

Diagnóstico situacional de la Primera Infancia en México 2018

Comisión para la Primera Infancia del SIPINNA

Coordinación en la elaboración:
Martha Merlo
Aranzazú Alonso

CDMX, septiembre 2018.



Tabla de contenido

Diagnóstico situacional de la Primera Infancia en México	1
Tabla de contenido.....	2
Lista de tablas	5
Lista de ilustraciones.....	7
Lista de recuadros.....	9
Glosario.....	10
1. Introducción.....	12
Metodología.....	14
Descripción del modelo.....	15
2. Marco legal y programático.....	21
2.1. <i>Instrumentos internacionales</i>	21
2.2. <i>Leyes nacionales</i>	22
2.3. <i>Marco programático</i>	28
3. Análisis de los elementos del cuidado cariñoso y sensible	40
Dominio Salud	40
1. <i>Planificación familiar</i>	41
2. <i>Control de adicciones</i>	50
3. <i>Cuidados prenatales</i>	51
4. <i>Cuidados durante el nacimiento</i>	62
5. <i>Prevención de transmisión de HIV de la madre a bebé</i>	69
6. <i>Cuidado del recién nacido, con atención especial para niños con bajo peso y enfermos</i>	74
7. <i>Contacto y cuidado después del parto</i>	79
8. <i>Madre canguro para bebés con bajo peso</i>	84
9. <i>Inmunización de las madres e</i>	85
10. <i>inmunización de infantes</i>	85
11. <i>Cuidado para niñas y niños con discapacidad y dificultades en el desarrollo</i>	93
12. <i>Salud mental de los padres y cuidadores</i>	96
13. <i>Detección temprana de enfermedades y discapacidades</i>	101
14. <i>Cuidado y atención oportuna y adecuada para niñas/os enfermos</i>	122



15. Manejo integral de las enfermedades de las niñas y niños	122
Conclusiones dominio salud.....	139
Recomendaciones.....	140
Dominio Nutrición	144
1. Nutrición Materna	146
2. Iniciación temprana y exclusiva de la lactancia materna	159
3. Alimentación complementaria y transición a la dieta familiar saludable	174
4. Micronutrientes según sea necesario.....	179
5. Desparasitación	181
6 Monitoreo del crecimiento e intervención cuando está indicado	183
7 Manejo de todas las formas de desnutrición.....	185
Conclusiones dominio Nutrición.....	196
Recomendaciones:.....	198
Dominio seguridad, protección infantil y protección social	202
1 Agua segura y 2 saneamiento	202
4. Prevención y reducción de la contaminación interior y exterior, y 5. Ambientes saludables, verdes, libres de toxinas	206
3 y 7 Prevención y protección del abuso y negligencia, y del castigo severo de las niñas y niños y restitución de derechos	206
6. Prevención de la violencia infligida por la pareja y la familia.....	231
8. Espacios de juegos seguros en áreas urbanas y rurales	235
9. Registro de nacimiento	236
10. Licencias parentales.....	239
Conclusiones dominio seguridad y protección	244
Recomendaciones:	248
Dominio Cuidado Cariñoso y Sensible y Aprendizaje durante la primera infancia	250
Cuidado afectuoso y seguro por parte de adultos en un entorno familiar. Orientación para niños en actividades diarias y relaciones con otros. Rutinas diarias de alimentación y sueño. Respuesta a la comunicación de los niños a través de vocalizaciones, expresiones faciales y gestos	252
1. Madres, padres, familiares y cuidadores en el hogar.....	259
2 Agentes educativos en los CAI.....	276





3. Docentes en los Preescolares	291
Participación de padres, familia extensa y otros compañeros. Apoyo social por familias, grupos comunitarios y comunidades de fe. Círculos de apoyo para la crianza	296
Conclusiones dominio cuidado cariñoso y sensible y aprendizaje en la primera infancia	298
Recomendaciones.....	301
Conclusiones generales.....	303
Recomendaciones.....	309
Acciones puntuales con mirada de línea de vida que requieren mejorarse para asegurar el DIT.	317
Bibliografía.....	322



LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de MEFU según característica seleccionada, 2006 y 2009.....	44
Tabla 2 Nacidos vivos, defunciones fetales y embarazos 2010-2015	52
Tabla 3 Personal encargado del cuidado prenatal, México 2015	53
Tabla 4 Recién nacidos con peso menor a 2500 gramos, por sexo, 2017	56
Tabla 5 Recién nacidos con bajo peso 2012-2017.....	56
Tabla 6 Distribución porcentual de mujeres de 20 a 49 años cuyo último hijo nació vivo entre 2007 y 2012, por prueba de detección de sífilis y VIH y consumo de ácido fólico durante el embarazo.....	70
Tabla 7 Indicadores sobre la prueba de VIH.....	72
Tabla 8 Visita de Cuidado Post-Natal para Recién Nacidos.....	80
Tabla 9 esquema de vacunación México 2016.....	87
Tabla 10 Población con discapacidad de 0 a 4 años, por sexo 2014.....	94
Tabla 11 Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años con hijos menores de 6 años con indicación de depresión moderada o severa Sintomatología depresiva materna.....	98
Tabla 12 Resultados de la aplicación de la Prueba EDI a nivel nacional a la población menor de 5 años beneficiaria de Prospera del 2013 al 2018	104
Tabla 13 Pruebas EDI realizadas en el 2017.....	104
Tabla 14 Mortalidad en menores de 5 años, y mortalidad en menores de 1 año.....	124
Tabla 15 Porcentaje de madres que reportan alguna vez haber recibido información ó consejería, por parte del personal de salud, en alguna consulta de niño sano.	129
Tabla 16 Porcentaje de madres que reportan que a sus hijos alguna vez les hicieron las siguientes acciones en la atención en primera infancia.....	130
Tabla 17 Total de consultas del niño sano.....	130
Tabla 18 Condición de afiliación y uso de los servicios de salud.....	131



Tabla 19 Porcentaje de niños/as menores de 23 meses que recibieron una alimentación mínima aceptable.....	174
Tabla 20 Porcentaje de niños/as de 6-23 meses que recibieron apropiadamente líquidos y sólidos, o alimentos blandos el número mínimo de veces o más durante el día previo, por estado de lactancia.....	176
Tabla 21 Agua y saneamiento.....	204
Tabla 22 Porcentaje de niñas y niños menores de 6 años que experimentaron agresión psicológica o castigo físico durante el mes anterior a la encuesta.....	209
Tabla 23 Total de niñas, niños y adolescentes atendidos por la PFP NNA del 2016 al 2018	210
Tabla 24 Casos de lesiones y/o violencia por edad del 2010-2015.....	211
Tabla 25 Estimadores de la población total y su distribución porcentual según condición de registro de nacimiento para el grupo de 0 a 5 años de edad	237
Tabla 26 Total de nacimientos registrados por condición de actividad y posición del trabajo de la madre.....	240
Tabla 27 Población de 0 a 6 años por edad desplegada, según lugar o persona que cuida al niño o niña.....	251
Tabla 28 Servicios y programas que crean ambientes para el desarrollo infantil fuera del hogar	257
Tabla 29 Madres capacitadas por tema de interés.....	262
Tabla 30 Porcentaje de niñas y niños menores de 5 años que tienen tres o más libros infantiles y dos o más tipos de juguetes.....	262
Tabla 1 Población derechohabiente adscrita a la unidad por género y rango de edad, 2011 - 2016	274
Tabla 32 Alumnos, docentes y escuelas o planteles en preescolar por tipo de servicio o modelo educativo.....	292
Tabla 33 Alumnos, docentes y escuelas o planteles en preescolar según tipo de sostenimiento	293



Lista de ilustraciones

Ilustración 1 Niveles de planeación	19
Ilustración 2 Acciones de Planificación familiar en el componente de Salud de Prospera ..	47
Ilustración 3 Total de embarazos	52
Ilustración 4 Defunciones fetales	55
Ilustración 5 Intervenciones efectivas integrales para embarazo saludable y parto seguro en la línea de vida.....	59
Ilustración 6 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario capacitado, Nacional	65
Ilustración 7 Nacidos vivos 2010-2016.....	65
Ilustración 8 Razón de mortalidad materna.....	75
Ilustración 9 Distribución porcentual según visita de cuidado posnatal para las madres, 2015	81
Ilustración 10 acceso a pruebas confirmatorias para el tamiz neonatal SS, 2011-2012.....	102
Ilustración 11 estrategia de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana del Prospera, 2018	111
Ilustración 12 Componente educativo comunitario de la Estrategia de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana del Prospera 2018	113
Ilustración 13 Distribución porcentual de la población de menores de cinco años que presentó enfermedad diarreica, según edad y sexo. México, ENSANUT 2012	125
Ilustración 14 Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años por entidad federativa 2015	126
Ilustración 15 Distribución de la población menor de 10 años, según presencia de infección Respiratoria Aguda por edad y sexo México 2012.....	127
Ilustración 16 Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años por entidad federativa 2015.....	128



Tabla 17 Porcentaje de la población menor de 5 años con enfermedad respiratoria aguda, según identificación de los signos de alarma por parte de la madre. México, ENSANUT 2012.....	129
Ilustración 18 Distribución porcentual según condición de uso de servicios, menores de 5 años, México 2015.....	131
Ilustración 19 Distribución de la población según institución de protección en salud de acuerdo con el autor reporte del informante del hogar. México, ENSANUT 2012.....	132
Ilustración 20 Relación entre las políticas públicas, el consumo de alimentos y la dieta, OMS.....	144
Ilustración 21 Prevalencia nacional de anemia en mujeres embarazadas de 12 a 49 años por área (comparación con datos de la ENN 99, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012).....	147
Ilustración 22 Tendencia de sobrepeso y obesidad en mujeres de 20 a 49 años según residencia 1988-2016.....	148
Ilustración 23 Estrategia Integral de Atención a la Nutrición.....	154
Ilustración 24 Prevalencia de bajo peso, baja talla y emaciación para menores de 5 años, México.....	187
Ilustración 25 Uso de agua y saneamiento mejorados en áreas urbanas y rurales, ENIM 2015.....	204
Ilustración 26 Porcentaje de niñas y niños cuidados por otras personas distintas de la madre y que no asisten a instituciones de cuidado, nacional 2013.....	255
Ilustración 27 Documentos normativos y acciones gubernamentales de educación inicial y educación preescolar.....	259
Ilustración 28 Programas de provisión y subsidio de servicios de cuidado infantil en México, 2013.....	280
Ilustración 29 Capacitación de las cuidadoras según tipo de centro y tipo de capacitación, 2015.....	285



Lista de cuadros

Recuadro 1 Aspectos generales del programa IMSS-PROSPERA.....	116
Recuadro 2 Atribuciones de las procuradurías.....	216
Recuadro 3 Modelos de Centros de Atención Infantil y rangos de edad para cada modelo	¡Error! Marcador no definido.
Recuadro 4 Repertorio de suaves violencias.	277



Glosario

ANSA	Acuerdo Nacional por la Salud Alimentaria
CENSIA	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia
CENSID	
A	Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida
CICSLM	Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna
CNPSAC	Consejo Nacional para la Prestación de Servicios de Atención Cuidado y
DII	Desarrollo Integral Infantil
COFEPR	
IS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
CONADI	
C	Comision Nacional contra las Adicciones
CONAFR	
EC	Consejo Nacional de Funcionarios del Registro Civil
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONAVA	Consejo Nacional de Vacunación
DGDC	Dirección General de Desarrollo Curricular
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DOF	Diario Oficial de la Federación
EIASA	Estrategia Integral De Asistencia Social Alimentaria
ENADID	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
ENAPEA	Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazo en Adolescentes
ENIM	Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Mujeres
ENSANU	
T	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ESIAN	Estrategia Integral de Atención a la Nutrición
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
HIMFG	Hospital Infantil de México Federico Gómez
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INDICAS	Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
LGPSAC	Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y
DII	Desarrollo Integral Infantil
LGSPD	Ley General del Servicio Profesional Docente
MEF	Mujeres en Edad Fértil
MEFSA	Mujeres en Edad Fértil Sexualmente Activas
MEFU	Mujeres en Edad Fértil Unidas
MIR	Matriz de Indicadores y Resultados
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAE	Programa de Acción Específico
PAE PFA	Programa de Acción Específico planificación familiar y anticoncepción
PAE SIA	Programa de Acción Específico Salud para la Infancia y la Adolescencia
PAE	Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal





SMYP	
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PROSES	
A	Programa Sectorial de Salud 2013-2018
RENAPO	Registro Nacional de Población e Identificación Poblacional
RENCAI	Registro Nacional de Centros de Atención Infantil
SEDENA	Secretaría de Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina
SEN	Sistema Educativo Nacional
SESAs	Servicios Estatales de Salud
SINAC	Subsistema de Información de Nacimientos
SMP	Salud Materna y Perinatal
SS	Secretaría de Salud



1. Introducción

La atención a los niños¹ de cero a 6 años se caracteriza por una superposición y dispersión de acciones muy notable, en parte por que las acciones han ido surgiendo en distintos momentos, respondiendo a lógicas distintas y aún no ha habido una estrategia o esfuerzo que logre alinearlas priorizando a la primera infancia. Por otra parte, porque no había existido en México hasta 17 de noviembre de 2016 un organismo creado especialmente para coordinar, articular, promover, aplicar y dar seguimiento a los asuntos relacionados con el desarrollo infantil temprano. En la actualidad “las y los gobernados se han visto afectados por la constante creación de nuevas instancias que han provocado duplicación y el traslape de competencias entre los tres niveles de gobierno, órganos centrales, descentralizados, desconcentrados y autónomos. La expedición de más leyes generales ha contribuido a la dispersión porque aunque el objetivo es compartir competencias, el límite de lo que le toca a cada quien o es difuso o queda sujeto a interpretación. Entender hasta dónde llega la competencia de cada órgano es difícil para los expertos y más aún para la gente común” (Bonifaz 2018). Tal es el caso de la primera infancia (Bucio 2016). Así tenemos que en México existen leyes, normas, guías clínicas, modelos, estrategias, programas presupuestarios, programas operativos, unidades responsables, componentes, planes de gobierno, planes de acción específicos, etc., que en cierta medida impactan a la primera infancia. Ante tal multiplicidad de acciones y documentos normativos, la Comisión para la Primera Infancia (antes Desarrollo Infantil Temprano) aprobada por el Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes en su Segunda Sesión Ordinaria en agosto del 2016, aprobó como uno de sus principales trabajos la

¹ El lenguaje empleado en el presente documento no busca generar ninguna distinción ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o alusiones en la redacción hechas hacia un género representana ambos sexos.



elaboración de un diagnóstico de la oferta y demanda de servicios para la primera infancia, que permitiera a tomadores de decisión y público en general, conocer las principales acciones públicas en la materia, y brindar elementos para el diseño de una política para el desarrollo integral de la Primera Infancia. Se consideró también que era necesario traspasar los límites convencionales de modo que se pueda primero entender qué servicios se están prestando, para después avanzar en que estos servicios puedan prestarse oportunamente, coordinarse unos con otros y orientarse a quienes más los necesitan, a través de múltiples estructuras de prestación de servicios; Limitar el análisis a un solo sector o una sola instancia gubernamental no contribuye a este garantizar el cumplimiento de los derechos de los niños, que por definición debe ser integral.

Este diagnóstico responde a la necesidad de identificar todas las acciones y normativas que impactan en la garantía de los derechos de la Primera Infancia y busca que la Comisión cuente con los elementos para recomendar acciones a la siguiente administración. Es un documento que revisa los avances logrados hasta ahora, con una mirada que pretende trascender los límites que imponen los planes y programas que concluyen al cierre de una administración. Incorpora una evaluación transversal no sectorializada de las acciones públicas relacionadas con las intervenciones que la ciencia ha catalogado como críticas para el desarrollo de las niñas y niños en primera infancia; con un enfoque de derechos.

Para la elaboración de este diagnóstico se tuvo siempre en el centro a las niñas, los niños y sus familias. A diferencia del enfoque tradicional de diagnóstico de políticas públicas - que priorizan el estudio de los programas y las acciones gubernamentales- este estudio es pionero al poner al centro de todo el análisis al niño y la niña. Para ello se utilizó como guía los “elementos esenciales para el desarrollo” propuestos por el Modelo de Cuidado Cariñoso y Sensible (CCS) elaborado por UNICEF, OMS, Banco Mundial y Partnership for Maternal, Newborn & Child Health. Éstos son como las piezas de un rompecabezas que al estar completo asegura que todos los niños logren su pleno potencial.

Contar con este diagnóstico permitirá a los tomadores de decisiones y al público en general, conocer con precisión la situación que guardan en la política pública nacional los elementos que han probado ser más importantes para el Desarrollo Infantil Temprano (en



adelante DIT²), y por tanto tomar decisiones más acertadas sobre hacia dónde deben orientarse los esfuerzos gubernamentales, para mejorar el cumplimiento de los derechos de todas las niñas y niños del país.

El documento se enfoca exclusivamente en las acciones y normativas a nivel federal, aunque se sabe que existen muchas acciones en los otros dos niveles de gobierno, - municipal y estatal- . Se optó por este enfoque ya que muchas de las principales acciones que impactan el ejercicio de los niños y niñas en México derivan de los programas, normativas o recursos federales. Asimismo, el documento no abarca un análisis del presupuesto ejercido en acciones para la primera infancia. Si bien en un inicio se contempló esa posibilidad, se encontró la dificultad de que los programas y estrategias son partes pequeñas de grandes bolsas presupuestales que no están desagregadas por edad, y tampoco están disponibles para consulta del público. En la gran mayoría de los casos, ni siquiera los ejecutores de gasto pueden identificar con precisión que parte de sus recursos se destina a este grupo etario. Aunado a eso, se encontró que la comisión de la Primera Infancia no tiene la capacidad de obligar a sus integrantes a compartir información financiera.

Metodología

Para dar orden y sentido a las acciones y normas a favor de la primera infancia, se consideró necesario empezar con una definición de cómo se produce un adecuado Desarrollo Infantil Temprano (DIT). En otras palabras, saber qué acciones son las que debe realizar cualquier gobierno para garantizar el cumplimiento de los derechos de las niñas y niños durante la primera infancia. Para ello se tomó como referencia el modelo de Cuidado Cariñoso y Sensible, elaborado en el 2018 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), que tiene como base las investigaciones recientes de la serie Lancet y otras publicaciones científicas (WHO,

² Se entiende por Temprano, un desarrollo que ocurre durante la primera infancia Que pertenece al principio de una cosa o está en las primeras etapas de su existencia o de su desarrollo. Dejando fuera otras connotaciones que implican algo que se realiza en tiempo anterior al señalado, acostumbrado, previsto o considerado correcto.



UNICEF, y World Bank Group 2018). Además, cuenta con una lista acotada de elementos esenciales para el desarrollo de la primera infancia, que funcionarán como guía para evaluar las acciones del Estado en este diagnóstico situacional.

Contar con un modelo facilita el análisis y brinda varias ventajas:

- Contribuye a dejar de lado la mirada sectorizada de los servidores públicos, para poner al centro a la primera infancia y sus familias.
- Permite decidir cuáles acciones y programas analizar con más detalle. Los programas y normas que atienden a la primera infancia, sus familias y sus entornos son muchos y muy heterogéneos. Los programas varían en sus planteamientos, proporción de recursos destinados a primera infancia, cobertura, enfoque, nivel de gobierno, alcance, etc. Ante tal variedad, el modelo permite decidir con criterios claros y consistentes, los programas que se deberán analizar con más profundidad.
- El modelo es robusto, goza de gran legitimidad y es la punta de lanza en la materia; además de reunir el conocimiento más actual sobre el tema desarrollado por los expertos más reconocidos.

Descripción del modelo

El modelo³ consiste en cinco dominios: salud, nutrición, seguridad social y protección especial, cuidado cariñoso y sensible y aprendizaje temprano. Cada uno de los dominios contiene una lista de elementos que contribuyen al desarrollo óptimo. Adicionalmente pone énfasis en la importancia de contar con entornos favorables de políticas y normas para los cuidadores. Y para que ellos puedan, a su vez, crear ambientes nutritivos y de apoyo para las niñas, niños y sus familias.

A continuación, se mencionan las intervenciones deseadas o elementos esenciales del cuidado cariñoso y sensible, ordenadas en función de los 5 dominios del modelo.

³ Este diagnóstico utilizó como referencia el primer borrador el Modelo del Cuidado Cariñoso y Sensible, publicado en el 2017 http://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework-first-draft.pdf?ua=1. En Mayo del 2018, cuando llevaba un 80% de avance, se publicó la última versión del Modelo del Cuidado Cariñoso y Sensible, que mantuvo casi en su totalidad el modelo con algunas variaciones.



Salud

- Planificación familiar
- Control de adicciones
- Cuidados prenatales
- Cuidados durante el parto
- Prevención de transmisión de HIV de la madre a bebé
- Cuidado del recién nacido, con atención especial para niños con bajo peso y enfermos
- Contacto y cuidado después del parto
- Madre canguro para bebés con bajo peso
- Inmunización de las madres
- Inmunización de infantes
- Cuidado para niñas y niños con discapacidad y dificultades en el desarrollo
- Salud mental de los padres y cuidadores
- Detección temprana de enfermedades y discapacidades
- Cuidado y atención oportuna y adecuada para niñas/os enfermos
- Manejo integral de las enfermedades de las niñas y niños

Nutrición

- Nutrición materna
- Iniciación temprana y exclusiva de la lactancia materna
- Alimentación complementaria y transición a la dieta familiar saludable
- Micronutrientes según sea necesario
- Desparasitación
- Monitoreo del crecimiento e intervención cuando está indicado
- Manejo de todas las formas de desnutrición

Seguridad y protección

- Agua segura
- Saneamiento



Prevención del abuso y negligencia

Prevención y reducción de la contaminación interior y exterior

Ambientes saludables, verdes, libres de toxinas

Prevención de la violencia infligida por la pareja y la familia

Prevención del castigo severo de los niños

Espacios de juegos seguros en áreas urbanas y rurales

Registro de nacimiento

Cuidado cariñoso y sensible

Contacto piel a piel inmediatamente después del nacimiento

Cuidado afectuoso y seguro por parte de adultos en un entorno familiar

Orientación para niños en actividades diarias y relaciones con otros.

Rutinas diarias de alimentación y sueño

Participación de padres, familia extensa y otros compañeros

Apoyo social por familias, grupos comunitarios y comunidades de fe

Círculos de apoyo para la crianza

Responder a la comunicación de los niños a través de vocalizaciones, expresiones faciales y gestos

Educación temprana

Estimulación del lenguaje a través de hablar y cantar

Estimular la exploración de objetos con la guía de los cuidadores

Fomentar la interacción entre niño y cuidador a través del juego, la lectura y contar historias

Biblioteca móvil de juguetes y libros

Cuidado diurno de calidad y educación preescolar



Para cada elemento se describen cuatro aspectos generales, que permiten cumplir con los objetivos de este diagnóstico:

1. **Importancia.** En este apartado se resaltan las principales ventajas de atender este elemento y se explica y justifica porqué es importante para el desarrollo de la primera infancia. En algunos casos, se hace referencia a la evidencia internacional que existe a favor del documento.
2. **Diagnóstico.** Busca explicar la parte de la “demanda”, es decir, identificar el grado de cumplimiento del elemento esencial que está siendo revisado. Esta revisión se vincula en última instancia con el grado de cumplimiento de los derechos de las niñas y niños en Primera Infancia.
3. **Oferta gubernamental.** Esta parte describe la oferta actual de bienes y servicios que inciden en el acceso con calidad al elemento esencial analizado. Este análisis inicia por una revisión de los Programas de Acción Específicos (PAE) derivados de los Planes Sectoriales (nivel dos de la ilustración 1) , que son los que profundizan en el diagnóstico, los objetivos, las estrategias, las líneas de acción y los indicadores. Seguido de una revisión de los programas operativos y presupuestales vinculados al elemento esencial (nivel tres de la ilustración 1). Se incluye también como parte de la oferta gubernamental las Normas Oficiales Mexicanas que inciden en la provisión del elemento esencial. La revisión del PND nivel 1, se hará en el capítulo 2. En ese mismo capítulo se revisa la parte de la legislación que incide en la creación de los planes. Las principales fuentes de información utilizadas en este apartado son documentos y bases de datos de naturaleza pública que compilan/analizan la oferta programática del gobierno federal; así como entrevistas a los servidores públicos responsables de la ejecución de estos programas.



Ilustración 1 Niveles de planeación



Fuente: Unidad de Evaluación del Desempeño, SHCP

4. Brecha. Este apartado se hace un análisis tanto de la normativa, como de los programas de acción específico y los programas operativos y presupuestales, a la luz de la cobertura revisada en el diagnóstico. Se analiza la brecha con respecto a las siguientes preguntas:
 - a. EXISTENCIA. ¿El elemento esencial está en la normativa y en los programas? ¿Desde hace cuánto tiempo?
 - b. PERTINENCIA. ¿La manera en que está planteada la provisión del elemento esencial es actual, basada en la evidencia científica más reciente y alineada con el nuevo paradigma de atención explicado en el Modelo de CCS?
 - c. IMPACTO. ¿Existen elementos para evaluar la ejecución de los planes y programas? De ser así, ¿Cómo se está implementando? Y ¿cuál es el impacto del programa en la población?
 - d. CALIDAD. ¿Es posible evaluar la calidad? ¿Cómo es ésta? Para la primera infancia la evaluación de la calidad es absolutamente fundamental, es uno de los pilares de todo el Modelo de CCS.
 - e. ALCANCE. ¿Los planes y programas sumados lograrían la cobertura necesaria para ese elemento esencial lo tuvieran todos las niñas y niños? Y en esa misma idea, existen procesos formales o informales de coordinación.



El presente documento consta de tres secciones principales, un marco legal y programático, el análisis de los elementos del modelo cuidado cariñoso y sensible con una sección de conclusiones por dominio, y una última sección de conclusiones y recomendaciones generales.



2. Marco legal y programático

2.1. Instrumentos internacionales

En 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración de Derechos Humanos. En su artículo 25 se establece que la infancia tiene “derecho a cuidados y asistencia especiales”. Más de diez años más tarde, la misma Asamblea aprobó la Declaración de los Derechos del Niño, que enfatiza los derechos de los niños a la educación, la atención de la salud y a una protección especial. De igual modo, reconoce su derecho a la no discriminación, a la identidad y a la nacionalidad. En 1966 se aprobaron el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ambos pactos contienen disposiciones específicas de protección a la infancia (UNICEF, 2008).

La Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el año 1979 como el Año Internacional del Niño, y con ello se dio inicio a los trabajos de redacción de una Convención sobre los Derechos del Niño que fuera **jurídicamente vinculante**. Estos trabajos concluyen en 1989 con la aprobación de la convención, que entró en vigor en 1990. En el año 2000, de manera complementaria a la Convención, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó dos Protocolos Facultativos de la Convención sobre los Derechos del Niño: uno sobre la participación de los niños en conflictos armados y el otro sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía (UNICEF, 2008).

La supervisión de la aplicación de la Convención y sus dos protocolos facultativos está a cargo del Comité de los Derechos del Niño. Este órgano también tiene a su cargo orientar a los estados parte sobre la interpretación de la Convención mediante la publicación de Comentarios Generales. En noviembre de 2005 el Comité emitió la Observación General No.7: Realización de los derechos del niño en la primera infancia. El propósito de esta observación fue enfatizar que “...los niños pequeños son portadores de todos los derechos consagrados en la Convención y que la primera infancia es un período esencial para la

realización de estos derechos” (UNICEF, 2006: p.71). De igual modo, tuvo como objetivo recordar a los estados partes sus obligaciones para con los niños en la primera infancia.

México ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño en 1990; y sus dos protocolos facultativos en 2002. Con ello, reconoce las citadas disposiciones como parte intrínseca de su marco jurídico; acepta la supervisión y recomendaciones del Comité en materia de derechos de la infancia; y le compete el estudio de la Observación General Número 7 en el desarrollo de políticas, programas y acciones orientadas a garantizar los derechos de niñas y niños durante la primera infancia.

2.2. Leyes nacionales

El 29 de mayo del año 2000 se publicó el Diario Oficial de la Federación (DOF), la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LPDNNNA). Esta publicación fue la respuesta institucional al compromiso que México había contraído 10 años atrás a mediante la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño.

El 12 de octubre de 2011 se publicó en el DOF una reforma al artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que incorporó “el interés superior de la niñez” como un principio fundamental de actuación del Estado mexicano. Con esta reforma se establece que niñas, niños y adolescentes deben ser una prioridad para el Estado mexicano; y se reconoce explícitamente que “tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades, en especial las relacionadas con la alimentación, la salud, la educación y el sano esparcimiento para el desarrollo integral”. La reforma establece que el interés superior debe guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez. Así mismo, en octubre de 2011 se publicó la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil, que en su Art. 9 establece que “Niñas y niños tienen derecho a recibir los servicios para la atención, cuidado y desarrollo integral infantil en condiciones de calidad, calidez, seguridad,



protección y respeto a sus derechos, identidad e individualidad con el fin de garantizar el interés superior de la niñez”.

Para continuar con el proceso de armonización legislativa con las obligaciones internacionales en materia de infancia, el 3 de septiembre de 2014 el Presidente Enrique Peña Nieto presentó ante el Congreso de la Unión la Iniciativa con proyecto de decreto que expide la Ley General para la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes. En uso de sus facultades constitucionales, el Presidente de la República dio a esta iniciativa carácter preferente. La iniciativa fue aprobada con modificaciones el 6 de noviembre de 2014, y fue publicada en el DOF el 4 de diciembre de ese mismo año.

Con la aprobación de la Ley General de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (LGDNNA)⁴ se reconoce explícitamente que cada niño, niña y adolescente (en lo sucesivo, NNA) tiene todos y cada uno de los derechos previstos en la legislación nacional e internacional; de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad; y se establece que todos los órganos de Estado mexicano deben respetar, promover y garantizar el pleno ejercicio de estos derechos.

De manera enunciativa más no limitativa; el artículo 13 de la LGDNNA reconoce los derechos de niñas, niños y adolescentes en México a la vida, a la supervivencia y al desarrollo; a la prioridad; a la identidad; a vivir en familia; a la igualdad sustantiva; a no ser discriminado; a vivir en condiciones de bienestar y a un sano desarrollo integral; a una vida libre de violencia y a la integridad personal; a la protección de la salud y a la seguridad social; a la inclusión en caso de discapacidad; a la educación; al descanso y al esparcimiento; a la libertad de convicciones éticas, pensamiento, conciencia, religión y cultura; a la libertad de expresión y de acceso a la información; de participación; de asociación y reunión; a la intimidad; a la seguridad jurídica y al debido proceso; y de acceso

⁴ La iniciativa sufrió modificaciones en cámara de origen y revisora, incluido el nombre de la Ley.



a las tecnologías de la información y comunicación, así como a los servicios de radiodifusión y telecomunicaciones, incluido el de banda ancha e Internet.

Si bien a LGDNNA enlista los derechos de NNA y las obligaciones de los órganos del Estado en materia de promoción, protección y garantía de estos derechos; otras leyes de carácter general incluyen disposiciones relacionadas con esta materia, como lo son la Ley General de Salud, la Ley General de Educación, la Ley General de Desarrollo Social, la Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia, y la Ley General 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

La Ley General de Salud (LGS) reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos -incluida la población infantil- y distribuye competencias en la materia entre la federación y las entidades federativas. De acuerdo con esta disposición, se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (artículo 1 bis)

En materia de primera infancia el Capítulo V de la LGS refiere de manera específica a la “protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio”. De acuerdo con el artículo 61 de la LGS, la atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones: a) atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera; b) atención de la transmisión del VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual en mujeres embarazadas a fin de evitar la transmisión perinatal, c) atención del niño y la vigilancia de su crecimiento, desarrollo integral, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna, atención prenatal, así como la prevención y detección de las condiciones y enfermedades hereditarias y congénitas, y en su caso atención, que incluya la aplicación de la prueba del tamiz ampliado, y su salud visual; d) revisión de retina y tamiz auditivo al prematuro; e)



aplicación del tamiz oftalmológico neonatal; d) diagnóstico oportuno y atención temprana de la displasia en el desarrollo de la cadera, y f) la atención del niño y su vigilancia durante el crecimiento y desarrollo, y promoción de la integración y del bienestar familiar.

De acuerdo al artículo 61 estas acciones ocurren durante el embarazo y hasta el puerperio. No obstante, no se incluye una descripción específica sobre la atención integral de la niñez al concluir el puerperio y durante los primeros años de vida. También se observa que en la LGS no hay mención específica al Desarrollo Infantil Temprano o a actividades de estimulación.

Por otro lado, la LGS incluye un capítulo específico dedicado a la nutrición (Capítulo III) y establece como objetivos del Sistema Nacional de Salud: “Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y personas con discapacidad, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social”; así como “[d]ar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez” (Artículo 6, Fracciones III y IV)

En el ámbito del derecho a la educación de la primera infancia, la Ley General de Educación (LGE) contiene disposiciones relativas tanto a la educación inicial como la educación preescolar. Si bien la educación inicial no es obligatoria, el artículo 39 de la LGE la reconoce como parte del sistema educativo nacional y establece que su propósito es “...favorecer el desarrollo físico, cognoscitivo, afectivo y social de los menores de cuatro años de edad”. La orientación a padres de familia o tutores para la educación de sus hijas, hijos o pupilo queda comprendida bajo el mismo concepto, definido en el artículo 40 de la Ley en comento.

En su análisis del 2018, la organización Mexicanos Primero comenta: “*La Ley General de Educación (LGE) define en sus Artículos 9º y 39 que la Educación Inicial queda comprendida en el sistema educativo nacional; hay, pues, un mandato para el Estado mexicano de sostener instituciones y establecer programas al respecto, incluso si todavía no hay plena obligatoriedad. El*



Artículo 40 de la LGE establece que la Educación Inicial en el país tiene como propósito favorecer el desarrollo físico, cognoscitivo, afectivo y social de los menores de 4 años, y reconoce que las estrategias no se limitan a servicios y programas en ambientes institucionalizados fuera del hogar, pues deben también incluir la orientación a las familias para la educación de sus hijas e hijos en el rango de edad mencionado” (Mexicanos Primero 2018).

Corresponde a la autoridad educativa federal fijar los requisitos pedagógicos de los planes y programas de educación inicial impartidas por los particulares (artículo 12); mientras que la prestación de servicios de educación inicial corresponde a las autoridades educativas locales (artículo 13). A las autoridades educativas, en su conjunto, les corresponde la formación a nivel licenciatura de los maestros de educación inicial (artículo 20); establecer las condiciones que permitan el ejercicio pleno del derecho a la educación de calidad (artículo 32) y fortalecer la educación inicial, incluyendo a personas con discapacidad. Llama la atención que la educación inicial no forma parte del Sistema Nacional de Evaluación Educativa.

La determinación de planes y programas de estudio para educación preescolar, su calendario, libros de texto y lineamientos para el uso de material educativo corresponden de manera exclusiva a la federación. Por su parte, las autoridades educativas locales tienen la facultad de prestar los servicios de educación preescolar y de otorgar, negar y revocar autorización a los particulares para impartir la educación preescolar (artículo 13). El Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación es la instancia responsable de evaluar a la educación básica, incluida la preescolar (artículo 29).

En otro ámbito, la Ley General De Desarrollo Social (LGDS) señala las obligaciones del gobierno orientadas a garantizar el pleno ejercicio de los derechos sociales consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, para asegurar el acceso de toda la población al desarrollo social, incluida de manera tácita la primera infancia. De conformidad con el artículo 6 de la LGDS son derechos para el desarrollo social la



educación, la salud, la alimentación nutritiva y de calidad, la vivienda, el disfrute de un medio ambiente sano, el trabajo y la seguridad social y los relativos a la no discriminación en los términos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

La LGDS considera prioritarios y de interés público los programas y acciones públicas para asegurar la alimentación nutritiva y de calidad y nutrición materno-infantil (artículo 19). No obstante, no incluye ninguna otra disposición específica en materia de NNA.

Ahora bien, además de las leyes que reglamentan las disposiciones constitucionales relativas al ejercicio de derechos; también hay otro cuerpo normativo que aborda cuestiones de gran relevancia para el Desarrollo Infantil Temprano, y son aquellas cuyo objeto está relacionado con las acciones del Estado encaminadas a prevenir situaciones de violencia que afectan a toda la población, pero que hieren de manera particular a la primera infancia.

La primera de ellas es la Ley General Para La Prevención Social De La Violencia y La Delincuencia. Ésta tiene por objeto establecer las bases de coordinación entre la Federación, los Estados, el Distrito Federal y los Municipios en materia de prevención social de la violencia y la delincuencia en el marco del Sistema Nacional de Seguridad Pública, previsto en el artículo 21 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. De acuerdo con su artículo 2, la prevención social de la violencia y la delincuencia es el conjunto de políticas públicas, programas y acciones orientadas a reducir factores de riesgo que favorezcan la generación de violencia y delincuencia, así como a combatir las distintas causas y factores que la generan.

Uno de los principios rectores de esta Ley es la intersectorialidad y transversalidad, que “consiste en la articulación, homologación y complementariedad de las políticas públicas, programas y acciones de los distintos órdenes de Gobierno, incluidas las de justicia, seguridad pública, desarrollo social, economía, cultura y derechos humanos, con atención



particular a las comunidades, las familias, las niñas y niños, las mujeres, así como las y los jóvenes en situación de riesgo”(artículo 3, III). Así pues, se establece que se debe dar una atención especial a la niñez.

Otra de las leyes que resulta de gran relevancia por su relación con situaciones de violencia que afectan de manera decisiva el desarrollo infantil es la Ley General 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 (LGPSEMTP), publicada en el DOF el 14 de junio de 2012. Esta Ley tiene entre sus objetivos establecer mecanismos efectivos para tutelar la vida, la dignidad, la libertad, la integridad y la seguridad de las personas, así como el libre desarrollo de niñas, niños y adolescentes, cuando sean amenazados o lesionados por la comisión de los delitos objeto de la misma (artículo 2, fracción V).

Llama la atención que la LGPSEMTP ya incorpora de manera explícita el Interés superior de la infancia, “entendido como la obligación del Estado de proteger los derechos de la niñez y la adolescencia, y de velar por las víctimas, ofendidos y testigos menores de 18 años de edad, atendiendo a su protección integral y su desarrollo armónico” (artículo 3, fracción IV). De manera adicional, establece disposiciones específicas que se deben implementar en favor de la niñez en materia de investigación, procesamiento y sanción (artículo 7); atención a las víctimas y restitución de derechos (art, 62); reparación del daño y desarrollo de la personalidad (65, III)

2. 3. Marco programático

En los siguientes párrafos se describen los objetivos, estrategias y líneas de acción trazados en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 que se relacionan de alguna manera con el desarrollo infantil temprano desde un enfoque amplio, es decir, que impactan de



alguna manera aquellas variables que inciden en el mismo (alimentación, nutrición, acceso a la salud, protección frente a la violencia) aunque no se traduzcan en un programa o estrategia de desarrollo infantil temprano de manera explícita. Posteriormente se revisan los programas sectoriales y especiales derivados de los mismos.

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

El PND 2013-2018, publicado en el DOF el 20 de mayo de 2013 agrupa sus objetivos en torno a 5 ejes o metas nacionales: 1. México en paz, 2. México Incluyente, 3. México con Educación de Calidad, 4. México Próspero y 5. México con Responsabilidad Global. Las metas nacionales en las que se identifican de manera explícita objetivos, estrategias y líneas de acción relacionadas con un adecuado desarrollo desde el enfoque antes mencionado son el eje 1. México en paz y el eje 2. México incluyente.

La meta nacional 1. México en Paz establece como estrategia 1.5.2 *“Hacer frente a la violencia contra los niños, niñas y adolescentes en todas sus formas, sobre la base de una coordinación eficiente que asegure la participación de todos los sectores responsables de su prevención, atención, monitoreo y evaluación”*. Entre las líneas de acción de la estrategia destacan las siguientes: *“priorizar la prevención de la violencia contra los niños, niñas y adolescentes, abordando sus causas subyacentes y factores de riesgo integralmente [...] y prohibir y sancionar efectivamente todas las formas de violencia contra los niños, niñas y adolescentes, así como asegurar que los niños y niñas que la han sufrido no sean re-victimizados en el marco de los procesos de justicia y atención institucional”*.

La meta nacional 2. México incluyente considera al menos cinco estrategias y líneas de acción relacionadas el acceso a la alimentación, a una nutrición de calidad así como a servicios básicos de salud durante los primeros años, condiciones básicas para un desarrollo adecuado. La primera de ellas es la 2.1.1, “Asegurar una alimentación y nutrición adecuada de los mexicanos”, en particular para aquellos en extrema pobreza o con carencia alimentaria severa. Entre las líneas de acción consideradas dentro de esta estrategia se encuentran el combate a la carencia alimentaria, facilitar el acceso a productos alimenticios y propiciar un ingreso mínimo.



El PND también contempla como estrategia el fortalecimiento al “desarrollo de capacidades en los hogares con carencias para contribuir a mejorar su calidad de vida e incrementar su capacidad productiva” (2.1.2). Como líneas de acción se incluyen los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud; la capacitación a la población para fomentar el autocuidado de la salud, priorizando la educación alimentaria nutricional y la prevención de enfermedades; mejorar el desempeño escolar a través de la nutrición y buen estado de salud de niños y jóvenes; además, de manera explícita “promover acciones de desarrollo infantil temprano”. Esta última línea de acción refiere específicamente a acciones de estimulación y a la promoción de las interacciones entre niños/as y sus cuidadores que son críticas para el desarrollo del cerebro infantil.

Al respecto Myers y Martínez (2017, 16) observan *“La política actual que se expresa en el Plan Nacional El Plan Nacional 2013-2018 incluye mención del “desarrollo integral temprano” en relación a su objetivo de promover un “México Incluyente. Esto hace que la ubicación de EI en el Plan es más en salud que en educación. También es más en relación a la capacitación de adultos para fomentar autocuidado de salud (vea sección abajo) que en relación a atención en centros. No hace mención explícita en el Plan de centros de atención, cuidado y desarrollo integral. Se presenta una línea de acción general titulada “Promover el desarrollo integral de los niños y niñas, particularmente de salud, alimentación y educación a través de la implementación de acciones coordinadas entre los tres órdenes de gobierno y la sociedad civil”. No hace mención de Educación Inicial como una estrategia para crear un México con Educación de Calidad. No hace mención de centros de atención como una estrategia para ayudar la inserción de mujeres en la fuerza de trabajo remunerado, ni en relación al objetivo de un México Próspero y productivo, ni en relación a la línea transversal de “género”. Sus indicadores para dar seguimiento a la educación --la eficiencia terminal y los resultados de la prueba ENLACE-- no ayudan a dar seguimiento a EI”.*

En materia de desarrollo vale la pena mencionar la “Estrategia 2.2.4. Proteger los derechos de las personas con discapacidad y contribuir a su desarrollo integral e inclusión plena”, que considera como línea de acción específica el establecimiento de esquemas de atención integral para las personas con discapacidad a través de acciones que fomenten la detección de discapacidades, la estimulación temprana y la rehabilitación.



