 23 estados del país habían armonizado su legislación civil (códigos civiles y códigos de familia) con la Ley General para establecer los 18 años como edad mínima para contraer matrimonio, sin excepción ni despena.⁵¹³

⁵⁰⁸ Ibid. párrafo 70, incisos c) al i).

⁵⁰⁹ Tercer Congreso Mundial contra la Explotación Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes (2008). Llamado a la acción, inciso c) párrafos 22-27. Brasil.

⁵¹⁰ Comité de los Derechos del Niño (2015). Cit., párrafos 37-38.

⁵¹¹ Sobre este punto, la cadena Meliá Hotels International, en alianza con UNICEF México, ha podido difundir entre sus huéspedes, en las zonas turísticas donde se encuentran sus hoteles, mensajes e información sobre la importancia de proteger y prevenir la violencia contra las niñas y los niños. UNICEF México, Informe Anual 2014, México, p. 33.

⁵¹² Comité de los Derechos del Niño (2015). Cit., párrafo 70, inciso h).

⁵¹³ Con base en información proporcionada por la Secretaría ejecutiva del sistema nacional para la protección de niñas, niños y adolescentes.

La Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID) 2014 reportó 3.9 millones de mujeres entre los 15 y 54 años que se casaron por primera vez cuando tenían entre ocho y 17 años cumplidos (23.75% de las mujeres en este grupo de edad). La Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM) 2015, por su parte, muestra una tendencia similar,⁵¹⁴ con un 23.6% de las mujeres entre 20 y 49 años que se casaron o unieron antes de cumplir los 18 años.⁵¹⁵ De acuerdo con la ENADID 2014, los estados donde mayormente se presenta esta situación son Guerrero, Chiapas, Campeche, Tabasco y Oaxaca. Las entidades federativas donde, en cambio, este fenómeno es menos frecuente son la Ciudad de México, Jalisco, Sonora y Aguascalientes.

Respecto a la unión, se observaron 7.5 millones de mujeres entre 15 y 54 años que se unieron por primera vez antes de los 18 años. Esto representa 31.25% del total de mujeres en ese grupo etario, en el cual la encuesta determinó que los estados donde este fenómeno se presentó en mayor número de casos fueron Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Campeche, Tabasco, Nayarit, Veracruz y Durango; las entidades federativas donde las uniones tempranas son menos frecuentes son la Ciudad de México, Jalisco y Aguascalientes.

La ENADID 2014 también reportó el número de adolescentes (entre 15 y 17 años) que se encontraban casadas o unidas al momento de la encuesta: casi 50,000 (1.52%) estaban casadas y casi 240,000 (7.3%) estaban unidas en pareja, es decir, 9.04% de las adolescentes en este rango de edad se encontraban casadas o mantenían informalmente una unión de pareja. En el caso de la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM) 2015, un 15.4% de las adolescentes entre 15 y 19 años⁵¹⁶ estaban casadas o unidas en ese año.⁵¹⁷

El matrimonio y la unión ocurren a muy temprana edad. Del grupo de mujeres entre 15 y 54 años de edad casadas o en unión, 4.8% se casó cuando tenía entre ocho y 14 años, y 6.7% en el caso de la unión. En otras palabras, 2,362,915 niñas y adolescentes se casaron o unieron entre los ocho y 14 años de edad.

En relación con la diferencia de edad entre cónyuges, la ENIM 2015 muestra que 60% de las mujeres de 15 a 19 años que estaban casadas o en unión al levantarse la encuesta tenían un esposo o compañero de cero a cuatro años mayor que ellas. Un 26% tenía parejas entre cinco y nueve años mayores que ellas y en 7% de los casos había una diferencia de 10 años o más; en cambio, 5% de las mujeres estaban casadas o en unión con una persona más joven que ellas.⁵¹⁸

El matrimonio infantil tiene diversas consecuencias, entre las cuales la deserción escolar, la maternidad temprana (con el consiguiente aumento del riesgo de mortalidad materna e infantil) y la exposición a la violencia. Respecto a la deserción escolar, la ENADID 2014 indica que 9.8% de las mujeres entre 15 y 17 años de edad abandonó la escuela porque se casó o unió.

La información sobre las razones por las cuales las niñas o adolescentes contraen matrimonio o se unen en pareja en México no es abundante. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos y el Centro de Estudios e Investigación en Desarrollo y Asistencia Social⁵¹⁹ dan cuenta de casos de matrimonios civiles de niños menores de 18 años motivados por la marginación y la pobreza, que generan que las niñas sean consideradas una carga económica para sus familias. En algunos casos las familias, mediante “arreglos” fundados en los usos y costumbres, compran esposas con el fin de regularizar su situación migratoria o bien como esclavas sexuales. Este diagnóstico señala que esta situación es frecuente en los estados de Oaxaca, Guerrero y Chiapas.

Respuesta institucional y desafíos

La LGDNNA regula la competencia concurrente entre la federación, los estados y los municipios, y por tanto puede unificar el criterio de todos los estados para establecer los 18 años como la edad mínima para contraer matrimonio. Esto genera una oportunidad de armonización legislativa a nivel nacional.

En abril de 2017 aún quedaba pendiente eliminar en los códigos civiles y familiares de Baja California, Guanajuato, Guerrero, Nuevo León, Querétaro, Sonora y Tabasco todas las excepciones o dispensas a los 18 años como la edad mínima para contraer matrimonio y contribuir a prevenir los matrimonios civiles. Asimismo, sigue en pie el desafío de prevenir las uniones previas a los 18 años, pues no están contempladas en la legislación.



⁵¹⁴ Los rangos de edades utilizados en ambas fuentes difieren para la configuración del grupo de población.

⁵¹⁵ Instituto Nacional de Salud Pública-UNICEF (2015). Encuesta nacional de niños, niñas y mujeres 2015, México.

⁵¹⁶ Los rangos de edades utilizados en ambas fuentes difieren para la configuración del grupo de población.

⁵¹⁷ Instituto Nacional de Salud Pública-UNICEF (2015). Cit.

⁵¹⁸ Idem.

⁵¹⁹ Comisión Nacional de los Derechos Humanos y Centro de Estudios e Investigación en Desarrollo Y Asistencia Social. (2009). Diagnóstico de las condiciones de vulnerabilidad que propician la trata de personas en México. México.

La reforma legal analizada es solamente un punto de partida, ya que se necesita agregarle una política integral de prevención y atención a esta problemática desde el enfoque de educación, salud, protección y participación de niños, niñas y adolescentes. El Comité de los Derechos del Niño, en sus Observaciones finales a los informes cuarto y quinto consolidados de México, manifiesta que entre los desafíos en este ámbito se encuentra la alta prevalencia de matrimonios de niñas y niños y de casos reportados de matrimonio forzoso, especialmente en comunidades indígenas.

El Comité refiere que una acción pendiente es implementar programas integrales de sensibilización para las niñas, familiares, maestros y líderes indígenas sobre las consecuencias negativas del matrimonio infantil. Estos desafíos pueden atenderse a través del sistema de protección integral y en el correspondiente programa nacional.

Entre los mecanismos que crea la LGDNNA se encuentra también el Sistema Nacional de Información, que tiene entre sus objetivos conocer la situación de los derechos de la infancia y la adolescencia. Su implementación puede incluir la generación de datos desagregados por edad de las niñas y las adolescentes que se encuentran casadas o unidas, y que permitan ahondar en el conocimiento de las causas de este fenómeno y en general la situación de sus derechos. Esta información facilitará generar acciones y políticas coordinadas y asertivas que permitirán abatir estas situaciones, sensibilizar sobre el impacto en los derechos de la infancia y la adolescencia, y contribuir a protegerlos.

3.3.5 Justicia para adolescentes

Situación y tendencias

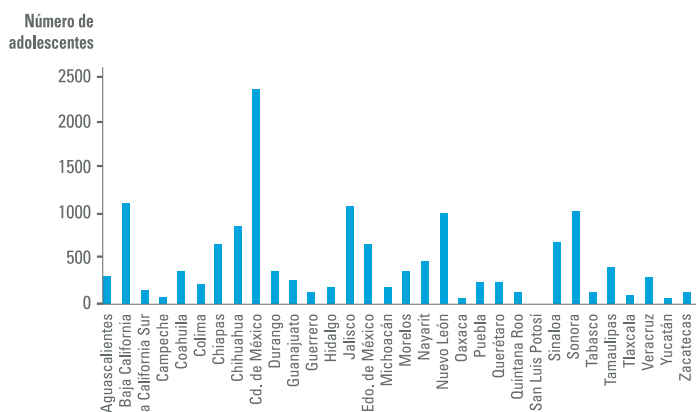
La Convención sobre los Derechos del Niño establece que ninguna persona menor de 18 años de edad puede ser juzgada como adulto. En caso de que un niño, niña o adolescente sea acusado de haber cometido un delito, tiene derecho a acceder a un sistema de justicia especializado, que tome en cuenta su edad y que respete todos sus derechos. La Convención enfatiza también que en estos casos la privación de libertad debe utilizarse sólo como último recurso y por el periodo más breve posible, ya que se debe recurrir a otras alternativas que promuevan y favorezcan la reintegración de las y los adolescentes que han delinquido, y sus posibilidades de asumir una función constructiva en la sociedad.

En México, desde el año 2005, el artículo 18° constitucional introdujo la obligación, tanto para la federación como para las entidades federativas, de establecer un sistema integral de justicia para adolescentes (mayores de 12 y menores de 18 años) a quienes se atribuya la comisión o participación en un delito, y estableció los lineamientos mínimos⁵²⁰ a los que deben ajustarse dichos sistemas especializados.

De acuerdo con los datos oficiales, en México cada año aproximadamente unos 15,000⁵²¹ adolescentes acusados de la comisión de un delito son sujetos a procesos penales en los sistemas de justicia especializados, de los cuales en promedio 10,500 ingresan a algún centro de privación de libertad (97% hombres y 3% mujeres). Sin embargo, la población constante de adolescentes que permanece en régimen de internamiento en dichos centros cada año es de aproximadamente 4,800 personas,⁵²² de las cuales 35.8% se encuentran en prisión preventiva, mientras que 64.2% restante está cumpliendo una sentencia o resolución definitiva.

Asimismo, de acuerdo con INEGI,⁵²³ en México existen en total 57 centros de internamiento para adolescentes, con una capacidad instalada para aproximadamente 8,000 adolescentes.

Gráfico 3.3.9. Adolescentes sujetos a proceso por entidad federativa



Fuente: Elaboración propia con datos del Censo Nacional de Impartición de Justicia Estatal 2014, INEGI

⁵²⁰ Entre los que se encuentran contar con tribunales y autoridades especializadas, seguir un proceso acusatorio y oral, privilegiar formas alternativas de justicia, promover la reinserción y reintegración social y familiar de las y los adolescentes atendiendo a su protección integral e interés superior, y utilizar el internamiento sólo como medida extrema y por el tiempo más breve que proceda.

⁵²¹ Promedio de los adolescentes procesados entre 2011 y 2014. Fuente: INEGI, Censos Nacionales de Impartición de Justicia Estatal 2012, 2013, 2014 y 2015.

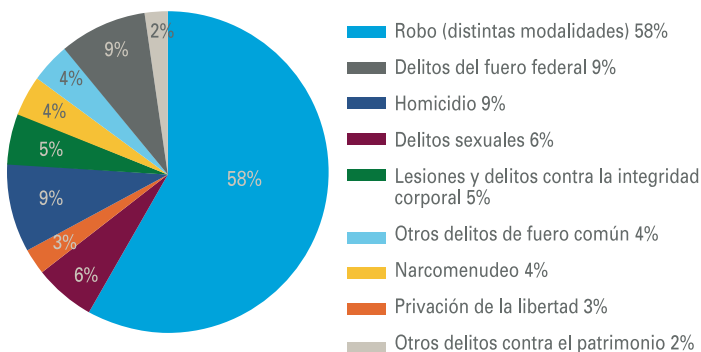
⁵²² La diferencia entre los adolescentes que ingresan y permanecen en los centros de internamiento puede corresponder a aquellos adolescentes a quienes se abre un proceso en privación de libertad y que en el transcurso del mismo por diversas razones egresan de dichos centros. Sin embargo, es importante considerar este dato, ya que los adolescentes, aunque sea por un breve periodo de tiempo, quedan expuestos a los efectos que tiene la privación de la libertad durante esta etapa crucial del desarrollo.

⁵²³ INEGI (2015). Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatal 2015.

De las y los adolescentes que son encontrados responsables de la comisión de un delito, 30% en promedio recibe una sanción definitiva privativa de libertad (llamado tratamiento en internación por los censos de INEGI), mientras que 70% restante recibe una sanción definitiva no privativa de la libertad (llamada tratamiento en externación).

En cuanto al tipo de delitos por los que son sancionados los adolescentes, más de la mitad corresponden al robo en sus diferentes modalidades (58%), seguido del homicidio (9%), delitos sexuales (6%), lesiones y delitos contra la integridad corporal (5%), narcomenudeo (4%), privación ilegal de la libertad (3%) y otros delitos de fuero común (4%). Asimismo, 90.7% de los delitos por los que son sancionados las y los adolescentes corresponden a delitos locales o del fuero común, mientras que 9.2% restante corresponden a delitos federales. (Gráfico 3.3.10).