La estrategia “2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad” considera acciones en el ámbito específico del acceso a la salud desde el nacimiento y durante los primeros años. Las más relevantes para los propósitos de este análisis refieren a la reducción de la mortalidad infantil y materna a partir de un enfoque integral y la participación de todos los actores; el mandato de intensificar la capacitación y supervisión de la calidad de la atención materna y perinatal; así como las relativas a campañas de vacunación, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades. De igual modo se incluye la necesidad de implementar una estrategia integral para el combate a epidemias y la desnutrición.

Por último; se identificó una estrategia que enmarca específicamente la integralidad requerida en el abordaje del desarrollo infantil, la “Estrategia 2.2.2. Articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población”. Su primera línea de acción dicta que se debe “[p]romover el desarrollo integral de los niños y niñas, particularmente en materia de salud, alimentación y educación, a través de la implementación de acciones coordinadas entre los tres órdenes de gobierno y la sociedad civil”.

Programas sectoriales y especiales

Las estrategias y acciones establecidas en el PND 2013-2018 son retomadas por los programas sectoriales y especiales. En este apartado se revisarán el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 y los programas de acción específica de Salud Materna y Perinatal 2013-2018, Salud de la Infancia y la Adolescencia 2013-2018, Vacunación Universal 2013-2018, Violencia Familiar y de Género 2013-2018; el Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018; el Programa Sectorial de Educación 2013-2018, y el Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia 2013-2018. También se revisará el Programa Nacional de Protección Integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes; publicado en agosto de 2017 en el Diario Oficial de la Federación.



Programa Sectorial de Salud y Programas de Acción Específica 2013-2018

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en lo sucesivo PROSESA 2013-2018, fue publicado en el DOF el 12 de diciembre de 2013. Las estrategias y líneas de acción que comprenden temas relacionados con una adecuada salud, nutrición y desarrollo desde el embarazo y durante los primeros años de vida se encuentran de manera preponderante dentro de sus objetivos 1 -consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades- y 4 -cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país-.

La Estrategia 1.5. Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables aborda cuestiones relacionadas con la atención durante el embarazo y el puerperio. Contempla entre sus líneas de acción el fomento del embarazo saludable y un parto y puerperio seguros (1.5.9) y el fomento a la lactancia materna a través de acciones que contribuyan a incrementar la duración y el apego (1.5.10)

En relación a la protección de la salud durante esta etapa también se encuentra la estrategia 4.2. Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los involucrados para reducir la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas. Se incluyen como líneas de acción el enfoque integral durante el embarazo, parto y puerperio (4.2.1); el fortalecimiento de la atención perinatal con enfoque de interculturalidad (4.2.3); la vigilancia del embarazo con enfoque de riesgo (4.2.5); la atención de las emergencias obstétricas (4.2.6) y la participación comunitaria para el apoyo a embarazadas y mujeres con emergencias obstétricas (4.2.8).

La atención integral a menores de 5 años está prevista en la estrategia 4.1. Asegurar un enfoque integral para reducir morbilidad y mortalidad infantil y en menores de cinco años, especialmente en comunidades marginadas. Todas sus líneas de acción son relevantes para el análisis, y consideran la participación de todos los actores para reducir la mortalidad infantil (4.1.1), la mejora de la calidad de la atención de la salud en recién nacidos y en menores de cinco años (4.1.2), la cobertura efectiva en vacunación (4.1.3), la provisión de intervenciones de salud enfocadas en prevención y atención oportuna del menor de cinco años (4.1.4), la coadyuvancia en la provisión de alimentos y suplementos alimenticios para una nutrición adecuada (4.1.5.), la promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los



seis meses de edad (4.1.6), el fomento al desarrollo de capacidades para ofrecer a los niños y niñas buenas prácticas de crianza y estimulación temprana (4.1.7.), la promoción del tamiz neonatal metabólico, auditivo y de retinopatía (4.1.8), y el reforzamiento a la acción comunitaria en el desarrollo infantil y la educación inicial. (4.1.9).

El PROSESA también contempla acciones relacionadas con el maltrato infantil dentro de su Estrategia 4.4. Consolidar la prevención, detección y atención integral de casos de violencia familiar en niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y género”. De manera específica señala como líneas de acción la detección de casos de las unidades de salud y espacios públicos (4.4.1, 4.4.2); la realización de campañas de promoción de una vida libre de violencia (4.4.3.); y la referencia de casos a servicios especializados (4.4.5).

Las líneas de acción del PROSESA 2013-2018 relacionadas con los determinantes del Desarrollo Infantil Temprano se abordan con mayor detalle en los Programas de Acción Específica que de él se derivan.

El Programa de Acción Específica de Salud Materna y Perinatal busca propiciar el acceso universal de mujeres y hombres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos; y contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo. Contempla una serie de intervenciones efectivas integrales desde la etapa pre-gestacional para embarazo saludable y parto seguro en la línea de vida; y marca una ruta crítica de la atención del embarazo en la línea de vida.

Por su parte, el Programa de Acción Específica de Vacunación Universal 2013-2018 tiene como objetivo desarrollar estrategias de vacunación que permitan la reducción de las enfermedades prevenibles por vacunación en niños menores de 6 años. De igual modo, el Programa de Acción Específico Salud de la Infancia y la Adolescencia tiene como objetivo coordinar estrategias enfocadas a reducir la morbilidad y mortalidad en los menores de 19 años en el país para contribuir en la disminución de la brecha de desigualdad en materia de salud. Entre las líneas de acción más destacables de este programa, se encuentran la implementación de acciones de vigilancia de la nutrición en niñas, niños y adolescentes; el diseño de intervenciones para la prevención en maltrato infantil y la violencia en la adolescencia; la consolidación de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas y enfermedades respiratorias agudas; el reforzamiento de



acciones dirigidas a la atención integrada al menor de un año; y el impulso de actividades enfocadas al desarrollo infantil y estimulación temprana.

Finalmente, el Programa de acción específico para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género 2013-2018 tiene por objetivo reducir los daños a la salud ocasionados por la violencia familiar y/o de género en las mujeres. Entre sus líneas de acción destacan la aplicación de procedimientos de detección de violencia familiar y de género en unidades de salud; el fortalecimiento de las capacidades del personal de salud para la detección oportuna de la violencia familiar y de género y la atención esencial a la violencia sexual; brindar atención psicológica a las personas que viven violencia sexual; y establecer servicios especializados de atención médica y psicológica de la violencia familiar y de género en las unidades de salud.

Programa Sectorial De Desarrollo Social 2013-2018 (PRONADES 2013-2018)

El PRONADES 2013-2018 tiene 5 objetivos: 1. Fortalecer el cumplimiento efectivo de los derechos sociales que potencien las capacidades de las personas en situación de pobreza, a través de acciones que incidan positivamente en la alimentación, la salud y la educación; 2. Construir un entorno digno que propicie el desarrollo a través de la mejora en los servicios básicos, la calidad y espacios de la vivienda y la infraestructura social; 3. Dotar de esquemas de seguridad social que protejan el bienestar socioeconómico de la población en situación de carencia o pobreza, 4. Construir una sociedad igualitaria donde exista acceso irrestricto al bienestar social mediante acciones que protejan el ejercicio de los derechos de todas las personas; 5. Fortalecer la participación social para impulsar el desarrollo comunitario a través de esquemas de inclusión productiva y cohesión social; y 6. Mejorar el ingreso de las personas en situación de pobreza mediante el apoyo y desarrollo de proyectos productivos.

Las estrategias y líneas de acción relacionadas con el bienestar y desarrollo de la primera infancia son parte del objetivo 1-derechos para potenciar capacidades- y 3-esquemas de seguridad social-.



La Estrategia 1.1 “Ampliar las capacidades de alimentación, nutrición, salud y educación de las personas en condición de pobreza” contempla específicamente como líneas de acción el proporcionar apoyos monetarios a las personas en condición de pobreza y garantizar su acceso a servicios de salud preventivos que les permitan mejorar su salud y nutrición.

En un sentido similar, la “Estrategia 1.3 Facilitar el acceso de las personas en situación de pobreza a una alimentación nutritiva” contempla la producción y venta de leche fortificada para ofrecer un alimento nutritivo accesible a la población en situación de pobreza (1.3.1, 1.3.2)

El PRONADES 2013-2018 considera de manera explícita la atención a población en situación particularmente vulnerable, como los jornaleros agrícolas y los niños que los acompañan. La “Estrategia 1.5 Reducir las condiciones de precariedad que enfrenta la población jornalera agrícola, mediante la protección de sus derechos sociales” contempla en su línea de acción 1.5.1 el otorgamiento de apoyos alimentarios a los niños y niñas que se encuentren en hogares jornaleros agrícolas; en la 1.5.2 establece la entrega apoyos económicos para estimular la asistencia a la escuela de los niños y niñas de hogares jornaleros agrícolas y en la 1.5.3 el otorgamiento de un apoyo económico a los hogares jornaleros al arribo a los campos agrícolas que permita proteger su acceso a la alimentación.

Por otro lado, la dotación de esquemas de seguridad social previstos por el objetivo 3 del PRONADES 2013-2018 incluye estrategias de cuidado infantil durante los primeros años, como lo establece la “Estrategia 3.1 Facilitar el acceso a servicios de cuidado y atención infantil a las madres y padres solos que buscan empleo, trabajan o estudian, para que puedan acceder y permanecer en el mercado laboral o continúen sus estudios”. Para lograrlo sus líneas de acción contemplan la dotación de apoyos económicos para el establecimiento de estancias infantiles y otorgan subsidios por los servicios de cuidado infantil.

Programa Sectorial de Educación 2013-2018

El Programa Sectorial de Educación 2013-2018 tiene 6 objetivos: 1. Asegurar la calidad de los aprendizajes en la educación básica y la formación integral de todos los grupos de la



población; 2. Fortalecer la calidad y pertinencia de la educación media superior, superior y formación para el trabajo, a fin de que contribuyan al desarrollo de México; 3. Asegurar mayor cobertura, inclusión y equidad educativa entre todos los grupos de la población para la construcción de una sociedad más justa; 4. Fortalecer la práctica de actividades físicas y deportivas como un componente de la educación integral; 5. Promover y difundir el arte y la cultura como recursos formativos privilegiados para impulsar la educación integral; y 6. Impulsar la educación científica y tecnológica como elemento indispensable para la transformación de México en una sociedad del conocimiento.

Las estrategias y líneas de acción dirigidas a los primeros años de vida se encuentran alineadas al Objetivo 3; Estrategia 3.3 Impulsar la educación inicial en las diversas modalidades que brindan este servicio con especial énfasis en aquellas que favorezcan a los grupos vulnerables. La estrategia considera 7 líneas de acción: 3.3.1. Difundir la importancia de la educación inicial como una etapa que tiene profundos efectos en el desarrollo físico, intelectual y emocional de las personas; 3.3.2. Establecer una política nacional que promueva y facilite la educación en la primera infancia; 3.3.3 Revisar los instrumentos normativos para favorecer la pertinencia y la calidad de la educación inicial; 3.3.4. Impulsar el desarrollo de esquemas de apoyo pedagógico que fortalezcan a las instituciones que ofrecen educación inicial; 3.3.5 Desarrollar una oferta de materiales impresos, audiovisuales y en línea destinada al apoyo de los agentes educativos que ofrecen educación inicial; 3.3.6 Impulsar los modelos de trabajo comunitario con madres y padres de familia para ofrecerles herramientas que contribuyan a la mejor educación de sus hijos; y 3.3.7 Investigar modelos y prácticas de educación inicial que aseguren la mejor atención para distintos grupos de la población y que sean económicamente viables.

Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia 2014-2018

Este programa especial tiene 6 objetivos: 1. Incrementar la corresponsabilidad de la ciudadanía y actores sociales en la prevención social mediante su participación y desarrollo de competencias 2. Reducir la vulnerabilidad ante la violencia y la delincuencia de las poblaciones de atención prioritaria 3. Generar entornos que favorezcan la convivencia y seguridad ciudadana. 4. Fortalecer las capacidades institucionales para la seguridad ciudadana en los gobiernos municipales/delegacionales, entidades federativas y federación;



5. Asegurar una coordinación efectiva y sostenida entre dependencias y entidades federales para diseñar, implementar y evaluar procesos de prevención social.

Las acciones relacionadas con infancia, particularmente en temas de maltrato infantil, se encuentran alineados al objetivo 2. La Estrategia 2.1 Implementar medidas que disminuyan los factores de riesgo de que niñas y niños vivan situaciones de violencia y delincuencia prevé entre sus líneas de acción el promover acciones para fortalecer competencias parentales que apoyen el desarrollo de niñas y niños. (2.1.2) Impulsar acciones permanentes de prevención del maltrato y abuso infantil, de denuncia y atención psicosocial a víctimas de estos delitos (2.1.7) y Desarrollar acciones de prevención de la explotación sexual comercial y la trata de niñas y niños (2.1.9)

Estas líneas de acción específica deben ser ejecutadas por distintas dependencias. De acuerdo al Programa, la línea de acción relativa al fortalecimiento de competencias parentales corresponde a la Secretaría de Gobernación; mientras que las acciones de prevención y denuncia del maltrato así como el desarrollo de acciones para prevenir la explotación sexual corresponden a ésta y a la Secretaría de Salud.

Programa Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes 2016-2018.

Con la aprobación de este Programa Nacional, publicado en el Diario Oficial de la Federación⁵ en agosto del 2017, México cuenta por primera vez con una política nacional en la materia. Este programa cuenta con 5 objetivos: 1. Generar cambios para una cultura de acceso a información y participación efectiva y sistemática con enfoque de derechos de niñez y adolescencia. 2. Garantizar el acceso de las niñas, niños y adolescentes al ejercicio de sus derechos relacionados con la supervivencia. 3. Garantizar el acceso de las niñas, niños y adolescentes al ejercicio de sus derechos relacionados con el desarrollo. 4. Garantizar medidas de protección especial y restitución de derechos de niñas, niños y adolescentes. 5. Coordinar y vincular a actores involucrados para formular, ejecutar y acompañar articuladamente programas de protección de niñez y adolescencia.

⁵ Véase http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5494057&fecha=16/08/2017



El Programa contiene las políticas, objetivos, estrategias y líneas de acción prioritarias en materia de ejercicio, respeto, promoción y protección integral de niñas, niños y adolescentes. La ejecución de este programa está bajo la coordinación de 36 instancias de la Administración Pública Federal, y de manera concurrente con las Entidades Federativas. La Secretaría Ejecutiva del SIPINNA es responsable de dar seguimiento y monitorear su ejecución.

Dentro de las líneas de acción que conforman las estrategias, para el tema de Primera infancia se destacan las siguientes: 2.2.4. Promover la lactancia materna exclusiva dentro de los primeros seis meses y complementaria hasta los dos años, 2.3.4. Fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad, 2.7.2. Impulsar que niñas y niños de 29 días hasta los menores de 5 años cumplidos tengan acceso al servicio de atención, cuidado y desarrollo integral infantil en igualdad de oportunidades, 2.7.4. Promover la capacitación del personal que está a cargo de niñas y niños, en orientación y desarrollo infantil, 2.7.9. Priorizar las acciones alimentarias dirigidas a la primera infancia, 3.6.4. Propiciar condiciones para crear ambientes libres de violencia en las instituciones educativas, para fomentar una convivencia armónica y favorecer el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes y el goce de sus derechos humanos, 4.2.6. Garantizar el cumplimiento de los criterios para la autorización, registro, certificación y supervisión de los CAS y otros.

Asimismo, durante el mes de febrero de 2018 se publicó en el DOF el “Informe de Avances y resultados 2017 del PRONAPINNA”, el cual puede ser consultado y descargado del sitio:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/304458/Avance_y_Resultados_2017_PRONAPINNA.pdf .





3. Análisis de los elementos del cuidado cariñoso y sensible

A continuación, se presenta para cada elemento esencial de cada uno de los 5 dominios del modelo del cuidado cariñoso y sensible, primero una descripción inicial de la importancia de la acción; seguida de un diagnóstico de la situación, o cómo están las niñas, niños y sus familias con respecto a ese elemento (equivalente a la demanda); después se describe y evalúa brevemente la oferta gubernamental, con referencias en la medida de lo posible a resultados de evaluaciones de los programas; para finalmente comentar la brecha entre la situación de las niñas y niños y la oferta. Al finalizar los 15 elementos del dominio salud, se presenta una breve lista de conclusiones y recomendaciones

Dominio Salud

Introducción

Sistema de salud en México.

El sistema de salud en México se desarrolló lentamente en el siglo XX y continúa evolucionando. De manera que fue adaptándose y respondiendo a diversos cambios demográficos, en la composición de la fuerza de trabajo, epidemiológicos, y al surgimiento de nuevas necesidades culturales, como la perspectiva de derechos humanos o el cuidado de los adultos mayores (Myers et al. 2013).

El sistema mexicano de salud comprende dos sectores, el público y el privado. Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros; y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social: Secretaría de Salud (SS), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud (SPS). El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa. En el país existen, a nuestro parecer, tres distintos grupos de beneficiarios de las instituciones de salud: •los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias; la población beneficiaria del PROSPERA que tiene ingresos por debajo de la línea del bienestar, los auto empleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias, quienes según su capacidad de pago son usuarios del sector privado o de los servicios de la SS, los SESA o IMSS-O, o ambos. (Dantés et al. 2011)



La concentración de la información en salud en México es responsabilidad de la Dirección General de Información en Salud de la SS, que cuenta en su interior con varias bases de datos. Además, está el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), que registra y monitorea indicadores de calidad en las unidades de los servicios de salud.

La rectoría del sistema le corresponde al gobierno federal, a través de la SS. Incluye la planeación estratégica del sector, la definición de prioridades, la coordinación intra e intersectorial, las actividades de regulación de la atención a la salud y regulación sanitaria, y la evaluación de servicios, programas, políticas, instituciones y sistemas. Para llevar a cabo estas tareas, la SS cuenta con más de 45 unidades, entre las que destacan por sus responsabilidades con la primera infancia:

Centro Nacional para la Prevención y el Control de VIH/SIDA

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Comisión Nacional de Protección Social en Salud

Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones

Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de la Personas con Discapacidad

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Instituto Mexicano del Seguro Social

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Instituto Nacional de Pediatría

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

Instituto Nacional de Salud Pública

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (fuente: Wikipedia)

Por último, todo lo anterior está plasmado por escrito en los planes de acción, las normas oficiales mexicanas, las guías clínicas, los lineamientos, etc., que son documentos oficiales de la propia SS.

Para evaluar dónde y cómo se brindan las acciones a favor de la primera infancia, es necesario revisar todos los eslabones del sistema, aunque no todos con el mismo nivel de detalle.

1. Planificación familiar



Importancia

La planificación familiar es una pieza esencial para proteger la salud y el desarrollo de los niños y niñas. Incluye acciones que permitan que sus padres gocen de buena salud antes de concebir y, cuando lo hagan, sea resultado de una elección libre y deseada. La atención antes del embarazo mejora la salud física y mental de hombres y mujeres. También reduce las posibilidades de que sus hijos nazcan prematuramente, con bajo peso al nacer, defectos de nacimiento u otras afecciones que podrían obstaculizar el desarrollo óptimo. Los estudios han definido los mecanismos por los cuales la mala salud metabólica y mental de los padres antes del embarazo puede afectar el desarrollo de sus hijos, en la infancia y más tarde en la vida. Es importante destacar que los estudios también muestran que esta transmisión trasgeneracional puede mitigarse mediante intervenciones para mejorar la salud de los padres antes de la concepción. Las intervenciones abordan el comportamiento, así como factores de riesgo individuales y ambientales que contribuyen a resultados deficientes, tanto en la madre como en el niño. Estos factores de riesgo incluyen nutrición (como deficiencias de micronutrientes, sobrepeso u obesidad), salud mental, consumo de sustancias (como alcohol y tabaco), inmunización, toxinas ambientales, enfermedades genéticas, infecciones (como el VIH e infecciones de transmisión sexual), infertilidad, espaciamiento entre los embarazos y violencia (ya sea en el hogar o fuera de él). La adolescencia es una ventana crítica de oportunidad para promover y apoyar la atención antes del embarazo. Las mejores intervenciones pueden retrasar el embarazo y garantizar la preparación para ello. (WHO, UNICEF, y World Bank Group 2018)

Diagnóstico

La planificación familiar es un aspecto muy importante en el Desarrollo Infantil Temprano porque protege la salud de las niñas y niños y sus familias. “Diversos estudios han demostrado que el retraso del primer embarazo, el espaciamiento y la terminación temprana de la reproducción que permite el uso de anticonceptivos protegen la salud de madres e hijos y que la anticoncepción es una práctica muy costo-efectiva para los individuos y para las instituciones prestadoras de servicios” (Informe final P020, Investigación en Salud y Demografía, S. C. 2016)

El grado de conocimiento de los anticonceptivos es primer factor fundamental para su uso. Al respecto, el nivel de conocimiento de Mujeres en Edad Fértil (MEF) sobre métodos



anticonceptivos, pasó de 89 a 98% de 1976 a 2009 y llegó al 98.7% en el 2014. Prácticamente la totalidad de las MEF conoce o ha oído hablar de al menos un método anticonceptivo (Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018, PAE PFA).

El siguiente factor relevante para la planificación familiar es el **uso** de métodos anticonceptivos. De 1997 al 2009 se observó un incremento de menos de cuatro puntos porcentuales en la prevalencia de uso de anticonceptivos al pasar de 68.5 a 72.3%. (PAE PFA). Para 2013, la prevalencia era de 71.9%. Y para el 2015, el último dato disponible, disminuyó ligeramente, llegando al 68.3%. La meta del Programa de Acción Específico de Planificación Familiar para el 2018 es 74.6%.

Los patrones de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos por edad quinquenal de la mujer, muestran una tendencia a incrementarse en edades posteriores a los 35 años. En 2009 la prevalencia más baja se observa en adolescentes con 44.4%, para después incrementarse a niveles cercanos a 80% en las edades de 35 a 44 años, luego desciende a menos de 75% en el grupo de edad de 45 a 49 años. Ante estos resultados, resalta el reto de ampliar, mejorar y fortalecer los servicios de planificación familiar y anticoncepción, particularmente entre adolescentes y jóvenes (PAE PFA).

La demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos existe en todos los grupos de MEF, sin embargo, se presenta principalmente en mujeres adolescentes de 15 a 19 años (24.8%), en población que habla lengua indígena (21.7%) y en la población rural (15.9%), así como entre MEFU que residen en los estados de Michoacán, Chiapas, Guerrero y Oaxaca. (tabla 1)



Tabla 1 Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de MEFU según característica seleccionada, 2006 y 2009

Característica de la mujer	2006			2009		
	Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar
Grupo de Edad						
15-19	36.0	30.8	5.2	24.8	21.4	3.4
20-24	24.8	19.0	5.9	17.9	13.2	4.7
25-29	16.6	9.4	7.2	14.6	8.8	5.7
30-34	11.3	4.8	6.5	11.1	4.9	6.2
35-39	7.8	1.4	6.4	6.7	1.8	4.9
40-44	5.8	0.7	5.1	4.6	0.6	4.0
45-49	3.2	0.3	2.9	3.2	0.4	2.8
Área de residencia						
Rural	20.9	11.2	9.7	15.9	8.4	7.6
Urbana	9.4	4.8	4.6	8.2	4.3	3.8
Condición de habla de lengua indígena						
Habla	22.8	11.8	11.1	21.7	10.9	10.9
No habla	11.2	5.8	5.4	9.2	4.9	4.3

Fuente: PAE planificación familiar 2013-2018

De acuerdo las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) existe un incremento considerable de la tasa de fecundidad adolescente en mujeres de 15 a 19 años, al pasar de 69.2 nacidos vivos por cada 1,000 mujeres en el año 2009 a 77.0 para el año 2014. Según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, a nivel nacional 2 de cada 1,000 niñas y adolescentes de 10 a 14 años habían concebido cuando menos un hijo, cifra que ascendía a 4 de cada 1,000 en el caso de Guerrero y Chiapas. La edad de los hombres que conciben a los hijos varía: 4% de los padres para el grupo de mujeres de 10 a 17 años es de 30 años o más, mientras que del grupo de mujeres de 15 a 17 años, 67% de los padres se encuentra entre 18 a 29 años. El mayor porcentaje de madres jóvenes de 15 a 19 años con al menos un hijo nacido vivo, se presentaba en Coahuila y Nayarit (21.5 y 20.5%, respectivamente), mientras que la cifra más baja se registró en Querétaro (8.6%). En ese sentido, los datos del Subsistema de Información de Nacimientos (SINAC) de la Secretaría de Salud (SS) muestran una ligera tendencia descendente en la proporción de nacimientos cuyas madres tienen entre 9 y 17 años de edad, ya que para el año 2010 los 190,468 nacimientos representaron 9.1% del total mientras que los 190,199 nacimientos en el año 2015 representan un 8.8%.



Otro indicador que monitorea el PAE PFA, es la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en adolescentes unidas. Para el 2015 fue de 13.3%, un indicador que supera ya la meta del PAE PFA para 2018, de llegar al 14.4%.

Es importante contar con datos actualizados para definir acciones acordes con la realidad que viven las MEF. Sabemos que el tema del embarazo adolescente es un fenómeno que ha cobrado importancia en los últimos años debido a que México ocupa el primer lugar en el tema, entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años de edad. Asimismo, en México, 23% de las y los adolescentes inician su vida sexual entre los 12 y los 19 años. De estos, 15% de los hombres y 33% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Según las cifras de natalidad del INEGI en 2016 ocurrieron 9,555 nacimientos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, lo que tendría que conceptualizarse como abuso sexual con las correspondientes consecuencias en temas de protección y restitución de derechos. Y hubo 389,585 nacimientos en mujeres entre 15 y 19 años (INEGI 2016) en el 2016. Faltan cifras para conocer las condiciones en las que viven y se desarrollan los hijos de las niñas y adolescentes.

Oferta gubernamental

Con respecto a la planificación familiar, al igual que con muchos otros ámbitos del sector salud, se tiene por una parte la normatividad y la planeación, y por otra parte, la ejecución es decir, las instancias que llevan a cabo lo que indica la normativa.

Programa de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018

En el caso del *elemento esencial* que nos ocupa: planificación familiar, la parte de la estrategia para el sexenio está redactada en el Programa de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción (PAE PFA) 2013-2018. El documento cuenta con un marco jurídico y conceptual, diagnóstico, alineación con las metas nacionales, organización del programa, indicadores, matriz de corresponsabilidad y transparencia. La



ejecución de las acciones se realiza en el IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, PEMEX, SS (incluye las acciones del Seguro Popular y Prospera) y privados.

Con respecto a la población objetivo del PAE PFA, se puede entender desde dos perspectivas. Por un lado, de acuerdo al propio diagnóstico del PAE, “las poblaciones potenciales para Planificación Familiar son las Mujeres en Edad Fértil Unidas (MEFU 15 - 49 años), que para 2013 fueron aproximadamente 18.8 millones y Mujeres en Edad Fértil Sexualmente Activas (MEFSA)⁶, que fueron 17.3 millones, cifras que incrementarán a 19.6 y 18.1 millones, respectivamente en 2018”. Por otro lado, y según la evaluación del 2016 realizada por Investigación en Salud y Demografía, S. C., la verdadera población objetivo son “los 32 Servicios Estatales de Salud (SESAs), pues el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud no otorga al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) atribuciones para prestar servicios. El P020 (que incluye a PAE PFA) busca fortalecer a los SESAs para que sus unidades de salud brinden servicios de Salud Materna, Sexual y Reproductiva de calidad que sean utilizados por las mujeres mayores de 9 años no cubiertas por otras instituciones” (evaluación P020, 2016).

⁶ Recientemente, se empezó a calcular la cobertura del Programa con relación a las Mujeres en Edad Fértil Sexualmente Activas (MEFSA), que se refiere a mujeres de 15 a 49 años de edad que tuvieron relaciones sexuales durante el mes previo a la entrevista





Fuente: (Dirección de Componente de Salud Prospera 2018)

El PAE de planificación familiar y anticoncepción, se financia en parte del programa presupuestal R12P020 Salud materna, sexual y reproductiva. Cuyo presupuesto para el 2017 ascendió a \$ 1,890,489,798.00. Dicho presupuesto es ejecutado por 6 unidades responsables⁷, una de las cuales, es el CNEGSR y dentro de este Centro está la dirección de planificación familiar, como se comentó anteriormente.

Adicionalmente el R12E023 Atención a la salud, es operado por el IMSS, y una parte de sus recursos son destinados a ejecutar las estrategias de planificación familiar diseñadas por la CNEGSR. Otros programas presupuestales, como son R12 S072, PROSPERA

⁷ 610 Dirección General de Calidad y Educación en Salud L00 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva M7F Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz NBV Instituto Nacional de Cancerología NCD Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas NCG Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán NDE Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

Programa de Inclusión Social y el R33I002 Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), contribuirán a su vez para que se ejecuten acciones en el ISSSTE, SEDENA, SEMAR, PEMEX y SS. La información para cada institución no está en datos abiertos, y es imposible prorratear con precisión el monto de recursos que le correspondería a este programa.

NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar y NOM-007-SSA2-2016

Además del Programa de Planificación Familiar, existen Normas oficiales que describen acciones a favor de la planificación. Tal es el caso de la NOM-007-SSA2-2016, que menciona en su apartado 5.1.2 “La consulta preconcepcional debe fomentarse para promover la salud de la mujer y de su descendencia, evaluar la salud de la mujer en esta etapa permite identificar condiciones de riesgo reproductivo, en el embarazo y sobre todo, llevar a cabo medidas preventivas. La asistencia del personal de salud debe estar dirigida a identificar y aconsejar sobre los problemas existentes, situar a la mujer en las mejores condiciones de salud posible para embarazarse y planear de forma objetiva el momento más adecuado para el embarazo.” Las normas oficiales mexicanas (NOMs) son disposiciones generales de tipo técnico expedidas por dependencias de la administración pública federal. Su objetivo es establecer reglas, especificaciones, directrices y características aplicables a un producto, proceso o servicio y son obligatorias para toda la población.

Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazo en Adolescentes

La Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) tiene un objetivo general “*reducir el número de embarazos en adolescentes en México con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos*”, 5 objetivos específicos, 19 líneas de acción y 90 acciones. Además está diseñada desde 8 ejes rectores. A grandes rasgos la estrategia es muy completa y parte de un diagnóstico muy amplio de las posibles causas del embarazo adolescente y también tiene una gran amplitud de acciones. La estrategia se elaboró en el 2015 y aún está en proceso de evaluación. Sin embargo, desde la mirada de la primera infancia, se percibe escaso énfasis en la persona recién nacida, que de llevarse a término con éxito el embarazo, comienza su desarrollo.



Esto se puede explicar en parte porque la propia estrategia habla únicamente de “prevenir”, no se menciona en el objetivo ni en los alcances el producto de los embarazos.

En general, la estrategia no hace mención a qué pasará con las hijos y las hijas de esos embarazos adolescentes. En lo que hace énfasis es en que independiente de su condición (embarazada (o), es madre o padre, o sólo adolescente) todos deberán estar estudiando o en algún proyecto productivo que los mantenga vinculados a la esfera productiva, sin reflexionar sobre dónde estarán esos nuevos hijos, mientras el adolescente va a la escuela, o vuelve al trabajo. Quizá valdría la pena diseñar también programas o políticas para ese nuevo grupo vulnerable –hijos de adolescentes- que igualmente que sus padres y madres, requieren atención especial para lograr su desarrollo.

Las acciones se financian en parte del P020 Salud Materna, Sexual y Reproductiva, que cuenta con 7 Unidades Responsables. Una de ellas es el CNEGSR, que tiene asignado un presupuesto de \$2,139,801,769 para el 2018. Dado que la ejecución de las acciones se realiza por los SESA, también toma recursos de otros programas, como el R12 E023 Atención a la salud y el R12 I002 FASSA, que pertenece al ramo 33 aportaciones federales para Estados y Municipios, y busca que la población sin seguridad social cuenta con acceso a atención médica de profesionales de la salud en los Servicios Estatales de Salud. Este cuenta con un presupuesto de \$93,292,371,792 para el 2018. También PROSPERA financia acciones vinculadas con planificación familiar.

Brecha

El tema es ampliamente reconocido en la agenda, lo que se refleja en que tiene un programa de acción específico y herramientas para implementarlo con indicadores de proceso y de resultados. El programa de acción específica no cuenta con una evaluación externa de diseño, ya que a diferencia de los programas presupuestales, los PAE no están obligados por Ley a ser evaluados.

De conformidad con los datos presentados, se ha logrado que prácticamente la totalidad de la población conozca de la existencia de método anticonceptivos. El reto está en lograr que su uso sea generalizado. Muchas de las dificultades tiene su origen en creencias y patrones



“culturales” y requieren un cambio de paradigma sobre el uso de anticonceptivos. Como se mencionó, el último dato disponible para 2015 muestra una ligera disminución en la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos 68.3%. En general podemos decir que el programa de planificación familiar surte efecto de manera irregular en todos los segmentos de la sociedad, y que las desigualdades persisten a nivel estatal y municipal. Por último, no queda claro acciones distintas de las de comunicación se realizan para alcanzar al 25% de la población que no es usuaria de los servicios médicos del sector público.

2. Control de adicciones

Importancia

El uso de drogas durante el embarazo tiene efectos devastadores en la salud del feto, pero no hay conciencia de ellos entre la población en general. En este elemento esencial requerimos necesariamente del conocimiento y voluntad materna, tal como lo comenta la Dra. Cristina Aguilera del Servicio de Farmacología Clínica del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona (Villanueva 2015).

Oferta Gubernamental

Comisión Nacional contra las Adicciones

La Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) es un organismo de la Secretaría de Salud cuya misión es contribuir a la protección de la salud de los mexicanos, a través de la conducción de la política nacional en materia de prevención y tratamiento de las adicciones. Se financia principal pero no únicamente con el programa presupuestal R12 P018 Prevención y Control de enfermedades, el cual cuenta con 8 Unidades Responsables. Una de ellas es la Comisión Nacional contra las Adicciones, que tuvo un presupuesto de 3,420,049.0 en el 2018.

Brecha

Se puede afirmar que el cruce entre adicciones y primera infancia no está en la agenda de manera explícita. Si bien existen muchas acciones para la prevención de las adicciones y su



tratamiento, todas ellas muy valiosas, el CONADIC no tiene una perspectiva de primera infancia. Así pues, su contribución al bienestar de la primera infancia es difícil de identificar y evaluar. Sería ideal contar con una estrategia y acciones específicas para población que tiene bajo su cuidado niñas y niños menores de 6 años, indicadores vinculados a primera infancia y más investigaciones sobre el tema.

3. Cuidados prenatales

Importancia

Cada vez es más aceptado que la salud de niños y niñas está en gran medida formada durante el tiempo que pasan en el útero materno, y que los factores que más la influyen están vinculados con la salud de la mujer embarazada. Tanto en lo físico como en lo mental, la condición de la mujer embarazada determina la salud de feto. Las investigaciones sobre desarrollo infantil tanto en el ámbito del desarrollo humano, como en las neurociencias, coinciden en que mientras más temprano sea la intervención mayor es el efecto en la persona (Conti, Heckman, and Urzua 2010; WHO, UNICEF, and World Bank Group 2018). Es por ello que, si se priorizaran los *elementos esenciales*, este quedaría en la cima. Las consultas prenatales son el momento ideal para asegurar los nutrientes adecuados en el útero para apoyar el desarrollo del cerebro, también para prevenir lesiones y riesgos durante el nacimiento, y para fortalecer la salud de la madre y el bebé en general. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda intervenciones en “cinco categorías: nutrición antenatal de rutina, evaluación materna y fetal, medidas preventivas, intervenciones para el manejo de síntomas fisiológicos comunes en el embarazo e intervenciones a nivel del sistema de salud para mejorar la utilización y la calidad de la consulta prenatal”. (WHO 2016)

Diagnóstico

En cuanto a la atención y cuidados prenatales como elemento esencial hemos considerado el número mínimo de consultas, la consulta oportuna en el primer trimestre y luego los



contenidos de las consultas prenatales. De todos ellos el denominador es el total de embarazos.

Embarazos totales

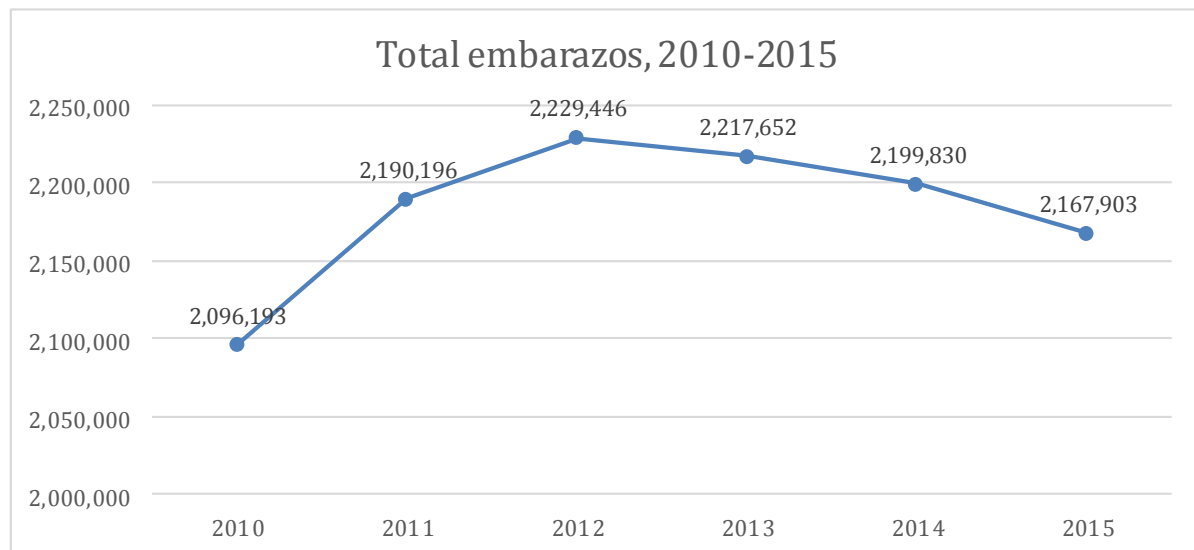
En el periodo del año 2010 al 2015 se registraron 13.1 millones de embarazos, según las Bases de Datos Estándar Muertes Fetales 2010-2015 y las Bases de Datos Estándar de Nacidos Vivos 2010-2015 del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) de la Secretaría de Salud. La desagregación por año se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 2 Nacidos vivos, defunciones fetales y embarazos 2010-2015

Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nacidos vivos	2,073,112	2,167,061	2,206,688	2,195,074	2,177,319	2,145,200
Defunciones fetales	23,081	23,135	22,758	22,578	22,511	22,703
Total embarazos	2,096,193	2,190,196	2,229,446	2,217,652	2,199,830	2,167,903

Fuente: SINAC 2015

Ilustración 3 Total de embarazos



Fuente: Elaboración propia con datos del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC)



Atención prenatal

En México el 98.8% de las mujeres tuvieron atención prenatal según la Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Mujeres (ENIM) 2015. El 97.5% de las mujeres encuestadas tuvieron a un médico como encargado del cuidado prenatal. Sólo 1.2% no tuvo atención prenatal, y el restante 1.3% se divide entre mujeres atendidas por enfermeras/comadrona, partera profesional técnica, partera tradicional, promotor auxiliar y otro.

Si bien el promedio nacional es bastante alto, cuando se analiza de manera desagregada se observa una tendencia a que las mujeres que viven en zona de residencia rural, con ninguna o poca educación, en los quintiles más pobres y en hogares indígenas, sean quienes tienen menor acceso a la atención prenatal (ver tabla 4).

Tabla 3 Personal encargado del cuidado prenatal, México 2015

	Personal encargado del cuidado prenatal ^a							Total	Cualquier persona calificada ^{1, b}	Número de mujeres que dieron a luz en los 2 años anteriores
	Doctor médico	Enfermera/comadrona	Partera profesional técnica	Partera tradicional	Promotor auxiliar	Otro	Sin atención prenatal			
Total	97.5	0.8	0.2	0.2	0.1	0.1	1.2	100.0	98.5	1,732
Educación										
Ninguna	80.2	2.1	1.1	2.7	0.0	0.0	14.0	100.0	83.3	28
Primaria	93.7	1.6	0.6	0.6	0.0	0.0	3.4	100.0	95.9	292
Secundaria	98.4	0.5	0.2	0.0	0.1	0.1	0.8	100.0	99.0	717
Media Superior	98.6	1.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	100.0	99.6	474
Superior	99.3	0.2	0.0	0.0	0.2	0.0	0.2	100.0	99.5	221
Quintiles de índice de riqueza										
Más pobre	94.4	2.0	0.4	0.5	0.0	0.0	2.6	100.0	96.8	418
Segundo	97.6	0.4	0.2	0.1	0.1	0.0	1.4	100.0	98.3	492
Medio	98.8	0.5	0.0	0.0	0.2	0.0	0.5	100.0	99.4	365
Cuarto	98.7	0.4	0.3	0.0	0.0	0.3	0.3	100.0	99.4	271
Más rico	99.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.5	100.0	99.5	186
Etnia del jefe del hogar										
Hogar indígena	89.2	2.1	1.9	1.4	0.0	0.0	5.4	100.0	93.2	148

Hogar no indígena	98.3	0.7	0.0	0.0	0.1	0.1	0.9	100.0	99.0	1,584
-------------------	------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-------	------	-------

Fuente: ENIM 2015

En cuanto al número de visitas de cuidado prenatal el promedio nacional indica que el 94.3% de las mujeres tuvieron 4 o más visitas. Y el 87.3% tuvieron 5 o más vistas de cuidado prenatal por cualquier profesional de la salud. Al analizar por nivel de ingreso, las mujeres del percentil más pobre estuvieron por debajo del promedio nacional, con 87.7% de mujeres con 4 o más visitas. Igualmente, las mujeres en hogares indígenas, estuvieron por debajo del promedio, y sólo el 82.6% tuvo 4 o más visitas. Entre las mujeres sin ninguna educación, el 71.9% tuvo 4 o más visitas. Los indicadores más elevados por otro lado, son las mujeres con educación superior, el 98.7% de ellas tuvo 4 o más visitas y las del quintil más rico con 97.8%.

La gran mayoría, el 82.5% de las mujeres en México tuvo su primera consulta prenatal durante el primer trimestre. El 12.1% la tuvo en el cuarto o quinto mes, 2.8% en el sexto o séptimo, y 1.3% en el octavo o después. Además del 1.2 que no tuvo ninguna consulta prenatal. Al igual que con el número de visitas y el personal que le dio la atención, los porcentajes bajan para mujeres sin educación, con bajos ingresos y que viven en zonas rurales o pertenecen a un hogar indígena.

En general más del 90% de las mujeres de 15-49 años que han tenido un nacido vivo en los últimos dos años quienes, al menos una vez, se les tomó la presión sanguínea, una muestra de orina y una de sangre, la pesaron, le hicieron ultrasonido y le dieron ácido fólico como parte del cuidado prenatal en México en el 2015. El porcentaje baja cuanto se trata de medirles el nivel de azúcar -solo al 82.5%-, de realizarles la prueba de sífilis (58.2%), de recibir consejería sobre anticoncepción (81.1%) o de ofrecerles algún servicio de detección para la salud mental (ansiedad, depresión) (23.4%).

Otro aspecto importante es la consejería recibida durante la atención pre-natal y durante la primera semana después del parto. La ENIM encontró que entre mujeres con un nacido vivo en los dos años previos a la encuesta, “el 88% de las mujeres recibieron consejería pre- o post-natal sobre anticoncepción y 49% recibió consejería pre- o postnatal sobre salud mental y depresión. Durante la primera semana después del parto, 48% de las mujeres recibió información de un profesional de salud sobre infecciones en la primera semana post-parto, 42% recibieron información sobre pre-eclampsia o eclampsia, 36%



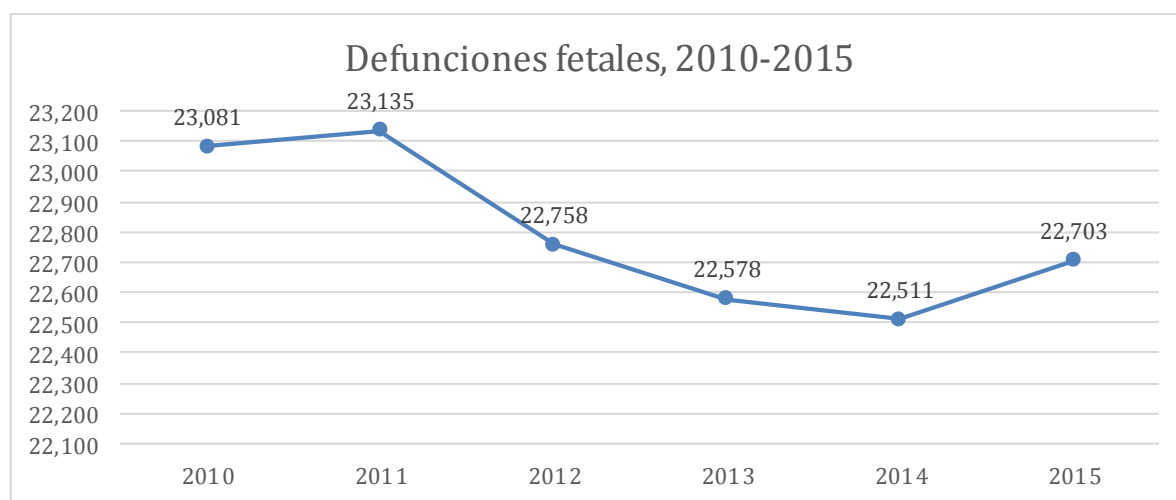
recibieron información sobre hemorragias y 27% sobre trombosis o coágulos. En cuanto a la información proporcionada por un profesional de salud en la primera semana post-parto relacionada con la salud del recién nacido, el 73% de las mujeres recibieron información sobre higiene y en especial el lavado de manos y el 71% sobre la importancia de que el bebé duerma boca arriba, mientras 55% recibió información sobre nutrición”(INSP 2015).

El último aspecto a revisar de la atención prenatal sería la calidad. El Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), permite conocer el porcentaje de expedientes con registro de peso corporal en la última nota (98%), porcentaje de expedientes con registro de tensión arterial en la última nota (98%), porcentaje de expedientes con registro de foco fetal después de las 24 semanas de embarazo (97.3%) y porcentaje de expedientes con registro de Examen General de Orina (EGO) en una nota de los últimos 3 meses (92.3%).

Dos indicadores proxy de los cuidados prenatales son el bajo peso al nacer, y las defunciones fetales.

Con respecto a las muertes fetales, se registró una disminución durante del 2011 al 2014, pasando de 23,135 a 22,511, respectivamente. El último dato disponible es para 2015, que presenta un incremento, con 22,703 muertes fetales.

Ilustración 4 Defunciones fetales



Fuente: Elaboración propia con datos del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC)

En bajo peso al nacer, el 5.4% de los niños nacieron con bajo peso en el 2012 (PAE SMYP, subsistema de información sobre nacimientos) definido como menos de 2,500 gramos. En el 2015, según la ENIM el 10.5% de las madres dijeron haber tenido un bebé con bajo peso.⁸ Y en 2017 el porcentaje fue de 6.10% (cubos dinámicos DGIS).

Tabla 4 Recién nacidos con peso menor a 2500 gramos, por sexo, 2017

	Masculino	Femenino	Sin información	Total general
Nacimientos peso menor de 2500 gr.	63,706	57,847	119	121,672
Total de nacimientos	1,015,409	977,998	1,475	1,994,882
Porcentaje de bajo peso al nacer	6.27%	5.91%	8.07%	6.10%

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de Certificado de Nacimiento-Nacimientos ocurridos 2017. [en línea] Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).

Esta condición implica riesgos importantes para la salud y supervivencia de los bebés. Al tener una “nutrición deficiente en el útero enfrentan un riesgo mucho mayor de morir durante los primeros meses y años. Los que sobreviven pueden tener la función inmune alterada y mayor riesgo de enfermedades; es probable que sigan padeciendo malnutrición y baja fuerza muscular durante toda su vida, y que tengan mayor incidencia de diabetes y de enfermedades cardíacas cuando sean mayores. Los niños y niñas con bajo peso al nacer también suelen tener un coeficiente intelectual más bajo, así como discapacidades cognitivas, que afectan su rendimiento en la escuela y sus oportunidades de empleo en la edad adulta (ENSANUT 2012)”.

Tabla 5 Recién nacidos con bajo peso 2012-2017

Año	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Peso menor de 2500 gr.	119,899	121,696	124,488	124,188	123,678	121,672
Total de nacimientos	2206692	2195073	2177319	2145199	2080253	1,994,882
Porcentaje	5.43%	5.54%	5.72%	5.79%	5.95%	6.10%

Fuente, elaboración propia con datos de Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de Certificado de Nacimiento-Nacimientos ocurridos 2017. [en línea] Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).

Ya en la ENSANUT del 2012 se diagnosticó que se tienen porcentajes altos de prematuros y peso bajo al nacimiento, condiciones que generan riesgos altos para la

⁸ La diferencia entre la ENIM y el DGIS se debe a que la primera, es una encuesta y sus datos provienen de la estimación de la madre del tamaño al nacer, mientras que la DGIS obtiene los datos de registros administrativos.

mortalidad y discapacidad en estos niños y niñas. Es por ello que se requiere incrementar la cobertura de los paquetes de intervenciones que permitan reducir los nacimientos prematuros y mortalidad ocasionados por esta causa, como son el control prenatal con detección oportuna de bacteriuria sintomática, adecuada nutrición, ácido fólico, uso de esteroides en amenaza de parto prematuro, uso de surfactante y CPAP nasal. (Gutiérrez JP. et al. 2012).

En suma, la mayoría de las mujeres tienen más de 5 consultas prenatales. La anemia es el indicador más utilizado para conocer la nutrición de las embarazadas. Faltan indicadores a nivel de salud mental, y calidad de la atención que reciben las embarazadas durante las consultas. Otros indicadores sobre cómo viven el embarazo las mujeres, y sus parejas también serían deseables. Y los indicadores proxy de la calidad que son el bajo peso, hablan de retrocesos en los esfuerzos por mejorar la atención prenatal, porque han aumentado en los últimos años.

Oferta Gubernamental

La forma en que el estado se organiza para brindar servicios a las personas que desean ser padres o madres y para las mujeres que ya están embarazadas consiste por un lado en la normativa y el diseño de objetivos y metas, establecidas en un Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal 2013-2018, (que cuenta con referencias al Programa Sectorial de Salud, al Plan Nacional de Desarrollo, entre otros), y en varias normas oficiales mexicanas y guías clínicas; y por otro lado en la operación, de la cual se encargan varias las instituciones de salud que tienen contacto directo con los pacientes, como son el IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, PEMEX y SS (a través de PROSPERA, seguro popular, las clínicas de la SS, etc.).

NOM-007-SSA2 2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio

El cuidado prenatal es una acción básica de la atención a la embarazada que está regulada por diversas Normas Oficiales Mexicanas, en específico la NOM-007-SSA2 2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, que menciona la importancia de la visita preconcepcional. Sobre el tema, en específico el apartado 5.1.6 menciona que se debe brindar información sobre los cuidados de la persona



recién nacida, lactancia, tamiz metabólico neonatal, estimulación temprana y aplicación de vacunas, prevención de enfermedades diarreicas y respiratorias. En el numeral 5.11. 1.3 se menciona que en todo establecimiento para la atención médica, el personal de salud debe proporcionar información completa acerca de:

- La calidad alimentaria, nutricional e higiene de los alimentos.
- El uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia con efectos indeseables en el feto o en el niño/a.
- Las ventajas de la lactancia materna exclusiva, la técnica de amamantamiento y la atención de los problemas más frecuentes.
- Los cuidados durante el embarazo y el puerperio y signos de alarma que requieren atención médica urgente, así como el lugar donde se podrá acudir para recibir la atención médica.
- Los signos del inicio del parto y conducta ante los mismos.
- Los cuidados de la persona recién nacida y signos de alarma que requieren atención médica urgente.
- La importancia de la vigilancia nutricional del crecimiento y desarrollo en las diferentes etapas de la niñez.
- La prevención y control de enfermedades diarreicas y manejo del sobre vida suero oral.
- Los esquemas de vacunación.
- La planificación familiar desde el control prenatal la anticoncepción postevento obstétrico (APEO).
- La detección oportuna de los defectos al nacimiento.
- La prevención del retraso mental por hipotiroidismo congénito y otros errores del metabolismo.
- Los cambios físicos y emocionales de la embarazada.
- La importancia de la participación de la pareja y/o la familia durante el proceso grávido-puerperal.

Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018

El Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal (en adelante PAE SMYP), es ejecutado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). Además, tiene como población objetivo, igual que otros programas del CNEGSR, a los 32 servicios estatales de salud (SESAs), pues el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud no otorga al CNEGSR atribuciones para prestar servicios. Por lo tanto, no se puede conocer su cobertura, ésta sería del 100% porque atiende a los 32 SESAs.



Ilustración 5 Intervenciones efectivas integrales para embarazo saludable y parto seguro en la línea de vida.



Fuente: Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal

Dentro de su diagnóstico el PAE SMYP, destaca el hecho de que “la cobertura se ha visto frenada debido a la fragmentación del sistema de salud, lo que sumado a la descentralización de los servicios de salud, da lugar a niveles muy heterogéneos de calidad y cobertura, todo lo cual afecta en especial a la población marginada y de alta vulnerabilidad, indígena y adolescente” (PAE SMYP 2013).

El PAE SMYP tiene dos objetivos, el primero incide de manera directa en mejorar el cuidado prenatal. Objetivo 1. Propiciar el acceso universal de mujeres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos. Las estrategias y líneas de acción están definidas en términos muy generales. La que mejor se ajusta a cuidados prenatales es la estrategia 1.1. “Incrementar el acceso en las etapas pregestacional, prenatal, parto, puerperio y neonatal a servicios con alta calidad”.

Existen dos indicadores del PAE SMYP que buscan medir los efectos las acciones en los objetivos. Primero, la tasa de mortalidad neonatal, que mide “indirectamente a nivel institucional la calidad en la promoción y conocimiento de la mujer en la importancia de acudir al cuidado de su embarazo en forma temprana y oportuna para la prevención de complicaciones”⁹. Otro indicador del PAE es el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer, dicho indicador mide indirectamente la efectividad de las acciones de prevención

⁹ método de cálculo es: Total de defunciones de menores de 28 días de edad en un año determinado, entre el Total de nacimientos registrados en los certificados de nacimiento para el mismo periodo por 1,000.

y atención oportuna de complicaciones en mujeres embarazadas, parturientas y puérperas de acuerdo con la normatividad aplicable.

Los datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) muestran que el indicador de recién nacidos con bajo peso, ha aumentado en los últimos 5 años, alejándose de la meta propuesta en el propio PAE, de llegar al 5% en el 2018 (como se mostró en el diagnóstico). En general los indicadores de atención prenatal presentan coberturas altas al mirar los promedios nacionales, sin embargo, al desagregar por índice de riqueza, por nivel de educación de la madre, por condición de indigenismo, entre otros, es cuando bajan las coberturas. Es aquí donde las brechas son mucho mayores.

No existe un indicador del PAE que haga referencia a los cuidados preconceptionales. No se tuvo acceso a evaluaciones de impacto o de calidad del programa a la fecha. Otros detalles sobre la gestión de los recursos humanos del programa (capacitación, evaluación, motivación, cantidad, etc.) no se han conseguido para este diagnóstico. Dado que la población objetivo son los SESAs, se requiere una apreciación más detallada que permita indagar sobre la situación a nivel estatal.

Las acciones de cuidado prenatal referentes a nutrición, se revisan en el dominio nutrición, elemento esencial: nutrición materna.

En lo referente al financiamiento, al igual que planificación familiar, las acciones se financian en parte del P020 Salud Materna, Sexual y Reproductiva, que cuenta con 7 Unidades Responsables. Una de ellas es el cuyos CNEGSR, quien tiene asignado un presupuesto de \$2,139,801,769 para el 2018.

Brecha

En los últimos 5 años el número de recién nacidos con bajo peso, ha aumentado en términos absolutos y porcentuales (ver tabla 4). Tanto como porcentaje del total de recién nacidos como en términos absolutos. Es indiscutible que un indicador como bajo peso que, además, es un indicador indirecto de la calidad en la atención durante el control prenatal a nivel institucional, es un foco rojo que necesita atención.



En el caso de las consultas prenatales, la información proporcionada sobre la importancia del cuidado cariñoso y sensible no está priorizada, ni se detalla su contenido en la NOM. La información recabada por la ENIM, recupera mucha información valiosa sobre los contenidos de las consultas prenatales que hasta la fecha no existían. Sin duda se verá complementado con preguntas relacionadas con el cuidado cariñoso y sensible, como por ejemplo, si se les informó sobre la importancia de brindar un cuidado cariñosos y sensible y sobre cómo brindarlo o en qué consiste. Hasta ahora las consultas cubren contenidos vinculadas prioritariamente con la salud física del recién nacido (higiene, dormir boca arriba y nutrición), y aún en estos temas los porcentajes son inferiores al 75%.

Sería ideal contar con más acciones de capacitación sobre la importancia del vínculo y del cuidado cariñoso y sensible, así como indicadores de la salud mental de las mujeres embarazadas en México, y no solamente de los trastornos mentales, sino en general, su vivencia del embarazo, niveles de estrés, satisfacción con su experiencia durante el parto. Sobre los factores de riesgo de trastornos mentales la OMS, comenta “Prácticamente todas las mujeres pueden desarrollar trastornos mentales durante el embarazo y en el primer año después del parto, pero pobreza, migración, estrés extremo, exposición a la violencia (doméstica, sexual y de género), situaciones de emergencia y conflicto, desastres naturales y escaso apoyo social generalmente aumentan los riesgos de trastornos específicos. [...] En los países en desarrollo el 15.6% de las mujeres embarazadas padecen algún tipo de trastorno mental”. (WHO n.d.) Más adelante, en el elemento esencial de apoyo para la salud mental de los padres, se profundiza sobre el tema de la depresión posparto de las madres.

La calidad de la atención es otro asunto pendiente de este elemento esencial. Las estadísticas del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud, como se reportó en la parte de diagnóstico, miden si se pesó, se midió la presión o se hizo un análisis de orina, esos indicadores son muy distales de la calidad de la atención. La calidad es un aspecto importante que también incide en la salud de la diada, la madre y el feto. Por ejemplo, se debe evitar que la embarazada salga nerviosa o ansiosa de la consulta prenatal, ya que su estado de ánimo incide en la salud y bienestar del feto.

A partir de la información de la ENIM, se recomienda reforzar la capacitación para el personal en campo para que las mujeres embarazadas reciban información oportuna con



mensajes claves sobre la importancia del vínculo, la lactancia materna, la estimulación oportuna, los riesgos como la depresión postparto, y los cuidados básicos. Es en esta etapa donde se debe trabajar para que las futuras madres y padres cuenten con la información más actualizada sobre el desarrollo infantil, porque de ellas y ellos dependerá principalmente el bienestar y desarrollo de las niñas y los niños.

4. Cuidados durante el nacimiento

Importancia

“Una buena experiencia de parto va más allá de dar a luz a un bebé sano [...] hoy en día, existen grandes diferencias en la asistencia que se brinda a las mujeres en el parto. En un extremo del espectro, se les realizan demasiadas intervenciones médicas demasiado pronto. En el otro, reciben muy poco apoyo demasiado tarde, o nunca. En ninguno de los extremos, las mujeres tienen la experiencia positiva de parto que desean y merecen” (Nothemba-Simelela 2018). La mayoría de los indicadores y acciones actuales se concentran en evitar que las mujeres reciban poco apoyo demasiado tarde o nunca, -lo cual es muy necesario- pero se ha dejado del lado el otro extremo, relativo a la sobre-medicalización y la intervención excesiva durante los partos.

La importancia de la primera hora después del parto

Este periodo es sin duda uno de los más críticos de la vida en los seres humanos. El Dr. Odent nos habla de 12 perspectivas que él ha catalogado con el propósito de mostrar su dimensión.

Perspectiva 1: La necesidad inmediata de respirar

Todos sabemos que el bebé necesita usar sus pulmones. Esto implica que el corazón debe urgentemente bombear sangre a su circulación pulmonar. Para que esto suceda, se cierra la conexión entre la circulación sistémica y la pulmonar (el foramen oval y el ducto arterioso).

Perspectiva 2: Los efectos del comportamiento de las hormonas

Todas las diferentes hormonas liberadas por la mamá y el feto durante el primer y segundo periodo del trabajo de parto aún no han sido eliminadas durante la primera hora que sigue al nacimiento. Todas ellas juegan un papel en la interacción madre-recién nacido.

La hormona clave es sin duda la oxitocina. Todos sabemos de su efecto para que se den las contracciones uterinas, así como de su efecto en la bajada de la leche. Gracias a los hallazgos de Orange y Pedersen cuyos experimentos en ratas, demostraron que esta hormona induce una conducta maternal y a una cadena de investigaciones confirman que la Oxitocina es la hormona típica del amor.

Y es justamente entre que nace el bebé y nace la placenta que las mujeres alcanzan el máximo pico de producción de la oxitocina, liberándola mediante una especie de eyección pulsátil. Este fenómeno está condicionado por su entorno, como



sucede durante un acto sexual o el reflejo de bajada de la leche. Si el lugar es tibio, si no es interrumpida y sólo tiene que mirar a su hijo sin distracción, la frecuencia pulsátil y por ende su efecto aumenta.

Pero eso no es todo. También la producción de Prolactina, considerada la hormona 'de la maternidad', en este momento se produce y ayuda a que el vínculo amoroso con los bebés se establezca.

Así como en la madre se ha reconocido la liberación de endorfinas en el trabajo de parto, también en el bebé se liberan endorfinas. Es ahora reconocido que ambos, por un cierto tiempo después del parto, están impregnados con estos opiáceos cuyo efecto conocido es crear dependencia, desarrollándose así el vínculo entre ambos.

Hasta las hormonas de la familia de adrenalina, conocidas como las hormonas de la agresión tienen un papel que jugar. Así como permitieron al bebé adaptarse rápidamente y sobrevivir la etapa de falta fisiológica de oxígeno, típica del nacimiento, en la madre le permiten saber la mejor posición, los movimientos que ha de hacer y lo que ella requiere para parir (tomar agua, jadear, agarrarse de algo, etc.). Este grado de alerta se prolonga hasta el posparto más inmediato. Ambos, mirándose a los ojos, acaban de establecer la primera relación entre humanos.

Perspectiva 3: La perspectiva de los etólogos.

La importancia de la etología, ciencia del comportamiento, ha adquirido importancia a partir de los descubrimientos de los efectos de las hormonas en las conductas que participan en el nacimiento.

Perspectiva 4: La primera hora como inicio del amamantamiento.

El bebé está programado, de manera natural, para encontrar el pecho durante esa primera hora. Por su lado, la madre aún se encuentra 'como en otro planeta', muy instintiva, y eso le permite 'saber' como cargar a su bebé y acercarle su seno.

Perspectiva 6: El punto de vista bacteriológico.

Al nacer un bebé está libre de gérmenes. Una hora después millones de gérmenes cubren sus membranas mucosas. La pregunta es – ¿cuáles son los que entrarán primero a su cuerpo? Los bacteriólogos saben que aquellos que ganen serán los que gobiernen el territorio. El entorno de gérmenes de su madre es el más conocido y 'amigable' para ese bebé porque comparten los mismos anticuerpos (IgG). Desde esta perspectiva al cuerpo del recién nacido le urge estar en contacto con una sola persona –su madre. Si a esto aumentamos los beneficios a su flora intestinal provistos por la ingesta temprana de calostro, se confirma que la hora siguiente al parto es un período crítico con efectos para toda su vida.

Perspectiva 7. Inicio del proceso de autorregulación

En el útero el bebé nunca tuvo oportunidad de adaptarse a diferentes temperaturas (excepto de posibles periodos febriles maternos). Como los mecanismos de la termorregulación aún no están maduros al nacimiento hay razones teóricas que relacionados con casos de hipertermia inducidos por una anestesia epidural durante el trabajo de parto o un baño demasiado caliente. Una vez más parecería que estamos interrumpiendo el continuo del nacimiento aumentando la diferencia en temperatura entre los entornos dentro y fuera de la matriz.

Perspectiva 8. Adaptación a la gravedad

Durante esa primera hora se establece una nueva relación con la gravedad. Súbitamente el nervio vestibular, que sirve al equilibrio, inunda al cerebro por primera vez con impulsos desde los canales semicirculares, útricos y sáculos.

Perspectiva nueve. El enfoque etnológico

La mayoría de las culturas disturban ese primer contacto entre madre y bebé durante la hora que sigue al nacimiento. Por ejemplo, la creencia de que el calostro es malo y hasta debe extraerse y tirarse. El corte inmediato del cordón. Otros rituales que interfieren son: el baño, frotamiento, envolver apretadamente el cuerpo o los pies, 'humear' al bebé, (paladearlo en México), perforando los lóbulos de las orejas en niñas, abriendo las puertas en países fríos, etc. Estas creencias y rituales parece que van en relación proporcional con la necesidad social y la capacidad para agredir y destruir la vida.

Perspectiva 10. La aproximación obstétrica

En nuestras sociedades modernas el control cultural del parto/nacimiento es mayoritariamente es de índole médica, como la inyección de sustancias oxitócicas en casi todas las madres, bloqueando así su propia producción.

Si echamos un ojo a la literatura se encuentran estudios de cómo controlar el tercer periodo con el único propósito de evaluar los riesgos de una hemorragia posparto. Todos los protocolos de investigación parten de un uso negativo de términos, por ejemplo: no uso de sustancias uterotónicas; no corte inmediato del cordón, en lugar de referirse a modos



de facilitar la liberación de oxitocina.

Perspectiva 11. El enfoque de la partería

Algunas parteras han podido conservar su práctica sin ser objeto de protocolos y lineamientos que interfieren con el proceso como arriba descrito. Su papel es proteger los procesos fisiológicos. Su primera preocupación en la madre es la liberación del máximo de oxitocina a sabiendas de que es fundamental para la expulsión de la placenta además de todos los beneficios mencionados.

Se aseguran que la habitación esté suficientemente caliente. Si la madre tiembla, significa que el lugar no está lo suficientemente tibio. Su meta es que la madre no se distraiga mientras mira a su bebé que recién ha salido de su vientre y le ofrece el contacto de su piel.

La mujer al ‘estar en otro mundo’, después de un parto en condiciones fisiológicas, tiene a su neocórtex más o menos en reposo. ¡No hay que despertarlo!

Perspectiva 12. Una nota política

La aproximación científica puede ser políticamente incorrecta. Debemos reconsiderar su planteamiento, aunque las bases de nuestras culturas se vean amenazadas, estudiar ciertos aspectos de la Salud Primal que pueden estar asociarse a asuntos vitales como autismo, criminalidad juvenil, suicidios en adolescentes, drogadicción, anorexia, etc.

Dr. Michel Odent

(primero publicado en Midwifery Today, Vol. 61, 2002; ahora en Internet: www.michelodent.com)

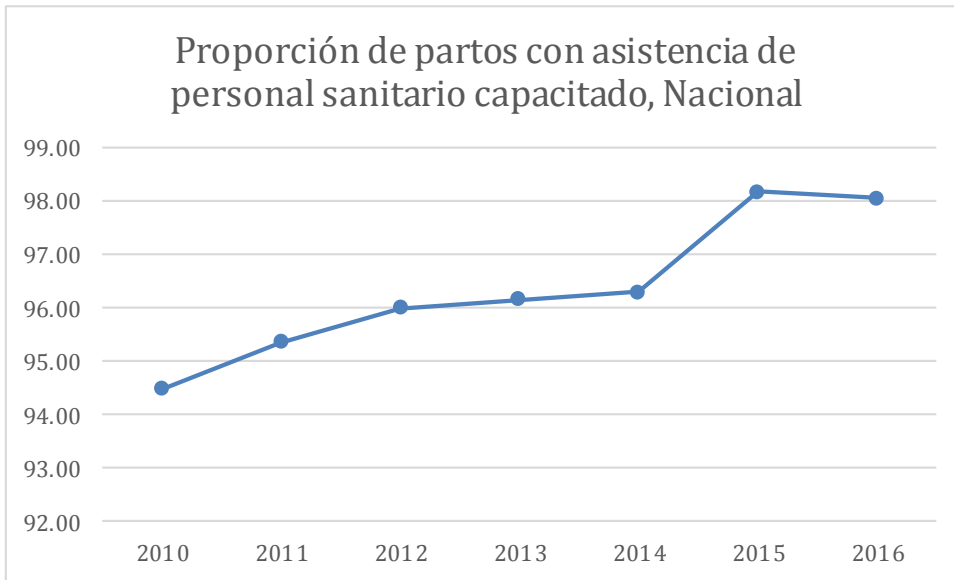
La propuesta de evitar la intervención excesiva durante el parto es relativamente nueva. Recientemente en el 2018, la OMS ha publicado sus “recomendaciones para una experiencia de parto positiva” *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience* (OMS 2018). En dicho documento reconoce los debates que existen alrededor del tipo de atenciones que necesitan las mujeres durante el parto, así como el aumento en la aplicación de una gama de prácticas médicas para iniciar, acelerar, finalizar, regular o monitorear el proceso fisiológico del trabajo de parto, con el objetivo de mejorar las tasas de mortalidad materna e infantil y otros indicadores de salud, pero que no necesariamente son justificadas. La guía contiene una lista de recomendaciones sobre la atención intraparto para una experiencia de parto positiva.

Diagnóstico

Los datos sobre nacimientos indican que la gran mayoría de los nacimientos en los dos años previos a la encuesta fueron atendidos por personal calificado y atendidos en una unidad médica (98% en el 2015 y 97%, en el 2016).



Ilustración 6 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario capacitado, Nacional



Fuente: Elaboración propia con datos del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC).

La mayoría de los nacimientos ocurrieron en unidades del sector público (82%), el resto ocurrieron en unidades del sector privado (15%) y el resto ocurrieron en casa (3%). El número de nacidos vivos ha decrecido del 2012 al 2016. (ver siguiente gráfico)

Ilustración 7 Nacidos vivos 2010-2016



Fuente: Elaboración propia con datos del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC)



En cuanto a la mortalidad perinatal, sus principales causas fueron: 28.8% prematuridad, 19.5% infecciones, 22.1% defectos al nacimiento, 11.0% hipoasfixia o asfixia y 18.6% otras causas. El bajo peso (que ya se comentó) y la prematuridad son condiciones que generan riesgos altos para la mortalidad y discapacidad en estos niños y niñas, es por ello que se requiere incrementar la cobertura de los paquetes de intervenciones que permitan reducir los nacimientos prematuros y mortalidad ocasionados por esta causa. Adicionalmente fomentar la lactancia materna para fortalecer de manera óptima a recién nacido.

Tipo de parto

Para tener un diagnóstico sobre la situación de los cuidados durante el parto, se tienen pocos indicadores. Destaca el tipo de parto. “El porcentaje de nacimientos por cesárea reportado para 2012, fue de 45.2%, muy por encima de la tasa ideal de cesárea recomendada desde 1985, por los profesionales de la salud de todo el mundo, que debe oscilar entre el 10% y el 15% (“OMS | Declaración de La OMS Sobre Tasas de Cesárea” n.d.). En la ENSA 2000 se reportó que la resolución del parto por cesárea fue de 29.9% y en la ENSANUT 2006 fue de 34.5% . El nacimiento por cesárea aumenta en el sector privado, donde cerca de 70% de los nacimientos fueron por cesárea (Gutiérrez JP. et al. 2012). Para el 2015, la Secretaría de Salud, reporta que 45 de cada 100 nacimientos son por cesáreas (Juárez 2017).

En otro aspecto de los cuidados durante el parto, tenemos que en cuanto a la duración de la estadía en la unidad de salud, el 22% de las mujeres estuvo 3 días o más, 63.5% estuvieron 1 a 2 días, 4.2% estuvieron de 12 a 23 horas, 6% de 6 a 11 horas, y el restante 3.8% menos de 6 horas (ENIM 2015).

Oferta gubernamental

Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal

El PAE de Salud Materna y Perinatal, (comentado anteriormente) incluye algunas líneas de acción directamente vinculadas con los cuidados durante el parto. La línea de acción 1.1.1. Contribuir a mejorar la calidad y seguridad en la atención, con base en evidencia científica y mejores prácticas, eliminando intervenciones nocivas e innecesarias. También



la 1.1.6. Fortalecer la atención oportuna y de calidad en emergencias obstétricas considerando redes efectivas interinstitucionales de servicios.

De los 6 indicadores el PAE ninguno mide la calidad de la atención durante el parto, sin embargo, si se mide la mortalidad materna, a través de la razón de mortalidad materna¹⁰. Según el propio PAE “el indicador mide indirectamente la efectividad de las acciones de prevención y atención oportuna de complicaciones en mujeres embarazadas, parturientas y puérperas de acuerdo con la normatividad aplicable”.

Como se comentó para el PAE de planificación familiar y anticoncepción, el PAE SMYP al no ser un programa social, ni presupuestario, no cuenta con evaluaciones de impacto. Tampoco tiene indicadores de cobertura, porque en estricto sentido su población objetivo no son directamente los pacientes, sino los 32 servicios estatales de salud (SESAs), pues el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud no otorga al CNEGSR atribuciones para prestar servicios.

Las acciones del PAE SMYP son ejecutadas por algunas áreas del CNEGSR, y éstas son financiadas en algunas de sus fases (diseño, seguimiento, monitoreo), por el P020 Salud Materna, Sexual y Reproductiva. La ejecución de las acciones del PAE SMYP, igual que en el caso de planificación familiar y otros elementos de salud, se financia a través del R12 E023 Atención a la salud, el R12 I002 FASSA o R12 S072 Prospera componente de Salud y quizá otros programas presupuestales más difíciles de identificar y rastrear. Esta forma de financiamiento se repite en varios elementos esenciales.

Los indicadores de calidad que recupera el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud, se refieren únicamente el número de cesáreas, de 36.0% a nivel nacional para el 2017. Este indicador es muy agregado para conocer la calidad de la atención.

Si bien la NOM-007-SSA2-2016, menciona claramente que “En todo establecimiento para la atención médica en el que se proporcione atención obstétrica, el personal de salud debe aplicar los criterios y procedimientos para favorecer la práctica de la lactancia materna

¹⁰ Método de cálculo de mortalidad materna: dividir el Total de defunciones de mujeres por causas maternas en un año determinado entre Total de nacimientos registrados en los certificados de nacimiento para el mismo periodo por 100,000



exclusiva, así como el alojamiento conjunto, atendiendo a las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante”, a pesar de estar reconocido como una práctica que favorece la lactancia y el vínculo y estar en la normatividad desde hace más de una década, el alojamiento conjunto generalizado aún está lejos de lograrse tanto en los hospitales públicos como en los privados, donde incluso hacen firmar una carta a los padres en la que deslindan al hospital de cualquier responsabilidad sobre la salud del recién nacido, si desean solicitar este tipo de alojamiento.

Brecha

Sería de mucha utilidad contar con una evaluación más rigurosa y detallada del impacto y diseño del PAE SMYP, como las que lleva a cabo el CONEVAL sobre los programas presupuestarios. Sobre las acciones para la atención al parto, se recomienda actualizar los protocolos a la luz de las nuevas investigaciones que ha publicado la OMS. En especial su documento *“Intrapartum care for a positive childbirth experience”*, 2018. Ahí se incluyen justificaciones científicas para decidir si las actuales intervenciones son necesarias, se eliminan o se modifican. En particular, se recomienda asegurar el cumplimiento de lo mencionado en la NOM sobre que todas las madres con hijos sanos tengan contacto piel con piel con los recién nacidos durante la primera hora de vida, que se brinde siempre alojamiento conjunto, y madre canguro, que se continúen los esfuerzos para llegar a todas las mujeres del país, y se generen nuevas estrategias para lograr disminuir las intervenciones innecesarias y excesivas para que cada mujer tenga una buena experiencia de parto.

Así mismo es inaplazable disminuir las tasas de cesáreas. La OMS menciona que “desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. También desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbimortalidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y



afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral” (“OMS | Declaración de La OMS Sobre Tasas de Cesárea” n.d.).

Se sugiere que las recomendaciones de la OMS sean revisadas con detalle y sirvan para la actualización de la NOM-007-SSA2- 2016, (que está ocurriendo mientras se escribe este documento. Sólo por mencionar un ejemplo, en el caso de la episiotomía, la guía de la OMS dice que la intervención no es recomendada, y en su numeral 39 dice textual: “El uso rutinario o liberal de la episiotomía no se recomienda para mujeres que se someten a un parto vaginal espontáneo”. Mientras que la NOM-007-SSA2-2016, dice en el apartado 5.5.9: “se recomienda realizar episiotomía de manera selectiva dependiendo de la valoración clínica”. Al cambiar la redacción se le da un sentido totalmente contrario a lo que la evidencia internacional sugiere. El alcance de este diagnóstico no permite evaluar y sugerir los cambios en la norma, se sugiere un estudio especializado.

Por último, es urgente añadir indicadores de calidad de la atención durante el parto, que incluyan aspectos sugeridos por la OMS. También incluir aspectos que midan el respeto a las decisiones de la mujer durante el trabajo de parto cuando no pone en riesgo la salud de ambos, como movilidad durante el parto, reducir las intervenciones innecesarias, etc.

5. Prevención de transmisión de HIV de la madre a bebé

Importancia

En ausencia de intervención médica la transmisión materno - fetal se da en 26% de los nacimientos y se reduce a 8% con tratamiento antirretroviral con zidovudine. Si además se efectúa cesárea y se evita la lactancia al seno materno, se puede reducir el riesgo de transmisión a 1%. Aunque existe un debate técnico sobre si la evidencia es suficiente y concluyente sobre estas prácticas. Se ha observado menor riesgo de muerte materno - fetal con el tratamiento con zidovudine en comparación con placebo. La incidencia de óbitos, partos pretérmino, bajo peso al nacer, no han mostrado diferencias significativas entre grupos tratados y no tratados (guía de práctica clínica IMSS 28,08)(“IMSS_028_08_EyR.pdf” n.d.).



Diagnóstico

Entre las mujeres de 12 a 19 años de edad cuyo último hijo nació vivo en los cinco años anteriores a la entrevista, 59.6% reportó habersele realizado la prueba de detección de VIH durante el embarazo, según la ENSANUT 2012. Para las mujeres de 20 a 49 años, la cifra es de 50.1%. “En particular para la prueba de VIH, se realizó en 42% de los casos atendidos en el sector privado, para la seguridad social fue en 47% de las mujeres, y llega a 56% entre las atendidas en servicios de los SESA e IMSS Oportunidades.” (Gutiérrez JP. et al. 2012).

Tabla 6 Distribución porcentual de mujeres de 20 a 49 años cuyo último hijo nació vivo entre 2007 y 2012, por prueba de detección de sífilis y VIH y consumo de ácido fólico durante el embarazo

	Prueba de detección de sífilis		Prueba de detección de VIH		Le mandaron ácido fólico	
	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%
Sí	3 300.41	39.9	4 144.12	50.1	8 073.18	97.6
No	4 458.45	53.9	3 895.97	47.1	198.52	2.4
NS/NR	512.85	6.2	190.25	2.3	0.3	0.0
Total	8 271.7	100.0	8 271.7	100.0	8 271.7	100.0

* Frecuencia en miles

NS/NR: No sabe/no responde

Fuente: Cuestionario de adultos ENSANUT 2012

De manera más reciente, la ENIM reportó que el 39.5% de mujeres entre 15 y 49 años que dieron a luz en los 2 años anteriores a la encuesta y recibieron cuidados prenatales, informan haber recibido asesoramiento sobre el VIH durante dichos cuidados. También el 56.8% de mujeres entre 15 y 49 años que dieron a luz en los 2 años anteriores a la encuesta y recibieron cuidados prenatales, informan que se les ofreció y aceptaron hacerse una prueba del VIH durante la atención prenatal y que recibieron los resultados. (INSP 2015)

Con respecto a los conocimientos y actitudes sobre el SIDA, la ENIM identificó que “el 60% de las mujeres entre 15 y 49 años conoce las dos principales maneras de prevenir la transmisión del VIH (tener sólo una pareja fiel no infectada y usar preservativo toda vez



que se tengan relaciones sexuales). El 51% de las mujeres entre 15 y 49 años puede identificar correctamente dos ideas equivocadas sobre el VIH. El 35% de las mujeres entre 15 y 49 años tiene conocimiento integral sobre el VIH/SIDA, el 88% sabe que el VIH se puede transmitir de madre a hijo/a y el 42% conoce las tres formas de transmisión de madre a hijo/a. El 72% de las mujeres de 15 a 49 años sabía dónde hacerse la prueba para detectar VIH, mientras que 42% se había hecho la prueba alguna vez. El 41% de las mujeres expresa cuatro actitudes de aceptación hacia personas que viven con VIH y el 5% expresa actitudes de discriminación. El 2% de las mujeres de 15 a 49 años reporta haber tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses. De ellas, sólo 33% reporta haber usado el preservativo cuando tuvieron relaciones sexuales la última vez. La prevalencia de relaciones sexuales antes de los 15 años entre mujeres de 15 a 24 años es de 7%. El 3% de mujeres de 15 a 24 años tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses; de ellas sólo 38% informó haber usado un preservativo en la última relación sexual". (INSP 2015)



Tabla 7 Indicadores sobre la prueba de VIH

Prueba del VIH			
Indicador MICS	Indicador	Descripción	Valor
9.4	Mujeres que saben dónde hacerse la prueba del VIH.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que han declarado tener conocimiento de un lugar para la prueba del VIH.	72.2
9.5	Mujeres que se hicieron la prueba del VIH y que conocen los resultados.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que se hicieron la prueba del VIH durante los 12 meses anteriores a la encuesta y que conocen el resultado.	10.1
9.6	Mujeres jóvenes sexualmente activas que se hicieron la prueba del VIH y que conocen los resultados.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 24 años que tuvieron relaciones sexuales durante los 12 meses anteriores a la encuesta, que se hicieron la prueba del VIH durante los 12 meses anteriores a la encuesta y que conocen el resultado.	18.0
9.7	Consejería sobre el VIH durante la atención prenatal.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que dieron a luz en los 2 años anteriores a la encuesta y recibieron cuidados prenatales y que informan haber recibido asesoramiento sobre el VIH durante dichos cuidados.	39.5
9.8	Prueba del VIH durante la atención prenatal.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que dieron a luz en los 2 años anteriores a la encuesta y recibieron cuidados prenatales y que informan que se les ofreció y aceptaron hacerse una prueba del VIH durante la atención prenatal y que recibieron los resultados.	56.8

fuente: ENIM 2015

Oferta gubernamental

En la consulta de atención prenatal básica, se incluyen las pruebas para detectar sífilis y VIH. En el PAE SMYP, se le asigna una línea de acción “1.1.4. Fortalecer en coordinación con el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida (CENSIDA) las medidas para prevenir la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita, así como el seguimiento al recién nacido, en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud.”

Además la NOM-007-SSA2-2016 también tiene entre sus consideraciones que “busca impedir la transmisión perinatal de sífilis y VIH, mediante su detección y tratamiento oportunos”.



Existe así mismo, otra norma oficial especial para la transmisión del VIH, la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Dentro de los indicadores del PROSESA, en el 2013 se comentó a medir el porcentaje de cambio entre el año base (2013) y el año de registro de casos nuevos confirmados de VIH por transmisión vertical. En 2016 se registraron 92 casos nuevos confirmados de VIH por Transmisión Vertical, lo que refleja una disminución de 29.77%, respecto al año base 2013 cuando se registraron 131 casos.

Para disminución en el número de casos de transmisión vertical de VIH se está ofreciendo a toda mujer embarazada y su pareja la detección del VIH y sífilis en la primera consulta prenatal, así como proveyendo el tratamiento profiláctico perinatal del VIH a las embarazadas que viven con el virus y a sus hijos”. (avances del PROSESA, online, abril 2018).

Esta intervención se financia en parte a través del R12 P016 Prevención y Atención HIV/SIDA, que tiene 6 Unidades Responsables, una de las cuales es el CENSIDA, quien contó con un presupuesto de este programa presupuestal de \$360,860,562.0 para el 2018. Otra de las unidades responsables de ese mismo programa que ejecutó acciones vinculadas a prevención de transmisión de VIH de la madre al bebé, es el Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) quien tiene un presupuesto desde este programa presupuestal para el 2018 1,032,843.0. Además el HIMFG recibe financiamiento de otros varios programas presupuestales, uno de los cuales es el R12 E023 Atención a la salud, de quien recibe 1,246,017,762.7 durante el 2018 (“Transparencia Presupuestaria | Programas” n.d.).