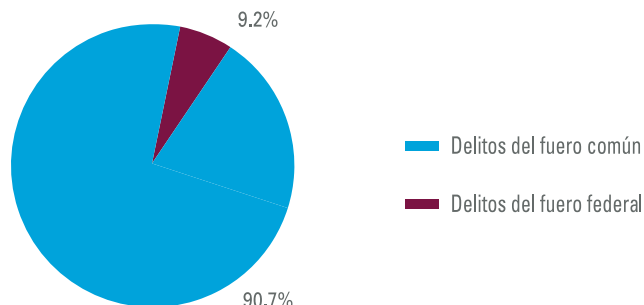
Gráfico 3.3.10. Tipo de delitos cometidos por adolescentes (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con datos del Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatal 2014, INEGI.



Gráfico 3.3.11. Delitos cometidos por adolescentes según fuero (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con datos del Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatal 2014, INEGI.

Tabla 3.3.4: Adolescentes privados de libertad

| Año | Ingresados | | | Internados | En proceso de resolución | Con resolución definitiva |
|------|------------|---------|---------|------------|--------------------------|---------------------------|
| | Total | Hombres | Mujeres | | | |
| 2010 | 11,239 | 10,498 | 741 | 4,766 | 1,969 | 2,797 |
| 2011 | 11,684 | 10,848 | 836 | 5,586 | 2,248 | 3,298 |
| 2012 | 10,583 | 9,888 | 695 | 4,959 | 1,633 | 3,326 |
| 2013 | 10,963 | 10,167 | 796 | 4,691 | 1,246 | 3,445 |
| 2014 | 8,483 | 7,820 | 663 | 4,365 | 1,621 | 2,710 |

Fuente: Elaboración propia con datos del Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatal 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015, INEGI.

La Reforma del 2005 estableció, por primera vez en la historia del país, un sistema de justicia especializado para adolescentes, guiado por los principios de la Convención y aquellos que rigen los sistemas penales garantistas de corte acusatorio. Esto constituyó sin duda un cambio sustancial en la justicia para este grupo de población, pues representó el reconocimiento definitivo de las y los adolescentes en conflicto con la ley como sujetos de derechos, así como la eliminación del juzgamiento discrecional -sin garantías- que prevalecía antes de dicho cambio constitucional.⁵²⁴ Desde entonces, se han realizado en el país -principalmente en el orden local- importantes esfuerzos a nivel legislativo e institucional para implantar y hacer efectiva la reforma.

⁵²⁴ Vasconcelos Méndez, R. (2013). Avances y retrocesos de la justicia penal para adolescentes. UNICEF México/Editorial Novum. México, p. 1.

La expedición de leyes y la creación de autoridades específicas no ha sido suficiente: aún es necesario concretar en la práctica el funcionamiento del sistema y dejar atrás de manera definitiva los modelos y prácticas que lo antecedieron.

Todos los estados promulgaron sus leyes y crearon sus propios sistemas de justicia especializados para adolescentes a partir de lo señalado por la reforma. Sin embargo, el diseño institucional establecido y su aplicación práctica han sido muy variados, ya que cada entidad creó los órganos y procedimientos que consideró necesarios y adecuados de acuerdo con su modelo procesal⁵²⁵ y sus capacidades, por lo que el grado de desarrollo de estos sistemas no ha sido uniforme, y presenta importantes disparidades y brechas en su cumplimiento.

Si bien todos los estados avanzaron en el establecimiento de tribunales y autoridades específicas con competencia exclusiva en materia de justicia para adolescentes e hicieron importantes esfuerzos para capacitar a sus operadores, todavía existe una importante necesidad de consolidar los procesos de especialización y capacitación permanente, que brinden a sus operadores habilidades para enfrentar los retos prácticos que implica la justicia especializada para adolescentes.⁵²⁶

Asimismo, a pesar de que la justicia para adolescentes está concebida como un sistema integral, la misma ha carecido de instancias de coordinación encargadas del diseño conjunto de políticas y programas para su implementación, evaluación y seguimiento.⁵²⁷

En cuanto a la obligación de garantizar a las y los adolescentes acusados de la comisión de un delito un proceso acusatorio y oral, hasta junio de 2016 existían aún discrepancias importantes entre los estados. A pesar de lo señalado por la Constitución, de acuerdo con el Censo Nacional de Impartición de Justicia Estatal realizado por INEGI en 2015,⁵²⁸ al cierre del 2014 todavía se sujetaban a las y los adolescentes a procesos de tipo escrito o mixto en 16 estados de la República; en seis estados se aplicaban procedimientos tanto escritos o mixtos como orales (atendiendo al tipo o gravedad del delito) y sólo en 10 estados se observaban para todos los casos procesos orales y acusatorios como lo manda la Constitución.⁵²⁹

En relación con las modalidades alternativas de justicia, si bien prácticamente éstas se establecieron o previeron en todas las legislaciones estatales, existen aún desafíos importantes en cuanto a su aplicación, ya que, de acuerdo con los censos nacionales de INEGI en materia de procuración e impartición de justicia estatal,⁵³⁰ aún son pocos los estados que reportan casos de adolescentes en conflicto con la ley resueltos por estas vías. La información al respecto es escasa e inconsistente, y no se encuentra desagregada por tipo de medida alterna.

Además, los rangos de edad que se manejan por los centros de justicia alternativa, en el caso de los estados que cuentan con ellos, no permiten diferenciar entre los adultos y los adolescentes que se acogen a alguna de estas formas de justicia, lo que impide conocer y visualizar en qué proporción o medida se está cumpliendo con esta característica esencial de la justicia para adolescentes.⁵³¹

Otro desafío importante es la individualización de las medidas no privativas de libertad y la existencia de programas específicos mediante los cuales puedan ser ejecutadas. La promoción de la reintegración social y familiar de las y los adolescentes en conflicto con la ley, por medio de la aplicación efectiva de medidas alternativas y programas integrales basados en la comunidad y con participación de diversas redes y actores sociales, es una de las áreas que requiere mayor atención en la justicia para adolescentes. Si bien existen algunos programas aislados que implementan sanciones alternativas a la privación de libertad, no se cuenta con un mapa de los mismos.

En el caso de la aplicación de la privación de la libertad como último recurso, se aprecia que efectivamente los niveles de internamiento de adolescentes disminuyeron considerablemente a partir de la reforma del 2005⁵³² y, al menos en los últimos años, se han mantenido a la baja.

Asimismo, se observa que el principio de excepcionalidad de esta medida se ha hecho efectivo en términos generales, pues se aprecia que las medidas en "externación" son las más recurrentes en los sistemas de justicia para adolescentes. Sin embargo, por lo que se refiere a los plazos máximos previstos para la privación de libertad, desafortunadamente no ha sucedido lo mismo, ya que en varios estados de la República se llegaron a establecer plazos de privación de libertad significativamente altos, e incluso se han llegado a prever penas de hasta 18 o 20 años de internamiento en caso de delitos graves.⁵³³ Lo cual resulta totalmente contrario a los objetivos de reinserción y reintegración social y familiar que persigue la justicia para adolescentes.

⁵²⁵ Ibid., p. 45.

⁵²⁶ Ibid., p. 24 y 26.

⁵²⁷ Instituto de Justicia Procesal (2013). Informe sobre la justicia para adolescentes en conflicto con la ley penal en México. México. p. 7.

⁵²⁸ INEGI (2015). Censo Nacional de Impartición de Justicia Estatal 2015. Conjunto de datos: Asuntos penales en justicia para adolescentes.

⁵²⁹ Los estados que aplican plenamente el sistema oral son Campeche, Chihuahua, Guerrero, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Querétaro, Sinaloa, Veracruz, Zacatecas. Los estados que todavía siguen un sistema escrito o mixto son Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Chiapas, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Nayarit, Puebla, San Luis Potosí, Sonora, Tamaulipas y Tlaxcala. Los estados que aplican tanto el sistema escrito o mixto como el sistema oral son Aguascalientes, Ciudad de México, Durango, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán.

⁵³⁰ Censo Nacional de Impartición de Justicia Estatal 2015 y Censo Nacional de Procuración de Justicia Estatal 2015.

⁵³¹ Por ejemplo, los censos nacionales de procuración de justicia estatales contienen información específica sobre procuración de justicia alternativa, sin embargo, la desagregación por edad abarca a las personas entre 15 y 19 años. Lo mismo sucede con los censos nacionales de impartición de justicia estatales, por lo que no es posible tener información precisa al respecto.

⁵³² Antes de la reforma del 2005 el número aproximado de adolescentes sancionados con privación de libertad era de más del doble. La población constante de niños menores de 18 años privados de libertad era de unos 8,500 adolescentes en promedio. Fuente: Ex Consejo de menores federal.

⁵³³ Tal es el caso de Aguascalientes, con penas de hasta 20 años; San Luis Potosí con 18 años; Chihuahua y Coahuila con 15 años; Oaxaca con 12 y Chiapas, Colima, Michoacán y Quintana Roo con 10.

Finalmente, la ausencia del sistema de justicia especializado para adolescentes a nivel federal también ha significado una importante brecha. Ante la falta de los órganos federales especializados que conozcan y resuelvan sobre los delitos de este orden, se han presentado diversas violaciones a los derechos de las y los adolescentes e incluso situaciones de impunidad ante la falta de órganos competentes.⁵³⁴

Respuesta institucional

Considerando lo señalado en el apartado anterior, en 2015 el Congreso de la Unión aprobó una nueva reforma constitucional, mediante la cual se concedió la facultad al gobierno federal de expedir una nueva legislación nacional única en materia de justicia para adolescentes, a través de la cual se puedan uniformar y armonizar los criterios, principios y procesos de la misma, y revertir algunos de los retrocesos de los últimos años. Esta reforma fue publicada en el Diario oficial de la federación el 15 de julio de 2015, con lo que se imprime una nueva dinámica a la justicia para adolescentes en México.⁵³⁵

Finalmente, tras un amplio proceso de análisis y discusión de las diversas iniciativas que fueron presentadas al Congreso de la Unión, el 18 de junio de 2016 fue publicada en el Diario Oficial de la Federación la Ley Nacional del Sistema Integral de Justicia Penal para Adolescentes, con entrada en vigor al día siguiente de su publicación.⁵³⁶ La aprobación de esta ley constituye un importante paso para consolidar los esfuerzos que desde el 2005 se han dado para instaurar en el país un sistema integral de justicia penal para adolescentes unificado y armonizado con los principios y estándares internacionales y constitucionales de protección de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes, que cuenta ahora con una base legal más sólida.

Entre los aspectos a resaltar en este nuevo ordenamiento se encuentra la reducción de la las penas privativas de la libertad a un máximo de cinco años; la previsión de un proceso plenamente acusatorio y oral; la ampliación de las formas alternativas al juzgamiento; el fortalecimiento de la regulación relativa a la ejecución de las sanciones, dentro de la cual destaca de manera particular el reconocimiento de otras autoridades e instancias del estado, tales como la Secretaría de desarrollo social, la Secretaría de economía, la Secretaría de educación pública, la Secretaría de salud, la Secretaría del trabajo y previsión social y la comisión nacional del deporte, como corresponsables de la aplicación de la ley.

En diciembre de 2016, en el marco de los trabajos encomendados al secretariado ejecutivo del sistema nacional de seguridad pública (SESNSP) para la consolidación del sistema de justicia penal en el país, se conformó un grupo de trabajo interinstitucional. Con el propósito de elaborar una estrategia de implementación de la Ley nacional del sistema integral de justicia penal para adolescentes⁵³⁷ e impulsar acciones conjuntas para la especialización y capacitación de las autoridades del sistema y emisión de protocolos, lineamientos y otros documentos que orienten su aplicación.

Principales desafíos

Los principales desafíos que enfrenta actualmente la justicia para adolescentes en el país son los siguientes:

- Lograr la plena implementación de la nueva legislación nacional del sistema de justicia para adolescentes, de forma que se logren subsanar las brechas e inconsistencias que existen actualmente en el país en relación con la aplicación de la justicia para adolescentes.
- Seguir trabajando en la especialización de los operadores y autoridades del sistema (policías, ministerios públicos, jueces, magistrados, defensores, autoridades de ejecución, equipos interdisciplinarios y todos aquellos que intervienen el proceso de justicia para adolescentes) y en el cambio cultural que se requiere, para dejar definitivamente atrás los modelos y prácticas anteriores a la reforma constitucional del 2005.
- Consolidar, en todo el país, la aplicación de procesos orales y acusatorios tal como lo marca la Constitución, eliminando definitivamente los regímenes escritos o mixtos que aún se aplican en algunos estados y que resultan violatorios de los derechos de las y los adolescentes.
- Desarrollar e implementar de manera efectiva las diferentes formas alternativas al juzgamiento en las diferentes etapas del procedimiento, privilegiando la aplicación de una justicia restaurativa e integradora.

⁵³⁴ Vasconcelos Méndez, R. Cit., p. 98.

⁵³⁵ La reforma modifica los párrafos cuarto y sexto del artículo 18 y adiciona la fracción XXI al artículo 73 constitucionales, para establecer la facultad del Congreso para expedir: "La legislación única en materia procedimental penal, de mecanismos alternativos de solución de controversias, de ejecución de penas y de justicia penal para adolescentes, que regirá en la República en el orden federal y en el fuero común". Dentro de los artículos transitorios se estableció que el Congreso contaría con un plazo de 180 días naturales a la publicación del decreto para expedir la legislación nacional en materia de justicia para adolescentes. Asimismo, se abrogó de manera definitiva la Ley federal de justicia para adolescentes, publicada en el Diario oficial de la federación el 27 de diciembre de 2012 (la cual nunca entró en vigor).

⁵³⁶ Decreto por el que se expide la Ley nacional del sistema integral de justicia penal para adolescentes. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5441663&fecha=16/06/2016

⁵³⁷ El grupo está integrado por la Procuraduría General de la República; el Comisionado Nacional de Seguridad; la Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana; el Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes; la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y la Procuraduría Federal de Protección a Niñas, Niños y Adolescentes del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Además, cuenta con un Comité Asesor especializado conformado por integrantes de la sociedad civil y la academia.