Brecha

Se encontró positivo que se esté midiendo la transmisión vertical, y que durante los 3 años que se ha llevado el registro se ha disminuido el número de casos. Sin embargo, no se encontró información pública sobre el tratamiento para los casos diagnosticados. Tampoco se pudo acceder a información sobre la calidad de la atención. Sin embargo, a partir de los datos de las encuestas nacionales sabemos que los porcentajes, tanto de pruebas realizadas



a las mujeres embarazadas, como de información sobre VIH aún tienen un amplio margen de mejora.

6. Cuidado del recién nacido, con atención especial para niños con bajo peso y enfermos.

Importancia

Los recién nacidos con bajo peso y enfermos requieren cuidados diferentes de los recién nacidos sanos. ES un periodo de gran vulnerabilidad donde el tipo de atención que se reciba puede tener secuelas negativas o positivas.

Diagnóstico

Para saber sobre la situación de los recién nacidos con bajo peso y enfermos se parte de identificar que el porcentaje de niños con bajo peso al nacer fue de 5.4 del total de nacimientos (el análisis se hizo en el apartado 3. cuidados prenatales). Con respecto a la morbilidad en recién nacidos la información no está accesible.

Visto desde otra perspectiva, ambas situaciones (bajo peso asociado a prematuridad y enfermedad) se encuentran entre las principales causas de mortalidad neonatal en México. Para ilustrarlo mejor, durante 2012, el 28.8% de las muertes neonatales se debieron a la prematuridad, (bebés nacidos antes de la semana 38 de gestación), un 22.1 por ciento a defectos al nacimiento; 19.5 por ciento a infecciones, 18.6 por ciento a otras causas perinatales y un 11 por ciento a hipoxia y asfixia (“La Prematuridad en México, El Gran Reto” n.d.).

También cabe mencionar que existen factores de riesgo asociados con un incremento de posibilidades del parto pretérmino y la ineffectividad de la intervención, entre los que destacan, tabaquismo, enfermedades infecciosas y salud mental, lo cual indica que el tipo de vida que llevan las madres y padres, la relación cultural de pareja o la agresión; aumentan la posibilidad de que un bebé nazca prematuro (ídem).

Para tener un diagnóstico más claro, sería necesario tener datos sobre el tipo y la calidad del cuidado que reciben los recién nacidos en estas condiciones. Tampoco se encontraron

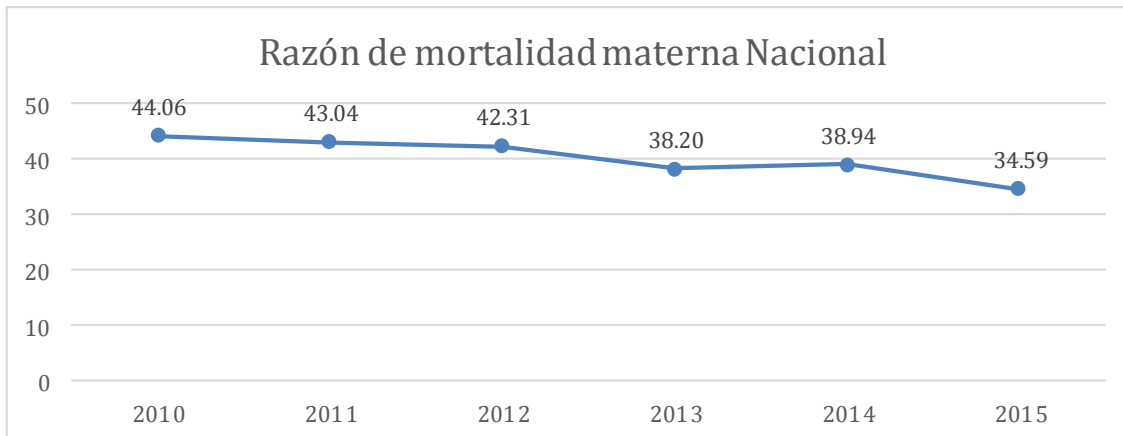


datos más específicos de mortalidad neonatal y morbilidad. ¿de qué se enferman, cuántos mueren?, ¿por qué causas?

Razón de muerte materna en México

“Para el 2013, la razón de mortalidad materna se ubicó en 38.2 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, una disminución de 4.1 puntos porcentuales con respecto a 2012. Esta reducción es cinco veces mayor a la obtenida en promedio cada año, en la última década. Para 2014 la razón de muerte materna se reporta en 38.9 y en el 2015 de 34.6. (esto es 34.6 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos). Lo anterior significa que el número de muertes maternas en 2013 fue de 861, cifra inferior en 10.3% a la registrada en 2012. Existen avances, pero podrían ser mayores. En particular, en los últimos 5 años, las principales causas de muerte materna son indirectas que incluyen el embarazo con una enfermedad crónica o persistente asociada, ocupando el primer lugar con un 26.4% del total de las causas (2013). Las principales son enfermedades neoplásicas (25%), cardiovasculares (22%), hematológicas (14%), respiratorias (13%) y VIH-SIDA (6%).” (García-Cavazos 2016).

Ilustración 8 Razón de mortalidad materna



Fuente: Base de datos del Subsistema de Información sobre Nacimientos. Bases de datos de mortalidad.



Oferta gubernamental

A nivel normativo, 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, describe algunas de las acciones a cumplir en cada consulta para el cuidado del recién nacido, en especial los que nacen con bajo peso o enfermos. Con respecto al bajo peso, menciona la importancia de promover la adecuada nutrición, la prescripción de hierro y ácido fólico, y multivitamínicos, así como, evitar el uso y abuso de sustancias tóxicas y adictivas para prevenir bajo peso y daños en el feto. Así mismo prevenir el maltrato a la mujer embarazada, porque también puede ocasionar bajo peso en el recién nacido. Y canalizar a servicios especiales a las mujeres que la viven en condiciones con propensión a ser víctimas de violencia. La Norma cuenta con un apartado, donde se menciona cómo prevenir el peso bajo al nacimiento. Las acciones incluyen procedimientos de prevención, detección oportuna de factores de riesgo, y propone establecer la estrategia madre canguro.

Más adelante en la misma Norma, se detalla el manejo de la niña o el niño, con peso bajo al nacimiento. Se menciona que se debe promover que la persona recién nacida de bajo peso sea alimentada con leche de su propia madre, prevenir daños producidos por errores congénitos del metabolismo y otras enfermedades e instruir a los padres sobre cuidados domiciliarios de la persona recién nacida de peso bajo, para su integración a programas específicos.

La institución responsable de llevar a cabo las acciones esenciales que se analizan, es la Secretaría de Salud por medio de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, de quien depende el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). Es importante recordar que las responsabilidades del CNEGSR son normativas, y la operación es responsabilidad de los servicios de salud a nivel estatal.

En específico son ellos quienes se encargan del embarazo y el recién nacido hasta cumplir los 28 días. Dentro de CNEGSR, la responsable es la Dirección General de Atención a la Salud Materna y Perinatal, cuyas estrategias, metas y líneas de acción están descritas en el Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018, ya comentado



anteriormente. La operación depende de las unidades de Salud de las Secretaría de Salud, el IMSS, el ISSSSTE, el IMSS-prospera, y otros.

Las líneas de acción del PAE SMYP que inciden en el cuidado del recién nacido, con atención especial para niños con bajo peso y enfermos, son: 1.1.6. Fortalecer la atención oportuna y de calidad en emergencias obstétricas considerando redes efectivas interinstitucionales de servicios. Estrategia 2.1. Promover formación, actualización y desarrollo de recursos humanos para la atención integral, pregestacional, prenatal, del parto, puerperio y del neonato. Líneas de acción: 2.1.1. Favorecer la disponibilidad de personal capacitado para la atención pregestacional, prenatal, parto, puerperio, las emergencias obstétricas y neonatales. 2.1.2. Sensibilizar y capacitar al personal para brindar atención materna y perinatal segura, competente y respetuosa de los derechos humanos.

Los indicadores vinculados a estas líneas de acción, son razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad neonatal y porcentaje de partos atendidos. Que para valorar el elemento esencial son de poca utilidad, únicamente serviría como proxy, el indicador de mortalidad neonatal.

En cuanto a la colaboración interinstitucional, desde el 2009, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) firmaron el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica (Convenio General). El convenio establece el compromiso de implementar un mecanismo de coordinación entre las instituciones públicas de salud a través de las unidades hospitalarias, que implica garantizar la admisión y la atención de las pacientes con base en la capacidad resolutoria o bien la referencia oportuna, sin condicionar la atención a la filiación. Este proyecto facilita a las pacientes la atención médica, lo que conlleva el aprovechamiento de tiempo valioso para la vida y la salud de la propia paciente y su hijo, al mismo tiempo que incide en la reducción del índice de muerte materna”.

Estas acciones se financian desde las mismas bolsas que los cuidados prenatales.

El programa Seguro Médico Siglo XXI, es parte del Seguro Popular, ofrece cobertura total a niñas y niños menores de 5 años de edad, afiliados al Sistema de Protección Social en Salud. Su principal objetivo es financiar, mediante un esquema de aseguramiento en



salud de cobertura amplia, complementaria a la contenida en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), la atención de las niñas y los niños menores de cinco años de edad, afiliados al Seguro Popular que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social como IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA o SEMAR. Las niñas y los niños afiliados al Sistema de Protección Social en Salud están protegidos de los principales padecimientos que se manifiestan durante los primeros años de vida, pero sobre todo en el primer mes de vida, que es donde se presenta el mayor número de casos de muerte infantil.

Brecha

Cuidado de recién nacidos con especial atención a bajo peso y enfermos, es un tema que está a cargo del CNEGSR. Se atiende como parte de las intervenciones para reducir la mortalidad infantil. Dado que la mortalidad infantil es un indicador muy visible que tiene mucho tiempo registrándose es fundamental en todo el sistema de Salud. Los niños con bajo peso, tienen en la NOM establecido los estándares bajo los cuales deberán ser atendidos. Y en el caso de los niños enfermos depende del tipo de enfermedad.

Existen avances notables en la reducción de las tasas de mortalidad infantil, lo que implica que se ha mejorado la atención a niños con bajo peso y enfermos. Se buscó tener información más precisa sobre este grupo de niños, sin embargo no se logró tener acceso a indicadores sobre el número de recién nacidos enfermos y otras características sociodemográficas. Tampoco se pudo identificar dentro de los recién nacidos, cuáles requirieron atención especial por bajo peso o por estar enfermos.

El SMSXXI es un programa que contribuye a atender a los recién nacidos con bajo peso y enfermos cuyos padres no están afiliados a otros esquemas de seguridad, al ofrecer cobertura total a niños menores de 5 años.

La prematurez se puede afrontar, según el Dr. Cardona especialista del Instituto Nacional de Perinatología, con dos acciones fundamentales que no requieren intervenciones de ningún tipo (más bien requieren no intervenir) –y que también son parte del modelo– estas son: mantener la temperatura mediante el método del bebé canguro y fomentar la lactancia materna. Ambas reducirían de manera impactante la mortalidad y morbilidad del prematuro. Además, existen otras medidas básicas como el uso de oxígeno adecuado,



ventilación no invasiva, termorreguladores y control de la hiperbilirrubinemia neonatal. (“La Prematurez En México, El Gran Reto” n.d.)

Además de estas medidas, también podrían incluirse más indicadores cualitativos de la atención al recién nacido, en especial para aquellos con bajo peso o enfermos. Se recomienda, así mismo, una evaluación de los procesos para conocer si realmente lo que dice la norma se está cumpliendo y en qué medida. Y también mantener actualizadas las normas con las últimas actualizaciones de la OMS.

7. Contacto y cuidado después del parto

Importancia

Como se revisó anteriormente, el contacto después del parto, podría reducir el número de muertes neonatales, y también favorecer el vínculo entre la madre y el recién nacido. El impacto de este tipo de medidas en el desarrollo de la persona aún no ha sido aprehendido por las instituciones de salud y su personal. Se mantienen prácticas rutinarias que separan innecesariamente a la madre del bebé, como son baño temprano, medir y pesar, etc. (OMS 2018; Michel Odent 2000; UNICEF, UNFPA, and WHO 2015).

Diagnóstico

A pesar de la importancia destacada del contacto después del parto para el desarrollo de las niñas y niños, no existen datos para conocer su situación pormenorizada en México. La información con la que se cuenta sobre el cuidado después del parto, es que el 94.8% de los recién nacidos fueron revisados inmediatamente después del nacimiento en la unidad de salud o en su casa (INSP 2015).

Otro indicador para conocer el cuidado del recién nacido, son las visitas de cuidado postnatal, éstas se refieren a una visita separada por un proveedor de salud para revisar la salud de la madre y proveer servicios de cuidado preventivos. Las visitas de CPN no incluyen las revisiones de salud inmediatamente posteriores al nacimiento realizadas en la unidad de salud o en la casa (comentadas en el párrafo anterior). El 37.8% de los recién nacidos recibieron la visita después de la primera semana del nacimiento, el 26.7% de 3 a 6



días después del nacimiento, 6.2% lo visitaron 2 días después del nacimiento, 3.4% un día después, y 4.4% el mismo día. “1.4% no tuvo visita de cuidado pos-natal.

Tabla 8 Visita de Cuidado Post-Natal para Recién Nacidos

Mismo día	1 día después del nacimiento	2 días después del nacimiento	3-6 días después del nacimiento	Después de la primer semana del nacimiento	Ninguna visita de cuidado post-natal	total
4.4%	3.4%	6.2%	26.7%	37.8%	21.4%	100%

Fuente: ENIM 2015

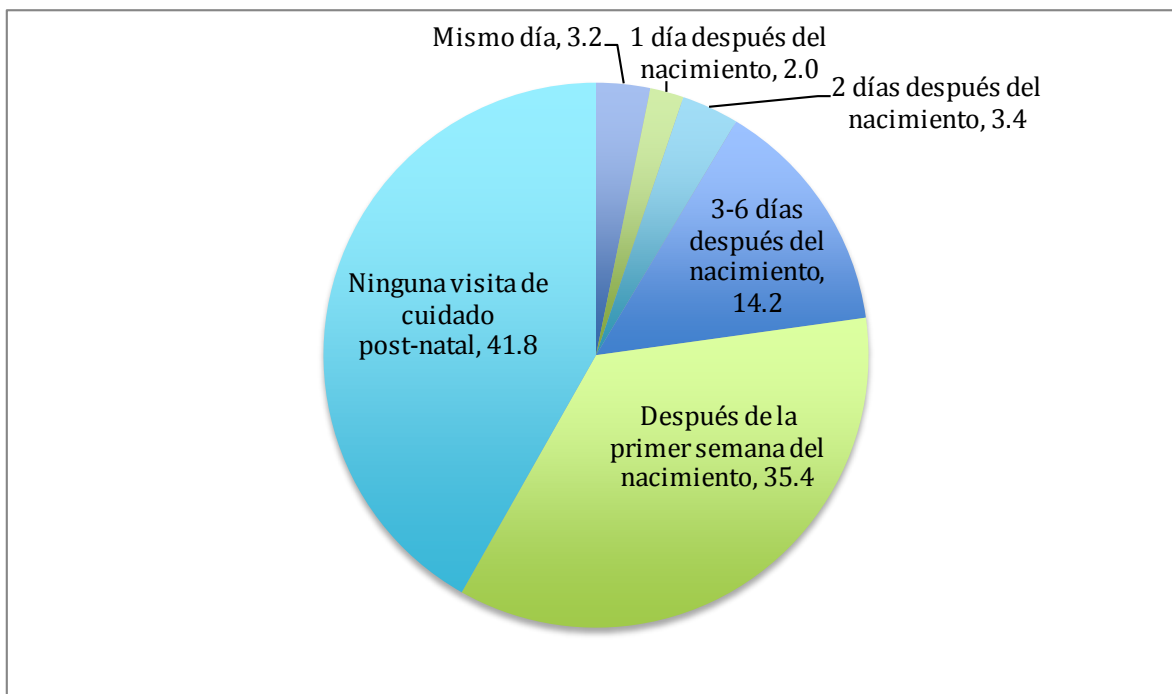
El 85.1% de las visitas de cuidado post natal para recién nacidos, fueron en el sector público. Seguidas por el 13.1% de visitas en el sector privado, 1.1% en casa y 0.2% otro lugar.

Con respecto al cuidado posnatal de las madres, 41.8% no tuvo ninguna visita de cuidado, 35.4% la tuvo después de la primer semana del nacimiento, 14.2% de las madres la tuvieron de 3 a 6 días después del nacimiento, y el restante 8.5% la tuvo 2 días después del nacimiento o antes.

Las visitas después del nacimiento son muy importantes, porque es un periodo sensible donde el binomio (mamá-bebé) se está empezando a conocer, la lactancia se está instalando, la madre y el bebé están estableciendo las bases de lo que será su relación a futuro. En parte por ello las visitas domiciliarias a partir de la primera semana, son uno de los programas más exitosos y conocidos para potenciar el desarrollo infantil temprano.



Ilustración 9 Distribución porcentual según visita de cuidado posnatal para las madres, 2015



Fuente: ENIM 2015

Finalmente, los contenidos específicos de consejería en las consultas de atención postnatal o prenatal que mencionan las puérperas son variados. Destaca que los temas con más menciones son anticoncepción, que el bebé duerma boca a arriba, e higiene, con 69.7%, 70.7% y 73.1%, respectivamente.

Tabla Porcentaje de mujeres de 15-49 años que han tenido un nacido vivo en los últimos dos años quienes, y que recibieron contenidos específicos de consejería en las consultas de atención prenatal o en la primera semana después del parto, México, 2015

Hemorragia	Preclamsia/eclampsia	Infecciones	Trombosis o coágulos	Nutrición	Higiene (sobre todo de lavado de manos)	Anticoncepción	Depresión post-parto	La importancia de que el bebé duerma boca arriba
36.1	41.7	48.0	27.4	54.8	73.1	69.7	39.8	70.7

Fuente: ENIM 2015

Los temas con menos menciones, son trombosis o coágulos con 27.4%, hemorragia 36.1%, depresión post-parto con 39.8% y preclamsia/eclamsia con 41.7%. Por último, se habló de nutrición al 48% de las mujeres y de infecciones al 54.8% de las mujeres. Destaca la ausencia de temas sobre cuidado cariñoso y sensible, educación y estimulación.



Oferta gubernamental

La normativa sobre los cuidados después del parto está principalmente en la NOM-007-SSA2-2016. Al igual que otros elementos esenciales, las instituciones responsables son por un lado el CNEGSR que opera el PAE SMYP, donde están definidas metas, objetivos, indicadores, y por otro lado, su operación depende de las SESA, IMSS, ISSSTE, etc.

Con respecto al contenido de las consultas post-natales, la NOM 007 en su apartado 5.3. consultas subsecuentes, menciona que se debe “5.3.1.12 Proporcionar información completa a la embarazada y a sus familiares, sobre signos y síntomas de alarma que ameriten una atención inmediata en el establecimiento para la atención médica, la elaboración de un plan de seguridad para la atención del parto o ante una urgencia obstétrica, en el que se identifique el establecimiento que prestará la atención, el vehículo a utilizar en el traslado y la persona acompañante, considerando planes alternativos en caso de urgencia, debiéndose registrar dicha información en los formatos institucionales de traslado, el carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada (ver Apéndice J Normativo, de esta Norma).” Sería deseable incluir en la consulta postnatal información sobre síntomas de alarma y otros temas que impactan en la salud de la mujer puérpera y el recién nacido, como son: hemorragia, preclamsia/eclampsia, infecciones, trombosis o coágulos, nutrición, higiene (sobre todo lavado de manos), anticoncepción, depresión post-parto, y la importancia de que el bebé duerma boca arriba, como lo menciona la ENIM.

El Programa de Acción Específico Salud para la Infancia y la Adolescencia 2013-2018 (PAE SIA) menciona en su diagnóstico que tuvo hasta el 2012 un componente específico para la atención al recién nacido. Se trataba de un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a los menores de 28 días, con el propósito de contribuir a la disminución de la mortalidad y morbilidad neonatal. Dentro de sus acciones más relevantes, capacitaron a 472 proveedores y 71 instructores a nivel nacional en el cuidado del recién nacido de riesgo (Acute Care of at Risk Newborn “ACoRN”) y se otorgó capacitación permanente al personal de salud y comunitario, en atención integrada del recién nacido, ayudando a los bebés a respirar y en reanimación neonatal en vinculación con la CNEGSR.



Para el siguiente sexenio, a partir del 2013, las facultades otorgadas al CNEGSR y al Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CENSIA) cambiaron. Se acordó que el primero se encargara de las acciones para las y los menores de 28 días, mientras que para el CENSIA, aquellas dirigidas a las niñas y niños a partir del día 29 y hasta los 19 años. Las atenciones que reciben los niños a partir del día 29, se encuentran en el componente de “Atención del integrada al menor de un año” del CENSIA, con otras estrategias que se revisarán en el elemento esencial 14 cuidado y detección oportuna de enfermedades.

Dado que en este elemento participan tanto el CNEGSR como el CENSIA, el financiamiento proviene del P020 Salud Materna, Sexual y Reproductiva y del R12 P018 Prevención y Control de enfermedades. Además de otros programas presupuestarios como el FASSA, el R12 E023 Atención a la salud o el R12 S072 Prospera componente de Salud.

Brecha

La evidencia internacional apunta a que tanto el contacto como el cuidado después del parto son importantísimos para el desarrollo óptimo de las personas (OMS 2018; UNICEF, UNFPA, and WHO 2015; WHO, UNICEF, and World Bank Group 2018). En México los documentos revisados indican que algunos criterios actuales han ingresado a la agenda e incluso han llegado a reflejarse en algunos documentos como la NOM-007. Y también quedan otros por incorporar. El grado en que se han logrado implementar, y su impacto en el desarrollo aún es desconocido. No existen evaluaciones para conocer cómo se está ejecutando las nuevas normativas en campo y aún no se han traducido en la creación de nuevos indicadores que monitoreen estos aspectos centrales.

El hecho de que las acciones estén financiadas por muchos programas muy amplios, y no se pueda saber qué proporción se dedica específicamente al cuidado cariñoso y sensible, dificulta aumentar los recursos específicamente para la primera infancia. Por ejemplo, faltan datos sobre el contacto piel con piel, el alojamiento conjunto, la asesoría para prevenir depresión o apoyar con la lactancia. Se recomienda seguir impulsando el cambio en la forma de atender los partos hacia un modelo más “humanizado” que privilegie la



calidad de la atención y el contacto entre madre e hijo inmediatamente, lo que favorecería la lactancia, el vínculo y reduciría la morbilidad y mortalidad.

En el caso de la consejería postnatal se tienen algunos avances, pero es grande el camino por recorrer, como ya se comentó falta incluir aspectos del cuidado cariñoso y sensible, como la importancia de responder a las vocalización, evitar las suaves violencias¹¹, apoyar en aprendizaje, estimulación, entre otros temas.

8. Madre canguro para bebés con bajo peso.

Importancia

“Cada año nacen en todo el mundo cerca de 20 millones de bebés con bajo peso, lo que impone una pesada carga a los sistemas sociales y de salud en los países en desarrollo.

El método madre canguro se desarrolló por primera vez en 1978 para ayudar a los bebés prematuros de menos de 2000 gramos con la regulación de la temperatura y la vinculación, en Bogotá. Madres, padres o cuidadores llevan / duermen con bebés recién nacidos piel con piel en posición vertical 24 horas al día. *Kangaroo Care* ha demostrado ser al menos tan eficaz como la atención tradicional en incubadoras a una fracción de los costos. Es una práctica con raíces en la crianza tradicional de niños local que se ha utilizado en muchas naciones industrializadas (por ejemplo, Francia, Suecia, Estados Unidos, Canadá y más). El Método Madre Canguro ha demostrado que:

- Brinda condiciones ideales para bebés prematuros
- Reduce los costos de cuidado de bebés prematuros
- Mejora las tasas de lactancia materna
- Mejora la vinculación
- En algunos entornos reduce la morbilidad y la estancia hospitalaria” (Irwin, Siddiqi, and Hertzman 2007)

¹¹ Por suaves violencias se entiende: instantes efímeros en los que el profesional no está ya conectado con el niño, no es maltrato, no son abusos. Breves instantes en los que el adulto se deja llevar por un juicio, una etiqueta, un gesto brusco. (ver adelante en el cuidado cariñoso y sensible).



Diagnóstico

Sin datos

Oferta gubernamental

A nivel normativo, 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, en su apartado 5.4.5 establece que “en todos los establecimientos para la atención médica que manejan partos pretérmino, preferentemente se debe establecer la estrategia de madre canguro, para facilitar e incrementar el contacto de la persona recién nacida con la madre. Además de propiciar la alimentación del recién nacido pretérmino con leche materna, en cuanto sea posible, a través de valoración clínica del médico”.

En entrevista con el personal del CNEGSR, sobre el método madre canguro en la práctica, se informó que *“no es para todos los niños. En muchos hospitales privados se tiene la práctica de hacer firmar cartas donde la madre y el pediatra se hacen responsables del bebé y eso los echa para atrás, tanto en método canguro como en alojamiento conjunto. Afortunadamente eso va cambiando”* (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva 2018).

Brecha

A pesar de que el método madre canguro se menciona en la NOM, falta mejorar la aceptación del método en los hospitales y el acceso a ellas. En el tema de monitoreo y evaluación está todo por hacer.

9. Inmunización de las madres e

10. inmunización de infantes

Importancia

La vacunación efectiva permite prevenir enfermedades costosas física, social y económicamente, especialmente para los infantes, con lo que se puede apoyar en la disminución de las tasas de mortalidad infantil y en menores de cinco años. Vacunación es



un indicador estratégico del Programa Sectorial de Salud, debido a que es el periodo crítico donde mayor valor agregado en salud se obtiene de la vacunación.

Diagnóstico

Existen dos grandes grupos de mediciones sobre vacunación. Primero están los registros administrativos que son la base para los datos emitidos por la SS. Segundo son los recabados en los hogares, donde se puede pedir o no que muestren la cartilla de vacunación. Ambas son válidas y con frecuencia existen grandes diferencias entre ambos tipos de indicadores. Por ejemplo, al inicio del sexenio, en el 2012, la cobertura de esquema completo¹² de vacunación para menores de un año fue de 48.5%, de acuerdo con la ENSANUT (Gutiérrez JP. et al. 2012); y según la ENIM en el 2015 sólo 34% tuvo el esquema de vacunación completo. Mientras que los datos de la SS indican que el mismo año se logró que 90% de las niñas y niños lo tuvieran. Estas diferencias se no se pueden explicar únicamente con base en el método de recolección de información. Existe un debate implícito entre las instancias que generan ambos indicadores. Desde la perspectiva del Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA) la ENSANUT tiene inconsistencias y además son muestreos. Mientras que el INSP señala que los registros administrativos de la SS son mediciones basadas en sus objetivos de cobertura, no en la población real, además de que tienen inconsistencias. Este diagnóstico se limita a señalar las posturas de ambas instituciones.

De acuerdo a la ENIM 2015, el 6% de los niños/as de 24 a 35 meses no había recibido ninguna vacuna; y sólo el 34% tuvo todas las vacunas recomendadas para su edad. La región que reporta mayor número de niños/as entre 12 y 23 meses sin ninguna vacuna es la CDMX y el Estado de México, con un porcentaje de 9%. También es en esta región donde menos niños/as entre 24 y 35 meses reportaron un esquema de vacunación completo (sólo 39%). El porcentaje de niños y niñas en este mismo rango de edad que no

¹² Esquema básico de vacunación en población con un año de edad cumplido vigente en 2011, el cual incluye una dosis de la vacuna BCG (bacilo de Calmette Guérin), tres dosis de hepatitis B, tres dosis de pentavalente (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 se evalúan considerando tanto este esquema básico completo como el llamado esquema con cuatro vacunas, que corresponde al esquema básico pero excluyendo la información de las dos vacunas de introducción más reciente, a saber, la antineumocócica y la antirrotavirus.



han recibido ninguna vacuna es particularmente elevado en los hogares más pobres (9%) y en los hogares más ricos (8%). Llama la atención que los niños y niñas residentes en zonas rurales presentaron prevalencias más altas de cobertura de vacunación que aquellos que residen en zonas urbanas”¹³

Según el informe de la ENSANUT del 2012, “el esquema de vacunación implementado en México es de los más completos en el mundo (ver tabla Anexa) y llega a la mayoría de los niños en el país, con coberturas de vacunación de 96.7% para tuberculosis (vacuna BCG), 94.7% para hepatitis B, 90.2% para vacuna pentavalente y 88% para neumococo” (Gutiérrez JP. et al. 2012).

Tabla 9 esquema de vacunación México 2016

Programa de Vacunas					
Vacunas	2016				
	1	2	3	4	6
BCG	0 m				
DTP				4 y	
DTPHibIPV	2 m	4 m	6m	18m	
HPV	9- 11 años	9-11 años			
MR		11 y			
PneumoConj	2m	4m	12m		
PneumoPs	65 y				
Rotavirus	2m	4m	6m		
SRP	12 m	6 y			
Td					15 año y ..
Tdap					después ..
Varicela	1 año				

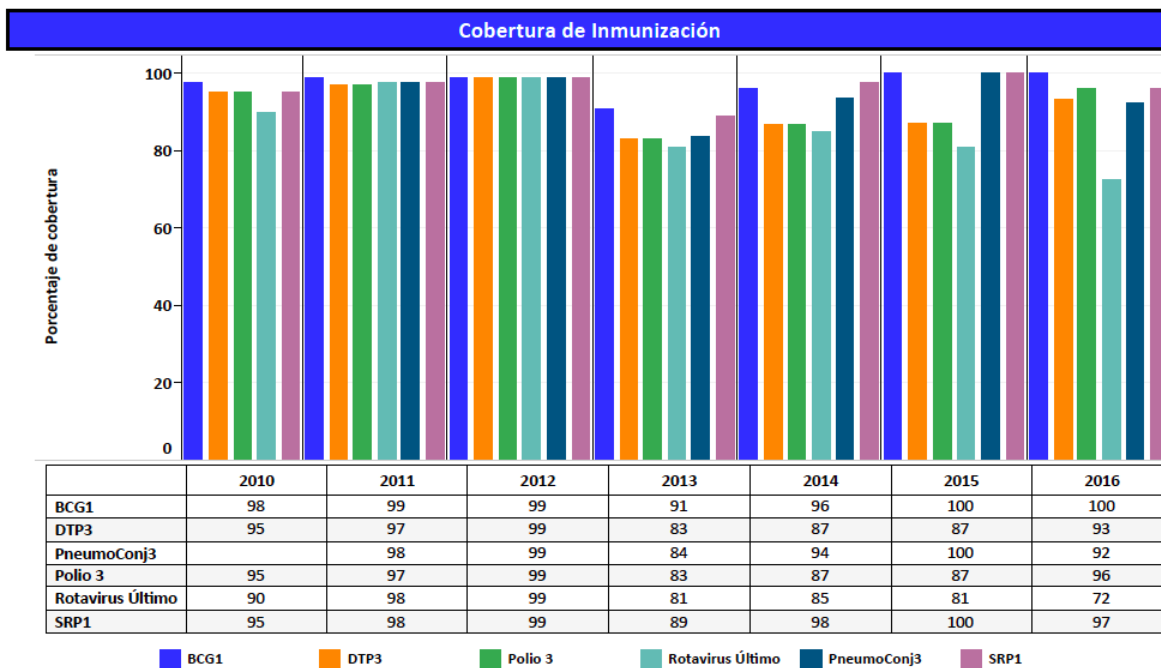
fuentes: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=read&cid=7342&Itemid=40929&lang=es paho

El reporte de país para México de la Organización Panamericana de Salud que contiene datos de vacunación desde el 2010 hasta el 2016 para 6 reactivos. Los datos muestran un

¹³ ENIM 2015, p.50



descenso en las coberturas para casi todo los reactivos, con respecto a lo reportado en 2012. Sólo BCG1 Aumentó de 99 a 100%. La explicación se interrumpe la redacción



Fuente: paho
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=readall&cid=7342&Itemid=40929&lang=es

La suplementación oral de vitamina A, también es responsabilidad del CONAVA, y su cobertura fue de 30.4% en el 2012.

Oferta gubernamental

El CENSIA, la Dirección de Vacunación, el Consejo Nacional de Vacunación, y los consejos estatales, jurisdiccionales y municipales, son las instituciones responsables, operan las acciones gubernamentales para la inmunización de infantes y adultos. El programa Nacional de Vacunación busca resolver la carencia de acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades, debido a que no se realizan acciones permanentes e intensivas de vacunación, capacitación, supervisión y difusión de campañas de vacunación, para la prevención de la morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación. (base de programas sociales de CONEVAL 2016).

El programa de vacunación (clave R12_E036) tiene por objetivo otorgar protección específica a la población contra enfermedades que son prevenibles a través de la aplicación de vacunas garantizando el acceso de manera universal. Tiene como fin contribuir a consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades mediante acciones permanentes e intensivas de vacunación, capacitación, supervisión y difusión de campañas de vacunación.

La población objetivo del programa son los “menores de 5 años, 6 años, las niñas de 5º grado de primaria y las no escolarizadas de 11 años de edad, las embarazadas, la población de 60 años y más así como la población susceptible de 5 a 59 años de edad no derechohabiente a quienes se les aplicará uno o más biológicos para iniciar y /o completar esquemas de vacunación de acuerdo a la edad, en un periodo de tiempo determinando.”

Con respecto a la cobertura del programa en el 2016 la Población Potencial (PP) fue de 122,275,170. La Población Objetivo (PO)¹⁴ 27,750,049 y la Población Atendida¹⁵ (PA) 27,195,048 . Dando como resultado una cobertura (Población Atendida/ Población Objetivo) del 98.00 %.

En el tema de las coberturas específicas de vacunación, hay distintas fuentes de información. Por un lado están las encuestas que se realizan a los usuarios, y por otro lado están los registros administrativos que elabora la propia SS.

Las relaciones con otros programas se dan en el marco de los Consejos de Vacunación. Existe un consejo nacional, 31 consejos estatales, consejos jurisdiccionales y municipales. Su principal trabajo es coordinar todas las actividades que se realizan en el país para prevenir, controlar, eliminar y evitar que se presenten enfermedades a través de la

¹⁴ Menores de 5 años, 6 años, las niñas de 5º grado de primaria y las no escolarizadas de 11 años de edad, las embarazadas, la población de 60 años y más así como la población susceptible de 5 a 59 años de edad no derechohabiente a quienes se les aplicará uno o más biológicos para iniciar y /o completar esquemas de vacunación de acuerdo a la edad, en un periodo de tiempo determinando.

¹⁵ Son las personas no derechohabientes menores de 5 años, 6 años, las niñas de 5º grado de primaria y las no escolarizadas de 11 años de edad, las embarazadas, la población de 60 años y más así como la población susceptible de 5 a 59 años de edad a quienes se les aplicó uno o más biológicos en un periodo de tiempo determinando



vacunación, vigilar que se cumpla la aplicación de las vacunas y con ello beneficiar a todas las personas que viven en nuestro país (website CONAVA). Está formado por expertos en vacunación de todas las instituciones de salud del país, y todas las instituciones involucradas en la operación del programa.

El presupuesto aprobado para el programa presupuestal Programa de Vacunación R12_E036 el 2017 fue de 1'919,935,331 pesos, quees administrado por la dirección de vacunación, dentro del CENSIA. Adicionalmente a nivel estatal opera con recursos del Ramo 33, y a nivel municipal también recibe recursos de otros rubros no especificados (Subdirector Consejo Nacional de Vacunación 2018). Considerando a la SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR, la inversión total ascendió a 6 mil millones de pesos anuales (fuente: cuarto informe de gobierno).

En cuanto a los sistemas de monitoreo y evaluación, se cuenta con registros administrativos que se completan en las unidades de primer nivel, y de ahí van concentrándose hasta llegar a nivel federal. Un indicador estratégico es el “porcentaje de cobertura de vacunación con esquema completo en menores de un año. El indicador capta el acceso a las vacunas que correspondan a los menores de un año. Este indicador se considera estratégico debido a que es el periodo crítico donde mayor valor agregado en salud se obtiene de la vacunación. El esquema completo consta de 6 biológicos aplicados en 14 dosis a lo largo de 2, 4, 6 y 7 meses . Su cálculo resulta de la división del número de menores de un año con esquema completo de vacunación entre el total de nacidos vivos , multiplicado por 100. Para 2013, 83 de cada 100 bebes habían recibido todas sus vacunas. Esta cifra representó un avance de 85% en el avance hacia la meta para 2018. Es de notar que en el último año se revisó la forma en que se registraba este indicador entre las diferentes instituciones de salud 1 . El cumplimiento de la meta de 90% para el 2018, depende de la mejora en la eficiencia de la compra consolidada de vacunas, del monitoreo de las dosis aplicadas y la coordinación entre las diferentes instituciones de salud para mantener registros acertados. Entre otras estrategias se realizan dos Semanas Nacionales de Salud, en las cuales se busca completar el esquema de vacunas en los menores con esquema incompleto”. (“Avances_PROSESA.pdf” n.d.)



El indicador de Fin “Porcentaje de cobertura de vacunación con esquema completo en menores de un año”¹⁶ reporta 84.44% al 2016, un cumplimiento menor a su meta programada (90% al 2018), pero superior al valor del 2013 que fue de 83.7%. Se alude a la inseguridad en áreas de difícil acceso y se reportan afectaciones en los tiempos de importación en la adquisición de biológicos (FMyE coneval 2016-2017).

El indicador de Propósito de la MIR del programa de Vacunación mide la “Variación en la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias agudas en los niños y niñas menores a 5 años de edad”, presenta 16.2 defunciones contra 18.24 reportadas en 2015 según estimación de cifras por la Dirección General de Información en Salud. En las metas establecidas en los indicadores de actividad muestra logros del 100% en los últimos años. (EDD15, IT16, MIR16)

Para la aplicación de las vacunas, se recurre al personal que trabaja en las clínicas y centros de salud. A los líderes estatales se les capacita tres veces al año, y es interinstitucional, es decir, asiste IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX, SEMAR, y SS. Durante las capacitaciones se les dan a conocer los lineamientos del programa de Vacunación actuales.

El programa cuenta con evaluaciones externas del CONEVAL, en particular la ficha de monitoreo y evaluación del 2016-2017. Además ha tenido otras evaluaciones de diseño en 2010. Se cuenta también con evaluaciones internacionales de la organización panamericana de la Salud (Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud, and Organización Mundial de la Salud 2014).

¹⁶ Se refiere a la proporción de niños menores de 1 año de edad que cuentan con 1 dosis de vacuna BCG, 4 dosis de vacuna contra la Hepatitis B, 3 dosis de vacuna Pentavalente acelular, 2 dosis de vacuna Neumococo conjugada y tres dosis de vacuna rotavirus, con la relación al total de niños menores de un año de edad estimados de acuerdo al Sistema de Información Sobre Nacimientos (SINAC) para el mismo período de tiempo. Y su método de cálculo es: (Número de menores de un año con esquema completo de vacunación para la edad / Total de nacidos vivos ocurridos)*100



Brecha

Tanto la estrategia como el objetivo, son pertinentes para el problema planteado. El hecho de que la estrategia y los problemas de operación se discutan en los Consejos de Vacunación es un ejercicio interesante que sería conveniente evaluar con más detalle, de cara a reproducir el modelo para una futura estrategia territorial de DIT en México.

Sobre los indicadores, son pertinentes en su diseño, aunque la manera de contabilizar la cobertura utilizando como denominador el estimado de vacunas por aplicar, en lugar del total de niños en el rango de edad, debe ser sujeto a revisión. Este registro administrativo pone en duda la efectividad de la medición. Los resultados de los registros distan mucho de los resultados levantados a partir de encuestas poblacionales como la ENIM y ENSANUT. Más aún si la diferencia entre ambos datos es tan grande: 34% de cobertura de vacunación según la ENIM, mientras que la DGIS reporta 84%. Se recomienda incluir serología¹⁷ en la ENSANUT y esforzarse por incluir como denominador en cobertura el total de niños en el rango de edad.

Adicionalmente cabe mencionar que el objetivo del indicador de Propósito no permite identificar el cambio o mejora esperada como resultado de la intervención del programa a la población beneficiada. Es decir, los indicadores de su MIR no miden impacto, sino coberturas. Sin embargo, los directivos sí cuentan con indicadores de impacto, porque intercambian información con la dirección de epidemiología sobre el número de casos reportados de cada una de las enfermedades para las cuales aplican vacunas.

Si bien las coberturas han bajado para algunos biológicos del 2012 a la fecha según los indicadores de la SS, esto se explica en parte porque el CONAPO cambió el cálculo del total de la población objetivo, que es el denominador del indicador de cobertura. Este cambio influyó negativamente en el resultado de la cobertura. Otras justificaciones de que la cobertura no sea del 100% es que el aumento de la violencia en algunas zonas del país, dificulta la distribución de los biológicos y que los proveedores no siempre cuentan con las vacunas deseadas en tiempo y forma ya que algunos biológicos son difíciles de abastecer.

¹⁷ La serología es el estudio que permite comprobar la presencia de anticuerpos en la sangre. Este se basa en un examen serológico, que tiene como fin el conocer la exposición o presencia previa de un microorganismo patógeno en particular y a partir de ella la capacidad de respuesta del individuo a tal infección. Permite conocer si el individuo ha sido vacunado o no.



Se argumenta que los biológicos son solicitados en tiempo y forma, que incluso se pagan, pero los proveedores que son extranjeros tardan tiempo en abastecerlos (Subdirector Consejo Nacional de Vacunación 2018).

Es necesario adaptar el programa a los cambios sociodemográficos del país, por ejemplo, en la actualidad es muy común que ambos padres trabajen, por lo tanto es necesario ampliar el horario de atención para que todos puedan acceder. El panorama epidemiológico también está cambiando y las vacunas que se aplican deberían adaptarse igualmente. El programa deberá integrar estos cambios, y buscar alternativas como por ejemplo, ampliar el número de unidades móviles que aplican los biológicos, que hasta ahora sólo son del a SS, pero que idealmente también el IMSS, ISSSTE, etc., podrían tener el servicio de unidades móviles.

11. Cuidado para niñas y niños con discapacidad y dificultades en el desarrollo

Diagnóstico

“Del total de personas que presentaron alguna discapacidad en 2014, 52% eran adultos mayores de 60 años, mientras que 9.4%, es decir, 721,462 personas eran menores de 18 años” (MCS-ENIGH 2014). Conforme a los resultados de la ENADID 2014, 1.9% de las niñas, niños y adolescentes del país, que representan cerca de 767,969 personas, tienen algún tipo de discapacidad. Por otro lado, 4.8% presenta una limitación para realizar actividades en su vida cotidiana. La principal causa es por nacimiento 46.2% y 30.1% a causa de una enfermedad. La distribución porcentual de los NNA con discapacidad por grupos de edad es la siguiente: 14.5% (104 612 niñas y niños) pertenece al grupo de 0 a 5 años, 39.8% al de 6 a 11 años y el 43.1% pertenece al grupo de 12 a 17 años.



De acuerdo con el INEGI, para el 2015 había 180,000 niños de 0 a 4 años con discapacidad; de ellos 52% son niños y 48% niñas. Además representan el 2.5% del total de la población con discapacidad (que son 7.2 millones de personas)¹⁸.

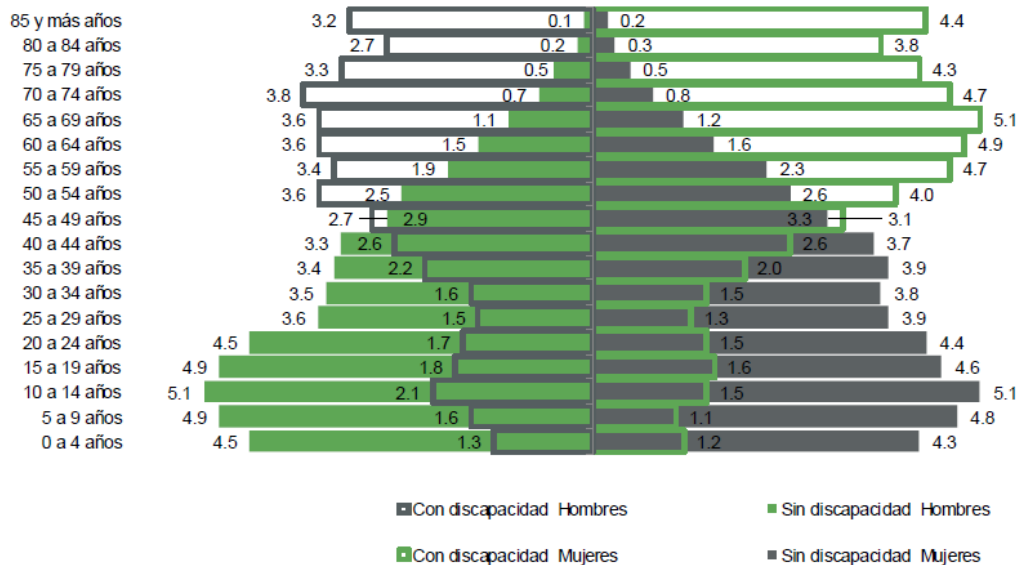
Tabla 10 Población con discapacidad de 0 a 4 años, por sexo 2014

Grupo de edad	Total	% del total de población con discapacidad	Población con discapacidad por sexo			
			Hombre		Mujer	
			Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
0-4 años	180,000	2.5	93,600	52 %	86,400	48 %

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

Estructura de la población, por sexo y condición de discapacidad según grupo quinquenal de edad 2014
(en porcentaje)

Gráfica 1



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

¹⁸ fuente: "Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad (3 de diciembre), 2015". Disponible en:

<http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/discapacidad0.pdf>



La población sin discapacidad incluye a la población con limitación o las personas que reportaron dificultades leves o moderadas para realizar las actividades por las que se indaga.

Oferta gubernamental.

El Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (CONADIS) tiene como objeto establecer la política pública para las personas con discapacidad, así como promover sus derechos humanos, su plena inclusión y participación en todos los ámbitos de la vida. Para cumplir con estos objetivos, este Consejo se rige bajo la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, publicada el 30 de mayo de 2011 en el Diario Oficial de la Federación, la cual le da autonomía para desarrollar todas las acciones pertinentes en la materia, en coordinación con diversas instituciones del Gobierno Federal, así como con la organizaciones de y para las Personas con Discapacidad, expertos y académicos.

Uno de los programas presupuestarios que más contribuye a financiar las acciones del sobre el tema, es el R12S039, Atención a Personas con Discapacidad. Su presupuesto al 2018 fue de \$149,207,775.0 y lo ejecuta el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Brecha

En breve revisión del CONADIS, podemos afirmar que no tiene una perspectiva o línea de acción específica para primera infancia. Atienden a las niñas y niños desde la óptica de prevención y manejo de la discapacidad, pero no incorpora lo que puede llamarse un componente de “desarrollo” específico para este grupo poblacional, lo que no demerita su valiosa labor a favor del bienestar de las niñas y niños con alguna discapacidad.

El cruce entre discapacidad y primera infancia aún tiene grandes áreas de oportunidad, por ahora las acciones a favor de NNA con discapacidad no están planteadas poniendo énfasis en la primera infancia. Por ejemplo, es necesario una mejor detección al momento del nacimiento, tamices neonatales ampliados (visual, auditivo y metabólico con más enfermedades), intervención y referencia a instituciones especializadas, apoyo a los



cuidadores para evitar que presenten fatiga, apoyo económico para las familias independientemente de su status laboral, entre otros.

12. Salud mental de los padres y cuidadores

Importancia

“Una buena salud mental y estar fuertemente motivados por el afecto, son importantes para que los cuidadores puedan empatizar con las experiencias de un niño pequeño y manejar sus propias emociones y reacciones a la dependencia de su bebé sin hostilidad”. Los problemas de salud mental entre mujeres embarazadas o que han dado a luz recientemente se encuentran entre las morbilidades más comunes relacionadas con el embarazo. En países de bajos y medianos ingresos con recursos limitados, la prevalencia de trastornos mentales perinatales comunes, incluidos trastornos depresivos, de ansiedad y de adaptación, es mucho más alta que en entornos de altos ingresos debido a factores de riesgo adicionales tales como estrés socioeconómico, embarazo no planificado, ser más joven o solteros, que carecen de empatía y apoyo de su pareja íntima o que están sujetos a la violencia, o que tienen suegros hostiles.

Los factores de protección incluyen tener más educación y trabajo seguro que genere ingresos, y tener un socio amable y confiable. La depresión también afecta a los padres. Los problemas de salud mental afectan las emociones, la concentración, el juicio y el pensamiento, y es probable que las mujeres deprimidas tengan un estado de ánimo deprimido, irritabilidad, pesimismo y dificultad para expresar calidez, afecto y placer. También es probable que estén ocupados con preocupaciones y ansiedad, incluso sobre el cuidado infantil. Estos influyen en las interacciones sociales, incluso con el bebé. La depresión entre las madres se ha relacionado directamente con mayores tasas de diarrea infantil y enfermedades respiratorias, retraso en el crecimiento y admisiones hospitalarias, menor finalización de los calendarios de vacunación recomendados y un peor desarrollo socioemocional entre los niños pequeños. Las intervenciones efectivas para reducir la depresión y promover la salud mental materna se han desarrollado y probado en países de bajos y medianos ingresos, donde hay muy pocos especialistas en salud mental, y generalmente son implementados por trabajadores de salud comunitarios capacitados bajo



supervisión profesional. Las intervenciones diseñadas para mejorar la salud mental materna tienen un impacto positivo en la salud y el desarrollo infantil, y las intervenciones para promover la salud y el desarrollo infantil tienen un impacto positivo en el estado de ánimo de la madre. Los efectos en la salud y el desarrollo infantil son más fuertes cuando los componentes maternos e infantiles están integrados. (WHO and UNICEF 2017)

Diagnóstico

Se busca conocer cual es el estado actual de la salud mental de los padres, madres y los cuidadores, su disponibilidad de tiempo, el conocimiento y recursos y como esto se vincula con su capacidad de proporcionar cuidados cariñosos y sensibles. Ahora bien, dentro de las revisiones postnatales para madres e hijos, en la última década se ha enfatizado la importancia de prevenir y atender la depresión materna. La vinculación entre desarrollo infantil y sintomatología depresiva está bien documentada hoy en día: *“estudios internacionales indican que la sintomatología depresiva afecta negativamente las vidas de las mujeres, sus hijos y sus familias. Las mujeres deprimidas presentan dificultades laborales relacionadas con conseguir y mantener un empleo, prevalencias más elevadas de enfermedad cardiovascular, derrame cerebral y diabetes tipo 2. La sintomatología depresiva, que incluye tristeza, miedo, ansiedad, hipersomnía o insomnio, hace que las madres deprimidas tengan poca energía para cuidar de sí mismas y para atender y cuidar a un bebé o a un hijo pequeño. En mujeres mexicanas la depresión se ha asociado con la falta de autoeficacia materna y con un aumento en las atribuciones negativas hacia el comportamiento del bebé, lo que compromete la capacidad de la madre para interpretar y responder adecuadamente a las necesidades del bebé. [...] En México, la prevalencia de Sintomatología Depresiva era de 19.91%, para el 2015. Por sintomatología depresiva se entiende tristeza, ansiedad, falta de energía, y perturbación del sueño”* (ENIM 2015, p. 278). Esto implica que 4.6 millones de menores viven con madres que podrán sufrir depresión moderada o grave. Ante tal problemática, existen bajas tasas de detección (17.06%) y atención (15.19%) de depresión” (de Castro et al. 2015).

Porcentaje de mujeres de entre 15 a 49 años, madres de niños/as menores de 6 años con sintomatología depresiva, México, 2015



Total	16.8
Región	
Noroeste	16.1
Noreste	9.8
Centro	12.8
CDMX-Edo México	30.9
Sur	17.8
Zona de residencia	
Urbana	17.7
Rural	14.2
Educación	
Ninguna	34.1
Primaria	28.1
Secundaria	11.7
Media Superior	14.7
Superior	15.6
Quintiles de índice de riqueza	
Más pobre	17.3
Segundo	21.2
Medio	13.9
Cuarto	13.6
Más rico	10.2
Etnia del jefe del hogar^B	
Hogar indígena	16.0
Hogar no indígena	17.4

1. MICS indicador 11.S1 - Sintomatología depresiva

A. 6 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro

B. 10 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro

Tabla 11 Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años con hijos menores de 6 años con indicación de depresión moderada o severa Sintomatología depresiva materna

A partir de la ENIM sabemos que al 23.4% de mujeres de 15-49 años que han tenido un hijo nacido vivo en los últimos dos años y asistieron a consultas prenatales les ofrecieron algún servicio de detección para la salud mental (ansiedad, depresión). Además, durante la primera semana después del parto, 39.8% de esas mujeres recibieron consejería sobre depresión posparto. Por último, el 48.7% de mujeres de 15-49 años que han tenido un hijo nacido vivo en los últimos dos años, recibieron consejería pre o post-natal sobre salud mental. (INSP 2015)

La misma encuesta, indica que el 16.8% de las mujeres de entre 15 a 49 años, madres de niños/as menores de 6 años, presentaron sintomatología depresiva en el 2015. En la zona metropolitana de la Ciudad de México y el Estado de México el porcentaje sube a 30.4%, y también es más alto entre las mujeres sin ninguna educación 34.1%, y entre las mujeres



con educación primaria, 28.1%. Finalmente destacar que entre las mujeres de los quintiles más pobres también hay más porcentaje con sintomatología depresiva, que entre los quintiles más ricos.

Oferta Gubernamental

El Consejo Nacional del Salud Mental (CNSM) es el encargado de atender la salud mental de toda la población, incluidas las madres embarazadas. El CNSM tiene como misión “Mejorar y ampliar los servicios de Salud Mental que comprenden: prevención, atención ambulatoria, hospitalización y reintegración social, así como las estrategias de promoción y rehabilitación psicosocial; consolidando el Programa Nacional de Salud Mental”.

Existe el Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018, donde se detallan objetivos y estrategias que deberán ejecutar centros de salud, centro integral de salud mental, hospitales psiquiátricos de estancia prolongada, hospitales generales, Villas de Transición Hospitalaria. No se encontraron referencias a la salud mental en específico de madres y cuidadores de niños pequeños.

La oferta gubernamental para madres, padres y cuidadores, se podría clasificar en acciones para detectar la sintomatología depresiva u otros padecimientos mentales, y donde la tasa de detección es del 17.06%. Y segundo acciones para atender a quienes presentan sintomatología depresiva, y estas tienen una cobertura del 15.19%. Una vez presentado el problema la estrategia es consejería .

En el PAE de Salud Materna y Perinatal, diseñado y supervisado por el CNEGSR existen algunas menciones. Por ejemplo, en la Guía para el cuidado prenatal, menciona el tema de la depresión en la primera, tercera, quinta y séptima visita de cuidado prenatal. En las visitas 1º, 3º y 5º, se deben hacer varias “maniobras de detección” en las que se incluye: Exploración, Violencia familiar, Depresión, entre otras. Por último, en la séptima, dentro de la intervención Educación y Asesoría, se debe discutir la depresión posparto.



Brecha

El elemento esencial ha entrado recientemente en la agenda gubernamental, en parte gracias a las investigaciones realizadas desde el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Si bien una vez detectado el problema se atiende con consejería, el problema principal, radica en que aún no se cuenta con un mecanismo de detección armonizado y que se aplique a todas las mujeres. Se puede decir, que existe un problema de diseño y de ejecución. Pero hay pocas estrategias para prevención. Además de las madres quienes son el foco principal, se buscó información sobre cómo se cuida la salud mental de otros cuidadores, como papás, abuelos u agentes educativos, pero no se encontraron datos. En términos de los programas que atienden el problema, se encontraron algunas acciones dentro del PAE SMYP para las madres, pero no los indicadores para conocer su avance.

Considerando que existe evidencia que asocia a la depresión materna con efectos negativos sobre el desarrollo infantil temprano¹⁹, la sintomatología depresiva se asocia con violencia (OR=2.34; IC95% 1.06-5.15), tener más de cuatro hijos, sexo femenino del menor, mayor edad del último hijo, bajo peso al nacer, inseguridad alimentaria y haber iniciado vida sexual antes de los 15 años ($p<0.01$). La probabilidad acumulada de sintomatología depresiva, si se consideran todos los factores de riesgo, es de 69.76%; se podría reducir a 13.21% con medidas preventivas enfocadas en eliminar la violencia, la inseguridad alimentaria, las valoraciones inequitativas de género y el bajo peso al nacer (de Castro et al. 2015).

De cara a las soluciones, la evidencia sugiere que proporcionar apoyo durante el embarazo y dentro de unos días después del nacimiento reduce el riesgo de depresión postnatal materna (WHO 2017), lo que apoyaría la recomendación de implementar un programa de visitas domiciliarias a partir de la primera semana después del parto. También existe un modelo de tres preguntas, con el que se realiza un tamiz breve, elaborado por el INSP, que puede ser utilizado en las consultas prenatales.

¹⁹ Center on the Developing Child at Harvard University 2009

13. Detección temprana de enfermedades y discapacidades

Importancia

Anticipar los problemas de desarrollo y de salud puede evitar daños mayores o ayudar a su corrección y erradicación. En esta sección se encontraron 2 tipos de pruebas: las pruebas de tamizaje que se hacen con examen de sangre, y las pruebas diagnósticas del desarrollo, que se hacen a partir del primer mes de vida a partir de la observación del niño y preguntas a sus familiares.

Las pruebas de tamizaje, el primer grupo, son importantes porque hay niños que nacen con enfermedades como: hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinidasa o galactosemia. Al nacer y durante los primeros días de vida estos niños no presentan síntomas. En silencio, estas enfermedades van dañando el cerebro y otros órganos del bebé, de tal manera que si no se detectan a tiempo y no se da tratamiento antes de que aparezcan las manifestaciones de la enfermedad, los daños serán irremediables, e incluso podrían causarle la muerte. Para evitar este daño y detectar a tiempo estas enfermedades, es necesario realizar una prueba al bebé tomando unas gotas de sangre por punción del talón; se recomienda realizarlo del tercer al quinto día de vida en su Unidad de Medicina Familiar o en el hospital si su bebé se encuentra hospitalizado. A este estudio se le conoce como tamiz neonatal. Si la prueba resulta positiva para alguna de estas enfermedades, se informará de inmediato a los familiares para confirmar el diagnóstico e iniciar el tratamiento antes de que el niño cumpla el mes de edad, el cual deberá continuarse toda su vida. (Programa de salud del recién nacido, del IMSS, http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/ninos/guianinos_reciennacido.pdf)

Diagnóstico

A continuación se describe el diagnóstico primero para las pruebas de tamizaje para detección de enfermedades congénitas, y después la herramienta de tamizaje para la para la

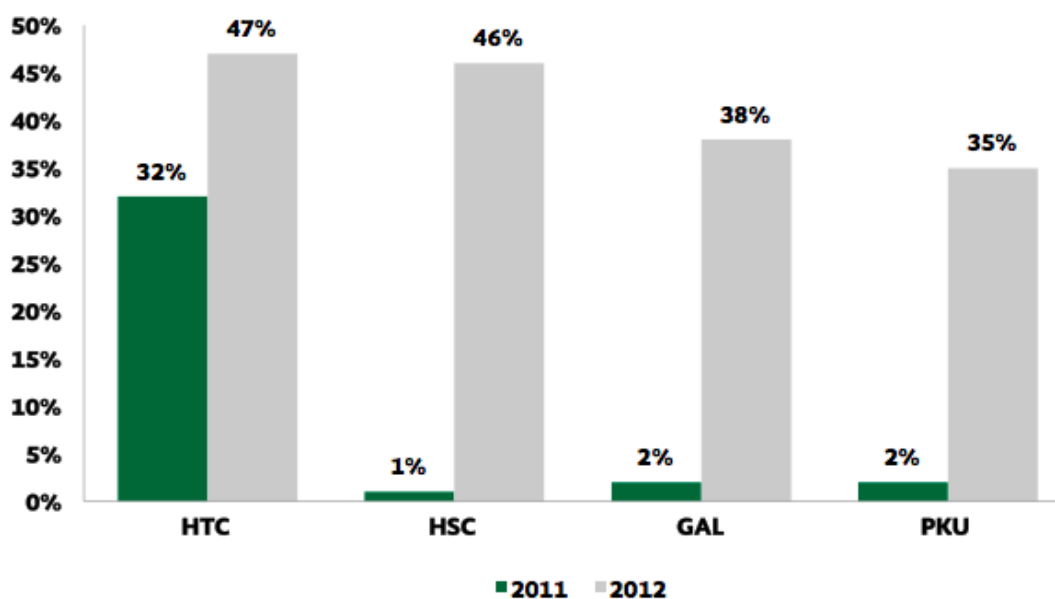
detección temprana de problemas del neurodesarrollo, la prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI).

Pruebas de tamizaje

En 1996 se inició con las pruebas de tamizaje. *“El primer tamiz neonatal en el Sistema Nacional de Salud fue la detección de hipotiroidismo congénito. Paulatinamente se agregaron nuevas determinaciones en el IMSS, ISSSTE fueron: hiperplasia de glándulas suprarrenales, fenilcetonuria, galactosemia y deficiencia de biotinidasa. En la Secretaría de Salud se incrementaron la detección de Hiperplasia de glándulas suprarrenales, fenilcetonuria y galactosemia, en los Servicios de Salud de Pemex se realizan 57 determinaciones”* (PAE SMYP 2012).

En la ENSANUT 2012 solo registraron porcentajes para el tamiz auditivo neonatal. Al 45.6% de los niños menores de un año se les realizó la prueba para la detección temprana de la sordera congénita.

Ilustración 10 acceso a pruebas confirmatorias para el tamiz neonatal SS, 2011-2012



Fuente: Sistemas institucionales de información.
 HTC: hipotiroidismo congénito HST: Hiperplasia de Glándulas Suprarrenales GAL: Galactosemia PKU: Fenilcetonuria.

Las pruebas de tamizaje son esenciales para la detección temprana de enfermedades y discapacidades, así como para potenciar el desarrollo.

La cobertura de tamiz metabólico en los meses de enero, febrero y marzo del 2018 fue del 100% para los establecimientos de la Secretaría de Salud. Se reportaron 949, casos sospechosos, de los cuales a 676, se les realizaron pruebas confirmatorias, que llevaron a la detección de 164²⁰ recién nacidos enfermos en el mes de enero del 2018. En lo que va del 2018, el número de casos sospechosos ha ido en aumento, en febrero fueron 1045 y en marzo 1135.

Los indicadores del PAE SMYP sobre el tema de tamizaje, durante el periodo son los siguientes (días):

- Oportunidad de Toma: 5.2
- Oportunidad de Envío: 10.3
- Oportunidad de Notificación de Resultado de Tamiz: 1.2
- Oportunidad de Localización de Casos Sospechosos: 13.2
- Oportunidad de Notificación de Resultado de Prueba Confirmatoria: 9.8
- Oportunidad Diagnóstica: 22.6
- Oportunidad Terapéutica: 35.7

(fuente: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/327059/Tamiz_Metab_lico_Neonatal_mayo-2018.pdf)

Los datos de la DGIS, muestran los resultados de los tamizajes aplicados por la Secretaría de Salud (no es del total de la población).

Prueba EDI

La aplicación de la prueba EDI comenzó en 2013. El registro en el Sistema de Información en Salud, de enero del 2013 a febrero del 2018, contaba con 1,920,879 pruebas aplicadas, para la población que es beneficiaria del programa Prospera (ver tabla 12).

²⁰ Informe preliminar de la CNEGSR, fecha de corte al 10 de abril de 2018

Tabla 12 Resultados de la aplicación de la Prueba EDI a nivel nacional a la población menor de 5 años beneficiaria de Prospera del 2013 al 2018

Año	Primera vez en la vida del niño			Primera vez en el año			Subsecuentes			Subsecuentes			TOTAL ANUAL	Promedio mensual
	Verde	Amarillo	Rojo	Verde	Amarillo	Rojo	Verde	Amarillo	Rojo	Recuperado de rezago	Recuperado de riesgo	Seguimiento		
2013	103,634	24,602	8,988										137,224	11,435
2014	331,618	59,815	12,494				42,023	6,492	418				452,860	37,738
2015 (SIS)				384,624	43,993	10,237							438,854	36,571
2016 (SIS)	241,233	29,746	6,978							17,727	3,607	175,629	474,920	39,577
Enero-Diciembre 2017 (SIS)	176,093	19,325	5,305							10,404	2,143	150,532	363,802	30,317
Enero-Febrero 2018 (SIS)	24,750	2,842	785							1,579	404	22,859	53,219	4,435
TOTAL	877,328	136,330	34,550	384,624	43,993	10,237	42,023	6,492	418	29,710	6,154	349,020	1,920,879	

Fuente: (Dirección de Componente de Salud Prospera 2018)

Del total de pruebas, el 55% fueron de primera vez, y el resto fueron de seguimiento. También el 27.3% fueron para menores de 1 año, y el 72.6% para niños entre 1 y 4 años, según información de O'Shea-Cuevas et al. (2015).

Ahora bien, de las 1,048,208 pruebas iniciales, el 83.7% fueron verdes, 13.1% amarillos y 3.3% rojos. Sin embargo al analizar las pruebas iniciales por separado para menores de un año, y para niños de 1 a 4 años, encontramos que entre los niños de 1 a 4 años, hay mayor porcentaje de rojos y amarillos (14.5%), que entre los niños menores de 1 año (7.5%). Lo cual podría indicar que la practicas de crianza, la nutrición y el entorno, inciden de manera desfavorable en el desarrollo de estos niños.

Hay que mencionar con respecto a las pruebas subsecuentes que se aplicaron 433,817. Lo que representa un 22.6% del total de las pruebas aplicadas. Y se observa más niños en verde de EDI subsecuente con respecto a las iniciales entre los niños del Prospera, de 5 puntos porcentuales en niños menores de 1 año, y de 26 puntos porcentuales en los niños de 1 a 4 años.

El total de niños recuperados que pasaron de amarillo a verde, fue de 34,612, que corresponde a un 51.34% del total de los niños que en su primera vez estuvieron en amarillo. Los niños recuperados con riesgo de retraso, es decir, que pasaron de rojo a amarillo o verde fue de 7,938, es decir el 35% del total de niños que estuvieron en rojo en su EDI inicial.

Tabla 13 Pruebas EDI realizadas en el 2017

Prueba EDI 2017	Secretaría de Salud ^a	Prospera ^b	TOTAL (a+b)
-----------------	----------------------------------	-----------------------	-------------

<1 año inicial normal (verde)	191,171	46,569	237,740
<1 año inicial rezago (amarillo)	11,935	2,507	14,442
<1 años inicial riesgo de retraso (rojo)	3,727	733	4,460
<1 año subsecuente en seguimiento	58,668	16,921	75,589
<1 año subsecuente recuperado de rezago	6,714	1,462	8,176
<1 año subsecuente recuperado de riesgo de retraso	1,477	191	1,668
1 a 4 años inicial normal (verde)	284,632	136,004	420,636
1 a 4 años inicial rezago (amarillo)	34,808	18,159	52,967
1 a 4 años inicial riesgo de retraso (rojo)	13,202	5,016	18,218
1a 4 años subsecuente en seguimiento	232,804	150,277	383,081
1 a 4 años subsecuente recuperado de rezago (de amarillo a verde)	16,569	9,866	26,435
1 a 4 años subsecuente recuperado de riesgo de retraso	4,146	2,123	6,269
TOTAL	859,853	389,828	1,249,681

Fuente: elaboración propia, con datos del SINBA 2017.

Además de la EDI, UNICEF ha elaborado el Índice del Desarrollo Infantil Temprano (ECDI en inglés) a partir de encuestas de hogares. Se calcula midiendo el desarrollo de las niñas y niños en cuatro ámbitos: Alfabetización-Conocimientos numéricos, Físico, Socio-Emocional y Aprendizaje. Se considera que las niñas y niños tienen un desarrollo adecuado cuando van por buen camino al menos en tres de los cuatro ámbitos. En México, el 82% de los niños/as de 36 a 59 meses se está desarrollando a un ritmo adecuado. O leído inversamente, el 18.4% de a niñas y niños tienen desarrollo inadecuado. Esta cifra se duplica para las niñas y niños de hogares indígenas, donde 35.5% presenta desarrollo inadecuado. Por otro lado, de acuerdo al Índice de Dificultades del Desarrollo, 23% de los niños/as de 4 a 59 meses presenta desarrollo no adecuado en al menos un hito de desarrollo motor, socio-emocional o cognitivo (INSP 2015).

Oferta gubernamental

La detección temprana de enfermedades y discapacidades se realiza primero en la revisión al nacer y luego durante las consultas de la niña y el niño sanos. En específico, se aplican las pruebas de tamizaje, y a partir del primer mes, las pruebas del desarrollo: Evaluación

para el Desarrollo Infantil (EDI) y el Inventario del desarrollo de Battelle²¹. Para la revisión de la oferta, primero se describe la oferta referente a las pruebas de tamizaje, y en un segundo apartado, las pruebas de

NOM-034-SSA2-2013, y NOM-031-SSA2-2018

Para la detección temprana de enfermedades y discapacidades en la primera infancia, se identificaron tres tipos de pruebas de tamizaje: el tamiz metabólico, el auditivo y el visual. La manera en que se deben aplicar está en la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013 para la prevención y control de los defectos al nacimiento, y se retoma en la NOM-031-SSA2-2018 (en proceso de publicación).

La NOM 034 detalla el tipo de acciones que se deben llevar a cabo en los establecimientos públicos, que presten servicios de atención médica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de los defectos al nacimiento. El apartado 5.9, obliga a que “Durante el control prenatal y al momento del nacimiento debe realizarse la búsqueda intencionada de defectos del sistema nervioso central, craneofaciales, cardiovasculares, osteomusculares, genitourinarios, gastrointestinales, de pared abdominal, metabólicos, cromosomopatías, infecciosos y sensoriales, así como las condiciones fetales y neonatales de alto riesgo para producir alteraciones sistémicas”.

El apartado 6 indica que “durante las consultas preconcepcionales y durante el embarazo, se debe proporcionar información completa, veraz, científica y clara a mujeres y, en su caso, a parejas en edad fértil, sobre los procedimientos, riesgos y alternativas presentes o futuras en relación con la posibilidad de contar con factores de riesgo que pudieran impactar en su vida reproductiva”. El séptimo es prevención, y se enfoca en identificar los factores de riesgo en las mujeres embarazadas y sus parejas y proporcionar suplementos o inmunizaciones para reducir el riesgo. El apartado 8 habla sobre cómo debe ser el

²¹ Es un instrumento de evaluación de las habilidades en desarrollo y de diagnóstico de posibles deficiencias en distintas áreas dirigido a niños de hasta 8 años de edad cronológica. Específicamente, trata de evaluar el desarrollo del niño sin deficiencias e identificar a los que presentan retraso o discapacidad en áreas del desarrollo. Proporciona información sobre los puntos fuertes y débiles en diversas áreas del desarrollo del niño, para facilitar la elaboración de programas de intervención individualizados. Fue creado por J. Newborg, J. R. Stock y L. Wnek en 1998 (Jean Newborg, Linda Wnek, and John R. Stock 1998)

diagnóstico de defectos del nacimiento, listando los estudios y vinculándolos con el tipo de defecto. En el noveno apartado es general sobre el tratamiento.

Adicionalmente del tamiz metabólico, se debe aplicar el tamiz auditivo neonatal: “al procedimiento para la identificación temprana de la hipoacusia, utilizando métodos electroacústicos y/o electrofisiológicos durante los primeros 28 días de nacido”. La NOM indica “Para la detección de hipoacusia al nacimiento, en toda unidad que atienda partos y/o a recién nacidos, se debe realizar el tamiz auditivo neonatal antes de dar de alta al menor. De no ser posible, debe citarse antes de los siete días de edad para su realización.”

Otra norma que habla brevemente sobre la detección temprana de enfermedades y discapacidades es la NOM-007-SSA2-2016. En su apartado 5.7.12, menciona “en todo establecimiento para la atención médica en el que se atiendan partos y a personas recién nacidas, se debe tomar muestra para el tamiz metabólico neonatal, tomando muestra del talón, a partir de las 72 horas del nacimiento hasta los 5 días de vida, asegurando el envío en menos de 5 días y la entrega de resultados en menos de 15 días. Para casos especiales, consultar el Lineamiento Técnico para la Detección y Tratamiento Oportuno e Integral del Hipotiroidismo Congénito, que se encuentra en la página de internet: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Tamiz_Neonatal_lin_2007.pdf”

Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal 2013-2018

El PAE SMYP menciona algunos logros en cobertura de los tamizajes: “*Con relación a la prevención de discapacidad mediante la detección oportuna de enfermedades con el tamiz neonatal, se observan cambios importantes, ya que la cobertura para la detección de hipotiroidismo congénito incrementó de 57.7 en el año 2000 a 98% en 2012*”.

El inicio de la aplicación de los tamizajes es relativamente reciente, empezó en 1996, con la detección de hipotiroidismo congénito. Paulatinamente se agregaron nuevas determinaciones en el IMSS, ISSSTE fueron: hiperplasia de glándulas suprarrenales, fenilcetonuria, galactosemia y deficiencia de biotinidasa. En la Secretaría de Salud se incrementaron la detección de Hiperplasia de glándulas suprarrenales, fenilcetonuria y galactosemia; y actualmente en los Servicios de Salud de Pemex se realizan 57

determinaciones. Los marcadores que mide actualmente el tamiz metabólico neonatal, según lo indica el CNEGSR son:

1. Hipotiroidismo Congénito(HC)
2. Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC)
3. Galactosemia (GAL)
4. Fenilcetonuria (FCU)
5. Fibrosis Quística (FQ)
6. Deficiencia de Glucosa 6 Fosfato Deshidrogenasa (DG6FDH)

Se cuenta también con lineamientos para el manejo y operación, como el envío gratuito de muestras por DHL en 2007. Por último, también se observa un incremento en el acceso a pruebas confirmatorias del 2011 al 2012, ya que muchas veces se hace el tamiz, pero no se informa al paciente el resultado. (PAE SMYP)

Dentro de sus estrategias y sus líneas de acción, el PAE SMYP refuerza la importancia del tema al comprometerse en su línea de acción 1.1.7. a “Fortalecer y desarrollar acciones, específicas para la prevención, detección y manejo de los defectos al nacimiento”. De los 6 indicadores del PAE, uno es relativo al tamizaje. El indicador de Cobertura de Tamiz Neonatal, mide la calidad en la atención de los recién nacidos para la prevención de defectos congénitos metabólicos a nivel institucional. La línea base fue 74.4% para el 2012 y se tiene el objetivo de llegar al 90% en el 2018.

Las pruebas diagnósticas del desarrollo oferta gubernamental

La prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI) es una herramienta de tamizaje diseñada y validada en México para la detección temprana de problemas del neurodesarrollo en menores de 5 años de edad (Secretaría de Salud 2013).

En la Norma vigente, la NOM-031-SSA2-1999, aún no existen numerales sobre evaluación del desarrollo. Sin embargo durante 2018 se han reunido grupos de trabajo para la actualización dicha Norma. En esta nueva norma incluirá la aplicación de la prueba

como obligatoria para todo niño/a mexicano, independientemente de dónde reciba la atención médica.

Al finalizar toda la aplicación de la prueba EDI, en base a los resultados obtenidos en los cinco grandes ejes de la prueba (Factores de riesgo biológico, Exploración Neurológica, Señales de Alerta, Señales de Alarma, Áreas del desarrollo (MG motriz gruesa, MF Motriz Fina, LE Lenguaje, SO Social, CO Conocimiento) , el desarrollo del niño puede ser clasificado como: **DESARROLLO NORMAL o VERDE:** El niño cumple los hitos y habilidades esperadas para su grupo de edad en todas las áreas del desarrollo y además no presenta ninguna señal de alarma o datos anormales en la exploración neurológica. **REZAGO EN EL DESARROLLO o AMARILLO:** El niño no cumple con todos los hitos y habilidades esperadas para su grupo de edad pero no presenta un retraso considerable porque ha logrado los hitos del grupo de edad anterior. En algunos grupos de edad el niño puede presentar factores de riesgo biológico o señales de alerta. **RIESGO DE RETRASO EN EL DESARROLLO o ROJO:** El niño no cumple adecuadamente con los hitos del desarrollo y habilidades esperadas para su grupo de edad, y presenta un retraso considerable porque no ha logrado los hitos del grupo anterior; o presenta señales de alto riesgo como son las señales de alarma o tiene una exploración neurológica claramente anormal. (Secretaría de Salud 2013).

Se está trabajando actualmente en una actualización de la NOM 031 donde ya está incluido la formalización de la prueba, con indicaciones sobre qué hacer en caso de que el niño/a aparezca en amarillo o rojo (Director de la Unidad de Neurodesarrollo del Hospital Infantil de México Federico Gómez 2018).

La prueba EDI se aplica actualmente en:

1. Secretaría de Salud, CeNSIA en su componente de vigilancia del desarrollo del niño (aunque no se encontró datos sobre metas y pruebas aplicada)
2. Prospera, en su Estrategia de Desarrollo Infantil y Estimulación temprana
3. IMSS prospera, estrategia de DIT.
4. IMSS ordinario, ISSSTE, Pemex.

Se ha ido generando más información sobre las pruebas aplicadas. La base de datos presentada en la sección de diagnóstico de este elemento esencial, es un gran avance para un tema que es relativamente reciente. Asimismo, presenta algunas áreas de oportunidad. Primero, la consulta subsecuente, sería útil mantener un indicador que indique subsecuente normal, rezago o riesgo de retraso. Y además mantener los indicadores de recuperados. No contar con esa nueva medición, es asumir que en las consultas subsecuentes todos los niños estarán siempre igual o mejor. Pero no considera que también pueden empeorar. Por ejemplo, se asume que todos que estuvieron en verde la primera vez, seguirán en verde (subsecuente en seguimiento), los amarillos recuperados y los rojos igual. Si bien el sistema actual no permite saber si un verde, pasó a amarillo o un amarillo a rojo, el sistema está migrando para que sea posible contar con información nominal. Hasta que ese proyecto esté materializado será posible contar con el detalle de información. Segundo, falta una medición de todas las otras instituciones que aplican la prueba, por ahora, lo mide el IMSS, Secretaría de Salud y Prospera. Muchos estados en el 2017, no tienen registros para la parte de subsecuentes. Y por último, la prueba EDI en sí, tiene muchos indicadores valiosos que sería importante poder analizar con más detalle, por ejemplo, analizar la evolución por áreas de desarrollo, indicadores sobre los padres, sobre el entorno, cruce con beneficiarios de programas gubernamentales, etc.

Estrategia de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana del PROSPERA

Desde el 2012 el Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) y el componente de Salud del Prospera, pusieron en marcha la estrategia de Desarrollo Infantil Temprano y Estimulación Temprana. Al principio consistía sólo en la aplicación de la prueba EDI durante las consultas de la niña y el niño sanos. A partir de ahí, se detectó la necesidad de crear un *modelo conceptual* que acompañara la aplicación, el cual es el Modelo de Promoción y Atención del Desarrollo Infantil (PRADI).

El objetivo general de la estrategia de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana del PROSPERA es: implementar un modelo de detección y atención oportuna enfocado en

mejorar el desarrollo infantil en las niñas y los niños menores de cinco años en los ámbitos motor, cognitivo y socio-emocional familiar.

Los objetivos específicos:

1. Incrementar en los padres el conocimiento y la aplicación de las mejores prácticas de crianza e identificación de señales de alarma.
2. Incrementar la calidad del tiempo invertido en el cuidado de la niña y el niño a través de conductas estimulantes.
3. Mejorar las áreas del desarrollo de las niñas y los niños.
4. Fortalecer las acciones de los programas embarazo saludable y control de la niña y el niño sano.
5. Identificar y atender oportunamente a las niñas y los niños con problemas de desarrollo

Ilustración 11 estrategia de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana del Prospera, 2018



Fuente: (Dirección de Componente de Salud Prospera 2018)

A la fecha se han aplicado en población Prospera 1, 920,879

La estrategia de Desarrollo Infantil Temprano del Proserpa se integra por tres componentes: el primero es el componente de Detección y atención oportuna de problemas del desarrollo. En este componente se realiza la detección oportuna de riesgos y problemas en el desarrollo a través de la aplicación de la Prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI), y en algunos casos específicos, de la Prueba de diagnóstico Inventario de Desarrollo Battelle (IDB-2^a). Se han realizado desde el 2013 hasta diciembre del 2017, un total de 1,867,660 pruebas de tamizaje. De las cuales el 27.6% han salido con rezago y el 2.4% con riesgo de retraso. Para las niñas y niños identificados con rezago o con riesgo de retraso, se debe brindar atención oportuna en los servicios de salud, a través del fortalecimiento de redes de referencia y contrareferencia y seguimiento a las niñas y los niños a través de los Centros Regionales de Desarrollo Infantil (CEREDI) y unidades de segundo nivel.

Los CEREDI, tienen como objetivo: modificar, promover y fortalecer habilidades parentales de madres o cuidadores en prácticas de crianza, así como mejorar, promover y fortalecer áreas del desarrollo. Son establecimientos de salud de primer nivel de atención especializada, tienen como objetivo ampliar y fortalecer la atención al Desarrollo Infantil dentro de los servicios estatales de salud priorizando los grupos con mayor necesidad. En ellos, se brindan servicios de evaluación y diagnóstico a través de las áreas de: trabajo social, enfermería, medicina, nutrición y psicología; y servicio de atención especializada a través de un esquema básico que incluye: consulta pediátrica, consulta de nutrición, terapia de lenguaje, rehabilitación física, terapia psicológica y estimulación temprana o de un esquema ampliado que puede incluir: servicio de audiología, neuropediatría, paidopsiquiatría y odontopediatría. La operación de los CEREDI en el esquema básico se establece a través de los “Lineamientos de los Centros Regionales de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana” (Dirección de Componente de Salud Proserpa 2018). A abril del 2018, se encuentran inaugurados 30, y están por inaugurar 3 más.

El segundo, es el Componente Educativo Comunitario, que consiste en talleres presenciales en espacios asignados por la unidad de salud con contenidos que fomentan el vínculo y el desarrollo infantil. Tienen una duración entre 60 a 90 minutos, son 4 para el grupo de mujeres embarazadas del 5° al 8° mes de embarazo y 70 para el grupo de niños y

niñas de 1 mes a 3 años, con tres actividades cada uno, y periodicidad quincenal. Las acciones que realiza este componente buscan: incrementar en los padres el conocimiento y la aplicación de las mejores prácticas de crianza e identificación de señales de alarma; incrementar la calidad del tiempo invertido en el cuidado del niño/a través de conductas estimulantes; mejorar el desarrollo de los niños en los ámbitos motor grueso y motor fino, cognitivo, lenguaje, socio-emocional y adaptativa; y fortalecer las acciones de los programas embarazo saludable y control del niño sano. (Dirección de Componente de Salud Prospera 2018).

Ilustración 12 Componente educativo comunitario de la Estrategia de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana del Prospera 2018



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEGOPOPULAR
COMISION NACIONAL DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD

PROSPERA
PROGRAMA DE INCLUSION SOCIAL

Estrategia de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana

Componente Educativo Comunitario
Convenios con el Hospital Infantil de México

2014 "Primera Fase de Implementación del Piloto para el Componente Comunitario del Modelo de Promoción del Desarrollo Infantil".

2015 "Segunda Fase de Implementación del Piloto para el Componente Comunitario del Modelo de Promoción del Desarrollo Infantil".

2016 "Impacto de los conocimientos maternos sobre el desarrollo infantil temprano y su evolución tras una estrategia educativa focalizada en madres de niños menores de seis meses de edad".

En coordinación con el *Hospital Infantil de México Federico Gómez*, se llevan a cabo las acciones necesarias para fortalecer la Estrategia de Desarrollo Infantil, a través del perfeccionamiento del Modelo de Promoción y Atención del Desarrollo Infantil (PRADI) que se aplica a la población infantil de PROSPERA.

Y el tercer componente, refiere a la articulación con programas existentes. Tiene como objetivo promover el fortalecimiento de los contenidos y prácticas relacionadas con el Desarrollo Infantil Temprano con otras instituciones. En específico se está trabajando en estancias infantiles; así como en los talleres para niños de Programa de Educación Inicial no escolarizada, del Consejo Nacional de Fomento Educativo (PEI-CONAFE).

El gasto total por niño en Prospera aproximado es de \$450 al año. Lo que incluye tanto los talleres como los complementos nutricionales y las consultas del niño sano (Dirección de Componente de Salud Prospera 2018).

Los dos primeros componentes se llevan a cabo en el marco de las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud y la consulta de niño sano a través de las unidades de salud de primer nivel de atención del sector salud. Para el tercero se llevan a cabo convenios de colaboración, reuniones de trabajo y coordinación con entidades dedicadas a la atención de la infancia. Hasta el momento se han realizado un Convenio de colaboración con DIF nacional para la atención de niños y niñas en Centros Regionales de Desarrollo Infantil (CEREDI) y Bases de Colaboración con CeNSIA (Dirección de Componente de Salud Prospera 2018).

CENSIA, Componente de Vigilancia del Desarrollo en la Primera Infancia, del Programa para la Salud de la Infancia.

La Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA), se vincula con las instituciones del sector salud, coordina acciones específicas y establece la normatividad para la ejecución de las actividades que fortalecen el desarrollo infantil de niñas y niños en todo el país.