- Introducir en la legislación y desarrollar efectivamente los programas necesarios para la ejecución de toda la gama de sanciones o medidas no privativas de libertad que existen en la justicia para adolescentes, de forma que se pueda promover de manera más efectiva la reintegración social y familiar de las y los adolescentes en conflicto con la ley, mediante programas basados en la comunidad, que involucren la participación de la sociedad civil y de diversas instituciones de apoyo.
- Reducir los tiempos y la aplicación de las sanciones privativas de libertad, de acuerdo con el principio de proporcionalidad y las recomendaciones internacionales al respecto.
- Mejorar las condiciones de la privación de libertad y los programas a los que tienen acceso los adolescentes que se encuentran en los centros de internamiento, a fin de contrarrestar en la medida de lo posible los efectos negativos que genera el encierro, así como evitar las situaciones de violencia que se viven al interior de los centros.
- Asignar un mayor presupuesto a la justicia para adolescentes, de forma que ésta pueda cumplir con sus objetivos y proporcionar una atención adecuada y especializada a las y los adolescentes que entran en contacto con el sistema.
- Establecer una adecuada coordinación entre el sistema nacional de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes y los sistemas locales, la procuraduría federal de protección y las procuradurías locales y el sistema nacional de justicia para adolescentes, para que éste último se entienda como parte de los mismos y pueda garantizar los derechos de las y los adolescentes en conflicto con la ley de manera integral.
- Finalmente, la generación de información en la materia sigue siendo un importante desafío. Si bien a partir de los censos nacionales levantados por INEGI desde el 2010 es posible contar con diversos datos en la materia, es necesario generar mayor información que permita medir de manera efectiva la implementación de los sistemas de justicia para adolescentes. Por ejemplo, es necesaria mayor información sobre el tipo de sanciones no privativas de la libertad que se aplican a los adolescentes; los casos resueltos a través de las formas alternativas de justicia; la duración de las sanciones privativas de libertad y la disponibilidad de programas de reinserción social, entre otros.

Asimismo, es importante que la información generada por las autoridades de procuración e impartición de justicia y las autoridades encargadas de la ejecución pueda ser consistente y comparable entre sí, e integre al Sistema Nacional de Información derivado de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

3.4 El derecho a la participación

3.4.1 Participación de adolescentes en ámbitos políticos, sociales y culturales

Situación y tendencias

La participación es al mismo tiempo uno de los principios rectores de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y un “derecho a ser escuchados” de niñas, niños y adolescentes.⁵³⁸ En particular, el artículo 12º de la CDN plantea “el derecho a formarse un juicio propio y expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan su vida, en función de su edad y madurez”.

En este sentido, en su calidad de principio transversal y de derecho, obliga a los estados a introducir los mecanismos necesarios para facilitar la participación activa de la niñez y a tener debidamente en cuenta sus opiniones, una vez expresadas. Además, hay que recordar que son muchos los derechos que se interrelacionan con el derecho a la participación en la CDN: el derecho a la libertad de buscar, recibir y difundir ideas de todo tipo y por cualquier medio (artículo 13º); la libertad de pensamiento y de conciencia (artículo 14º); la libertad de asociación y de reunión (artículo 15º); y la consideración de sus puntos de vista en diversas situaciones a nivel social, familiar y escolar (artículos 9º, 16º y 29º).⁵³⁹

La Observación general Nº 5 del Comité de Derechos del Niño menciona que es importante que los estados incluyan a la niñez en procesos participativos, no solamente como actos momentáneos, sino como un constante intercambio entre niños y adultos para la elaboración de políticas, programas y medidas en todos los contextos pertinentes en la vida de los niños. Igualmente, la Observación general Nº 12 indica que se deben evitar enfoques de participación “simbólicos”⁵⁴⁰ y enlista las condiciones mínimas de los procesos en que participen las niñas y niños, que deben ser:

⁵³⁸ Comité de Derechos del Niño (2009). Observación general Nº 12. Disponible en: <http://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF-ObservacionesGeneralesDelComiteDeLosDerechosDelNino-WEB.pdf>

⁵³⁹ Organización de Estados Americanos/ Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescente (2010). La participación de niños, niñas y adolescentes en las Américas. Disponible en: <http://www.iin.oea.org/IIN2011/documentos/librilloESPAnOL.pdf>, p. 14.

⁵⁴⁰ Hart, R. (2006). Se entienden por participación simbólica los ejercicios que obturan y desvían el sentido del ejercicio de este derecho. Esto se ejemplifica a través de la “escalera de la participación”, donde los tres primeros niveles son niveles no son participativos:

1) “Manipulación” consiste en aquellos proyectos en los que los niños no entienden los temas que se tratan y, por lo tanto, no comprenden el sentido de sus propias acciones.

2) “Decoración” se refiere a aquellos eventos en los que los niños participan únicamente para reforzar una causa que defienden los adultos.

3) La “participación simbólica” se da en instancias en las que los niños son aparentemente instados a participar, pero que en realidad tienen poca o ninguna injerencia sobre los temas tratados o el modo en que estos serán comunicados; están sometidos al discurso adulto.

- a) **Transparentes e informativos:** dar a los niños información completa, accesible, atenta a la diversidad y apropiada a la edad y al modo en que tendrá lugar su participación, su alcance, propósito y posible repercusión.
 - b) **Voluntarios:** no se debe obligar a los niños a expresar opiniones en contra de su voluntad.
 - c) **Respetuosos:** tratar las opiniones de los niños con respeto y darles oportunidades de iniciar ideas y actividades.
 - d) **Pertinentes:** permitirles recurrir a sus conocimientos, aptitudes y capacidad y abordar las cuestiones que ellos mismos consideren importantes.
 - e) **Adaptados a los niños.**
 - f) **Incluyentes:** prever la igualdad de oportunidades, sin discriminación por motivo alguno.
 - g) **Apoyados en la formación.**
 - h) **Seguros y atentos al riesgo.**
 - i) **Responsables.** Los niños tienen derecho a recibir una información clara acerca de la forma en que su participación ha influido en un resultado, procesos o actividad de seguimiento.⁵⁴¹
- **Mecanismos comunitarios:** a nivel de cada municipio se privilegian los mecanismos de audiencias públicas y presupuestos participativos; sin embargo, no existen estructuras específicas para la participación de los niños, niñas y adolescentes en la toma de decisiones sobre temas de la comunidad.
 - **Mecanismos de participación ciudadana o consultas:** en México se han realizado consultas para cuestiones puntuales de política nacional o local. Desde 1997 el Instituto Federal Electoral (actualmente Instituto Nacional Electoral - INE) ha realizado siete ediciones de la Consulta infantil y juvenil, como mecanismo para conocer las voces de las niñas, niños y adolescentes;
 - Existen otros mecanismos, como el Consejo ciudadano de seguimiento de políticas públicas del Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), para que niñas, niños y adolescentes participen en la evaluación de políticas públicas, el programa de diputados por un día del INE y la red nacional de difusores de los derechos de niñas, niños y adolescentes del Sistema nacional para el desarrollo integral de la familia (Sistema nacional DIF). Se trata de mecanismos de carácter esporádico, que generalmente no devuelven información a las niñas, niños y adolescentes sobre como su participación fue tomada en cuenta, y que no necesariamente proveen de insumos a los tomadores de decisión para diseñar y evaluar las políticas de infancia y juventud.

El derecho a la participación está contemplado en la Constitución mexicana en el artículo 26º, limitándolo a los procesos de planeación de políticas públicas, sin explicitar que en éstos participen niñas, niños y adolescentes. Sin embargo, existen algunos mecanismos para su participación:

- **Mecanismos escolares:** el artículo 69º de la Ley General de educación prevé para la educación básica la existencia del consejo escolar de participación social en la educación a nivel federal, estatal y municipal; sin embargo, aunque éste contempla la participación de autoridades educativas, padres de familia, organizaciones de la sociedad civil, ex estudiantes, maestros, directivos y representantes, no incluye la participación de estudiantes en activo, es decir niñas, niños y adolescentes.

Principales desafíos

En México en 2014 entró en vigor la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA) que contempla, en el artículo 2º, que las autoridades deben "promover la participación, tomar en cuenta la opinión y considerar los aspectos culturales, éticos, afectivos, educativos y de salud de niñas, niños y adolescentes, en todos aquellos asuntos de su incumbencia, de acuerdo a su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez". Este artículo retoma el espíritu de la Convención sobre los Derechos del Niño, y reafirma en su artículo 6º, que el derecho a la participación es uno de sus principios rectores.⁵⁴² Más específicamente, el derecho a la participación está contenido en el Capítulo XV (artículos 71º - 74º) de la LGDNNA, el cual plantea que:

- 1) Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a ser escuchados y tomados en cuenta en los asuntos de su interés, conforme a su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez.

⁵⁴¹ Comité de los Derechos del Niño, Observación general, Cit., N. 12, párr. 134, disponible en: <http://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF-ObservacionesGeneralesDelComiteDeLosDerechosDelNino-WEB.pdf>

⁵⁴² ESTADOS UNIDOS MEXICANOS (2014). Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Disponible en: <http://www.leyderechosinfancia.mx/ley-general/ley-general-pdf/>

2) Las autoridades de todos los órdenes de gobierno deben implementar mecanismos que garanticen la participación permanente y activa de niñas, niños y adolescentes en las decisiones que se toman en los ámbitos familiar, escolar, social, comunitario o cualquier otro en el que se desarrollen.

3) Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a participar, a ser escuchados y tomados en cuenta en todos los procesos judiciales y de procuración de justicia donde se diriman controversias que les afectan.

4) Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a que les informen de qué manera su opinión ha sido valorada y tomada en cuenta.

La armonización de la LGDNNA en las legislaciones, reglamentos y programas locales debe contemplar la creación de los mecanismos institucionales y procedimientos para garantizar la participación de niñas, niños y adolescentes. Por lo anterior, el principal desafío que enfrenta el Sistema Integral de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA), así como los Sistemas de Protección estatales y municipales, es garantizar la participación de niños, niñas y adolescentes.⁵⁴³

Otro desafío para el SIPINNA y sus símiles estatales y municipales es que sus protocolos de participación y lineamientos (en el caso del SIPINNA a nivel federal) promuevan e institucionalicen la participación efectiva y constante de niñas, niños y adolescentes; es decir, que el principio de participación sea adoptado por todas las dependencias que conforman el SIPINNA. Además el mismo sistema debe fomentar que las niñas, niños y adolescentes cuenten no sólo con voz, sino con voto en cuanto a las decisiones que les involucran. Es recomendable que los lineamientos, reglamentos y programas de protección integral nacionales, estatales y municipales del SIPINNA contemplen la participación efectiva, los mecanismos de institucionalización de la participación, y también que verifiquen que la selección de los representantes de niñas, niños y adolescentes siga las recomendaciones plasmadas en la CDN y por el Comité de los Derechos del Niño.⁵⁴⁴

La participación, como un derecho de niñas, niños y adolescentes, responde a un cambio de paradigma en la concepción del niño como sujeto de derechos que ahora está plasmada en la LGDNNA. Esto genera la obligación de las dependencias del Estado de institucionalizar genuinamente la participación de niñas, niños y adolescentes en el diseño, monitoreo y evaluación de las políticas, programas y presupuestos que repercuten en sus derechos. Algunos desafíos en este ámbito son:

1) Buscar que la participación de niñas, niños y adolescentes se dé en el marco de sus espacios y entornos naturales (familia, escuela, comunidad, municipios),⁵⁴⁵ y que respondan a procesos de selección democráticos e incluyentes.

2) Institucionalizar y dotar de presupuesto, en los lineamientos, reglamentos y programas del SIPINNA y sus símiles locales, al tema de la participación.

3) Generar espacios de representación masivos y a profundidad, que retomen los estándares mínimos de participación efectiva que establecen la CDN y la LGDNNA; asimismo, que se divulgue de qué forma esto se retomó en las políticas públicas que afectan directamente a la infancia y adolescencia.

4) Tomar en cuenta las tecnologías de la información para canalizar e incentivar la participación de niñas, niños y adolescentes.

5) Desarrollar indicadores sobre el impacto del derecho a la participación.⁵⁴⁶

6) Prever institucionalmente de qué forma y en qué lapso se tomarán en cuenta las opiniones y propuestas de los niños, niñas y adolescentes.

7) Evitar esquemas en los que los niños, niñas y adolescentes participen de forma simbólica o sólo en apariencia, es decir, evitar la generación de espacios donde sus opiniones tengan poca o ninguna incidencia o consideración concreta.

8) Tener entre sus fines la construcción de ciudadanía.

⁵⁴³ UNICEF (s/f). Orientaciones para la emisión de leyes locales de derechos de niñas, niños y adolescentes. Disponible en: <http://www.leyderechosinfancia.mx/ley-general/orientaciones-para-a-emision-de-leyes-locales-de-derechos-de-ninas-ninos-y-adolescentes/>

⁵⁴⁴ Comité de los Derechos del Niño (2003). Observación general N° 5, párr. 27.

⁵⁴⁵ Idem.

⁵⁴⁶ Ibid. N° 12 párr. 134.

3.4.2 Acceso y uso de tecnologías de información y comunicación

Situación y tendencias

La participación, en sus varias formas, es uno de los conceptos que emanan de la Convención sobre los Derechos del Niño, e incluye los derechos de niños, niñas y adolescentes a ser escuchados, a tener libertad de expresión, pensamiento, conciencia y religión, a la participación y asociación en reuniones sociales y el acceso a la información, incluidas las nuevas tecnologías de información y comunicación. En México, muchos de estos derechos han sido relegados por la falta de una cultura de participación social de los niños, niñas y adolescentes y, por consiguiente, se carece de estadísticas en varias de sus dimensiones.

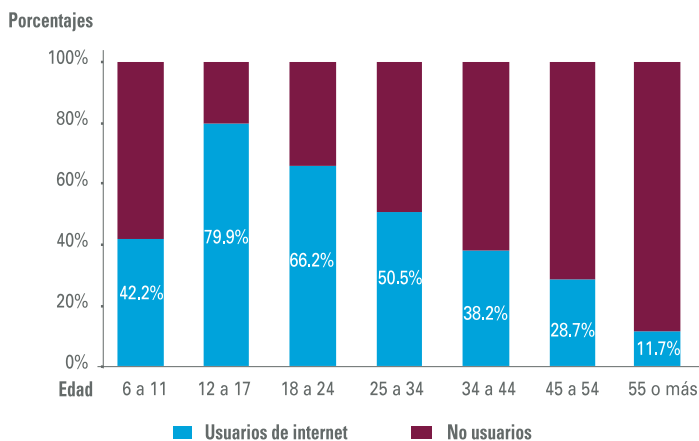
Los avances y el auge de la tecnología y la afinidad y familiaridad de niños, niñas y adolescentes con las nuevas tecnologías de información y comunicación hacen de éstas su principal medio de participación y de acceso a la información. Así lo revela la información de la Encuesta de Uso del Tiempo 2014 (ENUT 2014) sobre el tiempo destinado por adolescentes a actividades de convivencia y entretenimiento: según sus resultados, la principal actividad de convivencia y entretenimiento a la que los adolescentes de 12 a 19 años dedican tiempo es la utilización de medios masivos de comunicación (tales como televisión, Internet, radio y redes sociales), en el 93.8% de los casos.

No obstante que los hogares en México tengan un nivel moderado de acceso a los dos vehículos para la navegación por Internet (la disponibilidad de una computadora, incluyendo tablets o celulares inteligentes, y el acceso a una conexión a internet)⁵⁴⁷ la penetración y uso de éste en los hogares ha crecido año con año. Según información del Módulo sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (MODUTIH) 2014, 47.4 millones de mexicanos de seis años o más, que representan aproximadamente un 44.4% de esta población, son usuarios de los servicios de Internet.

El acceso a las tecnologías digitales es predominante entre la población infantil y adolescente del país, que representa un porcentaje significativo de la población total que usa computadoras. Según resultados de la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) 2015, 35% del total de usuarios de computadoras (que equivale a 19.4 millones de personas) son niños y adolescentes de seis a 17 años de edad. A la vez, de todos los usuarios de Internet en México, un 19.3% son adolescentes de 12 a 17 años de edad, que se convierten en el principal grupo de edad de usuarios de Internet en el país, seguido por el grupo de seis a 11 años (11.6%). La combinación de ambos grupos hace que cerca de uno de cada tres usuarios de Internet (31%) sea un niño, niña o adolescente.

Desde otra mirada, los resultados del MODUTIH 2014 muestran que un 80% de los adolescentes de 12 a 17 años declaró ser usuario de Internet. Este porcentaje es menor en el grupo de seis a 11 años, aunque igualmente significativo (42.2%), y cabe esperar que crezca con rapidez de acuerdo con las tendencias de uso.

Gráfico 3.4.1. Proporción de usuarios de internet por grupos de edad en México



Fuente: Elaboración propia con base en datos de MODUTIH 2014, INEGI.

⁵⁴⁷ Según estadísticas del INEGI, en América Latina, México sólo se encuentra por encima de Perú y Paraguay en hogares con acceso a Internet y computadora: Ver INEGI (2015). Boletín estadísticas a propósito del Día Mundial del Internet 2015. Los resultados de la Encuesta Intercensal 2015 muestran que en ese año el televisor, seguido por el teléfono celular y la radio, son los elementos de tecnologías de información y comunicación de mayor acceso en los hogares mexicanos. Según esta encuesta, un 32.6% de los hogares contaban con una computadora y un 32.9% tenía acceso a Internet.

La información de la ENIM 2015 muestra que el uso de la computadora y el internet aún no ha llegado a muchas las adolescentes, ya que entre las mujeres de los 15 a los 19 años 12.6% nunca han utilizado una computadora y 14.1% Internet.

Según los resultados de un reciente estudio del Interactive Advertising Bureau en México y la agencia de investigación mercados *Millard Brown*,⁵⁴⁸ los adolescentes son también el grupo poblacional más activo en redes sociales: los internautas de 14 a 19 años se encuentran registrados en seis redes sociales en promedio, una más que los internautas de cualquier grupo de edad. A la vez, 83% de los adolescentes consultados afirma que Internet los mantiene actualizados, y un 78% manifiesta disfrutar utilizarlo como parte de su vida cotidiana.

Respuesta institucional

Mediante la reforma de la Constitución en materia de telecomunicaciones y competencia económica realizada en 2013, México establece que el Estado tiene la obligación de garantizar a los mexicanos el derecho de acceso a las tecnologías de la información y comunicación (TIC). En el marco de esta reforma, en 2013 se lanzó la Estrategia Digital Nacional 2013-2018, que contiene las acciones y políticas necesarias en materia de acceso a Internet, banda ancha e incorporación de estas tecnologías, con miras a garantizar la inclusión digital de la población en general, entre la cual se encuentran los niños, niñas y adolescentes.

Esta estrategia propone cinco objetivos estratégicos y cinco habilitadores para el cumplimiento de los mismos. Además, como parte de sus objetivos, se propone integrar las TIC al proceso educativo, tanto en la gestión educativa como en los procesos de enseñanza-aprendizaje. Se trata del único elemento en el cual la Estrategia Digital Nacional traza acciones y metas específicas para garantizar el uso y aprovechamiento de las TIC por la población infantil y adolescente, aunque circunscrita al ámbito educativo.

Para promover la utilización de las TIC en el ámbito educativo, se han propuesto como objetivos secundarios desarrollar una política nacional de adopción y uso de las TIC en el proceso de enseñanza-aprendizaje del Sistema Educativo Nacional, ampliar la oferta educativa a través de medios digitales, desarrollar una agenda digital de cultura y mejorar la gestión educativa mediante el uso de las TIC.

Por otra parte, entre los cinco habilitadores de esta estrategia, dos están orientados a proveer los medios para permitir una mayor conectividad, acceso y uso a los medios digitales: el primero impulsa una mayor y mejor conectividad mediante el desarrollo de redes y el despliegue de una mejor infraestructura en el territorio nacional, así como la ampliación de la capacidad de las redes existentes. El segundo busca el desarrollo equitativo de habilidades para operar tecnologías y servicios digitales, contemplando la cobertura social y el desarrollo de habilidades con equidad de género.

Para estos fines, se establecen cinco iniciativas: incentivos para la cobertura social, una campaña nacional de inclusión digital, inclusión y habilidades digitales con equidad de género, una red nacional de centros comunitarios de capacitación y educación digital y el fomento de habilidades para la seguridad digital. Este último se dirige a desarrollar proyectos para la prevención de conductas delictivas contra niñas, niños y adolescentes, entre los cuales el acoso por Internet (ciberbullying, sexting, pornografía infantil y actos de violencia), en coordinación con las dependencias e instituciones competentes.

Por otra parte, y en respuesta a la inclusión del acceso a las TIC como un derecho en la LGDNNA, la Objetivos 25 al 25 del SIPINNA se ha trazado como objetivo garantizar la generación, difusión y consumo de contenidos desde el enfoque los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes, así como su derecho a la participación en los medios de comunicación electrónicos, impresos y digitales.

Principales desafíos

A pesar de la puesta en marcha de la Estrategia Digital Nacional para promover el acceso generalizado de los medios digitales en México, y pese a que la LGDNNA define como un derecho de los niños el acceso a las tecnologías de la información y comunicación, así como a los servicios de radiodifusión y telecomunicaciones, incluido el de banda ancha e Internet, a la fecha no existe una estrategia nacional específica para promover y garantizar la utilización y aprovechamiento de las TIC por niñas, niños y adolescentes.

Si bien el acceso a las TIC es un medio importante para la expresión y la participación de los niños, niñas y adolescentes en la vida pública, su uso también conlleva riesgos, entre los cuales la exposición de la seguridad y privacidad de su vida a acosadores e incluso a redes de pederastia, principalmente a través de las redes sociales.⁵⁴⁹ La utilización de estas últimas por niñas, niños y adolescentes, en las cuales comparten información vinculada a su imagen personal, sus rutinas y sus pensamientos, constituye una puerta abierta al acoso y la pederastia.

⁵⁴⁸ IAB México / Millard Brown (2015). Estudio de consumo de medios y dispositivos entre internautas mexicanos. México.

⁵⁴⁹ A pesar de que las redes sociales cuentan con protocolos que impiden la difusión de contenidos sexuales o material pornográfico y restrinjan la creación de perfiles que no representen a una persona real o que usurpen la identidad de una persona real, y a que en muchos casos no admitan la creación de usuarios a personas menores de 13 años (tal es el caso de la red social Taringa).

Asimismo, se conoce -aunque no se dispone de información estadística que precise la magnitud del problema- que Internet se ha convertido en un vehículo mediante el cual niños, niñas y adolescentes son víctimas de acoso virtual, incluso por otros menores de edad. Otro potencial riesgo de la utilización de internet es el acceso a contenidos sexuales y/o material pornográfico o violento.

Para combatir y reducir estos tipos de riesgo la Federación, entidades federativas y algunas ciudades tienen unidades de prevención de la delincuencia, especializadas en medios digitales.⁵⁵⁰ También se han conformado una serie de colectivos de padres de familia y de la sociedad civil⁵⁵¹ organizados para promover el desarrollo de acciones dirigidas a restringir o cautelar la seguridad de niños, niñas y adolescentes. En este marco, acompañar la utilización segura y responsable de Internet y de las redes sociales de parte de los niños, niñas y adolescentes constituye un desafío para las familias.

⁵⁵⁰ Tales como la División científica de la policía federal, la Secretaría de Seguridad Pública de la Ciudad de México, la Unidad de prevención e investigación cibernética del Estado de México, la Unidad de investigación cibernética (UIC) de la Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México.

⁵⁵¹ Ejemplo de algunos de estos colectivos y organizaciones de la sociedad civil son la Alianza por la Seguridad en Internet y la Iniciativa para un Internet Seguro.



PARTE III RECOMENDACIONES

El análisis presentado a lo largo de este documento expone una serie de avances importantes con respecto a la garantía de derechos de niños, niñas y adolescentes en México. Dichos avances se han dado en parte gracias a la existencia de políticas y programas orientados al desarrollo social y a los esfuerzos de ampliación de coberturas en servicios de salud y educación, los cuales han tenido impactos directos e indirectos en el bienestar de la población de cero a 17 años en el país.

Sin embargo, se destacan desafíos en materia de acceso y calidad en la prestación de servicios. También se destacan desafíos de coordinación entre los diferentes sectores de la administración pública, los cuales limitan el impacto de políticas y programas, generalmente afectando a los grupos más pobres y de mayores carencias del país.

A partir de la identificación de las principales carencias y problemáticas que previenen el bienestar de los niños, niñas y adolescentes, se proponen seis recomendaciones; una recomendación general de carácter institucional y cinco recomendaciones en ámbitos prioritarios en los que deben focalizarse los esfuerzos programáticos de los diferentes sectores y niveles del gobierno en México

Las recomendaciones propuestas en ámbitos prioritarios están basadas en el análisis y en la evidencia proporcionada. Asimismo, éstas deben superar los periodos de gobierno y deben ser prioridades de Estado que le permita a México atender las necesidades más relevantes de la niñez y adolescencia y que le permita al país ir en consonancia y alineamiento con los Objetivos de Desarrollo Sostenible planteados en la Agenda 2030.

Consolidación del Sistema Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA)

Con la aprobación de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescente (LGDNNA) y la creación del SIPINNA se estableció una base sólida para contar con un mecanismo capaz de coordinar a los diferentes sectores del gobierno y articular las políticas y programas con injerencia en la garantía de derechos de la infancia y la adolescencia a nivel federal, estatal y municipal.

A pesar de este cambio institucional tan importante, aún es necesario fortalecer el mandato del SIPINNA para que pueda seguir en la construcción, puesta en práctica y seguimiento de las políticas y programas necesarias para la garantía universal de los derechos de niños y niñas en el país.

A continuación, se presentan los cinco ámbitos prioritarios y las recomendaciones específicas identificadas para avanzar en cada uno de estos.

1. Garantizar el desarrollo integral de los niños y las niñas en la primera infancia

En el documento se evidenció de la importancia de la primera

infancia, y por qué es menester la existencia de una atención integral y articulada que permita el acceso a servicios de calidad coordinados para esta etapa.

Existen iniciativas que se han implementado desde diferentes sectores del gobierno, las cuales han tenido un aumento en las coberturas y en la identificación de prácticas exitosas para la atención de la primera infancia. No obstante, México no cuenta actualmente con una política nacional cuyo objetivo sea la atención integral de la primera infancia. Las recomendaciones para el primer ámbito prioritario son las siguientes:

- Desarrollar una política nacional integral para la primera infancia a la par de una ruta crítica que describa los pasos y arreglos institucionales para la implementación de las acciones en salud, nutrición, protección, estimulación y aprendizaje temprano que deben formar parte de la política.
- Implementar esquemas de protección social que brinden pisos mínimos de bienestar para las familias más vulnerables con niños y niñas en primera infancia.