El componente de Vigilancia del Desarrollo en la Primera Infancia, del Programa para la Salud de la Infancia, del CENSIA, antes llamado Desarrollo Infantil Temprano, tiene como objetivo: “actuar como un modelo que vigile de manera continua el desarrollo de la primera infancia y estimular su desarrollo con enfoque preventivo para niñas y niños menores de cinco años en el primer nivel de atención”.

De la revisión de los documentos y de las entrevistas, se deduce que el componente no ha tenido recursos suficientes para diseñar una estrategia de atención que ofrezca resultados.

En este contexto, el CENSIA impulsa acciones para proteger y promover el desarrollo de niñas y niños a través de:

- la detección oportuna de alteraciones en el desarrollo mediante la aplicación de la prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI), y con
- la capacitación a madres, padres o personas encargadas del cuidado en acciones de estimulación temprana y prácticas de crianza dirigidas a niñas y niños menores de 5 años.

Durante 2017, se evaluó el desarrollo de primera vez en la vida con la prueba de tamizaje EDI a 498,328 niñas y niños menores de cinco años: 439,782 casos presentaron desarrollo normal (88%); 43,102 con rezago en el desarrollo (9%); y 15,444 niñas y niños con riesgo de retraso en el desarrollo (3 por ciento) (Secretaría de Gobernación 2017).

Además, en 2017 se otorgaron 1,060,096 sesiones de estimulación²² en algunas clínicas de primer nivel, de acuerdo con información de la Dirección General de Información en Salud (Cubos dinámicos).

En 2014, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, a través del Componente de Salud de PROSPERA, y el CeNSIA firmaron las Bases de Colaboración en materia de desarrollo infantil y estimulación temprana. En 2017, ambas dependencias definieron los pasos trabajar en forma conjunta para la implementación de los talleres para niñas y niños del Componente Educativo Comunitario del Modelo PRADI. Durante 2018, se consolidó este esfuerzo conjunto para iniciar la implementación en las unidades de salud.

IMSS PROSPERA

Otro programa que aplica pruebas EDI, es el IMSS Prospera. La estrategia de DIT es una de muchas acciones que realiza el programa (el recuadro 1, resume los objetivos, estrategias, indicadores, etc. de este programa). Este componente fue creado de manera conjunta entre UNICEF y el IMSS-Prospera, mediante una colaboración que inició en el noviembre del 2015. El componente consiste en: aplicación de la prueba EDI, pláticas sobre prácticas de crianza y sesiones de estimulación temprana. Y la creación de los contenidos estuvo a cargo de Ana Serrano, especialista en DIT.

En la práctica el modelo consiste en sesiones mensuales en grupos, en el primer nivel de atención. Se invita a las madres, padres o cuidadores desde las consultas del embarazo para que asistan mensualmente a las sesiones. Dentro de las sesiones, se mantiene un registro de peso y talla del bebé, se dan consejos de crianza, se apoya para la elaboración de juguetes, se dan consejos para estimular oportunamente a los pequeños y se programan las citas para hacer las evaluaciones del desarrollo con las pruebas EDI. Los responsables en campo del ejecutar las acciones son la enfermera, el médico y, si existe, psicólogo. El personal en campo es polivalente, ya que además de saber y ejecutar DIT, llevan a cabo otras muchas acciones para la salud de toda la población.

La cobertura del programa es baja. Se aplica únicamente en los 79 hospitales Rurales del IMSS-Prospera. Esto se debe a varios factores, primero que el programa lleva sólo 2 años, en los que se ha trabajado desde el diseño, la implementación, revisión, ajuste, capacitación, etc. y también cuenta con recursos muy limitados. Hasta ahora sólo cuentan con una persona responsable de coordinar toda la operación a nivel central, el líder de proyecto. Él se apoya en los equipos que están en los hospitales, quienes no están dedicados de manera exclusiva a DIT, por el contrario, son polivalentes y tienen que responder a muchos otros proyectos y componentes. Además, otra limitación del proyecto de DIT dentro del IMSS Prospera es que “no cuenta con una partida presupuestal propia, y ha ido tomando de concertaciones con otros actores. Sino que se va tomando recursos de varios lugares”. (entrevista programa DIT de IMSS-Prospera, marzo 2018).

Recuadro 1 Aspectos generales del programa IMSS-PROSPERA

IMSS-PROSPERA es un programa de salud del Gobierno Federal administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Ofrece servicios de salud a la población no protegida por los sistemas de seguridad social, especialmente en zonas rurales donde el Programa se constituye en el referente para la atención a la salud, desde una perspectiva comunitaria, lo que contribuye a la inclusión social y a hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud

Su objetivo es contribuir a cerrar brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país, con población sin seguridad social, mediante un Modelo de Atención Integral a la Salud que vincula los servicios de salud y la acción comunitaria, en las entidades donde el Programa tiene cobertura. El Programa desarrollará estos objetivos mediante los componentes de: Salud Pública, Atención a la Salud, Acciones Comunitarias, Salud de PROSPERA y de Contraloría Social y Ciudadanía en Salud

(Cuadro 1). Lo anterior, en un marco de respeto a los derechos humanos, con perspectiva de género y con la implementación, desarrollo y puesta en práctica del Enfoque Intercultural en Salud a la población usuaria.

El programa cuenta con acciones por grupo etario, donde la primera infancia recibe varias acciones: planificación familiar y salud sexual y reproductiva, atención prenatal suplementos para las embarazadas y se les da consejería, atención del parto y puerperio y cuidados del recién nacido y desarrollo infantil temprano.

El programa mantiene relaciones con el Programa de Seguro Médico Siglo XXI (PSMSXXI) para garantizar la cobertura de la atención pediátrica especializada a niñas y niños de hasta cinco años.

Financiamiento y presupuesto: Los recursos con los que opera provienen del Ramo 19 "Aportaciones a Seguridad Social" y constituyen un subsidio federal. Adicionalmente, IMSS-PROSPERA recibe recursos a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud, provenientes del Ramo 12 "Salud". La CNPSS otorga recursos para el pago de las intervenciones cubiertas por el PSMSXXI, acorde a las tarifas del tabulador establecido en sus Reglas de Operación vigentes.

Los montos son determinados en función del padrón de familias beneficiarias registrado por la Coordinación Nacional de PROSPERA Programa de Inclusión Social y se ejerce conforme a lo dispuesto en las Reglas de Operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social.

El programa cuenta con un presupuesto de : \$11,350,000,000. Al respecto la ficha de monitoreo y evaluación de CONEVAL menciona: "En materia presupuestal, el presupuesto real mantuvo su carácter inercial con un incremento únicamente del 2% en el 2016. Si bien se gestionan recursos adicionales por la vía de convenios -en 2016 representaron el 13% del presupuesto-, aún son insuficientes para crecer en infraestructura y cobertura."

Sistemas de monitoreo y evaluación (MIR) El programa contribuye a nivel de fin a reducir la tasa de mortalidad infantil, y a nivel de propósito a reducir la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal.

A nivel de propósito otros indicadores para la primera infancia son:

5. Porcentaje de menores de 1 año que cuentan con esquema completo de vacunación.
8. Porcentaje de casos de diarrea aguda que son monitoreados para la búsqueda de V. Cholerae.
11. Porcentaje de niños menores de cinco años que están en control nutricional.
12. Porcentaje de familias que aplican las acciones de saneamiento básico respecto al total de familias encuestadas.
15. Porcentaje de detecciones de violencia familiar y de género aplicadas a mujeres de 15 años y más, respecto al total de detecciones programadas.
16. Porcentaje de embarazadas atendidas en el primer trimestre gestacional.
19. Porcentaje de personas derivadas por Parteras Voluntarias Rurales para atención y consulta ("Matriz de Indicadores Para Resultados - Mir-2017-MatrizIndicadores.pdf")

2017).

El programa ha sido evaluado por CONEVAL en 2016. En su ficha de monitoreo y evaluación destaca como fortalezas, su vocación de atención en las zonas más alejadas y desprotegidas y el carácter polifuncional del personal médico y comunitario, que permite economías de escala. De cara a las debilidades, la evaluación menciona que se requiere actualización del Padrón de Beneficiarios de manera prioritaria en las unidades médicas de reciente creación. En las metas, algunos indicadores tienen áreas de oportunidad en el nivel de Propósito y Componente de la MIR. No existen mecanismos para evaluar el efecto de la capacitación en materia de prevención de embarazos en los participantes de los Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA). Y se carece de instrumentos para conocer el grado de satisfacción de la población atendida en los servicios de consulta externa de los hospitales rurales. [con respecto a las acciones de DIT, aún no se encontró nada, en el diagnóstico, ni en los indicadores](#)

Con respecto a la capacitación, para que el componente se ejecute es necesario que el personal haya recibido capacitación en la prueba EDI, en estimulación temprana y en prácticas de crianza. Además de contar con materiales para brindar las sesiones. La capacitación se da una o dos veces al año.

El programa aún no ha tenido evaluaciones externas de diseño ni de impacto. La revisión que se hizo para este diagnóstico del contenido de las sesiones y los materiales, indica que los contenidos están alineados con las recomendaciones más actualizadas sobre desarrollo infantil temprano a nivel internacional. Además el material está diseñado de tal manera que los capacitadores en el medio rural, cuenten con mucha información, ejemplos y ejercicios. (más adelante en el dominio de educación temprana se retoma este contenido.)

En suma el programa DIT de IMSS-Prospera es un programa bien diseñado en términos de contenidos, pero que cuenta con pocos recursos humanos y financieros para ampliarlo y evaluarlo. A pesar de esto, es muy probable que las díadas (madre-bebé) que asisten a los talleres detecten más oportunamente discapacidades y enfermedades y reciban otros beneficios de participar en las sesiones. Se recomienda incluir pronto una evaluación del impacto, que permita conocer con más precisión el impacto del programa y su contribución a la realización del elemento esencial “detección temprana de enfermedades y discapacidades”.

Estrategia para el Acompañamiento del Desarrollo Infantil y Vigilancia Nutricional

Por último, una adaptación de la prueba EDI, llamada CEDI (cédula de Evaluación del Desarrollo Infantil) se está aplicando en Estrategia para el Acompañamiento del Desarrollo Infantil y Vigilancia Nutricional, la cual se puso en marcha el pasado 21 de noviembre en coordinación con la Secretaría de Desarrollo Social, el Hospital Infantil de México Federico Gómez, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, el SNDIF y varias fundaciones privadas. En la primera etapa de esta Estrategia, las estancias infantiles del programa de Estancias Infantiles para apoyar a madres trabajadoras de SEDESOL, que normativamente está a cargo del SNDIF, comenzaron a llevar un seguimiento más cercano del desarrollo de más de 305 mil niñas y niños que asisten a más de nueve mil estancias infantiles en toda la República Mexicana. La segunda etapa, que inició el pasado 25 de enero de 2018, contempla la incorporación de 90 mil niñas y niños más que están registrados en más de dos mil centros de atención infantil en todo el país. A todos ellos se les aplicará la Cédula de Evaluación de Desarrollo Infantil, una herramienta que permite monitorear las áreas motora, cognitiva, social y de lenguaje de las niñas y niños menores de cinco años, así como dar seguimiento a su peso y talla.

El Director General de Políticas Sociales de la Secretaría de Desarrollo Social, indicó que “Con esta información, el Gobierno de la República podrá generar el primer Registro Nacional de Desarrollo Infantil con nombres y apellidos. La meta es llegar a medio millón de niñas y niños a quienes se dará seguimiento periódico e individualizado para cuidar su desarrollo físico y emocional durante sus primeros cinco años de vida”.

La estrategia de acompañamiento, incluye 4 acciones: [1] la monitorización del nivel de desarrollo de los niños de 1 a 3 años 11 meses inscritos en algún programa de educación inicial del SEDESOL/DIF a través de la Cédula de Evaluación del Desarrollo Infantil (en adelante CEDI). La CEDI, no es un pretamizaje y el objetivo es conocer cuánto va ganando el grupo al que pertenece el niño. No sustituye la EDI del sector salud. Lo que se hace es que la maestra aplica en un periodo de una semana las evaluaciones a los niños, las sube en una plataforma y a partir de ahí se crea una cartilla, que es la segunda acción. [2] registro y monitoreo de peso y talla de todos los niños de los centros adscritos a la estrategia [3] Llenar la cartilla de acompañamiento que incluye 2 secciones, una sección

de cómo le va a la maestra y qué es lo que va a trabajar la maestra en esos 6 meses. Y otra sobre qué es lo que ve el papá y cómo va a trabajar el papá en esos 6 meses. Se busca combinar el trabajo del aula con la casa [4] Y la cuarta acción es la referencia a un centro de salud, si el niño no cumple con todas las acciones que corresponden a su edad. Esto quiere decir, si tienes un niño de 4 años, y no hace todo lo de 4, se va a ver lo de 3, si no hace todo lo de 3, se va a ver lo de 2. Si esto sucede, se invita a los padres a que lo lleven a la unidad de salud y le hagan una evaluación del desarrollo EDI. Si el niño se tiene que retroceder porque no hace completamente todo lo que hace para el grupo de edad.

La Cédula de Evaluación del Desarrollo Infantil tiene varias diferencias con la EDI, la primera diferencia con salud es que es semestral en fechas fijas no en edades obligatorias. Y es cada 6 meses. En la segunda no se da un resultado a la madre con semáforo. Además a diferencia de EDI donde con que haga lo mínimo necesario de su edad, (es decir, con 2 de 3 de las preguntas) es verde. Aquí es si no hace todo se regresa, porque se sacan porcentajes. Por último en la CEDI todo es observado, que sería lo ideal en la EDI, pero no pasa, porque aquí sí se tiene una semana completa para observarlo.

Los avances a la fecha, son 240,000 niños de estancias infantiles evaluados. Se cuenta con un presupuesto de \$10 millones de pesos. Con el cual se compró equipo y computadoras para el personal. Hay una plataforma electrónica en la cual se registran las cosas es un sistema de información específico, y también se registrará peso y talla, que está bajo la responsabilidad de la Unidad de Neurodesarrollo del HIMFG. (Director de la Unidad de Neurodesarrollo del Hospital Infantil de México Federico Gómez 2018).

Brecha

Las acciones identificadas para la prevención son pertinentes considerando que si son aplicadas con oportunidad y calidad, permiten prevenir varias enfermedades y discapacidades. Sin embargo, la información recabada, no permite responder algunas preguntas básicas referente a cobertura, calidad, impacto y oportunidad.

En el caso del tamiz metabólico, ha habido avances en el número de enfermedades a identificar. Actualmente se evalúan 6 enfermedades según los lineamientos de la Secretaría

de Salud, sin embargo, la recomendación de la OMS es que se identifiquen 27 o de 36 más enfermedades.

En lo referente al tamiz metabólico, auditivo y visual, la CNEGSR dicta los lineamientos para todas las instituciones de salud (públicas y privadas), sin embargo, sólo cuenta con información de los que aplica la propia Secretaría (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva 2018). En cuanto al monitoreo y evaluación, se conoce la línea base es de 74% de cobertura en el 2013 en el indicador el PAE SMYP, pero no se encontró el avance al 2018. Tampoco se logró tener el dato sobre el porcentaje de usuarios que conocen los resultados del tamizaje. Muchas ocasiones, sólo saben que les hicieron el tamiz, pero desconocen el resultado.

Con respecto al avance en la aplicación de la prueba EDI, resultado de los convenios bilaterales del HIMFG con diversas contrapartes, se ha avanzado en su aplicación, y existen varios de modelos y entornos en los que se aplica. Existe información sobre pruebas aplicadas y los resultados. Sin embargo, sería deseable avanzar hacia un sistema más robusto de datos derivados de las evaluaciones del desarrollo así como indicadores para monitoreo y evaluaciones de impacto. La evidencia sugiere trabajar en homologar los datos y vigilar la correcta aplicación.

Las facultades actuales del sistema de registro en el sector salud, no permiten que todas las instancias le reporten a la Comisión para la Primera Infancia (antes Desarrollo Infantil Temprano), sin embargo es algo que sería deseable. Dichos reportes deberían incluir idealmente indicadores específicos de productividad, incluyendo los prestadores de servicio privados quienes también se rigen por la normativa del CENSIA. Considerando el SIPINNA, es presidido por el Presidente de la República, (aunque la que la Secretaría Ejecutiva del SIPINNA esté sectorizada a SEGOB), sería viable exigir a todas las instituciones del sector salud que le reporten al SIPINNA, lo que permitiría generar un sistema donde se registren las acciones a favor de DIT tanto del sector público en salud, como del sector privado. Sin embargo, hasta ahora la Comisión para la Primera Infancia, es presidida por el Secretario de Salud, lo que genera que otras instituciones del Sector Salud, y del Sector de la Educación se resistan a compartir información a una institución en su mismo nivel jerárquico. Idealmente tendría que ser una institución con un nivel jerárquico superior, quien recabe la información de todos los sectores involucrados en el

DIT y garantice y verifique que se lleven a cabo las funciones que establece la LGDNNA para la Primera Infancia (Director de la Unidad de Neurodesarrollo del Hospital Infantil de México Federico Gómez 2018).

14. Cuidado y atención oportuna y adecuada para niñas/os enfermos

15. Manejo integral de las enfermedades de las niñas y niños

Importancia

El manejo integral de las enfermedades de niñas y niños, en inglés *Integrated Management of Childhood Illness* (IMCI) es un concepto que surgió en 1995, desde UNICEF y la OMS y que designa un enfoque integrado para la salud infantil que se centra en el bienestar de todo el niño. El enfoque IMCI tiene como objetivo reducir la mortalidad, la enfermedad y la discapacidad, y promover un mejor crecimiento y desarrollo entre los niños menores de cinco años. El IMCI incluye elementos preventivos y curativos que tienen que ser implementados por las familias, las comunidades y los establecimientos de salud. Para lograrlo cuenta con tres componentes: 1) mejorar las habilidades de los trabajadores de salud, 2) fortalecer los sistemas de salud y 3) mejorar las prácticas familiares y comunitarias.

Para el caso mexicano, no existe una estrategia bajo el nombre de IMCI, sin embargo si existen acciones orientadas al mismo objetivo, a saber, reducir la mortalidad y la enfermedad²³.

Diagnóstico

Para conocer las principales enfermedades en los niños y niñas, se revisa primero la tasa de mortalidad infantil para menores de 1 año y para menores de 5 años y su evolución en los últimos años. Igualmente se revisarán las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs), las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs), las consultas del niño sano y derechohabencia. Idealmente se tendría que conocer el status de otras enfermedades

²³ Para reducir la discapacidad, véase el elemento esencial número 13, detección temprana de enfermedades y discapacidades.

además de EDAs e IRAS, pero dado que son muchas enfermedades, el porcentaje de niñas y niños que les corresponde se atomiza.

Entre 2010 y 2014, la tasa de mortalidad infantil para menores de un año pasó de 14.08 a 12.50 defunciones por cada mil nacidos vivos y para menores de 5 años pasó de 17.2 a 15.1, lo que representa un decremento de 1.6 y 2.1 defunciones respectivamente. En comparación con la tasa de mortalidad infantil que había en 1990, de 41.0 defunciones, hay una avance de 63%, cercano a la Meta del Milenio de reducir la tasa en dos terceras partes en el periodo 1990-2015. Sin embargo, muchas de estas defunciones "*podrían haberse evitado a través del acceso efectivo a intervenciones de salud o con acciones sobre el medio ambiente y los determinantes sociales*" (Gutiérrez JP. et al. 2012).

“Las principales causas de mortalidad infantil en México son cinco: dificultad respiratoria del recién nacido, otros trastornos respiratorios, malformaciones congénitas del sistema circulatorio, influenza y neumonía. El orden y magnitud de estas causas presenta variaciones entre las entidades federativas, y dentro de las entidades se observan grandes inequidades.” (Duarte-Gómez et al. 2015).

En cuanto a los determinantes sociales de la mortalidad infantil, “se han documentado las condiciones de la vivienda, desarrollo vial, acceso y calidad de los servicios de salud, así como algunas características de la madre (edades extremas, escolaridad baja, multiparidad y desnutrición). Entre los factores culturales se mencionan la posición subordinada de la mujer, la discriminación étnica y otros factores relacionados con la participación comunitaria, el ingreso, la fragilidad institucional y el desarrollo social y económico.” (Duarte-Gómez et al. 2015).

De acuerdo a las estimaciones realizadas por la OMS, la mortalidad en menores de cinco años ha disminuido en un 41% a nivel mundial desde 1990 hasta 2011. Aproximadamente 6.9 millones de niños murieron antes de cumplir los cinco años de edad en 2011 a nivel global por causas prevenibles (PAE SIA). En México, en 1990, de cada mil niños nacidos vivos, 41 morían antes de cumplir los 5 años de edad. Para el 2014, por cada mil nacidos

vivos, se registraron 15.1 muertes. Esta cifra representa una disminución del 63% en 24 años, sin embargo, aún es alta ya que muchas de estas muertes siguen siendo por causas prevenibles.

Tabla 14 Mortalidad en menores de 5 años, y mortalidad en menores de 1 año.

Indicador	Línea Base (1990)	1995	2000	2005	2010	2012	Meta (2015)
Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años (Por cada mil nacidos vivos).	41.0	31.3	25.0	20.5	17.2	16.1/e	13.7
Tasa de mortalidad infantil (Por cada mil nacidos vivos).	32.5	26.0	20.8	16.9	14.1	13.3/e	10.8

/e cifra estimada DGIS

Fuente: Secretaría de Salud (SS), Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Defunciones 2001-2010, Proyecciones de la Población de México 2010-2030, CONAPO.

Defunciones 2011-2012, Base de datos de defunciones 1979-2011, INEGI/SS con ajustes en algunas entidades federativas.

Nacimientos 2001-2010, Proyecciones de la Población de México 2010-2030, CONAPO.

Nacimientos 2011-2012, SS-SINAC con ajuste en algunas entidades federativas.

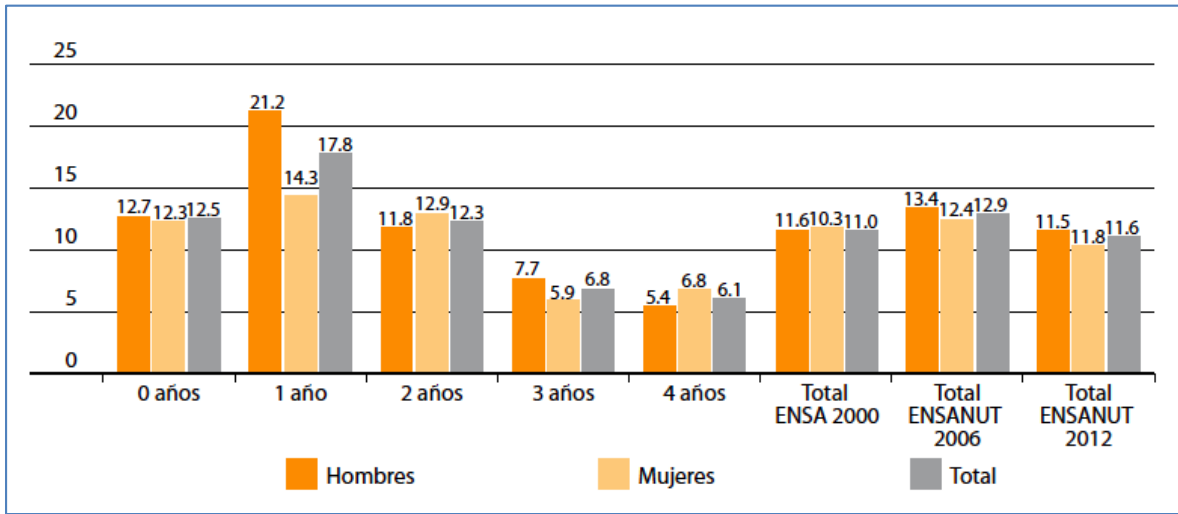
Fuente: PAE SIA 2013-2018

El propio programa comenta “Si bien existe una reducción constante y favorable en estos indicadores, aún se observa una amplia brecha epidemiológica al interior de las entidades federativas, lo que obedece a los determinantes sociales y demográficos existentes en el país como son: comunidades marginadas, dificultad para el acceso a los servicios de salud, falta de infraestructura en servicios de saneamiento básico, entre otros.” (PAE SIA, 2013)

Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

En cuanto a incidencias de diarrea la ENSA 2000 y la ENSANUT 2006 y 2012, reportaron que la prevalencia de enfermedad diarreica aguda, EDA (eventos en las dos semanas previas) en niños menores de cinco años fue de 11, 12.9 y 11.6% para 2000, 2006 y 2012, respectivamente” (Gutiérrez JP. et al. 2012:64).

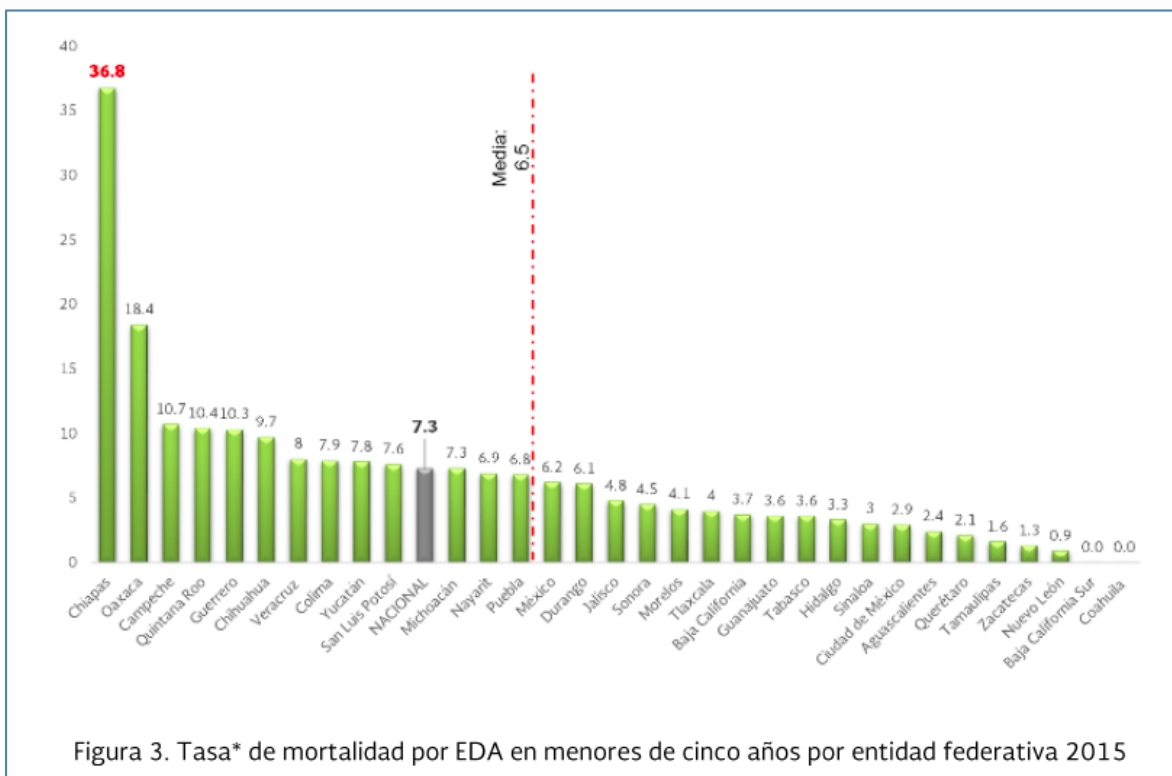
Ilustración 13 Distribución porcentual de la población de menores de cinco años que presentó enfermedad diarreica, según edad y sexo. México, ENSANUT 2012



fuelle: Gutiérrez et al 2012

El 84% de los niños/as con un episodio de diarrea recibió alguna forma de rehidratación oral (Sueros de Rehidratación Oral u otros recomendados). En el 11% de los casos se proveyó zinc en tableta o jarabe.

Ilustración 14 Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años por entidad federativa 2015



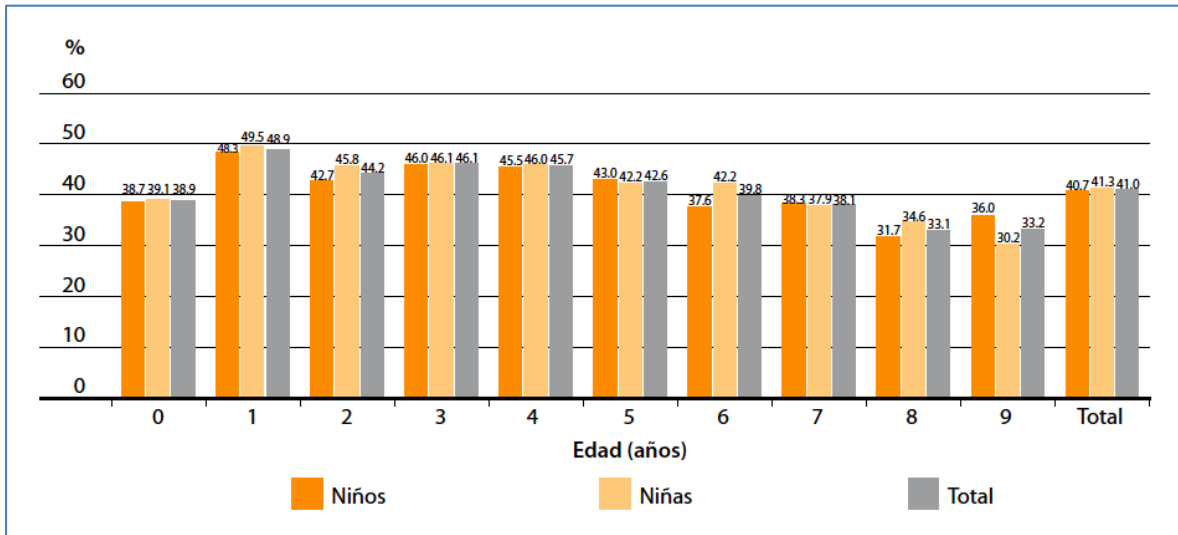
fuentes: lineamientos del programa salud en la infancia 2018.

Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs)

La Organización Mundial de la Salud define “*las infecciones respiratorias agudas como padecimientos infecciosos de las vías respiratorias con evolución menor a 15 días y que en ocasiones se convierten en neumonía. Las infecciones respiratorias agudas constituyen un importante problema de salud pública, porque son una de las principales causas de muerte en el mundo. En especial la neumonía es la principal causa de muerte en menores de cinco años, seguida de las enfermedades diarreicas*” (OMS 2012a).

“[...] los menores de cinco años que padecieron IRAs en las dos semanas previas a entrevista fueron 38.4, 47.0 y 44.8% para ENSA 2000, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012 respectivamente.” (Gutiérrez JP. et al. 2012, 67). El porcentaje anual de niñas y niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas de primera vez que reciben tratamiento sintomático, atendidos por los servicios de salud en el 2016 fue de 56.9% (subsecretaría de atención y promoción de la salud CENSIA, mail 2017).

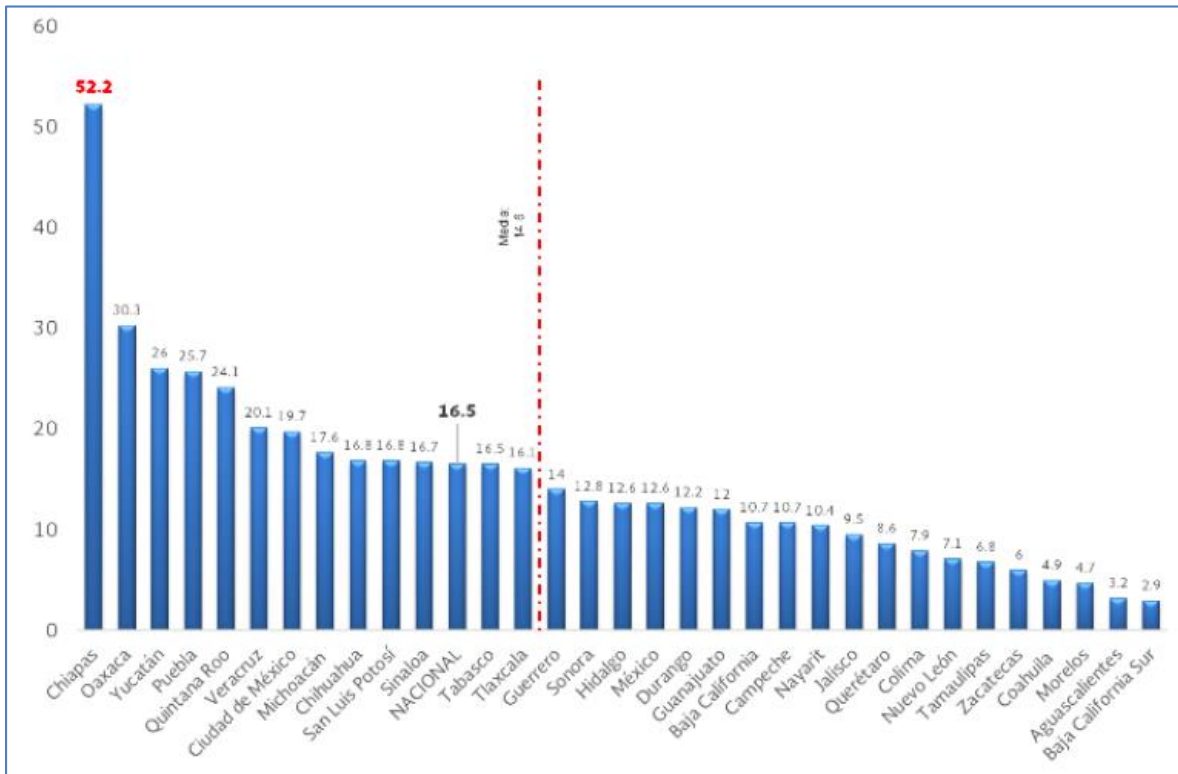
Ilustración 15 Distribución de la población menor de 10 años, según presencia de infección Respiratoria Aguda por edad y sexo México 2012



Fuente: ENSANUT 2012

El 3% por ciento presentó indicios de infección respiratoria aguda con indicación de presunta neumonía y 10% reportaron algún episodio de fiebre. El 73% de los niños/as que presentaron síntomas de infección respiratoria aguda con indicación de presunta neumonía fueron atendidos por un profesional de la salud calificado y 74% recibió antibióticos. (Gutiérrez JP. et al. 2012)

Ilustración 16 Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años por entidad federativa 2015



Fuente: Lineamientos del Programa Salud en la Infancia 2018.

En la ENSANUT 2012, en respuesta a la pregunta ¿Qué molestias debe tener el niño cuando tiene gripa, catarro, anginas, tos, bronquitis, dolor de oídos, para que usted lo lleve al médico? Los signos más referidos por las madres o responsables de los menores de cinco años fueron presentar “calentura” por más de tres días (32.4%), verse más enfermo (26.0%), no comer o beber (18.5%) y dificultad para respirar (15.6%). Estos resultados sugieren la necesidad de reforzar los programas de promoción de la salud para incrementar el conocimiento de los signos de alarma y el mejor manejo hídrico y nutricional de estos eventos en la población en general. (Gutiérrez JP. et al. 2012)

Tabla 17 Porcentaje de la población menor de 5 años con enfermedad respiratoria aguda, según identificación de los signos de alarma por parte de la madre. México, ENSANUT 2012

Síntomas de alarma*	Menores de cinco años	
	Frecuencia [‡]	%
Respira rápido	389.6	7.9
No puede respirar	765.5	15.6
No come ni bebe	906.8	18.5
Se pone frío	85.8	1.8
Se ve más enfermo	1 275.1	26.0
Más de tres días con calentura	1 586.0	32.4
Le sale pus del oído	28.7	0.6
Le aparecen puntos blancos en la garganta	89.0	1.8
No especificado	52.8	1.1

* Se admitió más de una opción de respuesta
[‡]Frecuencia en miles
 Fuente: Cuestionario de niños, ENSANUT 2012

Control del niño sano

De acuerdo con un estudio del Instituto Nacional de Salud Pública en la Ciudad de México en el 2016 (INSP 2016)²⁴, 25.91% de los niños en la CDMX no fueron llevados a la consulta para el control del niño sano durante su primer año de vida. El 45.95% tuvieron entre 1 y 11 controles del niño sano en su primer año, y 27.82% tuvieron 12 o más.

En la misma evaluación se indagó sobre si las madres encuestadas recibieron información de diversos temas vinculados al desarrollo de las niñas y niños en primera infancia durante la consulta del niño sano.

Tabla 15 Porcentaje de madres que reportan alguna vez haber recibido información ó consejería, por parte del personal de salud, en alguna consulta de niño sano.

Porcentaje de madres que reportan alguna vez haber recibido información ó consejería, por parte del personal de salud, en alguna consulta de niño sano u otra, relacionada con:	%
Depresión materna	43.64
La importancia de la lectura	49.43

²⁴ El estudio fue para 869 niños de la CDMX, tiene un margen de error del 95%.

La importancia de asistir a pre-escolar/educación inicial	54.45
Juego y actividad física	61.96
Hitos o etapas del desarrollo infantil	63.06
Prevención de accidentes	64.74
Higiene oral/cuidado de los dientes	72.62
Signos y síntomas de enfermedades infantiles	77.52
Nutrición/alimentación	77.71
Estimulación temprana	78.2
La importancia de acostar los bebés boca arriba	82.8
Lactancia materna	85.17

Fuente: (INSP 2017)

Las principales acciones durante la misma consulta consisten en medir, pesar y hacer una prueba del desarrollo. 98.82% de las niñas y niños fueron medidos, 99.48% fueron pesados y solo el 21.7% fueron evaluados en su desarrollo, de acuerdo al mismo estudio.

Tabla 16 Porcentaje de madres que reportan que a sus hijos alguna vez les hicieron las siguientes acciones en la atención en primera infancia

Porcentaje de madres que reportan que a sus hijos alguna vez les hicieron las siguientes acciones en alguna consulta de niño sano, u otra:	%
Midieron	98.82
Pesaron	99.48
Evaluación/prueba de desarrollo (cognitivo, motor, físico, socioemocional)	21.70

Fuente: (INSP 2017)

A nivel nacional, la información de la DGIS, el número de consultas de atención al niño sano de primera vez, fue de 1,383,749 consultas en el 2017.

Tabla 17 Total de consultas del niño sano

Consulta niño sano primera vez	
hasta los 28 días	348,683
29 días a 11 meses	372,709

1 año	213,600
2 a 4 años	448,757
TOTAL	1,383,749

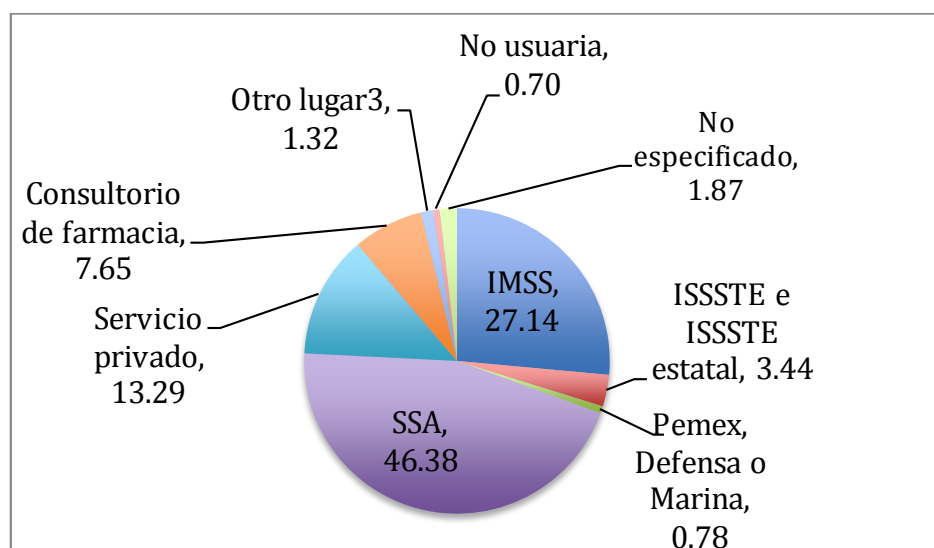
Fuente: DGIS, cubos dinámicos 2017.

(En la parte de oferta gubernamental profundizaremos sobre lo que incluye la consulta del niño sano.)

Derechohabiciencia

En México el 46.38% de las niñas y niños menores de 4 años, usan los servicios de la SS 31.36% usa los servicios del IMSS, ISSSTE, Pemex, Defensa o Marina; 22.26% usan servicios privados, van a un consultorio de farmacia o a otro lugar, y 0.7% no es usuaria de ningún servicio. Además 1.87% no lo especificó. (Encuesta intercensal INEGI 2015.)

Ilustración 18 Distribución porcentual según condición de uso de servicios, menores de 5 años, México 2015



Fuente, elaboración propia con base en INEGI. Tabulados de la Encuesta Intercensal 2015.

Con respecto a la condición de afiliación a los servicios de salud para los menores de 5 años, (ver tabla XX) aumenta el porcentaje de afiliados a las instituciones públicas como SSA (vía Seguro para una Nueva Generación, ahora Seguro Médico Siglo XXI) con el 59.78%, IMSS, ISSSTE, etc. Son pocos los afiliados a una institución privada, 2.77%. Además el 16.36% de los niños y niñas no están afiliados, y 2.4% no especificó.

Tabla 18 Condición de afiliación y uso de los servicios de salud

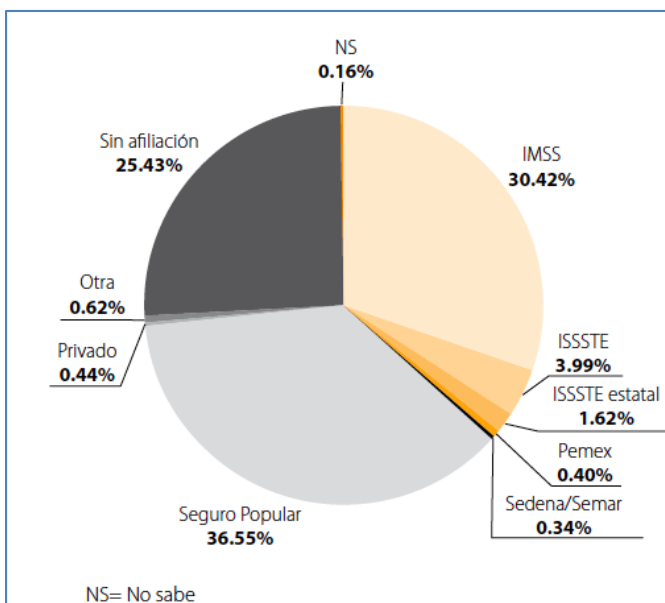
Condición de uso de servicios de salud	Condición de afiliación a servicios
----------------------------------------	-------------------------------------

		de salud
Población total	10,526,139	10,526,139
IMSS	27.14	34.48
ISSSTE e ISSSTE estatal	3.44	4.79
Pemex, Defensa o Marina	0.78	1.00
SSA/Seguro para una Nueva Generación	46.38	59.78
Servicio/institución privado	13.29	2.77
Consultorio de farmacia	7.65	N.a.
Otro lugar/institución	1.32	N.A.
No usuaria/no afiliada	0.70	16.36
No especificado	1.87	2.04

Fuente: Elaboración propia con base en DGIS, cubos dinámicos 2017.