2. Desarrollar e implementar una estrategia integral para la erradicación de todas las formas de malnutrición

A pesar de contar con avances en diferentes aspectos del estado nutricional de niños, niñas y adolescentes, existen retos importantes en la erradicación de la desnutrición (sobre todo en poblaciones vulnerables) y en el combate a la prevalencia conjunta de sobrepeso y obesidad. Específicamente, se recomiendan las siguientes acciones enfocadas al sector salud y demás instancias relevantes:

- Fortalecer los mecanismos de detección oportuna de todas las formas de malnutrición en la infancia y la adolescencia (incluida la desnutrición crónica y el sobrepeso y obesidad), para contar con mejores servicios de diagnóstico y seguimiento a los casos.
- Promover las acciones que promuevan la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida de los recién nacidos.
- Fortalecer los mecanismos para monitorear y hacer cumplir el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.
- Implementar programas integrales y normatividad que promueva el consumo de alimentos sanos y la reducción de la ingesta de alimentos ultra procesados y bebidas azucaradas.
- Fortalecer e implementar políticas que promuevan entornos escolares saludables, libres de publicidad engañosa dirigida a niños y niñas.

3. Garantizar que todos los niños, niñas y adolescentes asistan a la escuela y aprendan

Tal como se ha mencionado en este documento, se han tenido logros importantes en materia de cobertura y asistencia a la escuela en educación primaria. Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos de los últimos años, todavía existen brechas importantes en lo que respecta a garantizar, por un lado, la asistencia a la escuela de los menores de cinco años y los adolescentes en educación media superior; por otro lado, en todos los niveles se evidencian falencias en el aprendizaje que deben ser abordadas en la política educativa del país.

Se plantean las siguientes recomendaciones enfocadas al sector educativo y demás instancias relevantes:

- Diseñar e implementar mecanismos que fortalezcan las capacidades de los docentes en formación y en servicio, en especial en las zonas del país con mayores rezagos socioeconómicos.
- Fortalecer los mecanismos de evaluación formativa de niños, niñas y adolescentes y docentes, pertinentes a sus contextos y entornos; los resultados de las evaluaciones deben usarse para el diseño de planes de mejora y de programas de formación docente.
- Instalar y garantizar el funcionamiento de mecanismos a nivel local de involucramiento de padres y madres de familia y organizaciones de sociedad civil en el monitoreo de la calidad educativa y de otros factores que fomenten un entorno educativo propicio para el aprendizaje.
- Diseñar modelos de inclusión escolar que permitan a niños, niñas y adolescentes fuera de la escuela reinsertarse con éxito en el sistema educativo, y atender a los que, por diversas razones, no pueden asistir a una escuela en el esquema regular.

4. Poner fin a todos los tipos de violencia contra niños, niñas y adolescentes

Los niños y niñas en México hacen parte de un grupo vulnerable donde la violencia se ha convertido en una práctica cotidiana y cuya exposición pueden generar afectaciones directas o indirectas en su bienestar y desarrollo de su pleno potencial.

El preocupante diagnóstico de la presencia de la violencia en las vidas de niños, niñas y adolescentes en el país plantea un reto considerable en materia de acciones públicas de prevención, atención y denuncia de los casos de violencia. Por esto, se recomiendan las siguientes acciones enfocadas a las instancias de gobierno competentes para

abordar la erradicación de todos los tipos de violencia contra niños, niñas y adolescentes en el país.

- Instalar y asegurar el pleno funcionamiento de las Procuradurías de Protección de niñas, niños y adolescentes, incluyendo una adecuada asignación presupuestaria para que éstas cuenten con personal multidisciplinario capacitado y suficiente.
- Desarrollar e implementar mecanismos de identificación y denuncia de casos de violencia amigables con los procesos de desarrollo de niños y niñas, y que sean accesibles para toda la población menor de 18 años.
- Asegurar que los procesos de procuración e impartición de justicia para niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sean especializados y adaptados a las necesidades y característica particulares de la infancia y la adolescencia.

5. Garantizar la protección y el acceso a derechos a todos los niños, niñas y adolescentes migrantes

El caso de niños, niñas y adolescentes migrantes, independiente de su nacionalidad, debe ser una prioridad de la administración pública mexicana, con el fin de garantizar sus derechos y que el tránsito por el país no genere afectaciones en su bienestar y desarrollo.

Para hacer frente a las vulnerabilidades a las que está expuesta la infancia y la adolescencia migrante, se proponen las siguientes acciones enfocadas a las instancias de gobierno competentes, como la Secretaría de Gobernación, y las autoridades migratorias pertinentes:

- Erradicar la práctica de la detención y privación de la libertad de niños, niñas y adolescentes migrantes.
- Diseñar e implementar modelos de cuidado alternativo para niños, niñas y adolescentes migrantes, para que éstos no sean trasladados a los centros de detención.
- Fortalecer las capacidades de los Centros de Asistencia Social tanto públicos y privados, para que se consoliden como instancias capaces de brindar atención sicosocial a la infancia y adolescencia migrante.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS Y SIGLAS

| | | | |
|-----------------|---|------------------|---|
| APF | Administración Pública Federal | ENH | Encuesta Nacional de Hogares |
| ACNUR | Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados | ENIGH | Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares |
| ANR | Atlas Nacional de Riesgos | ENIM | Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres en México |
| CAUSES | Catálogo Universal de Servicios de Salud | ENLACE | Evaluación Nacional de Logro Académico en Centros Escolares |
| CADI | Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil | ENLM | Estrategia nacional de lactancia materna |
| CAIC | Centros de Asistencia Infantil Comunitaria | ENN | Encuesta Nacional de Nutrición |
| CAS | Centros de Asistencia Social | ENOE | Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo |
| CDI | Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas | ENSANUT | Encuesta Nacional de Salud y Nutrición |
| CDN | Convención sobre los Derechos del Niño | ENT | Enfermedades no transmisibles |
| CEDAW | Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer | ENUT | Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo |
| CENAPRED | Centro Nacional de Prevención de Desastres | ENVIPE | Encuesta de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública |
| CENDI | Centros de Desarrollo Infantil | FAEB | Fondo de Aportaciones para la Educación Básica y Normal |
| CENSIA | Centro Nacional de Salud para la Infancia y la Adolescencia | FAO | Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura |
| CENSIDA | Centro Nacional para la Prevención y el Control de VIH/SIDA | FEVIMTRA | Fiscalía Especializada para la Violencia contra la Mujer y el Tráfico de Personas |
| CEPS | Consejos Escolares de Participación Social | FONDEN | Fondo de Desastres Naturales |
| CIJ | Centros de Integración Juvenil | FONE | Fondo de Aportaciones para la Nómina Educativa y Gasto Corriente |
| CITI | Comisión Intersecretarial para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección de Adolescentes Trabajadores en Edad Permitida en México | FONHAPO | Fideicomiso Fondo Nacional de Habitaciones Populares |
| CNCH | Cruzada Nacional contra el Hambre | FPGC | Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos |
| CNDH | Comisión Nacional de los Derechos Humanos | GEPEA | Grupos estatales para la prevención del embarazo en adolescentes |
| CNGEGySR | Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva | GIPEA | Grupo interinstitucional para la prevención del embarazo en adolescentes |
| CNPSS | Comisión Nacional de Protección Social en Salud | GPS | Gasto Público Social |
| COMAR | Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados | GPT | Gasto Público Total |
| CONACyT | Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología | HLI | Hablante de lengua indígena |
| CONADIC | Comisión Nacional contra las Adicciones | HLPF | Foro Político de Alto Nivel sobre Desarrollo Sustentable |
| CONAGUA | Comisión Nacional del Agua | IDH | Índice de Desarrollo Humano |
| CONAFE | Consejo Nacional para el Fomento Educativo | IMCO | Instituto Mexicano de la Competitividad |
| CONAMED | Comisión Nacional de Arbitraje Médico | IMJUVE | Instituto Mexicano de la Juventud |
| CONASIDA | Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida | IMSS | Instituto Mexicano del Seguro Social |
| CONAPO | Consejo Nacional de Población | INFORM | Índice para la gestión de riesgos (Index for Risk Management) |
| CONAVA | Consejo Nacional de Vacunación | INE | Instituto Nacional Electoral |
| CUIS | Cuestionario Único de Información Socioeconómica | INEE | Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación |
| DICONSA | Sistema de Distribuidoras CONASUPO | INM | Instituto Nacional de Migración |
| DGIS | Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud | INMUJERES | Instituto Nacional de las Mujeres |
| DOF | Diario Oficial de la Federación | INSP | Instituto Nacional de Salud Pública |
| EDA | Enfermedades diarreicas agudas | IPN | Instituto Politécnico Nacional |
| EM-DAT | Base de datos sobre eventos de emergencia (Emergency Events Database) | IRA | Infecciones respiratorias agudas |
| ENA | Encuesta Nacional de Adicciones | ISPI | Inversión social en primera infancia |
| ENADID | Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica | ISSSTE | Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado |
| ENADIS | Encuesta Nacional sobre la Discriminación en México | LBE | Línea de bienestar económico |
| ENAPEA | Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes | LBM | Línea de bienestar mínimo |
| ENCODE | Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes | LGDNNA | Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes |
| ENCUP | Encuesta Nacional sobre Cultura Política y Prácticas Ciudadanas | LGE | Ley General de Educación |
| ENDUTI | Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares | LICONSA | Programa de Abasto Social de Leche |
| | | LINEE | Ley del Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación |
| | | MAIS | Modelo de Atención Integral a la Salud |

| | | | |
|--------------------|--|-----------------|--|
| MICS | Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (Multiple Indicator Cluster Surveys) | SEDESOL | Secretaría de Desarrollo Social |
| MCS-ENIGH | Módulo de Condiciones Socioeconómicas-Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares | SEGOB | Secretaría de Gobernación |
| MIT | Módulo de Trabajo Infantil | SEIDO | Subprocuraduría Especializada en Investigación de Delincuencia Organizada, antes SIEDO |
| MODUTIH | Módulo sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares | SEMAR | Secretaría de Marina |
| NFE | Niños fuera de la escuela | SEMS | Subsecretaría de Educación Media Superior |
| NNA | Niños, niñas y adolescentes | SEN | Sistema Educativo Nacional |
| NOM | Norma Oficial Mexicana | SEP | Secretaría de Educación Pública |
| OCDE | Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos | SESA | Servicios Estatales de Salud |
| ODS | Objetivo de Desarrollo Sostenible | SHCP | Secretaría de Hacienda y Crédito Público |
| OIM | Organización Internacional de Migraciones | SIIFI | Sistema de Información Financiera Integrada |
| OIT | Organización Internacional del Trabajo | SIFODE | Sistema de Focalización del Desarrollo |
| OPIS | Oficiales de Protección a la Infancia | SIGED | Sistema de Información y Gestión Educativa |
| OPS | Organización Panamericana para la Salud | SINAPROC | Sistema Nacional de Protección Civil |
| PACAREIB | Programa de Acciones Compensatorias para Abatir el Rezago Educativo en Educación Inicial y Básica | SIPINNA | Sistema Integral de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes |
| PAE | Programa de Acción Específico | SMSXXI | Seguro Médico Siglo XXI |
| PAEI | Programa de Apoyo a la Educación Indígena | SNDIF | Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia |
| PAL | Programa de Apoyo Alimenticio | SNI | Sistema Nacional de Investigadores |
| PAJA | Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas | SNS | Sistema Nacional de Salud |
| PEF | Presupuesto de Egresos de la Federación | SP | Seguro Popular |
| PEMEX | Petróleos Mexicanos | SPD | Servicio Profesional Docente |
| PESA | Proyecto Estratégico de Seguridad Alimentaria | SPSS | Sistema de Protección Social en Salud |
| PETC | Programa Escuelas de Tiempo Completo | SRE | Secretaría de Relaciones Exteriores |
| PGR | Procuraduría General de la República | SS | Secretaría de Salud |
| PIB | Producto Interno Bruto | STPS | Secretaría del Trabajo y Previsión Social |
| PIIE | Programa para la inclusión y la equidad educativa | UNESCO | Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura |
| PISA | Programa para la Evaluación Internacional de Alumnos de la OCDE | UNODC | Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito |
| Plan DN-III | Plan Nacional de Desastres | | |
| PLANEA | Plan Nacional para las Evaluaciones de los Aprendizajes | | |
| PND | Plan Nacional de Desarrollo | | |
| PNPS | Programa Nacional de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil | | |
| PNUD | Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo | | |
| PRADI | Modelo de Promoción y Atención del Desarrollo Infantil | | |
| PROIGUALDAD | Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres | | |
| PRONAPETI | Programa Nacional para Prevenir y Erradicar el Trabajo Infantil y la Protección de Adolescentes Trabajadores en Edad Permitida | | |
| PRONAPINNA | Programa Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes | | |
| PRONAPRED | Programa Nacional de Prevención del Delito | | |
| PROSESA | Programa Sectorial de Salud | | |
| PROSPERA | Programa de Inclusión Social (antes Oportunidades) | | |
| PSE | Programa Sectorial de Educación | | |
| RMM | Razón de Mortalidad Materna | | |
| SAGARPA | Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación | | |
| SEB | Subsecretaría de Educación Básica | | |
| SEDENA | Secretaría de la Defensa Nacional | | |