Para el total de la población, que incluye a los padres y madres de las niñas y niños en primera infancia, 74.38% reportó estar afiliados a algún seguro médico. El resto que se atiende en clínicas privadas.

Ilustración 19 Distribución de la población según institución de protección en salud de acuerdo con el autor reporte del informante del hogar. México, ENSANUT 2012



Fuente: ENSANUT 2012

Dado que la mayoría de los programas y acciones gubernamentales evaluados sólo se brindan para usuarios de servicios públicos, sería aconsejable revisar nuevas estrategias para alcanzar al total de la población, sobre todo para las acciones preventivas e informativas (Ver ilustración 19).

Oferta gubernamental

Como se ha visto, el sector salud es complejo, y cuenta con una amplia variedad de programas y normas que inciden en la salud y desarrollo de las niñas/os en primera infancia. Al igual que con otros elementos del cuidado cariñoso y sensible del dominio salud, para el cuidado y manejo integral de la salud del niño, se tiene por un lado, un área encargada de diseñar la estrategia, metas, indicadores, definir lineamientos, etc., que es el CENSIA, y por otro lado, la operación depende de las unidades de salud de la Secretaría de Salud, del IMSS, ISSSTE, etc.

Además, la Secretaría de Salud para fines operativos, divide a las niñas/os en primera infancia en dos grandes grupos: [1] los menores de 29 días, quienes son atendidos por el CNEGSR, cuyas acciones ya se revisaron en otros elementos esenciales del dominio salud, como cuidados durante el parto, y cuidado del recién nacido. Y [2] las niñas, niños y adolescentes, a partir del día 29 hasta antes de cumplir 19 años, que son atendidos por el CENSIA. Para describir las acciones de este elemento esencial nos centraremos en las acciones que realiza el gobierno desde el CENSIA, es decir, sólo en el manejo integral de la salud de los mayores de 29 días.

Programa de Acción Específico de Salud para la Infancia y Adolescencia

El CENSIA tiene como misión: establecer, implementar y supervisar las políticas públicas rectoras en materia de salud integral de la infancia, adolescencia y vacunación, que propicien la equidad en salud entre todos los mexicanos” (sitio web CENSIA). Así mismo su objetivo, está descrito en su Programa de Acción Específico de Salud para la Infancia y Adolescencia 2013-2018 (PAE SIA) y consiste en “*coordinar estrategias enfocadas a reducir la morbilidad y mortalidad en los menores de 19 años en el país para contribuir en la disminución de*

la brecha de desigualdad en materia de salud. Una de sus principales estrategias ha sido implementar acciones de prevención, vigilancia y control de nutrición en la infancia y la adolescencia que incluyen las intervenciones del control nutricional, el fortalecimiento del registro relacionado al tema de desnutrición, implementación de acciones de detección, control y seguimiento en niñas, niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad; la procuración de los medicamentos e insumos requeridos; así como, la colaboración en el diseño de protocolos de atención para el menor con problemas de nutrición". (PAE SIA 2013-2018).

Para su implementación, el programa se concentra en las siguientes seis estrategias:

1. Prevenir la violencia y el maltrato infantil,
2. Implementar acciones de prevención, vigilancia y control de nutrición en la infancia y la adolescencia,
3. Fortalecer los mecanismos de evaluación y seguimiento del Programa en las entidades federativas,
4. Fortalecer el Modelo de Atención Integrada en la Infancia y la Adolescencia en el primer nivel de atención a través de acciones de capacitación,
5. Prevenir la mortalidad y morbilidad por enfermedades prevalentes en la infancia, y
6. Realizar acciones de Prevención y Promoción de la Salud de la Adolescencia.

El programa cuenta con ocho componentes, de los cuales cuatro son relevantes para este elemento esencial:

1. Enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas,
2. Comités de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia (COERMI)
3. Vigilancia del desarrollo en la primera infancia y
4. Atención integrada al menor de un año.

Para cada componente se cuenta con: objetivos, estrategias, líneas de acción, acciones y actividades específicas, monitoreo y evaluación.

El Programa de Salud en la Infancia atiende a niñas y niños desde los 29 días hasta 9 años con 11 meses. Su población potencial son todos los niños y niñas que asisten a instituciones de la SS. El programa mantiene una relación con otros programas de la

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Además, el CENSIA, a través de su componente de Vigilancia del Desarrollo en la Primera Infancia (antes Desarrollo Infantil Temprano), firmó en el 2014 las “Bases de colaboración en materia de desarrollo infantil y estimulación temprana” con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, cuya finalidad fue utilizar el modelo PRADI, desarrollado por Prospera. Dentro de la Secretaría de Salud, también colaboran con otras áreas, porque comparten al personal en las unidades de salud.

El financiamiento viene principalmente del programa presupuestario R12_P018, Prevención y Control de Enfermedades, que es operado desde 8 unidades responsables, una de ellas es el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

El monitoreo se realiza a través de las unidades de salud se registran las acciones y los datos se encuentran en la base de datos de la secretaría de Salud. Los indicadores del PAE SIA, son 3:

- Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años.
- Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años.
- Porcentaje de estados que realizan la Semana Nacional de Salud del Adolescente

Sobre los recursos humanos y los procesos, según información obtenida en entrevista, el personal para llevar el control de los componentes a nivel federal es reducido. Una persona por componente para todo el país, y una subdirección de infancia para coordinar los componentes. A nivel estatal no existe responsable por componente, sino que una persona lleva varios o todos los componentes. El resto del personal en las unidades de salud y en los SESAs atiende también otros programas.

Se observa limitada capacidad para hacer un seguimiento directo a las acciones, debido a la escasez de recursos. Para ilustrar mejor el punto, las tres personas, responsables del componente de DIT, dan seguimiento a los responsables estatales de los 32 SESAs, y acompañan de manera indirecta a más de 15,116 unidades de salud en todo el país.

Con respecto al personal, hay que mencionar además, que la rotación es en todos los niveles, en especial a nivel de Clínica de Salud, donde los médicos son residentes que cambian anualmente.

El programa no tiene enfoque *exclusivo* de primera infancia, sino que se plantea a partir de los objetivos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, Programa Sectorial De Salud 2013-2018, los cuales no mencionan directamente a la primera infancia, por lo que el enfoque es para niñas y niños hasta los 10 años. La justificación del programa se menciona la importancia de la salud y su contribución a reducir la desigualdad. Pero carece de una justificación amplia sobre la importancia de la inversión en primera infancia que muestre una comprensión cabal del nuevo paradigma de atención y su impacto en el individuo, las familias y la sociedad. Se han incorporado gradualmente los elementos más integrales de atención a la primera infancia, pero dado que son muy recientes, no se ha podido evaluar su impacto aún. El énfasis debe darse desde los instrumentos de la planeación nacional, que se fortalezca la estructura y el acompañamiento a los servicios de salud estatales, etc.

La primera etapa de implementación de los talleres para niñas y niños del modelo PRADI, iniciará en septiembre de 2018, con el esfuerzo conjunto del personal estatal de PROSPERA y de los SESA.

En términos de cobertura, dado que la población objetivo del PAE SIA, son los SESA, se atiende al 100%. La cobertura específica por componente a nivel nacional se podría sacar a través de indicadores específicos que se encuentran en la base de datos de la DGIS.

Con respecto a la coordinación intersectorial e intersecretarial se percibe muy heterogénea. Tanto dentro de la Secretaría de Salud, como en los Estados, y en las áreas. No existen mecanismos formales que la hagan obligatoria. Un ejemplo concreto es el vínculo innegable que existe entre Lactancia Materna, y prevalencia de IRAS y EDAS. Sin embargo, dado que lactancia la lleva el CNEGSR, y EDAs e IRAS las lleva CENSIA, no se encontró en los documentos revisados ninguna vinculación en las estrategias de ambas intervenciones.

Es importante resaltar que las limitaciones presupuestales son notables en los componentes vinculados a primera infancia. La escasez de recursos afecta en la cantidad de personal que está directamente brindando los servicios, y por tanto también la calidad. No hay suficientes recursos para darles capacitación con la frecuencia y profundidad necesaria para cumplir con calidad los objetivos planteados.

Programa Seguro Médico Siglo XXI

Todos los niños menores de 5 años en México están asegurados, gracias al programa Seguro México Siglo XXI, que tiene como propósito “financiar de forma anual y con base en sus Reglas de Operación, mediante un esquema público de aseguramiento médico universal, la atención de las niñas y niños menores de cinco años de edad incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social, a través del otorgamiento de intervenciones de salud complementarias a las establecidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y a los servicios médicos de alta especialidad para enfermedades de alto costo cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). A efecto de contribuir a la disminución del empobrecimiento de las familias por motivos de salud y que de manera voluntaria decidan afiliarse a este Programa al menor” (evaluación del CONEVAL 2016 PSMSXXI). El programa cubre una gran población no tiene acceso a otro tipo de seguros públicos o privados, y que hasta antes del programa estaba sin cobertura.

Su población objetivo fue de 5,317,303 niñas y niños menores de 5 años, que corresponde a 80% de su población potencial (6,646,629 niñas y niños menores de 5 años de edad, proyectados por CONAPO para el año de vigencia de las reglas de operación y con base al Censo General de Población y Vivienda del INEGI 2010 y que no tienen seguridad social o que no cuenta con algún otro mecanismo de previsión social en salud), considerando que se trata de un aseguramiento voluntario. La población atendida fue de 5,207,240, es decir, el 97.3% de su población objetivo.

El presupuesto ejercido por el programa en el 2016 fue de \$ 1,569.44 millones de pesos. Tuvo un recorte presupuestal de 8.99% en relación al ejercicio 2015, lo que también impactó en una disminución de 7.24% en las personas atendidas.

Brecha

Este es uno de los elementos esenciales con más tiempo en la agenda y también con más acciones e indicadores para medirlos. Existen varias acciones que han reducido las tasas de mortalidad de manera constante. Sin embargo, las acciones han sido diseñadas con el único objetivo de reducir la mortalidad, y mejorar la salud. El actual entendimiento de la

importancia de la primera infancia y su desarrollo obliga integrar nuevos aspectos como calidad, calidez, integralidad de las acciones, priorizar los niños y niñas con énfasis en el inicio de la vida (oportunidad) y la equidad para abarcar a todas las niñas y niños. La revisión de las acciones a la luz del modelo del Cuidado Cariñoso y Sensible plantea la posibilidad de crear nuevas estrategias para mejorar el manejo integral de las enfermedades, al reorientar el gasto en salud de la corrección hacia la prevención.

Muchas de las acciones de este elemento esencial dependen del bienestar físico y mental de los cuidadores para llevar a los niños a un centro de salud. Por ejemplo, si la madre tiene anemia, puede mostrarse apática y tendrá menos disponibilidad para desplazarse con el pequeño. La mala salud del cuidador puede llevar a la negligencia por fatiga, y hasta al maltrato.

Uno de los principales actores para garantizar el cumplimiento de este elemento esencial es el CENSIA, que es un órgano desconcentrado, con facultades descritas en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y que no es un programa presupuestal. Por lo tanto no cuenta con evaluaciones (de diseño, de impacto, etc.) como en el caso de los programas presupuestales evaluados por CONEVAL, que permitan conocer su impacto, su alcance y su pertinencia.

Uno de los retos más grande del Sector Salud es la territorialización de la atención. En el actual modelo se definen las estrategias y las normas desde la federación pero quien los opera y determina cómo se gastan los recursos son los SESA. Éstos pueden decidir cómo utilizan los recursos económicos que les son asignados desde la federación, y muchas veces a pesar de que existan lineamientos y programas, sus prioridades son distintas, y no implementan los programas o componentes de la forma en que fueron planeados desde el nivel central.

Un área de oportunidad detectada en este diagnóstico consiste en capacitar, acompañar y supervisar al personal en las Unidades de Salud que atiende directamente a familias, niñas y niños. La evidencia sugiere trabajar desde la formación inicial en temas de desarrollo infantil, y crear incentivos y realizar acciones de capacitación continua para mejorar su atención hacia los niños y sus familias.

Los indicadores del sistema de calidad no están suficientemente desagregados para identificar cómo es la atención para la primera infancia, por ejemplo para las consultas del niño sano.

Conclusiones dominio salud

1. **La cobertura de los elementos esenciales de este dominio del desarrollo es insuficiente.** A pesar de los avances en información sobre métodos anticonceptivos, continúa existiendo demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos en todos los grupos de Mujeres en Edad Fértil (MEF). Se presenta principalmente en mujeres adolescentes de 15 a 19 años (24.8%), en población que habla lengua indígena (21.7%) y en la población rural (15.9%). La consejería posnatal es de corta duración y en determinadas poblaciones la cobertura es de menos del 50%²⁵.
2. **Existen factores de riesgo para el desarrollo infantil que no son adecuadamente atendidos.** El 70% de las mujeres en edad fértil padecen sobrepeso, obesidad, esto es un factor de riesgo para el recién nacido. Hasta 2 de cada 10 madres presentan sintomatología depresiva²⁶, teniendo más riesgo de padecerla aquellas mujeres que sufren violencia, tienen más de cuatro hijos, sexo femenino del bebé y haber iniciado vida sexual antes de los 15 años. 45.2% de los nacimientos son vía cesárea, y el porcentaje aumenta hasta 70% en hospitales privados, cuando la tasa recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es menos del 15%²⁷.
3. **No se tienen datos sobre elementos clave del Desarrollo Infantil Temprano (DIT) a nivel nacional,** como son número de niños en alojamiento conjunto, cuántos tuvieron contacto piel con piel, el número de casos en el que se aplicó el método de madre canguro, pinzamiento tardío, etc. Tampoco existe información sobre la experiencia de parto para la mujer.
4. **Alta segmentación horizontal.** Entendemos por segmentación la coexistencia de subsistemas que cubren diversos segmentos de la población generalmente según su

²⁵ Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018, Secretaría de Salud

²⁶ Castro, Filipa de, Jean Marie Place, Aramis Villalobos A, and Betania Allen-Leigh. 2015. "Sintomatología Depresiva Materna En México: Prevalencia Nacional, Atención Y Perfiles Poblacionales de Riesgo." *Salud Pública de México* 57 (2): 144-54

²⁷ OMS | Declaración de La OMS Sobre Tasas de Cesárea." n.d. WHO. Accessed April 12, 2018. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/.

capacidad de pago y régimen laboral. Los sistemas segmentados se caracterizan por la existencia de múltiples esquemas de financiamiento y aseguramiento donde coexisten uno o varios subsistemas públicos (financiamiento del gobierno central o local), y diversos financiadores/ aseguradores privados que compiten al interior del sector salud. Esta segmentación y las variaciones en términos de calidad que conlleva afecta también a los niños más pequeños. Si bien la unificación es un objetivo que trasciende con mucho las políticas de atención a la infancia, urge buscar alternativas para fortalecer su integración, de tal manera que se garantice un paquete común de beneficios a todos las niñas y niños menores de 5 años y sus familias, se reduzcan los altos costos de transacción inherentes a un sistema segmentado y se logre finalmente el ejercicio universal e igualitario del derecho a la protección de la salud.

5. **Segmentación de las estrategias y acciones.** Además de la segmentación mencionada en el punto anterior, existe al interior de las instituciones diferentes estrategias que carecen de articulación y coherencia. Es una división entre las acciones que no permite ver la atención a la primera infancia de manera integral.
6. **Débil cumplimiento de normas entre los tres niveles de gobierno para garantizar integración vertical de las acciones** Se identificó que muchas veces los Estados ejercen los recursos de manera distinta a lo planeado por la federación en los Programas de Acción Específica. A pesar de que existen lineamientos federales para muchas acciones a favor de la primera infancia en salud y se bajan recursos a las Haciendas Estatales y a los Servicios de Salud Estatales, éstos no siempre se apegan a los lineamientos ni ejercen todos los recursos de la manera planeada. En otras palabras, existen retos en la implementación de las leyes, reglamentos, normas, planeas de acción específicos, programas sectoriales.

Recomendaciones

1. **Temprano es temprano.** Fomentar un entendimiento pleno y por parte de todos los involucrados, de que mientras más temprano sea la atención, es más efectiva. “Mientras más temprana la intervención mayor el retorno” dice el premio nobel de economía el Dr. Heckman. Se necesita articular las acciones preventivas desde la adolescencia. El modelo de CCS resalta los factores de riesgo como manejo de adicciones, VIH, violencia en el hogar, baja escolaridad, malnutrición, salud mental, etc. El cuidado prenatal, durante el parto e inmediatamente después del parto es fundamental para el desarrollo óptimo de la Primera Infancia (como lo indica el modelo).
2. **Articular y ampliar las intervenciones para asegurarse que hombres y mujeres lleguen a la maternidad y paternidad sanos y con suficientes recursos.** La evidencia muestra que los cuidadores son el elemento más determinante en la salud de los niños. Los principales factores de riesgo para el

desarrollo infantil temprano están dados por los futuros padres y madres, en específico su malnutrición, deficiente salud mental, adicciones, corto espaciamiento entre hijos y violencia²⁸. En México las acciones de prevención del daño aún no tienen un enfoque de Primera Infancia, se subsume a la Primera Infancia dentro de toda la población. Además, los porcentajes de cobertura son bajos y se necesitan acciones con una mirada más integral. Es necesario incorporar en estas acciones la perspectiva de Primera Infancia y evaluar su impacto en la salud de las niñas/os menores de 5 años. Focalizar acciones para evitar la malnutrición de las futuras madres, es necesario atender de manera urgente la alimentación de adolescentes y mujeres y hombres en edad fértil.

3. **Calidad y detección de riesgos en consultas prenatales.** Las consultas durante el embarazo se brindan a casi toda la población, por lo cual es crítico mejorar su calidad y rediseñar sus contenidos enfatizando los aspectos que el modelo menciona como factores de riesgo, cuidado cariñoso y sensible y como estratégicos para fomentar el DIT. Se recomienda además crear una cédula de evaluación de riesgos biopsicosocial, que permita identificar los riesgos en la familia y dirigir a los futuros padres hacia servicios que les apoyen para que cuenten con los entornos que faciliten la crianza, les orienten sobre el autocuidado y el cuidado que deberán proveer al recién nacido.
4. **Énfasis en las consejerías posnatales**, que son la oportunidad para promover patrones de comportamiento que favorezcan la salud, el vínculo, el cuidado cariñoso y sensible, el aprendizaje. Hay que homologar y mejorar los contenidos de las consejerías incluyendo prácticas de crianza con enfoque cariñoso y sensible, destacar la importancia del juego en el aprendizaje, prevenir riesgos y maltrato.
5. **Llevar las estrategias más importantes para el DIT hasta los hogares.** Las acciones preventivas, como son el juego, la estimulación, salud bucal, evaluación del desarrollo, planificación familiar, etc. dependen de que las familias acudan al centro de salud para llevarse a cabo. Lo mismo ocurre con elementos fundamentales para el desarrollo integral infantil como lo son las consultas postnatales. No obstante, no existen garantías sobre la asistencia de las familias a los servicios de salud, salvo en aquellos casos en que éstas están condicionadas a transferencias económicas. La propuesta de solución podría tener dos vertientes: los elementos preventivos podrían abordarse mediante esfuerzos como el de las semanas de vacunación para promover ciertos comportamientos. Para el acompañamiento después del parto se recomienda crear visitas a los hogares y grupos de apoyo que empiecen desde la primer semana después del parto, para acompañar a la madre en los problemas más comunes de esta etapa y acompañarla para que establezca prácticas de crianza adecuadas. Éstos se pueden complementar

²⁸ WHO, UNICEF, y World Bank Group. «Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential». Geneva, 2018.

con otras estrategias dependiendo de las necesidades y características de las familias. Las visitas podría tomar como referencia el programa de Educación Inicial: Un Buen Comienzo

6. **Integración coherente de acciones.** Rediseñar las intervenciones en el dominio salud, analizando las causalidades entre las distintas intervenciones durante la vida de los niños y sus familias, a la luz de los nuevos descubrimientos de las neurociencias y de otras investigaciones científicas. Por ejemplo, vincular como causa de las Enfermedades Diarreicas Agudas e Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS y EDAS) las bajas tasas de Lactancia Materna (LM). Hasta ahora, éstas dos enfermedades (IRAS y EDAS) tienen un componente específico dentro del PAE SIA con acciones y presupuesto, mientras que la Estrategia Nacional de Lactancia Materna no tiene presupuesto propio y está enfrentando severas dificultades para su implementación. Si se mejoran las tasas de LM se reducirían ambas enfermedades, además de otros múltiples ahorros en salud y beneficios para el DIT.
7. **Vigilar el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) y traducirlas en práctica clínica en todo el país.** En México los documentos revisados indican que la normativa está casi totalmente actualizada, pero el reto está en la implementación. Es imperativo fortalecer las acciones para impulsar la adopción de las normas por hospitales públicos y privados, lo que implica cambio en las prácticas médicas. Este cambio de prácticas en concordancia con las nuevas NOM es fundamental para generar experiencias positivas durante el parto para todas las madres. En México, un grupo de mujeres no reciben suficiente atención de profesionales de la salud, y otro está sobre medicalizado y sufren de excesiva intervención que resulta en altas tasas de cesáreas (70% para hospitales privados) y prácticas nocivas para el desarrollo infantil (cuneros). Se necesita crear estrategias específicas para asegurar el contacto piel con piel, madre canguro, LM durante la primer hora de vida, alojamiento conjunto, cuidados especiales para recién nacidos con bajo peso y enfermos. Una propuesta derivada de este diagnóstico es que la SS establezca y financie los procedimientos para la verificación del cumplimiento de las NOM que regulan la atención a mujeres embarazadas y niños, de conformidad con lo establecido por el Artículo 73 de la Ley Federal de Metrología y Normalización. También es importante generar nuevos indicadores alineados a estas normas que permitan conocer, por ejemplo, si se permitió el contacto piel con piel, si se separó a la madre del recién nacido después del parto, durante cuánto tiempo y las razones, etc.
8. **Estrategias universales y focalizadas.** Si bien las familias en condición de pobreza necesitan más acciones, esto no significa que el resto de la población no necesite atención. El CCS implica entender que todas las niñas y niños son importantes y requieren atención, no sólo los pobres. El modelo CCS es un modelo para creación de una sociedad más sana, productiva y próspera, no es un modelo de compensación de desventajas. Se recomienda generar estrategias que segmenten a

la población asegurando atención universal, focalizada para grupos en riesgo (pobreza, adicciones, adolescentes, etc.) o especializada para población con necesidades especiales (discapacitados, enfermos, etc.)

9. **Ampliar los sistemas de información actual con indicadores sobre los elementos esenciales de este dominio**, de modo tal que tengamos datos oportunos y veraces que permitan asignar recursos a cada elemento esencial en base a criterios de coherencia (que entre todos se logren todas las acciones para todos los mexicanos), Una propuesta para fortalecer los sistema de información es elaborar un registro nominal que comience desde la primer visita de la mujer embarazada, y permita dar seguimiento a las atenciones que reciba cada niño y niñas desde este momento y hasta la entrada a la educación primaria.
10. **Diseñar mecanismos más efectivos para asegurar que los estados usan los recursos para los propósitos que les son asignados, y dar énfasis a su ejercicio en las atenciones clave para la primera infancia**. Algunas recomendaciones para lograrlo (emitidas por la Auditoria Superior de la Federación) son: [1] Precisar en la normativa del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) los conceptos susceptibles de apoyarse, ya que en la normativa específica (Ley de Coordinación Fiscal) sólo establece que los Estados y el Distrito Federal recibirán los recursos económicos que los apoyen para ejercer las atribuciones que les competan, en los términos de los artículos 3, 13 y 18, de la Ley General de Salud; sin embargo, no se establece específicamente el destino del gasto. [2] Establecer Reglas de Operación o Lineamientos específicos que regulen el ejercicio de los recursos del fondo, en los que se indiquen con precisión los fines en los que pueden aplicarse. En este caso habrá que mencionar de manera expresa las atenciones que corresponden a los elementos esenciales del Marco Conceptual del Cuidado Cariñoso y Sensible y la Ruta Integral de Atenciones. [3] Establecer controles adecuados que permitan asegurar que los recursos se destinen a los objetivos del fondo. Y [4] Establecer acciones que aseguren una oportuna rendición de cuentas del ejercicio de los recursos asignados al fondo y que la información cumpla con la congruencia requerida²⁹.

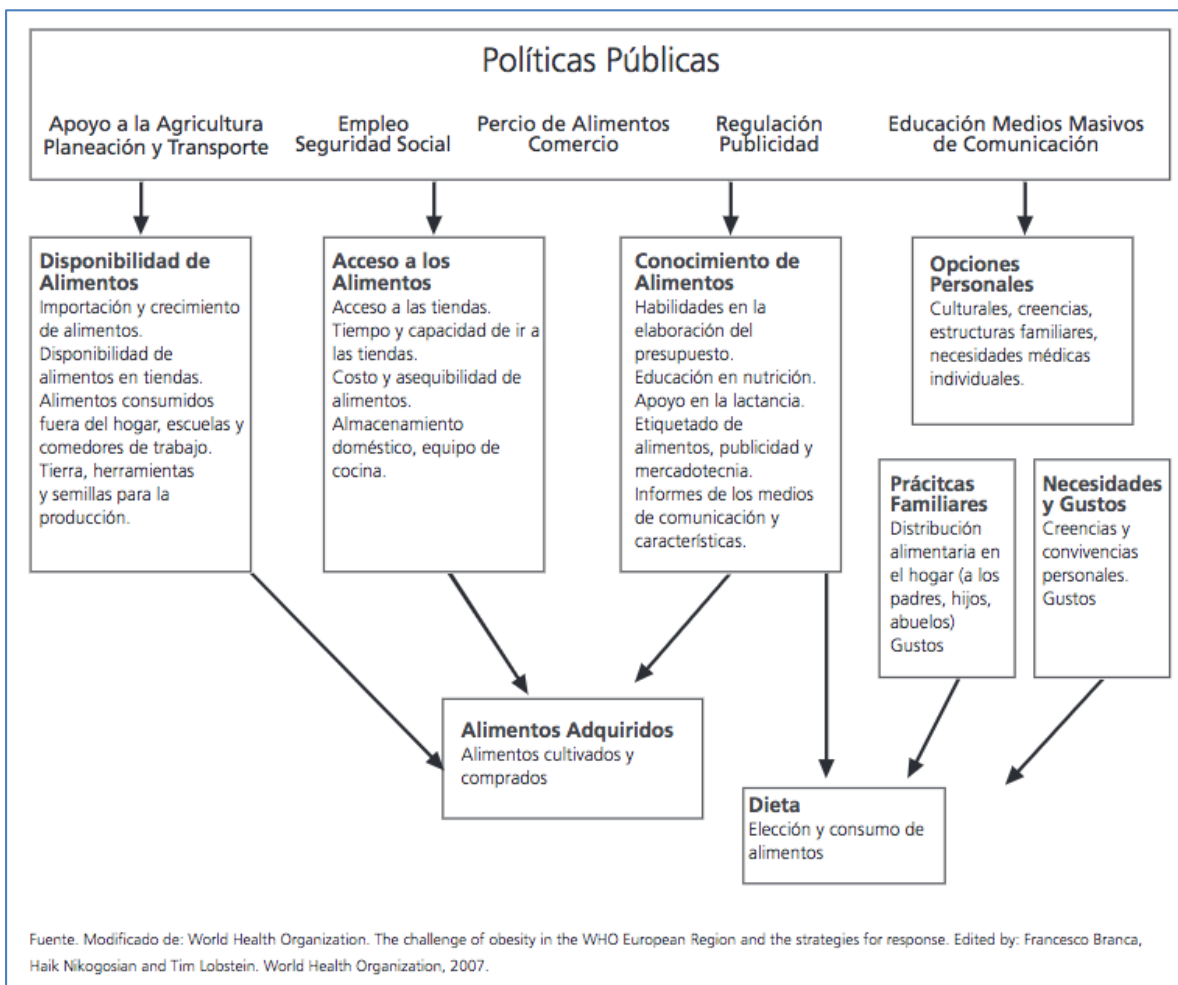
²⁹ https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2015i/Documentos/Auditorias/2015_MR-FASSA_a.pdf

Dominio Nutrición

La nutrición de la madre durante el embarazo afecta su salud y bienestar, así como la nutrición y el crecimiento del niño en desarrollo.⁴¹ Cuando las mujeres embarazadas no tienen suficientes micronutrientes, necesitan suplementos, incluido hierro. Los niños pequeños florecen con la lactancia materna exclusiva, desde inmediatamente después del nacimiento hasta los 6 meses de edad, junto con el contacto corporal piel con piel. (WHO, UNICEF, and World Bank Group 2018)

Para mejorar la nutrición materno infantil se necesita alinear varios factores, como la disponibilidad, acceso y conocimiento de los alimentos, las creencias y opciones personales, las prácticas familiares y las necesidades y gustos (ver ilustración 9).

Ilustración 20 Relación entre las políticas públicas, el consumo de alimentos y la dieta, OMS.



Se identificaron 2 tipos de instrumentos que usa el gobierno para incidir en la nutrición materna y la nutrición de los menores de 5 años.

1) Las estrategias y normativas que aplican para todos los establecimientos de salud, públicos o privados, son:

- Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal 2013-2018 (PAE SMyP)
- Programa de Acción Específico de Salud en la Infancia 2013-2018 (PAE SIA)
- Lineamientos Salud en la Infancia 2018
- Acuerdo Nacional por la Salud Alimentaria (ANSA)
- NOM-043-SSA2-2012
- NOM-007-SSA2-2016

Y 2) Acciones para población en pobreza y marginación:

- Prospera, con la ESIAN
- Liconsa
- Estrategia Integral De Asistencia Social Alimentaria (EIASA), que agrupa a varios programas del DIF
- Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre.

Durante la revisión de los elementos esenciales de este dominio, se irá haciendo referencia a cada uno de ellos. Es importante resaltar que aunque hay las muchas intervenciones específicas en temas de nutrición, no existe un instrumento o instancia que atienda de manera integral y que busque la coordinación de temas de nutrición para estos dos grupos (madres y menores de 5 años). Es decir, una instancia que tenga como objetivo coordinar las muchas intervenciones específicas y que esté valorando la *coherencia* entre todas las acciones. Es decir, que tenga la finalidad de determinar si existen traslapes entre ellos, si contribuyen explícitamente al objetivo de la política social y si, en conjunto, son suficientes para alcanzarlo.

1. Nutrición Materna

Importancia

Está ampliamente aceptado que la salud de las personas, está principalmente definida por la experiencia vivida en el útero materno. Es por ello que la nutrición materna es fundamental para el desarrollo infantil.

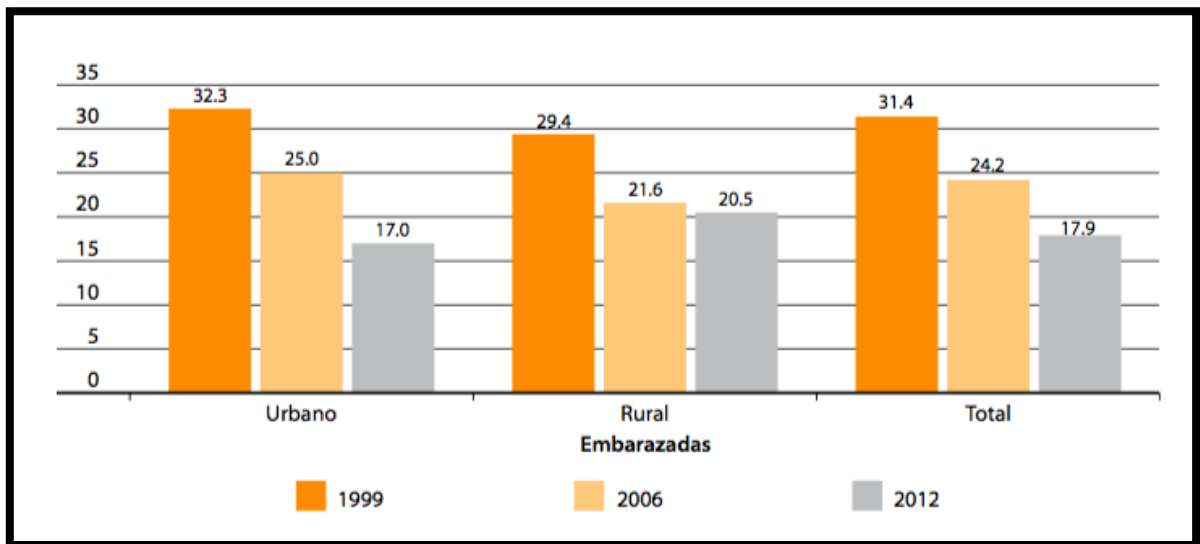
Diagnóstico

La prevalencia de anemia es uno de los problemas más graves en las mujeres embarazadas. “[...] la anemia representa la causa subyacente de mortalidad materna y perinatal además de aumentar el riesgo de partos prematuros y bajo peso al nacer” (Gutiérrez JP. et al. 2012)

En México, 17.9% de las embarazadas fueron clasificadas como anémicas por la Ensanut del 2012. (no se cuenta con dato más reciente). El informe continua diciendo “Al analizar la información por grupos de edad, en las mujeres embarazadas los grupos con mayor prevalencia de anemia fueron el de 12 a 19 años (19.6%) y el de 30 a 39 años (19.0%)”. (Gutiérrez JP. et al. 2012, 154).

Al desagregar la información por región geográfica, advertimos que en un periodo de trece años la prevalencia de anemia en mujeres embarazadas tuvo una disminución mayor en la región norte del país (24.7 puntos porcentuales). En contraste, las regiones centro, Ciudad de México y sur del país tuvieron una disminución en la prevalencia de anemia de alrededor de 10 puntos porcentuales. La distribución de las prevalencias de anemia, incluyendo a las mujeres embarazadas y no embarazadas y de acuerdo con la afiliación a los servicios de salud, deja ver que la mayor prevalencia de anemia se encuentra entre las afiliadas al Seguro Popular (13.0%). En contraste, la menor prevalencia de anemia se encuentra entre las mujeres afiliadas al ISSSTE (8.5%) datos de ENSANUT 2012.

Ilustración 21 Prevalencia nacional de anemia en mujeres embarazadas de 12 a 49 años por área (comparación con datos de la ENN 99, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012)



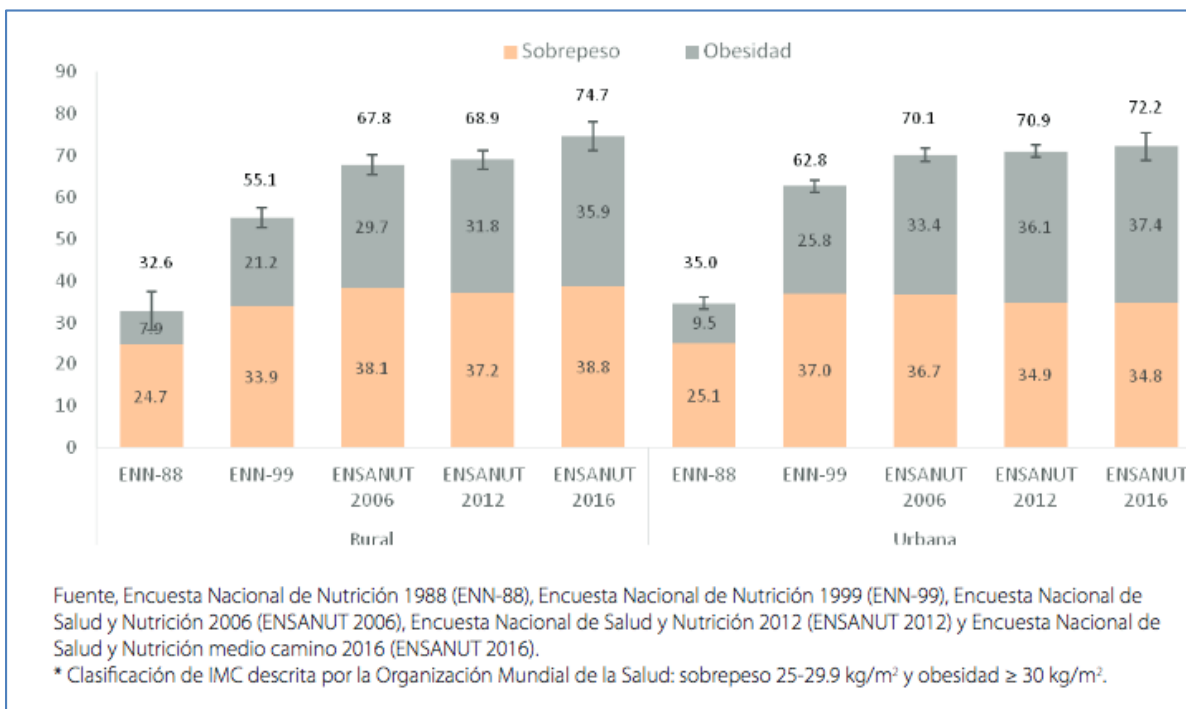
fuelle:(Gutiérrez JP. et al. 2012)

LA información sobre desnutrición crónica en embarazadas, ha dejado de aparecer en la ENSANUT, sólo se cuenta con el dato del 2006, que era del el 20%.

Entre los problemas de nutrición materna, encontramos también el sobrepeso y la obesidad. Si bien no se encontró información sobre obesidad y sobrepeso específicamente para mujeres embarazadas o madres de niñas y niños menores de 5 años, la ENSANUT del 2016 muestra que en localidades rurales, el 74.7% de las mujeres de 20 a 49 años tuvo sobrepeso y obesidad. Mientras que en localidades urbanas, la prevalencia fue del 72.2%. Además la misma ENSANUT analiza las tendencias entre 1988 y 2016, y muestra que la prevalencia de sobrepeso incrementó 42.4% para las mujeres de 20 a 49 años de edad. Y la prevalencia de obesidad aumentó en 290.5% en el mismo periodo (ver ilustración 13).

La obesidad durante el embarazo es un factor de riesgo para varios defectos del nacimiento, incluyendo defectos cardíacos, anomalías digestivas y malformaciones de genitales o extremidades, esto según un estudio del British Medical Journal (Hannah Devlin 2017). Las madres, sugiere el estudio, deberían preocuparse por tener un peso normal, antes de quedar embarazadas.

Ilustración 22 Tendencia de sobrepeso y obesidad en mujeres de 20 a 49 años según residencia 1988-2016



En suma, podemos observar que las mujeres embarazadas enfrentan problemas de sobrepeso, obesidad y también de anemia y desnutrición.

Oferta gubernamental

En el ámbito de la nutrición materna, la oferta gubernamental se centra principalmente en las estrategias del PAE SMYP, en programas de ayuda alimentaria focalizados para familias de escasos recursos, y además están las Normas Oficiales NOM007 y la NOM043 que indican cómo proveer la atención con respecto a nutrición durante las consultas prenatales.

Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal del 2013-2018 (PAE SMYP)

El órgano normativo responsable de la nutrición de las madres es el CNEGSR, a través de su PAE SMYP. Éste tiene una línea de acción específica para nutrición materna y fetal. Dentro de su objetivo 1, la estrategia 1.2. se refiere a “Promover la nutrición efectiva en forma temprana y específica, en las etapas pregestacional, prenatal y neonatal. Y dentro de ella la línea de acción: 1.2.1. Fomentar la alimentación de calidad con micronutrientes que favorezcan la salud materna y fetal.”

La forma de llevar a cabo esta línea de acción, está definida por la NOM-007-SSA2-2016 y por la NOM-043-SSA2-2012 durante las consultas de atención prenatal, en las distintas instituciones de salud (IMSS, ISSSTE, SESAs, Pemex, etc.)

NOM-043-SSA2-2012 Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria

Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios que deben seguirse para orientar a la población en materia de alimentación. La norma es de observancia obligatoria para las personas físicas o morales de los sectores pública, social y privado, que forman parte del Sistema Nacional de Salud, que ejercen actividades en materia de Orientación Alimentaria.

En las disposiciones específicas:

5.1 Se debe orientar a la población para planificar y distribuir la dieta familiar de acuerdo a la edad, estado de salud y nutrición de las personas que la integran, considerando los recursos económicos, disponibilidad de alimentos, costumbres y condiciones higiénicas. 5.2 Mujer embarazada 5.2.1 A toda mujer en edad reproductiva se le recomendará consumir ácido fólico en los tres meses previos al embarazo y hasta la semana doce de gestación. Asimismo, se indicará que se incrementan las necesidades de hierro, fósforo, vitamina D y calcio. 5.2.2 Se debe indicar que en el embarazo el aporte energético debe adaptarse a la edad, estado de salud y nutrición de la mujer embarazada (Apéndice informativo D), así como a la edad de gestación para lograr una ganancia de peso correcto. 5.2.3 El estado de nutrición de los y las recién nacidas está íntimamente ligado con el estado de nutrición de la madre, antes, durante y después del embarazo.

NOM-007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido

En la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, existe un apartado sobre criterios y procedimientos para la prestación del servicio y, en particular, en lo que se refiere a la prevención de la anemia (Apéndice Informativo E) y la promoción de las ventajas de la lactancia materna exclusiva (Apéndice Informativo F). En el apartado 5.3 Mujer en periodo de lactancia, el subapartado 5.3.1 menciona: “Se debe indicar que la práctica de la

lactancia incrementa las necesidades de energía y nutrimentos, especialmente de calcio y fósforo por arriba incluso de las necesidades de la mujer embarazada, por lo que podría ser necesario aumentar el consumo de alimentos y líquidos de acuerdo con su estado de salud, nutrición y actividad física”.

A continuación se revisa otro instrumento que busca específicamente crear ambientes que favorezcan la nutrición correcta, y por tanto reducir el sobrepeso y la obesidad. Aunque no es específico para embarazadas o madres, podría incidir de manera importante en su nutrición. Se trata del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (ANSA 2010).

Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (ANSA), 2010.

Este acuerdo cuenta con 10 objetivos prioritarios y cuatro acuerdos transversales. El documento busca reducir el sobrepeso y la obesidad desde un enfoque integral, incluyendo a todos los actores involucrados. El documento, validado por OSC y organismos internacionales, incluye acciones en distintos ámbitos que buscan lograr sinergias para reducir el problema del sobrepeso y la obesidad.