BIBLIOGRAFÍA

- Almaguer, J. A. y García H, Vargas V. (2010). La violencia obstétrica. Una forma de patriarcado en las instituciones de salud. *Género y Salud en Cifras 2010 Sep-Dic*; 8 (3):3-20. México.
- Angulo Rosas, E.A.; Bernal Reyes, J; Cruz Martín del Campo, S.L.; Fernández Cáceres, C.; Millán Camacho, A., Palencia Huevo, C.M. 2014. Guía del comunicador, Información sobre trastornos del uso de drogas. México DF, México: Fundación Gonzalo Ríos Arronte. Disponible en: <http://www.fgra.org.mx/guia-del-comunicador.html>
- Arellano Ojeda, E., (s/f). Propuesta para el nuevo modelo educativo en educación básica. México. Disponible en: <http://registromodeloeducativo.sep.gob.mx/Archivo;jsessionid=ae3b8911f4b2da5b-4df9f9c5f971?nombre=7458-PROPUESTA+PARA+EL+NUEVO+MODELO+EDUCATIVO.pdf>
- Atun R., 2012. Hacia un sistema universal de salud en México. Seminario internacional FUNSALUD, The Lancet, Universidad de Howard, CIDE, Seguro Popular, Secretaría de Salud. México, 8 octubre 2012.
- Auditoría Superior de la Federación, 2013. Auditoría de Desempeño: 13-0-20100-07-0274 SEDESOL - Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, Informe del Resultado de la Fiscalización de Cuenta Pública, México.
- Auditoría Superior de la Federación, 2013. Auditoría de Desempeño: 13-1-00GYR-07-0259 Instituto Mexicano del Seguro Social - Informe del Resultado de la Fiscalización de Cuenta Pública, México.
- Auditoría Superior de la Federación, 2013. Auditoría de Desempeño: 13-1-00GYN-07-0257 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado - Servicios de Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil, Informe de Resultados de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública. México.
- Balck R.E., Lindsay H Allen, Zulfigar A Bhutta, Laura E Caulfield, Mercedes de Onis, Majid Ezzati, Colin Mathers, Juan Rivera. For the Maternal and Undernutrition Study Group. Maternal and Child Undernutrition 1. Series Lancet Maternal and Child Undernutrition 2008.
- Banco Mundial (2017). Bonos del Banco Mundial proporcionarán a México US\$360 millones en protección ante catástrofes (World Bank Bonds to Provide \$360 Million in Catastrophe Protection for Mexico). Disponible en: <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2017/08/04/bonosdel-banco-mundial-proporcionaran-a-mexico-us360-millones-en-proteccion-ante-catastrofes>
- Bartlett, S. (2008). Climate Change and Urban Children – Impacts and Implications for adaptation in low- and middle-income countries. Human Settlements Discussion Paper.
- Bojalil R., Kirkwood, Br., Bobak, M. y Guiscafre H., 2007. The relative contribution of case management and inadequate care-seeking behavior to childhood deaths from diarrhoea and acute respiratory infections in Hidalgo, Mexico. *Trop Med Intern Health* 2007.
- Born, D., Colamarco, V., Delamonica, E., Minujin, A. 2013. Infancia Urbana en América Latina: disparidades, desafíos y posibles soluciones. *Desafíos, Boletín de la Infancia y la Adolescencia sobre el avance de los objetivos del milenio*. UNICEF, CEPAL; 16, pp. 4-9. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/Desafios-16-infancia_urbana.pdf.
- Bustos Córdova, E., Cabrales Martínez, R.G., Cerón Rodríguez, M., y Naranjo López, M.Y. 2014. Epidemiología de lesiones no intencionales en niños: revisión de estadísticas internacionales y nacionales. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 71(2), 68-75. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci-art-text&pid=S1665-11462014000200002&lng=es&tlng=es>
- Campero Cuenca, L., Atienzo, E.E., Suárez López, L., Hernández Prado, B., Villalobos Hernández, A. 2013. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta Médica de México*, 149, pp. 299-307.
- Castro, R. y J. Erviti, (2003). "La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio", en: López, Paz, Blanca Rico, Ana Langer y Guadalupe Espinosa (2003). *Género y política en salud*. México. Secretaría de Salud. p. 259.
- Cámara de Diputados (2012). Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2012.
- CENAPRED 2014, Diagnóstico de Peligros e Identificación de Riesgos de Desastres en México, <http://www.cenapred.gob.mx/es/Publicaciones/archivos/36-DIAGNOSTICODEPELIGROSEIDENTIFICACIONDERIESGOSDEDESASTRESENMXICO.PDF>
- CENETEC (2009). Diagnóstico y tratamiento de la infección respiratoria de vías aéreas superiores en pacientes de 3 meses a 18 años de edad. México. Secretaría de Salud. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/062_GPC__InfAgVASde3mesesa18a/INFECCION_VIAS_AEREAS_EVR_CENETEC.pdf
- Center on the Developing Child (2007). "Five numbers to remember about early childhood development". Disponible en: www.developingchild.harvard.edu.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (s/f). Tercer Informe de Labores 2014-2015. Disponible en: http://www.cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/Transparencia/planes_programas_informes.html
- CENSIA (2015). Desarrollo Infantil Temprano – Lineamientos Técnicos. CENSIA (2015). Informe de Desempeño 2015. Disponible en: <http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/transparencia/rendiciondecuentas.html>
- CENSIA (2015). Lineamientos para la Estrategia de Prevención de Accidentes en el Hogar en el Menor de 10 años. Disponible en: http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/descargas/infancia/lineamiento/PREVENCIÓN_DE_ACCIDENTES.pdf
- CENSIA. Programa de Cáncer en la Infancia y la Adolescencia. Disponible en: http://censia.salud.gob.mx/contenidos/cancer/programa_cancer.html
- Citlalli Quecha, R. (2011). Cuando los padres se van. Infancia y migración en la Costa Chica de Oaxaca. Tesis doctoral para obtener el grado de Doctorado en Antropología. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Colchero, A., D. Contreras-Loya, H. López-Gatell, and T. González de Cosío, The costs of inadequate breastfeeding of infants in Mexico, *American Journal of Clinical Nutrition*, 7 de enero de 2015.
- Comité de los Derechos del Niño (2015). Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de México, CRC/C/MEX/CO/4-5, julio 2015. <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/146/15/PDF/G1514615.pdf?OpenElement>
- CNPSS y Universidad Autónoma Chapingo. Análisis del acceso y uso efectivo de los servicios de salud de la población indígena afiliada al Seguro Popular.
- CONADIC. Prevención de Adicciones, Guía para el comunicador. Capítulo 3. P. 47. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/prevad_cap3.pdf
- CONAPO-INEGI (2015). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Boletín de prensa Núm. 271/15. 9 de julio de 2015. Aguascalientes, Ags., México.

- CONAMED (2015). Informe Anual de Actividades 2015. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México.
- CONAPRED (2011). Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. México.
- CONEVAL (2010). Medición de la pobreza en los municipios de México, 2010. CONEVAL,, México.
- CONEVAL (2014). Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular. México, DF. Disponible en: http://www.CONEVAL.org.mx/Evaluacion/Paginas/Indicadores_de_acceso_y_uso_efectivo_de_los_servicios_de_salud_de_afiliados_al-Seguro_Popular.aspx
- CONEVAL (2015). Comunicado de Prensa No. 005. México, D.F., 23 de julio de 2015.
- CONEVAL (2015). Anexo Estadístico 2010-2014. México.
- CONEVAL (2016). Medición de la Pobreza, Glosario. Consultado el 8 de febrero de 2016. disponible en: <http://www.CONEVAL.gob.mx/Medicion/Paginas/Glosario.aspx>
- CONEVAL/UNICEF (2013). Pobreza y derechos sociales de niñas, niños y adolescentes en México, 2008-2010, UNICEF, México.
- CONEVAL/UNICEF (2014). Pobreza y derechos sociales de niñas, niños y adolescentes en México, 2010-2012, UNICEF, México.
- CONEVAL (2014). Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular a nivel nacional, 2012. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. México.
- CONEVAL (2015a). Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2014. CONEVAL. México.
- CONEVAL (2015b). Medición de la Pobreza 2014. Anexo estadístico.
- CONEVAL (2015c). CONEVAL informa los resultados de la medición de la pobreza 2014. Comunicado de prensa No. 005. México, D.F., 23 de julio de 2015.
- CONEVAL (2015d). Resultados intermedios de la Cruzada Nacional contra el Hambre. CONEVAL,, México. Agosto de 2015.
- CONEVAL (2016). Balance de la Cruzada Nacional contra el Hambre 2013-2016. CONEVAL,, México.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: <http://www.camaradediputados.gob.mx>
- CONADIS (2010). Encuesta Nacional sobre Discriminación en México. Resultados sobre personas con discapacidad. Disponible en: <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-PCD-Accss.pdf>
- Córdova Villalobos, J.A., Ponce de León Rosales, S., y Valdespino, J.L. (2008). 25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos. Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/SIDA25axos-26mar.pdf>
- CRPD/C/MEX/1 (2011). Informes iniciales presentados por los Estados partes de conformidad con el artículo 35 de la Convención, México.
- Cutter, S.L. (1995), "The forgotten casualties: women, children, and environmental change", *Global Environmental Change* (5)
- De la Cruz-Góngora V, Villalpando S, Mundo-Rosas V, Shamah-Levy T. (2013). Prevalencia de anemia en niños y adolescentes mexicanos: comparativo de tres encuestas nacionales. *Salud Pública México* 2013; 55 Suplemento 2:S180-S189.
- Delpiano, M.L, Kaban, B.P., Diaz, V.C., Pinto, I.A. (2006). Acute respiratory infections in children of day care center: characteristics and costs. *Revista chilena de infectología: órgano oficial de la Sociedad Chilena de Infectología.* 23(2):128-133.
- Delors, J., (1996). La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre Educación para el siglo XXI, Disponible en: http://www.unesco.org/education/pdf/DELORS_S.PDF
- Diario Oficial de la Federación (2013). Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil, México.
- Diario Oficial de la Federación (2013). Programa Nacional de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil 2014-2018, 2014. México.
- Diario Oficial de la Federación (2014). Decreto por el que se crea la Coordinación Nacional de PROSPERA Programa de Inclusión Social. 5 de septiembre de 2014.
- Diario Oficial de la Federación (2014). Decreto por el que se expide la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Cámara de Diputados. México.
- Diario Oficial de la Federación (2014). Decreto por el que se aprueba el Programa Nacional de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil 2014-2018 (sic), México, Poder Ejecutivo Federal.
- Díaz Ortega, J.L., Ferreira, E., García, L., Trejo, B., Téllez Rojo, M.M., Gutiérrez, J.P., y Hernández Avila, M. (2012). Infecciones respiratorias agudas en niños: inmunizar a tiempo y educar la respuesta. Documentos analíticos ENSANUT 2012. Disponible en: http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/IRA_ninos.pdf
- Díaz Ortega J. L., Ferreira, E., García, L., Trejo, B., Téllez Rojo, M.M., Gutiérrez, J.P. y Hernández Ávila, M. (2012). Enfermedades diarreicas agudas en niños menores de cinco años: la respuesta es multifactorial. Evidencia para la política pública en salud, INSP, México. Disponible en: http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/EDA_EnfDiarAgu.pdf
- Dirección General de Información en Salud (DGIS). Cubo de principales causas de defunción 1998- 2014. En línea: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Secretaría de Salud. México. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx>
- DIF (2015). Informe de Actividades enero-diciembre 2014, México.
- Dirección General de Información en Salud (DGIS). Cubo de principales causas de defunción 1998- 2014. En línea: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Secretaría de Salud. México. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx>
- DOF (2015). Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015. Diario Oficial de la Federación. DOF: 12/08/2015. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015 "Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados-Información comercial y sanitaria". Norma Oficial Mexicana NOM-051-SCFI/SSA1-2010. Diario Oficial de la Federación. DOF: 05/04/2010.
- El Poder del consumidor (2015). Resultados preliminares del monitoreo de publicidad de alimentos y bebidas en televisión. México. Disponible en <http://elpoderdelconsumidor.org/wp-content/uploads/2015/07/PublicidadInfantil-Monitoreo.pdf>
- EM-DAT: The Emergency Events Database - www.emdat.be
- Escamilla-Santiago, R.A., Narro-Robles, J., Fajardo-Gutiérrez, A., Rascón-Pacheco, R.A., y López-Cervantes, M. (2012). Tendencia de la mortalidad por cáncer en niños y adolescentes según grado de marginación en México (1990-2009). *Salud Pública de México*, 54(6), 587-594. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342012000600007&lng=es&tlng=es
- Esquivel, G. (2015). Desigualdad Extrema en México: Concentración del Poder Económico y Político. Oxfam- Iguales. México.
- Estados Unidos Mexicanos (1917). Constitución política. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150816.pdf

- Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J.P., y García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*, 57(2), 180-186. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014&lng=es&tlng=es.
- Estados Unidos Mexicanos, Respuestas de México a la lista de cuestiones relativas a los informes periódicos cuarto y quinto combinados de México, Comité de los Derechos del Niño, CRC/C/MEX/Q/4-5/Add. I, abril 2015. <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/080/96/PDF/G1508096.pdf?OpenElement>.
- García Cabrero, B. (2009). Las dimensiones afectivas de la docencia. *Revista Digital Universitaria* [en línea]. 1 de noviembre de 2009, Vol. 10, No. 11 Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.10/num11/art71/int71.htm>.
- Geneva Declaration Secretariat (2015). *Global Burden of Armed Violence 2015: Every Body Counts*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ghimire M., Pradhan, Y.V., Maskey, M.K. (2010). Community-based interventions for diarrheal diseases and acute respiratory infections in Nepal. *Bull WorldHealthOrgan*.
- GIRE (2013). Omisión e Indiferencia. *Derechos Reproductivos en México. Aborto/Anticoncepción/Mortalidad Materna/Violencia Obstétrica/Vida Laboral y Reproductiva/Reproducción asistida*. GIRE. México, 2013.
- González de la Rocha, M. (2008). La vida después de Oportunidades: impacto del Programa a 10 años de su creación”, en *A diez años de intervención. Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008, Síntesis Ejecutiva*, Sedesol, México.
- González-de Cosío T., et al. (2013). Alimentación infantil y lactancia en México, *Salud Pública de México*. 55 (suplemento 2). México.
- González-Rivera, A; Rizo-Ríos, P; Chico-Aldama, P; Serrano-Sierra, A; Sánchez-Cervantes, F; Lucas-Reséndiz, ME; Domínguez-Viveros, W; López-Alquicira, M; Paz-Paramo, ML. (2009). Mortalidad del cáncer en el Instituto Nacional de Pediatría como problema de salud pública. *Acta Pediátrica de México*, Marzo-Abril, 124-127.
- Gobierno de la República (2014). Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres – Logros 2014. México.
- Gobierno de la República (2013). Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres. México.
- Gobierno de la República (2014). Segundo informe de gobierno 2013-2014. México. Disponible en: http://cdn.presidencia.gob.mx/segundoinforme/Informe_escrito_Mexico_Incluyente.pdf
- Gobierno de la República (2017). Quinto informe de gobierno 2016-2017. México. Disponible en: <http://www.presidencia.gob.mx/quintoinforme/>
- Gobierno de la República (2015). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. México.
- Gobierno de la República (2015). Informe Ejecutivo del GIPEA. Mexico. Disponible en: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60988/INFORME_Ejecutivo_del_GIPEA_2015_versi_n_definitiva.pdf
- Goh, N. y K. Pollak (2015). Progress over a Decade of Zinc and ORS Scale-Up. Best practices and lessons learned, Clinton Health Access Initiative. Disponible en: <http://www.clintonhealthaccess.org/content/uploads/2016/02/Progress-over-a-Decade-of-Zinc-and-ORS-Scale-Up.pdf>
- Gobierno de la República (2016). Intervención del Dr. José Narro Robles, Secretario de Salud del Gobierno de México en la Reunión del Alto Nivel de 2016 para poner fin al SIDA. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/interior/inicio/alto_nivel2016.html
- Gomez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V.M., Knaul, F.M., Arreola, H., Y Frenk, J. (2011). Sistema de Salud de México. *Salud Pública de México*.
- González De Cosío, T., Escobar Zaragoza, L., González Castell, D. y Hernández Ávila, M. (2012). Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apegarse a lo básico. Evidencia para la política pública en salud, INSP, México. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DeterioroPraLactancia.pdf>
- Grandet, Carlos, et. al. (2014). “Impuestos para crecer y estados que no recaudan”, Instituto Mexicano de la Competitividad (IMCO). Disponible en http://imco.org.mx/indices/#!/competitividad_estatal_2014/analisis/2014_ICE_Fiscal
- Gutiérrez, J.P. (2013). Brechas en cobertura efectiva por nivel socioeconómico y condición de pobreza. *Salud Pública de México / Vol. 55, Suplemento 2*. México.
- Gutiérrez, J.P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M. y Hernández-Ávila, M. (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. 2a. ed. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en :<http://ensanut.insp.mx/>
- Gutiérrez, G., Guiscafre, H., Reyes, R., Pérez, R., Vega, R. y Tome, P. (1994). Reducción de la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas. Experiencias de un programa de investigación-acción, *Salud Pública México Vol. 36(2):168-179*. México.
- Hallegatte, S. y otros (2017), *Unbreakable: Building the Resilience of the Poor in the Face of Natural Disasters*. Climate Change and Development. Washington, DC: World Bank
- Heckman, J. (2008). The case for investing in Disadvantaged Young Children en *Big Ideas for Children: Investing in Our Nation’s Future*, Washington, D.C., 2008, pp. 49-58.
- Heckman, J. (2012). *Invest in Early Childhood Development: Reduce Deficits, Strengthen the Economy*, 2012.
- Hernández, B., Gortmaker, S.L., Colditz, G.A., Peterson, K.E., Laird, N.M. Y Parra-Cabrera, S. (1999). Association of obesity with physical activity-television programs and other forms of video viewing among children in Mexico City, *Int J Obesity* 1999.
- Hidalgo, E. (2014). Lesiones no intencionales en el Hogar. Pp. 107- 132. En Hajar Medina, MC (Ed.) *Los Accidentes como problema de salud pública en México: Retos y Oportunidades*. CONACYT, Documentos de Postura. Disponible en: <http://www.anmm.org.mx/publicaciones/CANIVANM150/L9-Los-accidentes-como-problema-salud-publica.pdf>
- Herrera Basto, E.A. (2006). El Sistema de Protección Social en Salud y el VIH/SIDA. En Magis Rodríguez, C., y Barrientos Bárcenas, H. (Eds.) *VIH/SIDA y Salud Pública: Manual para personal de salud*. CENSIDA, INSP. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/normatividad/manual_personal_salud.pdf
- IAB México y Millward Brown (2015). Estudio de consumo de medios y dispositivos entre internautas mexicanos. 7ª. ed. México.
- IMCO, 2014. Índice de Competitividad (2014). Subíndice “Economía estable”. Instituto Mexicano de la Competitividad, 2015. Disponible en http://imco.org.mx/indices/#!/competitividad_estatal_2014/resultados/subindice/economia
- IMCO (2015). Reporte de Deuda Subnacional 2015. Instituto Mexicano de la Competitividad (IMCO). Disponible en http://imco.org.mx/wp-content/uploads/2015/07/2015_Reporte_Deuda_subnacional.pdf
- IMSS (2014). Costos económicos de la obesidad infantil y sus consecuencias, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2014;(Supl. 1):S8-S11. México.

- IMSS (2007). Evaluación de los Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2007. Instituto Mexicano del Seguro Social – IMSS. México.
- IMSS (2016). Reglas de operación para el programa IMSS-Prospera para el ejercicio fiscal 2016. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/imssProspera/marcoJuridico/ROP-IMSS-PROSPERA-2016.pdf>
- IMSS (2016). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2015-2016. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informes-estadisticas>.
- Institute For Economics And Peace (2016). Índice de Paz, México 2016. Un mapa de la evolución de la paz y los factores que la impulsan. Sydney.
- Instituto de Justicia Procesal (2013). Informe sobre la justicia para adolescentes en conflicto con la ley penal en México. México.
- INEE (2015). Resultados 2015 del Plan Nacional para la Evaluación de los Aprendizajes (PLANEA). México.
- INEE (2015). Panorama Educativo de México 2014. México.
- INEGI (2015). Boletín: Estadísticas a propósito del día mundial del Internet 2015.
- INEGI (2015). Principales Resultados de la Encuesta Interésal 2015 Estados Unidos Mexicanos, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México.
- INEGI (2010). Tabulados básicos. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27302&s=est>
- INEGI (2014). Encuesta Nacional de Hogares ENH 2014. Principales resultados. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/regulares/enh/2014/>
- INEGI (2014). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2014, Tabulados Básicos- Preferencias reproductivas, anticoncepción y sexualidad. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/tabdirecto.aspx?s=est&c=33733>
- INEGI (2015). Estadística a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf>
- INEGI (2015b). Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015. Estados Unidos Mexicanos. México.
- INEGI/SS. Principales causas de defunciones con lista mexicana. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_defunciones.html
- INEGI/ UNICEF (2012) Derecho a la Identidad. La cobertura del registro de nacimiento en 1999 y 2009. México.
- INEGI. Consulta Interactiva de Datos. Registros Administrativos, Estadísticas de Natalidad. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/consulta.aspx?p=adm&c=5
- INEGI, 2015a. Hombres y mujeres en México 2015. Aguascalientes, Ags., México
- INEGI/SS. Defunciones. Principales causas con lista mexicana. Consultado en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_defunciones.html
- Instituto Federal de Telecomunicaciones (2015). Estudios sobre oferta y consumo de programación para público infantil en radio, televisión radiodifundida y restringida. México.
- INPRFM, CONADIC, Secretaría de Salud (2015). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Alcohol. Villatoro-Velázquez J.A, Oliva Robles, N., Fregoso Ito, D., Bustos Gamiño, M., Mujica Salazar, A., Martín del Campo Sánchez, R., Nanni Alvarado, R. y Medina-Mora ME. México. INPRFM. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/investigacion/encode_2014.html
- INPRFM, CONADIC, Secretaría de Salud (2015). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Tabaco. Reporte de drogas. Villatoro-Velázquez J.A, Oliva Robles, N., Fregoso Ito, D., Bustos Gamiño, M., Mujica Salazar, A., Martín del Campo Sánchez, R., Nanni Alvarado, R. y Medina-Mora ME. México. INPRFM. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/investigacion/encode_2014.html
- INPRFM, INSP, Secretaría de Salud (2012). Encuesta Nacional de Adicciones: Reporte de Alcohol. Reporte de tabaco. Reporte de drogas. Medina-Mora ME, Villatoro-Velázquez JA, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Avila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C, y Guisa-Cruz V. México. Disponible en: <http://encuestas.insp.mx/ena/ena2011.html#V2I82usrLIU>
- Instituto Nacional de Salud Pública (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012. México.
- Instituto Nacional de Salud Pública, CENSIDA (2014). Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/transparencia/estudios_opiniones/InformeFinal_INSP.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública/UNICEF México (2016). Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres en México 2015 - Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015. México.
- Instituto Nacional de Salud Pública (s/f). Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados. Informe Final. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/opencms/opencms/sites/censida/descargas/transparencia/estudios_opiniones/InformeFinal_INSP.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública/UNICEF México (2016). Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres en México 2015 - Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015. México.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2009). Tour de la vida, Programa para detectar enfermedades crónico-degenerativas. México Sano, 2 (12), 32. Instituto Nacional de Salud Pública. México.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2006). Obesidad Infantil, Boletín de Práctica Médica Efectiva, Noviembre de 2006. Secretaría de Salud. México.
- International Labour Office (2012). ILO Global Estimate of Forced Labour, Results and methodology. Geneva.
- Kousky, C. (2016). "Impacts of Natural Disasters on Children." Future of Children 73-92. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/pdf/43755231.pdf>
- Kroker-Lobos, M.F., Pedroza-Tobías, A., Pedraza, L.S., Rivera, J.A. (2014). The double burden of undernutrition and excess body weight in Mexico. The American Journal of Clinical Nutrition, 100 (6). Latinobarómetro en: <http://www.latinobarometro.org/lat.jsp>
- Leyva-Flores R, Infante-Xibille C, Gutiérrez-Reyes JP, Quintino-Pérez F. (2013). Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012. Salud Pública de México. Vol. 55 Suplemento 2. INSP. México.
- Martínez-Bordón y Soto de la Roda (2012). Programas para el Cuidado y el Desarrollo Infantil Temprano en los Países de del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA). De su configuración actual a su implementación, CEPAL. Santiago de Chile.
- Mexicanos Primero (2014). Los invisibles, México.
- Morales-Ruán MC, Shamah-Levy T, Amaya-Castellanos CI, Salazar-Coronel AA, Jiménez-Aguilar A, Amaya-Castellanos MA, Méndez-Gómez Humarán I. (2014). Efecto de una intervención en escolares del Estado de México para reducir el sobrepeso y la obesidad. Salud Pública México. 56 Suplemento 2:S113-S122.

- Myers, R. (2015). "Desarrollo Infantil Temprano en México: Avances y Retos en Boletín Médico del Hospital Infantil de México, Vol. 2, noviembre 2015. México.
- Myers et al. (2013). Desarrollo Infantil Temprano en México, Banco Interamericano de Desarrollo. México.
- Näslund-Hadley, E., Binstock, G. (2011). El fracaso educativo: embarazos para no ir a la clase, Nota Técnica del BID IDB-TN-281. Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=36562729>
- National Institute on Drug Abuse (2014). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. Disponible en: https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_sp_2014.pdf
- National Institute For Health And Care Excellence (2009). Diarrhea and vomiting caused by gastroenteritis in under 5s: diagnosis and management, Clinical guideline. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG84FullGuideline.pdf>
- Nikolic, I.A., Stanciole, A.E., Zaydman, M. (2011). Chronic Emergency: Why NCDs Matter. Health, Nutrition and Population (HNP) discussion paper. World Bank, Washington, DC. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13591>
- Observatorio Ciudadano Nacional del Femicidio (2010). Una mirada al feminicidio en México 2009-2010. Católicas por el Derecho a Decidir A. C., México.
- OECD (2015). Revenue Statistics (2015). "Tax revenue trends 1965-2014". Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/taxation/revenue-statistics_19963726
- OCDE, 2016. BetterLifeIndex, Disponible en <http://www.oecdbetterlifeindex.org/es/countries/mexico-es/>
- OCDE, 2016. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016, México. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of-Health-Systems-Mexico-2016-Assessment-and-recommendations-Spanish.pdf>
- ONU (2012). México ante la CEDAW. Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer 2012. México.
- ONU (2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: <http://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/post-2015/sdg-overview/goal-3.html>
- Organización Internacional de Migraciones (2014). Hechos y Cifras 2014 México.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Discapacidad y Salud. Nota descriptiva N° 352. Consultado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2011). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. Consultado en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Organización Mundial de la Salud (s/f). Resolución. Estrategia para el Acceso Universal de la Salud y la Cobertura Universal de la Salud. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392&Itemid=40244&lang=es
- Organización Mundial de la Salud (2014). Prevención del suicidio, un imperativo global. Reporte ejecutivo. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/
- ONUSIDA 2015. Informe sobre la epidemia mundial del sida 2014. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/cifras_mundo/UNAIDS_SIDA_en_cifras_2014_es.pdf
- ONUSIDA 2016. Hoja Informativa 2016. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
- O'Shea-Cuevas G., Rizzoli-Córdoba, A. et. al. (2015). "Sistema de Protección Social en Salud para la detección y atención oportuna de problemas del desarrollo infantil en México", en: Boletín Médico del Hospital Infantil de México Federico Gómez, Volumen 72, No. 6, Noviembre-Diciembre 2015, P. 429-437. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665114615002166>
- Palummo, Javier (2013). La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe. UNICEF – Oficina Regional para América Latina y el Caribe, Panamá. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/UNICEF_Estudio_sobre_NNA_en_instituciones.pdf
- Pan American Health Organization (2012). Adolescents and NCDs. Fact Sheet. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6709&Itemid=39442&lang=en
- Peek, L., (2008), "Children and Disasters: Understanding Vulnerability, Developing Capacities and Promoting Resilience – An Introduction", Children, Youth and Environments, 18.
- PNUD (2015). Índice de Desarrollo Humano para las entidades federativas. México.
- Prawda, J. (1987). El sistema educativo mexicano, en: Logros, inequidades y retos del futuro del Sistema Educativo Mexicano. Grijalbo. México.
- Presidencia de la República (2015). Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe de avances 2015. México.
- Rivera-Dommarco JA, Cuevas-Nasu L, González de Cosío T, Shamah-Levy T, García-Feregrino R. (2013). Desnutrición crónica en México en el último cuarto de siglo: análisis de cuatro encuestas nacionales. Salud Pública de México. Volumen 55 Suplemento 2. INSP. México.
- Rivera-Luna R, Cárdenas-Cardos R, Olaya-Vargas A, Shalkov-Klincovstein J, Pérez-García M, Pérez-González OA, Díaz-Jiménez V, Amador-Zarco JJ, Melchor VY (2015). El niño de población abierta con cáncer en México - Consideraciones epidemiológicas. Anales Médicos Asociación Médica Hospital ABC; 60 (2).
- Santos, J.I. (2014). La vacunación en México en el marco de las "décadas de las vacunas": logros y desafíos. Gaceta Médica de México. 2014; 150; 180-8. Save the Children (2016). Embarazo y Maternidad en la Adolescencia: Estado de las Madres en México. México. Disponible en: https://www.savethechildren.mx/sites/savethechildren.mx/files/resources/Estado%20de%20las%20Madres%20en%20Mexico%2C%20Embarazo%20y%20Maternidad%20Adolescente_0.pdf
- Save the Children México (2015). Salud infantil en México. Análisis exploratorio de la política pública y presupuestal 2000-2015. Disponible en: <https://www.savethechildren.mx/sites/savethechildren.mx/files/resources/salud%20infantil%20en%20mexico.pdf>
- Secretaría de Desarrollo Social (2014). Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018. Disponible en: <http://www.gob.mx/conadis/documentos/programa-nacional-para-el-desarrollo-y-la-inclusion-de-las-personas-con-discapacidad-2014-2018>
- SEP (2015). La estructura del Sistema Educativo Mexicano, Disponible en: http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/1447/1/images/sistemaedumex09_01.pdf
- SEP. Principales cifras 2014-2016. México.
- SEP. Programa Especial de Educación Intercultural 2014-2018, Coordinación General de Educación Intercultural Bilingüe. México. 2014. P. 31.

- Secretaría de Gobernación (2013). Encuesta Nacional Presentación sobre Cultura Política y Prácticas Ciudadanas (ENCUP 2012). Unidad de Desarrollo Político y Fomento Normativo. México, mayo de 2013. Disponible en <http://www.encup.gob.mx/>
- Secretaría de Gobernación/INMujeres/ONUMujeres (2016). La violencia feminicida en México, aproximaciones y tendencias 1985-2014. México.
- SHCP (2015). Estructura Programática a emplear en el proyecto de Presupuesto de Egresos 2016. Presentación a la H. Cámara de Diputados. México, junio 2015.
- Secretaría de Salud (2013). Comunicado de Prensa No. 412 "Mejorar las prácticas de crianza, para evitar riesgos de desarrollo infantil", 29 de Julio 2015. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/ssa_app/noticias/datos/2015-07-29_7782.html, consultado el 29 de marzo de 2016. México.
- Secretaría de Salud (2013). Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. México.
- Secretaría de Salud (2015). Tercer Informe de Labores 2014-2015. Disponible en: <http://www.dgdif.salud.gob.mx/informes-de-la-actual-administracion-2013-2018.aspx>
- Secretaría de Salud (2015). Prevención, detección, y consejería en Adicciones para Adolescentes y Adultos en el Primer Nivel de Atención. Guía de Práctica Clínica. Disponible en: <http://www.conadic.salud.gob.mx/>
- Secretaría de Salud (2015). Programa de Acción Específico Prevención y Atención Integral de las Adicciones. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/PAE_2015.pdf
- Secretaría de Salud (2015). Logros 2015: Programa Sectorial de Salud. Disponible en: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60474/12ps_saludL2015.pdf
- Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico Cáncer en la Infancia y la Adolescencia. Disponible en: <http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/transparencia/rendiciondecuentas.html>
- Secretaría de Salud (2013). Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. Disponible en: <http://promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/estrategia.html>
- Secretaría de Salud (2014). Programa de Acción Específico: Prevención y Control de la Obesidad y Riesgo Cardiovascular 2013-2018. Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/programas-accion2013-2018.html>
- Secretaría de Salud (2014). Programa de Acción Específico: Cáncer en la Infancia y Adolescencia 2013-2018. Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/programas-accion2013-2018.html>
- Secretaría de Salud (2014). Programa de Acción Específico: Prevención y control de la diabetes mellitus 2013-2018. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifico-prevencion-y-control-de-la-diabetes-mellitus-2013-2018>
- Secretaría de Salud (s/f). Programa de Acción Específico Seguridad Vial 2013-2018. Disponible en: http://conapra.salud.gob.mx/Interior/Documentos/PAE_SV.pdf
- Secretaría de Salud (2015). Reglas de Operación del programa Seguro Médico Siglo XXI para el ejercicio fiscal 2016. Disponible en: <http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/sxxi/ROPSMSXXI%202016.pdf>
- Secretaría de Salud. Seguro Popular. Consultado en: <http://www.seguro-popular.gob.mx/>
- Secretaría de Salud (2013). Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018. Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/programas-accion2013-2018.html>
- Secretaría de Salud (2013). Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018. Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/programas-accion2013-2018.html>
- Secretaría de Salud (2014). Programa de Acción Específico en respuesta al VIH, el sida e ITS, 2013-2018. Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/programas-accion2013-2018.html>
- Secretaría de Salud (2015). Tercer Informe de Labores 2014-2015. Disponible en: <http://www.dgdif.salud.gob.mx/informes-de-la-actual-administracion-2013-2018.aspx>
- Secretaría de Salud/Censida (2015). Informe Nacional de Avances en respuesta al VIH y el sida 2015. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/ungass/ungass.html>
- Secretaría de Salud/Censida (2015). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA, Actualización a 1er. Trimestre de 2016. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/cifras.html>
- Secretaría de Salud (2015). Cuarto Informe de Labores 2014-2015. Disponible en: <http://www.dgdif.salud.gob.mx/informes-de-la-actual-administracion-2013-2018.aspx>
- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Anuarios de Morbilidad 1984-2014. Incidencia de casos nuevos por grupos de edad. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/incidencia_casos.html
- Secretaría de Salud (2014). Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018. http://consame.salud.gob.mx/Descargas/Pdf/Salud_Mental.pdf
- Secretaría de Salud (2014).. Programa de Acción Específico Atención Psiquiátrica 2013-2018. Disponible en: http://www.inprf.gob.mx/inprf/archivos/PAEAP_2013-2018.pdf
- Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables 2013-2018. Disponible en: http://conapra.salud.gob.mx/Interior/Documentos/PAE_Grupos-Vulnerables.pdf
- Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2016). Cifras de Incidencia Delictiva Estatal, 1997 – febrero 2016. Disponible en: <http://www.secretariadoejecutivo.gob.mx/incidencia-delictiva/incidencia-delictiva-datos-abiertos.php>
- Scott, John (2011). Gasto público para la equidad: del Estado excluyente hacia un Estado de bienestar universal. México Evalúa, México.
- Silva-Herzog Márquez, Jesús (2015). "El vaciamiento democrático". Revista Nexos. México. Octubre de 2015. Disponible en www.nexos.com.mx/?p=26468.
- Sistema de Protección Social en Salud (2016). Informe de Resultados Enero-Diciembre 2015. Disponible en: <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php/transparencia/viii-rendicion-de-cuentas?layout=edit&id=112>
- Souza J.P., Gülmezoglu A.M., Vogel J., et al. (2014). Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality. (The WHO 2014. Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: A cross-sectional study. Lancet 381:1747–55. Disponible en: http://www.healthynewbornnetwork.org/sites/default/files/resources/Souza_2013_Maternal%20Mortality.pdf
- Stern, D., Tolentino, L., y Barquera, S. (2011). Revisión del etiquetado frontal: análisis de las Guías Diarias de Alimentación (GDA) y su comprensión por estudiantes de nutrición en México. Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en: <https://www.insp.mx/epppo/blog/3225-etiquetado-alimentacion.html>

- The Economist Intelligence Unit (2015). Democracy Index 2015.
- The World Bank (2016). World Development Indicators, 2016. Washington DC.
- Torres, F. y Rojas, A. (2015). Política Económica y Política Social en México: desequilibrio y saldos. Revista Problemas del Desarrollo, 182 (46), julio-septiembre 2015.
- Torres, Raúl (2016). "Jalisco declara alerta de género", en: El Universal, sección Estados. México, D.F., 8 de febrero de 2016.
- Ulrichs M., Roelen, K., (2012). Equal Opportunities for All? – A Critical Analysis of México's Oportunidades, IDS Working Paper, Volume 2012 Number 413, CSP Working Paper Number 007. Institute of Development Studies. UK.
- UNAIDS (2015). How AIDS changed everything. MDG: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf
- UNESCO (2008). Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe, Indicadores de la Educación de la Primera Infancia en América Latina", 2008.
- UNICEF (2004). Manual de Aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño", UNICEF, Ginebra, Suiza.
- UNICEF(2011). La Travesía. Migración e Infancia. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, México.
- UNICEF (2013). Alcanzar los Objetivos del Milenio con Equidad: una mirada desde la infancia y la adolescencia en México. México.
- UNICEF (2013). Improving Child Nutrition Report, New York. UNICEF (2014). Alcanzar los ODM con equidad: una mirada desde la infancia, México.
- UNICEF (2015). La inversión en la primera infancia en América Latina: Propuesta metodológica y análisis en países seleccionados de la región", Panamá.
- UNICEF (2015). Estado Mundial de la Infancia, New York.
- UNICEF (2015). Nota informativa sobre la promoción de la lactancia materna. UNICEF México.
- UNICEF (2016). Iniciativa global por los niños y niñas fuera de la escuela. (en prensa). México.
- UNICEF (2016). Niños y niñas fuera de la escuela en México. Ciudad de México, México.
- UNICEF/ Fundación IDEA (2016). Mapeo de los Servicios Públicos de DIT en Municipios con Menor Índice de Desarrollo Humano, (en prensa). México.
- UNICEF (2012). Inequities in Early Childhood Development. What the data says. Evidence from the Multiple Indicator Cluster Surveys.
- UNICEF (2015). The Rights of the Child and the 2030 Agenda. UNICEF HQ, Mimeo, New York.
- UNICEF (2015). SDGs and UNICEF priorities for children. UNICEF HQ. Mimeo, New York.
- UNICEF (2013). Pobreza y Derechos Sociales de niñas, niños y adolescentes en México 2010-2012. México.
- UNICEF-PNUD (2015). Informe sobre la equidad del gasto en la infancia y la adolescencia en México. México.
- UNICEF/ONUSIDA/ OMS (2002). Los jóvenes y el VIH/SIDA, Una oportunidad en un momento crucial. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/youngpeoplehiv aids_es_0.pdf
- United Nations (2015). Zero draft of the outcome document for the UN Summit to adopt the Post-2015 Development Agenda, New York.
- United Nations Economic and Social Council (2015). Report of the Inter-Agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators. New York.
- UNFPA (2013). Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Disponible en: <http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2013.pdf>
- UNODC (2013). Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. Lima, Perú. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf
- Vasconcelos Méndez, R. (2013). Avances y retrocesos de la justicia penal para adolescentes. UNICEF México/Editorial Novum, México, p. 1.
- Villanueva, Luis (2010). El Maltrato en las salas de parto. Reflexión de un gineco-obstetra. Género y Salud en Cifras 2010 Sep-Dic.; 8(3):21-26. México.
- Washington Group on Disability Statistics [WG] (2010). The Measurement of Disability. Recommendations for the 2010 Round of Censuses. Nueva York: ONU.
- Walker, S et al. (2011). Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development, The Lancet 2011: 378, pp. 1325-38.
- Woldenberg, J. (2015). "¿Dónde estamos?". Revista Nexos. México, Octubre de 2015. México. Disponible en: www.nexos.com.mx/?p=26473



para cada niño

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

UNICEF México, 2018

Paseo de la Reforma No. 645

Col. Lomas de Chapultepec

Ciudad de México, México

Tel. (55) 5284 9530

www.unicef.org/mexico

Para donaciones: 01 800 84188 88

Twitter: UNICEFMexico Facebook: UNICEFMexico

Instagram: unicefmexico

Foto portada: © UNICEF México/Eva Quesada

Diseño: Abigail Virgen