El objetivo del ANSA es preservar la salud a nivel poblacional a través de la promoción de estilos de vida saludables, campañas de educación, así como el monitoreo del comportamiento de las enfermedades no transmisibles y algunos de sus principales determinantes, además de acciones preventivas como la búsqueda activa de personas que presentan factores de riesgo.

Las acciones que se vinculan con la nutrición materna están mencionadas en el Eje estratégico 1.2. Promoción de la salud: “Promoción de la alimentación correcta a nivel individual y colectivo (familia, escuela, sitio de trabajo y comunidad). La ingesta calórica elevada puede ser consecuencia de una o varias de las siguientes características de la dieta: consumo frecuente de alimentos con alta densidad energética, consumo de alimentos altos en contenidos de grasas o de azúcares y bajos en fibra y en contenido de agua; consumo frecuente de bebidas con aporte calórico y consumo de porciones grandes. Acciones:

- *Incentivar la eliminación gradual del azúcar, sodio, y grasas saturadas en alimentos.*
- *Incentivar la lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria.*
- *Incrementar el consumo diario de verduras, frutas y leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo.*
- *Mejorar la capacidad de toma de decisiones informada de la población sobre una alimentación correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud.*
- *Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos y hacer accesibles la disposición de alimentos procesados que se lo permitan.*
- *Promover huertos escolares y familiares de traspatio (Horticultura urbana).*
- *Promover masivamente la alimentación correcta, actividad física y el consumo de agua simple potable.*

Los avances, sin embargo, han sido escasos, según una evaluación de El Poder del Consumidor. En su evaluación, la organización no gubernamental opina que no se ha avanzado, en parte porque las compañías productoras de alimentos industrializados verían afectados sus intereses económicos si avanzara el acuerdo. (El poder del consumidor 2015)

Otros programas asistenciales para familias en pobreza

Cerca de 11,741,700 hogares en todo el país (39.9%) informaron a través de la ENSANUT recibir beneficios de uno o más programas de desarrollo social o de salud con componentes de nutrición o alimentación o con transferencias monetarias (Gutiérrez JP. et al. 2012, 139). Falta determinar cuántos de éstos hogares incluyen familias con niñas y niños en primera infancia. A continuación se hace una revisión de los programas que tienen acciones a favor de la nutrición materna

PROSPERA

Para empezar, el programa más amplio en cobertura es el Programa PROSPERA. Éste cuenta con un componente de salud, que a su vez tiene tres estrategias principales. Una de ellas consiste en *“Promover la mejor nutrición de la población beneficiaria, en especial para prevenir y atender la mala nutrición (desnutrición y obesidad) de las niñas y los niños desde la etapa de gestación, a través de la vigilancia y el seguimiento del estado de nutrición, así como de la entrega de suplementos alimenticios a niñas y niños de entre 6 y 59 meses de edad, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, estas últimas hasta por un año, así como del control de los casos de desnutrición”*.

Para el seguimiento y control del estado nutricional de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia y, en especial de las niñas y los niños menores de cinco años, se realizan dos tipos de actividades:

- Consulta Médica. Efectuada por el equipo de salud y registradas en la Cartilla Nacional de Salud correspondiente. Durante las consultas se tomarán las medidas antropométricas, se dará seguimiento al crecimiento y desarrollo de los niños, se evaluará el estado y la evolución de la mujer embarazada o en periodo de lactancia, y se valorará su estado nutricional.
- Valoración y seguimiento del estado de nutrición. Adicionalmente a la consulta médica, se realizará y registrará la somatometría y la valoración del estado de nutrición de los menores de cinco años, de la mujer embarazada y de la mujer en periodo de lactancia, así como la determinación de los niveles de hemoglobina.” (ROP PROSPERA 2018).

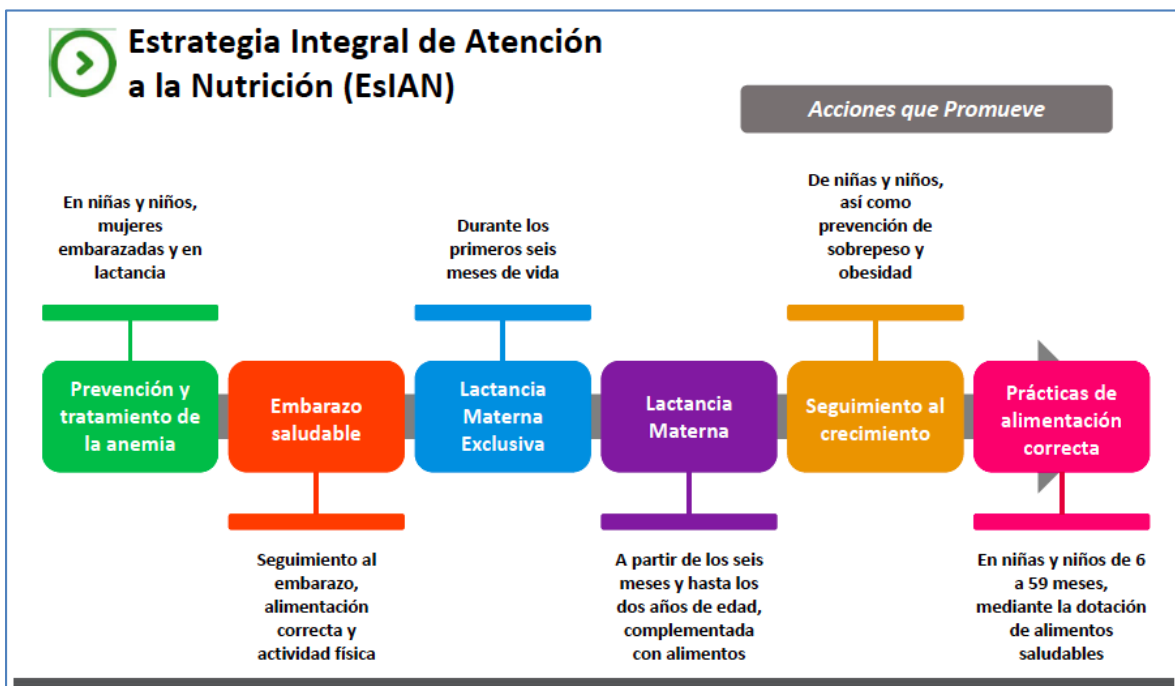
El programa PROSPERA, según datos oficiales redujo en 27% la prevalencia de anemia para mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, gracias a los suplementos alimenticios. Además de las estrategias de suplementación, el PROSPERA tiene una estrategia de talleres de autocuidado, diseñados para impulsar temas que permiten el desarrollo de habilidades para un Plan de Vida Saludable. Los Talleres generan y afirman una cultura de cuidado de la salud y el uso óptimo de los servicios. En una evaluación del programa elaborada por el INSP, encontraron que “las beneficiarias Asistentes a los Talleres, en comparación con las No Asistentes, tuvieron mayor puntaje en prácticas de

nutrición y salud. Llevaron a cabo más acciones en promedio para evitar sobrepeso y obesidad en niñas y niños. Mayor porcentaje de Asistentes reportaron salir a caminar entre 20 y 30 minutos, con respecto a las No Asistentes. Se identificó que un porcentaje mayor de Asistentes consumió verduras, frutas y leguminosas, a diferencia de las No Asistentes. Y también mayor porcentaje de Asistentes reportó realizar alguna actividad doméstica que implicara esfuerzo físico, en comparación con las No Asistentes” (Dirección de Componente de Salud Prospera 2018)

Estrategia Integral de Atención a la Nutrición (ESIAN).

La ESIAN es una estrategia del componente de Salud del Prospera que busca contribuir al mejoramiento del estado de nutrición y de salud de la población beneficiaria, a través de una alimentación correcta y de la promoción de la actividad física. Así mismo busca erradicar los problemas de desnutrición en su población objetivo, con enfoque específico en mujeres embarazadas y niñas y niños menores de 5 años (ver ilustración).

Se implementó un primer piloto en 2008 que fue evaluado por INSP 2012, luego se incorporaron las sugerencias de la evaluación, para implementarse a nivel nacional en 2014.



Fuente: PROSPERA, 2018.

La ESIAN tiene tres intervenciones 1. Nuevos Suplementos Alimenticios. 2. Equipamiento de las unidades de primer nivel y 3. Plan de Comunicación y Capacitación que a su vez cuenta con un componente de capacitación a todo el personal de salud y otro componente de comunicación interpersonal.

Se revisa aquí su capítulo para embarazo saludable, que consta de 5 acciones:

- 1- Cuidar la ganancia de peso de las mujeres embarazadas, ya que además de los riesgos para la salud de las madres, también puede perjudicar la salud del bebé, quien tiene mayor riesgo de padecer: Macrosomía o peso del recién nacido arriba de 4.0 kg. Trauma al nacer. Muerte neonatal. Mayor acumulación de masa grasa y sobrepeso u obesidad en etapas posteriores de la vida. Hipertensión y diabetes en la vida adulta (manual para promotores de la ESIAN 2014).
- 2- Prevención de la diabetes gestacional. Se explican riesgos para la mujer y para el bebé, los síntomas y las medidas de prevención.
- 3- Prevención de la anemia en las embarazadas. Se explican los riesgos para la mujer y el bebé, la forma de diagnosticarla que incluye factores de riesgo, examen físico y pruebas diagnósticas. Y finalmente la estrategias para prevenirla o corregirla.

- 4- Alimentación y actividad física durante el embarazo.
- 5- Promoción de la lactancia materna durante el embarazo. Este apartado se enfatizan los beneficios para el niño y la madre, inicio temprano e importancia del calostro, padrón de alimentación y prevención y corrección de problemas frecuentes.

Los últimos dos temas, se imparten mediante un Taller de Alimentación y actividad física y lactancia. En los contenidos del taller se observa gran énfasis en la alimentación de la mujer embarazada y menor en la parte de lactancia, donde se sugiere a los asistentes que para conocer más sobre la lactancia, *asistan al taller de Lactancia Materna que ofrece su unidad de salud* (manual para promotores ESIAN 2014).

No se ha tenido acceso a evaluaciones de impacto de la ESIAN, pero la evolución de las tasas de anemia en el embarazo permiten emitir conclusiones positivas sobre su impacto.

LICONSA

Este programa tiene como objetivo mejorar el acceso a la alimentación de las personas integrantes de los hogares beneficiarios mediante el acceso al consumo de leche fortificada, de calidad y bajo precio.³⁰ El programa centra sus esfuerzos en niñas, niños y mujeres embarazadas en situación de pobreza (ver recuadro 2). En lo referente a nutrición materna, un total de 24,594 mujeres embarazadas recibieron leche fortificada (tercer informe de gobierno).

El Instituto Nacional de Salud Pública realizó en 2004, 2006 y 2009 un análisis del impacto que tiene la leche fortificada que vende el Programa de Abasto Social de Leche a cargo de Liconsa, S.A. de C.V. (PASL) sobre el rendimiento escolar de sus beneficiarios, entre los hallazgos más relevantes destacan los siguientes: 1) se identificó una menor prevalencia de anemia, peso y talla baja de los beneficiarios entre 12 y 30 meses de edad respecto a los infantes que no consumían leche; y 2) la fortificación de la leche mostró su efectividad para el desarrollo mental y futuro desempeño de los niños, debido a que los efectos que tiene su consumo en la primera infancia favorecen la adquisición de habilidades y competencias durante los inicios de la etapa escolar. Si bien esta evaluación se realizó

³⁰ Documentos revisados: reglas de operación, evaluación del CONEVAL, consulta por internet de opiniones de los usuarios

hace más de seis años, los resultados mantienen vigencia debido a que el PASL ha mantenido su diseño y operación sin modificaciones significativas.

En contraste con lo anterior, hay estudios que cuestionan la idoneidad de la leche de vaca como alimento para los humanos. Por ejemplo, en el estudio China, “el Dr. Campbell dice que en múltiples estudios con animales, los investigadores descubrieron que en realidad podían activar y desactivar el crecimiento de las células cancerosas aumentando y disminuyendo las dosis de caseína, la proteína principal que se encuentra en la leche de vaca” (Thomas M. Campbell and Campbell 2004).

El programa es coherente en su planteamiento de problema y la solución. Tiene evaluaciones positivas de impacto al mejorar la nutrición de la población beneficiaria. Con respecto a la primera infancia y la salud materna, ambos son parte de la población objetivo prioritaria. Además existe un indicador que separa al grupo etario de menores de 5 años. Éstos representan el 13.36% del total del padrón.

EIASA

La EIASA, es una estrategia implementada por el DIF que busca coordinar los esfuerzos de 4 programas. El objetivo de la EIASA es contribuir al ejercicio pleno del derecho a una alimentación, nutritiva, suficiente y de calidad de los sujetos en condiciones de riesgo y vulnerabilidad, mediante la entrega de apoyos alimentarios diseñados con base en los Criterios de Calidad Nutricia y acompañados de acciones de orientación alimentaria, aseguramiento de la calidad alimentaria y producción de alimentos.

En este elemento esencial revisaremos solo uno de los 4 programas de la estrategia: el Programa de Asistencia Alimentaria a Sujetos Vulnerables, porque sólo este programa está vinculado con nutrición materna. El programa tiene como objetivo contribuir al acceso a alimentos inocuos y nutritivos de los sujetos en condiciones de riesgo y vulnerabilidad, mediante la entrega de apoyos alimentarios diseñados con base en los Criterios de Calidad Nutricia y acompañados de acciones de orientación alimentaria, aseguramiento de la calidad alimentaria y producción de alimentos. La población objetivo son grupos de riesgo, sujetos de asistencia social alimentaria, preferentemente

niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, mujeres en periodo de lactancia, personas con discapacidad, adultos mayores y personas vulnerables por ingresos.

En el caso de las mujeres embarazadas y en lactancia, el programa justifica su intervención diciendo *“Los requerimientos nutricios aumentan durante el embarazo y la lactancia. Específicamente la cantidad de kilocalorías, hierro, calcio, ácido fólico y vitamina A. Por ello es importante contar con alimentos fuente de estos nutrimentos”* (EIASA 2107).

El apoyo consiste en a) Dotación (se refiere a una despensa con alimentos crudos), de requerirse, puede ir acompañada de un complemento alimenticio. b) Desayuno o comida caliente

Por último, cabe mencionar que existe una estrategia adicional, que justamente surge del deseo de ordenar todas las acciones tanto federales como estatales y municipales relacionadas con la provisión de alimentos, es el Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre.

Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre

La Cruzada contra el Hambre es una estrategia de inclusión y bienestar social, que se implementa a partir de un proceso participativo de amplio alcance cuyo propósito es conjuntar esfuerzos y recursos de la Federación, las entidades federativas y los municipios, así como de los sectores público, social y privado y de organismos e instituciones internacionales, para el cumplimiento de varios objetivos; de los cuales sólo mencionaremos los vinculados con primera infancia: I. Cero hambre a partir de una alimentación y nutrición adecuada de las personas en pobreza multidimensional extrema y carencia de acceso a la alimentación; II. Eliminar la desnutrición infantil aguda y mejorar los indicadores de peso y talla de la niñez; V. Promover la participación comunitaria para la erradicación del hambre.

La Cruzada contra el Hambre está orientada a la población objetivo constituida por las personas que viven en condiciones de pobreza multidimensional extrema y que presentan carencia de acceso a la alimentación.

Brecha

El programa PROSPERA, redujo en 27% la prevalencia de anemia para mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, gracias a los suplementos alimenticios. También ha demostrado efectos positivos a través de sus talleres de autocuidado. Simultáneamente a la estrategia de suplementos para reducir la anemia, recomendada por la OMS, se podría impulsar con más determinación el consumo de alimentos ricos en vitaminas y minerales, naturales y frescos.

La revisión muestra que las acciones diseñadas están focalizados para las mujeres en condición de pobreza y vulnerabilidad y para las mujeres embarazadas que asisten a consultas preconcepcionales en establecimientos públicos y privados, aunque estos últimos son pobremente vigilados por COFEPRIS. Se deja fuera a las mujeres que aún no se embarazan y sus parejas.

La estrategia para mujeres embarazadas está definida en el PAE SMYP y las coberturas son elevadas en general. Como en otros indicadores, se pone especial atención a mujeres en pobreza, con bajo nivel escolar, y en zonas rurales. Es por ello que la ENSANUT se observa que presentan mayores tasas de anemia y malnutrición las mujeres en pobreza, con bajo nivel escolar, y en zonas rurales.

Después, para las mujeres embarazadas que van a consultas prenatales fuera del ámbito público, no existen medidas para asegurarse que las consultas privadas cumplen con la NOM043 o la NOM007. Falta que a través de la COFEPRIS se ejecuten acciones que aseguren el cumplimiento de la norma.

Si bien las estrategias adoptadas en los programas analizados se basan en capacitación, en ofrecer leche fortificada, en ofrecer otros complementos como ácido fólico o hierro, y en aumentar el ingreso de la población en pobreza, a través de transferencias condicionadas, aún queda mucho por hacer. El diagnóstico indica que a pesar de la oferta gubernamental, esta población sigue presentando los peores indicadores de salud y nutrición. Es necesario además cambiar el ambiente obesogénico en el que viven las mujeres que van a ser madres o que ya lo son, y éste es independiente del status socioeconómico de las mujeres.

Otro aspecto importante es la falta de coherencia entre las distintas acciones, entendida éstas como la coordinación necesaria para que entre todas lograre un objetivo común. Las

acciones de nutrición deberían estar integradas de manera que fueran coherentes y que tuvieran mayor alcance, idealmente una cobertura del 100% de la población y que tuvieran mayor coordinación. La revisión indica existe poca coordinación entre programas, particularmente entre las acciones que ejecuta PROSPERA y las acciones de asistencia alimentaria a cargo de los Sistemas DIF Estatales.

Por último, en relación a los indicadores, se encontró en la ENSANUT la medición de anemia en el embarazo, obesidad y sobrepeso. Aprovechar los datos que levanta la ENSANUT sobre la dieta de las familias para hacer diagnósticos más finos, por ejemplo, asegurarse que otros problemas como depresión posparto no sean agravados o causados por deficiencias en la dieta.

2. Iniciación temprana y exclusiva de la lactancia materna

Importancia

En el ámbito de la alimentación, existe un robusto cuerpo de evidencia que demuestra los beneficios de la lactancia materna sobre la salud, la nutrición, la prevención de enfermedades y el desarrollo infantil. Con base en esa evidencia, se recomienda iniciar la lactancia en la primera hora de vida, alimentar al bebé exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida, combinar la leche materna con alimentos sólidos, semisólidos y blandos a partir de los seis meses y continuar la lactancia hasta los 2 años o más.

Diagnóstico

Pese a estas recomendaciones, de acuerdo a la ENIM 2015 en México sólo el 51% de los bebés reciben leche materna durante la primera hora de vida. Cifra muy superior al 38.3% que se tenía en el 2012. Esta prevalencia es considerablemente más baja para los nacimientos ocurridos en el sector privado, alcanzando sólo el 32%.

En cuanto a la lactancia materna exclusiva a los 6 meses, el país incrementó notablemente sus prevalencias, pasando del 14.4% reportado por la ENSANUT 2012, al 31% identificado por la ENIM 2015. Aún así, está por debajo del promedio de la región de 38%

(identifying the gap to act, en prensa 2018). Las diferencias entre zonas de residencia son pequeñas (30.6 urbano, 31.4 rural), mostrando cifras más altas en hogares indígenas respecto de no indígenas (36.1, 30.1). Las madres más educadas (24.8%) de hogares más ricos son menos propensas a practicar la LME que sus pares con educación primaria (41.5%) de hogares con menores ingresos.

A nivel mundial, análisis recientes indican que las prácticas de lactancia subóptimas, entre ellas la lactancia no exclusiva, contribuyen al 11,6% de la mortalidad en los niños menores de 5 años. En 2011, esto supuso unas 804 000 muertes infantiles.

(http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/es/).

Por último, cabe mencionar que sólo en el IMSS se adquirieron 2.32 millones de fórmulas lácteas de inicio para las y los bebés en los primeros meses de vida en el 2016. Esta cifra a pesar de ser alta, es 37.5% inferior a los que se compraba en 2012, equivalente a 3.71 millones de unidades (Secretaría de Gobernación 2017).

Oferta Gubernamental

La promoción a la lactancia materna (LM) es un asunto que cada vez más instituciones tienen incorporado como importante para el desarrollo infantil y la salud de las madres. Las instituciones que oficialmente promueven la LM son todas las de sector salud, además la SEDESOL a través del programa de PROSPERA (componente salud, e IMSS PROSPERA) y los programas vinculados a la nutrición (Liconsa, PAL y los del SNDIF).

Los documentos oficiales que regulan y orientan las acciones a favor de la Lactancia son:

- Estrategia Nacional de Lactancia Materna
- NOM-007-SSA 2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
- PAE salud materna y perinatal.
- Comonente del Salud del PROSPERA, y su Estrategia Integral de Atención a la Nutrición (EsIAN).
- COFEPRIS

Actualmente se encuentra en revisión el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018, Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna.

Estrategia Nacional de Lactancia Materna

EL CNEGSR es el responsable de coordinar la Estrategia Nacional de Lactancia Materna (ENLM), la cual surge de la necesidad de integrar las diferentes acciones que se realizan en el país para proteger, promover y apoyar la práctica de la lactancia materna hasta los dos años de edad. Es resultado del trabajo interinstitucional e intersectorial, para incluir en los objetivos, actividades e indicadores, a todos los actores involucrados en la tarea de la promoción y protección de los derechos de las mujeres a amamantar y de las niñas y niños a recibir el mejor alimento: la leche humana.

El documento parte de un diagnóstico sobre la situación de la LM en México a partir de las cifras reportadas y además señala algunos de los factores que inciden en los bajos índices de Lactancia en México, a saber: la incorporación de las mujeres al mercado laboral, legislación dispersa en varios instrumentos, falta de información, y falta de incentivos para que los hospitales se interesen por convertirse en “hospital amigo del niño y de la niña”. La parte del diagnóstico no hace mención a las acciones que se estaban realizando en ese momento por parte del gobierno, únicamente se enfoca en mencionar las cifras y el diagnóstico de factores socioeconómicos.

La ENLM tiene cinco objetivos específicos;

1. Posicionar el tema en la agenda de las personas tomadoras 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 de la Cruzada Nacional contra el Hambre.

La estrategia no cuenta con presupuesto propio, los recursos con los que opera son del propio CNEGSR en su programa de salud reproductiva, así como de las instituciones y los servicios estatales de salud. En entrevista al CNEGSR se comentó: *“el tema de lactancia materna [enfrenta] algunos límites en la áreas operativas que tienen que ver con los recursos. Quisiéramos más pero no hay más. [...] Sin embargo como es un tema sensible, contamos con la buena voluntad del personal y algunas de las acciones se hacen con recursos propios de sus bolsillos [...] eso es bueno porque no se paran si no tienen recursos, pero no es tan bueno porque sigue siendo a costa del salario de los compañeros”* (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva 2018).

Sobre este mismo punto del presupuesto, el Acuerdo Nacional para la Seguridad Alimentaria (ANSA), 2010, también contiene un objetivo vinculado a la LM, a saber *“Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad”*. Sobre su cumplimiento la Secretaría de Salud contestó, en referencia a promover la lactancia materna que: *“Dicha campaña no se ha realizado aún por falta de recursos financieros para su financiamiento y aplicación”*. (El poder del consumidor 2015)

Para la coordinación la estrategia cuenta con el Comité Nacional del Programa de Acción "Arranque Parejo en la Vida" ³¹, o del Subcomité de Seguimiento de las Acciones de Arranque Parejo en la Vida. Es un comité que preside el secretario de salud, y donde se discuten las acciones para la salud materna y perinatal. El comité se reúne 2 veces al año, y el subcomité se reúne adicionalmente dos veces más.

La ENLM en su Eje transversal: Capacitación al personal de salud, estudiantes universitarios de áreas médicas y afines, así como a la población en general en el fomento de la lactancia materna, el CNEGSR cuenta con un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud que se encarga de capacitar al personal de salud de las

³¹ El comité se creó en agosto del 2001, con el objeto de contribuir a una cobertura universal y de calidad en la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como a una adecuada vigilancia de los niños desde su gestación hasta los dos años de vida, mediante un estrecho seguimiento y evaluación de las acciones que se instrumenten en el marco del citado programa, incluidas la promoción del fortalecimiento de la infraestructura humana y física, así como del abasto de los insumos respectivos. Si bien, el programa ya no existe, el comité sigue operando.

instituciones y servicios de salud estatales, formándolos como instructores, donde debe de contar con al menos 40 horas de capacitación en el tema, así como contar con experiencia que le permita dar solución a las complicaciones relacionadas con la lactancia.

Una vez que un profesional de la salud es capacitado como instructor es encargado de replicar en cascada la capacitación, así como de gestionar los cursos. La réplica de la capacitación se convierte en una actividad más de los profesionales de la salud.

Existe es un programa de capacitación que marca metas de capacitación para los estados, pero es bastante laxo en cuanto a los tiempos. Cada estado va solicitando sus capacitaciones y no existe ninguna sanción o consecuencia si se retrasan. En el 2016 la meta fue contar con 60 instructores por entidad federativa, algunas la alcanzaron y otras no. Esto tuvo como objetivo contribuir a lograr una de las metas de la Estrategia Nacional de Lactancia Materna, a saber: capacitar en LM al 80% del personal de atención médica y paramédica del Sistema Nacional de Salud”. Del 2012 a 2017 se logró capacitar en lactancia materna a 80,000 profesionales de la salud. (Secretaría de Salud, IMSS y APROLAM)

El monitoreo de la estrategia se ejecuta a través de seis indicadores señalados en la estrategia.

1. Porcentaje de niñas y niños que son alimentados exclusivamente con leche humana desde su nacimiento hasta los seis meses.
2. Proporción de Hospitales con atención obstétrica con la Nominación de “Amigo del Niño y de la Niña”. A mayo del 2018 se tenían 184 hospitales amigos, de aproximadamente 4,354 hospitales públicos y privados en México (Alejandra Padilla 2015) . Lo que corresponde a 4.22% de la oferta.
3. Proporción de unidades de primer nivel de atención con la Nominación de “Amiga del Niño y de la Niña”. La meta es lograr al menos 180 unidades de primer nivel de atención. Según información durante la entrevista se sabe que “por el momento no se ha nominado una sola unidad de primer nivel”. Esta meta la coordina el CNEGSR. Son varios requisitos, entre los cuales es visitar las localidades, y las condiciones sociales no han permitido hacer las revisiones. La mayoría de los estados ya están trabajando por lo menos una región. (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva 2018)

4. Porcentaje de personal capacitado en lactancia materna. La respuesta de la CNEGSR es que siguen capacitando. “Hay estados que están muy cerca de cumplir la meta, y otros van distantes, como Tlaxcala que ha tenido muchos cambios administrativos y no han logrado avanzar”. Se tiene el total de 80,000 capacitados, pero desconocemos el total que sería el denominador.
5. Porcentaje de personal de los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) capacitado en lactancia materna. Igual que el anterior. “es una meta que se trabaja de manera coordinada con el IMSS, ISSSTE y SEDESOL, se ha logrado ir modificando. En realidad es muy poco lo que aparece con respecto a LM dentro de los manuales que están relacionados con los CDI. Podríamos buscar la cifra del IMSS que nos pasó a finales del año, el ISSSTE aún no inicia una estrategia. Sedesol aún no nos ha dado ninguna cifra. (Ni los CENDIS, ni los de DIF los reconoce). (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva 2018)
6. Promover lactarios empresariales para proteger el derecho de las madres trabajadoras a amamantar. No se encontró datos sobre el Número de lactarios implementados.
7. Establecer una Red Nacional de Bancos de Leche Humana. Número de bancos de leche humana implementados. La meta es 60 Bancos y 250 lactarios hospitalarios. Funcionarios han indicado que es una meta difícil de cumplir. Hasta el momento existen 35 bancos de leche, funcionado 25.

Está programada en el diario Oficial de la Federación una evaluación de desempeño que aún no ha finalizado. Existen diversos estándares de calidad, como pueden ser el procesamiento de leche materna, las unidades de cuidados intensivos neonatales y son evaluados por la dirección general de Calidad y Educación en Salud.

El principal obstáculos para la implementación de la estrategia, es la carencia de recursos, según se ha comentado por parte del personal responsable. Otro de los principales obstáculos para mejorar la lactancia materna, es el incumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. La inadecuada comercialización de fórmula contribuye a la disminución de la lactancia materna exclusiva y continuada. Para proteger la LM, en 1981, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluyendo México como país miembro, aprobaron el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (CICSLM), desde

entonces, la AMS ha aprobado 14 resoluciones subsecuentes, que afirman y clarifican el Código.

En las conclusiones del Estudio para Estimar la Prevalencia de Violaciones al Código Internacional de los Sucedáneos de la Leche Materna en dos entidades federativas de Estados Unidos Mexicanos, elaborado por la propia Secretaria de Salud, se encontraron claros incumplimientos al CICSMLM. Se corroboró la presencia de distribución de muestras gratuitas, regalos y mercadotecnia (publicidad y promociones) en medios de comunicación y puntos de venta; así como el contacto de las empresas con las unidades de salud que atienden a la población infantil. Más del 90% de las etiquetas analizadas de fórmulas infantiles inducen a desistir de la lactancia materna y cerca de un 10% de los productos no declaran la superioridad de la lactancia materna. En el monitoreo de internet redes sociales y televisión, se concluye que existe presencia de publicidad de sucedáneos de la leche materna que viola lo establecido en el CICSMLM .

Al respecto del cumplimiento del Código en México, la iniciativa Índice País Amigo de la Lactancia Materna³² indica: que no se tienen medidas de regulación en puntos de venta y en los medios de comunicación (incluyendo redes sociales) Además de que no se cuenta con un sistema de vigilancia y monitoreo, ni de mecanismos claros y eficientes para denunciar incumplimientos.

A pesar de que algunos aspectos del código están incluidos en las normas en México, muy frecuentemente no se cumplen. Por ejemplo, el uso de imágenes, declaraciones nutrimentales y que no se incluya que la leche materna es superior. Por otro lado, muchas de las normas van dirigidas sólo a fórmulas para menores de 6 meses, cuando en la OMS se extiende productos para niños menores 2 años - 36 meses en la nueva estipulación De

³² Es una herramienta de autoevaluación multisectorial e indica los pasos a seguir para mejorar sus esfuerzos de lactancia materna basados en el Modelo de Engranajes de la Lactancia Materna (BFGM) que integra de manera muy comprehensiva todos los aspectos claves para proteger, promover y apoyar la lactancia materna. La métrica Becoming Breastfeeding Friendly (B BF) se construyó a partir de las siguientes tres importantes herramientas desarrolladas previamente para evaluar la protección, promoción y prácticas de apoyo a la lactancia materna: the World Alliance for Breastfeeding Action's (WABA) Global Participatory Action Research Project (GLOPAR), WHO's Infant and Young Child Feeding Tool, y la International Baby Food Action Network's (IBFAN) World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi) Toolkit.

acuerdo al estudio del cumplimiento del código (OPS/SSA/INSP) las violaciones más frecuentes al Código en México son:

- Unidades de salud: distribución de muestras de sucedáneos, comercialización sucedáneos - carteles, visitas a médicos por parte de representantes de compañías, obsequios, recomendación de personal de salud (médico) sobre uso de sucedáneos.
- Puntos de venta: promociones y comercialización de sucedáneos.
- Medios de comunicación (televisión, redes sociales e internet): presencia de sucedáneos de leche materna. (Un Kilo de Ayuda 2017)

En definitiva, la estrategia es un buen primer paso que debiera ser reforzado, primero con recursos, pero también con metas más ambiciosas, involucrando a más actores y subiendo el nivel de obligatoriedad en su cumplimiento, por ejemplo, haciéndola ley.

Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal 2013-2018 (antes arranque parejo en la vida)

El programa de acción específico de salud materna y perinatal del 2014 al 2018, (del que ya se escribió anteriormente en el dominio de Salud) tiene dentro de su objetivo número 1, la estrategia 1.2. se refiere a “Promover la nutrición efectiva en forma temprana y específica, en las etapas pregestacional, prenatal y neonatal. Las líneas de acción relativas a LM son:

- 1.2.2. Impulsar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y en caso de las mujeres con VIH brindar consejería sobre las alternativas para la alimentación infantil.
- 1.2.3. Fortalecer el manejo nutricional del prematuro extremo sustentado en evidencia científica actuales y buenas prácticas.

El PAE SMYP reconoce que antes del 2012, ya se llevaban a cabo varias acciones a favor de la LM, tales como: la iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña –con 24 unidades evaluadas, la Capacitación en Lactancia Materna (3 cursos de formación y actualización de evaluadores externos en el 2012) y la Implementación de Bancos de Leche Humana, para otorgar los beneficios de la leche materna a los niños enfermos y/o de riesgo.

Para avanzar en el cumplimiento de sus objetivos, el PAE SMPN propone consolidar la iniciativa de “Hospital Amigo del Niño y la Niña”, así como la instalación de los Bancos de Leche Humana en cada entidad federativa, además de la implementación de los lactarios en las dependencias públicas y privadas.

Lamentablemente no existe un indicador para esta línea de acción vinculada a LM en el Programa. Sus indicadores refieren a cobertura del tamiz, y porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer.

Sobre el financiamiento, el CNEGSR toma recursos para realizar las acciones de LM del programa presupuestario P020 Salud Materna, Sexual y Reproductiva, aunque los recursos son limitados y se usan para pago del personal. (El P020 se evaluó en el dominio salud, en cuidado prenatales).

En suma, si bien el PAE tiene identificada la LM como una acción que favorece la salud de la madre y el recién nacido, las líneas de acción que establece son muy generales. Además deja fuera la lactancia complementaria hasta los dos años o más. Adicionalmente, no se cuenta con indicadores para evaluar el avance en la línea de acción 1.2.2. Por último, las metas son muy poco ambiciosas. Se propone por ejemplo, “por lo menos un hospital amigo por cada entidad”, lo que da 32 hospitales, para un país donde hubo 2,293,708 nacimientos en 2016 (INEGI Estadísticas de natalidad, mortalidad y nupcialidad, abril 2018). Estas metas son absolutamente insuficientes. En suma, aunque se cumplieran los objetivos del PAE no se impactaría significativamente en los problemas que se busca atender.

NOM-007-SSA2-2016

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, en su apartado 5.8 habla de la “Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva” en los siguientes términos:

5.8.1 En todo establecimiento para la atención médica en el que se proporcione atención obstétrica, el personal de salud debe aplicar los criterios y procedimientos para favorecer la práctica de la lactancia materna exclusiva, así como el alojamiento conjunto, atendiendo a las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

5.8.2 Se debe promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de la persona recién nacida y promover continuarla de manera complementaria hasta el segundo año de vida.

5.8.3 Durante la lactancia, se debe vigilar estrechamente la prescripción y el uso de medicamentos administrados a la madre, conforme al Apéndice D Normativo, de esta Norma.

5.8.4 En los establecimientos para la atención médica no se permitirá promover fórmulas para lactantes o alimentos que sustituyan la leche materna.

5.8.5 La indicación de sucedáneos de leche materna o humana a menores de seis meses, únicamente se hará bajo prescripción médica y así se debe registrar en el expediente clínico.

5.8.6 Los establecimientos para la atención médica deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados. Se debe informar diariamente a las embarazadas y puérperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y de las implicaciones derivadas del uso del biberón y de los sucedáneos de la leche materna o humana.” (NOM 007-SSA2-2016).

Además en el apartado 5.6 sobre Atención del puerperio se indica

5.6.1.3 Inicio de la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida de la persona recién nacida, en mujeres y recién nacidas/os cuyas condiciones de salud lo permitan;

La NOM del 2016 deja muy en claro la importancia de la LM exclusiva y la sensibilización que debe de hacerse desde la consulta preconcepcional, durante el embarazo y el puerperio. Además en todos los momentos tiene acciones claramente establecidas para fomentarla. Sin embargo, se identificaron un par de frases que cambian ligeramente de la forma como están redactadas por la OMS. Se considera deben permanecer tal como lo sugiere la OMS, para evitar malas interpretaciones que pudieran afectar la lactancia. Primero, cuando se habla de la duración de la LM, la OMS señala “seis meses LM exclusiva y continuar durante dos años o más”. Mientras la redacción de la NOM en México, señala, “promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de la persona recién nacida y promover continuarla de manera complementaria hasta el segundo año de vida”. También la NOM-043 lo deja hasta los 2 años de vida, omitiendo la frase: “o más”. Se considera que la redacción de la NOM, se puede interpretar como que se debe terminar la LM en el segundo año de vida,

(o que son máximo dos años de LM) y puede incluso interpretarse como inicio o final del segundo año de vida. En este sentido, la recomendación es dejar el texto tal cual lo recomienda la OMS: “hasta los dos años o más”.

Segundo aspecto a cuidar en términos de redacción, la OMS indica iniciar la LM en la primera hora de vida, mientras en la NOM establece dentro de los primeros 30 minutos. Acortar el plazo, puede presionar algunas madres y someterlas a estrés porque si no toma en el plazo de la NOM, no se aclara qué pasa, si de ahí se desprende que la fórmula es necesaria.

Componente de Salud de Prospera y la ESIAN

El Prospera es un programa para población en pobreza y en pobreza extrema. Se detectaron acciones a través del Componente de Salud del Prospera, para 268,290 mujeres embarazadas y en lactancia a diciembre del 2017 (entrevista Componente de Salud Prospera, marzo 2018). El componente cuenta con tres estrategias:

1. Proporcionar de manera gratuita el Paquete Básico Garantizado de Salud y la migración progresiva a las 27 intervenciones de salud pública del CAUSES.
2. Promover la mejor nutrición de la población beneficiaria, en especial para prevenir y atender la mala nutrición (desnutrición y obesidad) desde la etapa de gestación.
3. Fomentar y mejorar el autocuidado de la salud de las familias beneficiarias y de la comunidad, mediante la comunicación educativa en salud.

El programa otorga transferencias monetarias a los beneficiarios a cambio del cumplimiento de las corresponsabilidades. El cumplimiento de las corresponsabilidades es esencial para el logro de los objetivos de PROSPERA y requisito indispensable para que las familias reciban sus apoyos monetarios. Las corresponsabilidades son:

1. Registrarse oportunamente en la unidad de salud.
2. Todos los integrantes de la familia beneficiaria deben asistir a sus citas programadas, incluyendo los adultos mayores.
3. Participar en los Talleres para el Autocuidado de la Salud, de acuerdo al modelo rural o urbano del Componente de Salud que recibe la familia.

En específico sobre LM, el programa enfatiza la importancia de la lactancia materna en sus sesiones fomento y mejoramiento del autocuidado de la salud de las familias beneficiarias y

de la comunidad. Para lograrlo “realiza acciones de comunicación educativa en salud, priorizando la educación alimentaria nutricional, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el apego a los tratamientos de pacientes crónicos”.

En resumen, el programa Prospera contribuye a aumentar la tasa de LM en el país. La estrategia consiste en dar 6 Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud, al año, que tratan temas diversos, entre ellos LM. Sin embargo, no se puede comprobar si dichos talleres han tenido impacto en la LM porque no existen evaluaciones de impacto que lo demuestren.

La ESIAN, (comentada en el dominio de nutrición materna) tiene también como objetivo uno de sus objetivos promover las prácticas de lactancia materna según las recomendaciones de la OMS.

Si bien la ESIAN es la estrategia de SEDESOL, el SNDIF tiene también su estrategia de nutrición:

Programa de Acción Específico COFEPRIS ³³2013-2018

Conforme a la Ley General de Salud, la Secretaría de Salud ejercerá las atribuciones de regulación, control y fomento sanitario, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios en lo relativo a (Art. 17 bis): el control y vigilancia de los establecimientos de salud, la prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre, etc.

El organismo encargado del control y vigilancia de los establecimientos de salud, del control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios, entre otras funciones es la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).

³³ La COFEPRIS es un órgano desconcentrado con autonomía administrativa, técnica y operativa (Artículo 17 bis 1 de la Ley General de Salud) y al frente de ésta se encuentra un Comisionado Federal designado por el Presidente de la República, a propuesta del Secretario de Salud; siendo la Secretaría de Salud quien supervisa a la COFEPRIS (Artículo 17 bis 2).
(<http://www.cofepris.gob.mx/cofepris/Paginas/AtribucionesFuncionesYCaracteristicas.aspx>)

Las evaluaciones sobre el desempeño de COFEPRIS en la iniciativa de Índice País Amigo de la LM, muestra que “Como responsable de seguimiento al cumplimiento del Código (CICSLM), en términos de regulación sanitaria, la COFEPRIS, señala que si existe un sistema de monitoreo:

- Que el monitoreo se hace constantemente a nivel nacional a través de visitas de verificación.
- Los incumplimientos a la normatividad, así como las sanciones se publican en la página de la COFEPRIS (se hizo una búsqueda rápida de dicha información, pero no se identifica fácilmente en la página).
- Las denuncias de incumplimientos a la normatividad vigente se pueden realizar a través de la página web, teléfono o correo electrónico.
- El reto más grande para llevar a cabo el monitoreo es la capacidad de abarcar todos los establecimientos regulados por la COFEPRIS.

Estudio de OPS/SSA/INSP muestra que existen violaciones al Código, tanto publicidad, promoción y presencia en las unidades de salud. Dicho estudio podría servir como base para monitoreo, se tienen los tres indicadores de proceso (publicidad y promociones de venta de sucedáneos, suministros gratuitos o de bajo costo de sucedáneos y regalos para trabajadores, etiquetado de los productos), sin embargo, es representativo solamente de dos Estados de la república y sólo incluye municipios urbanos (no pueden ser desagregados a nivel estatal ni local)- por lo que no se tiene información a nivel nacional, estatal y municipal. Los resultados serán públicos próximamente”. (Un Kilo de Ayuda 2017)

Otras evaluaciones sobre el tema desde la sociedad civil, fueron realizadas por la organización *El Poder Del Consumidor*, quien preguntó a la COFEPRIS sobre la meta del ANSA “Visitas de verificación sanitaria a hospitales públicos en coadyuvancia con las entidades federativas, 50% de hospitales públicos verificados. ¿A cuántos hospitales se les hizo la visita de verificación para prohibir la promoción de sucedáneos de la leche?. La respuesta fue: “En 2010 y 2011 se han reportado 470 visitas, con la finalidad de constatar la existencia de sucedáneos de la leche [sólo establecen visitas, sin especificar cuántas se

realizaron en cada hospital. Habría que proporcionar el número total de hospitales para poder establecer un porcentaje]. En México, de acuerdo a datos del 2004 de la Secretaría de Salud, existen 1047 hospitales públicos con servicio de parto.

Brecha

Se puede afirmar que ha habido avances con respecto a LM, sobre todo al compararlo con la situación que se tenía hace 5 o más años. Prueba de ello, es la modificación de la NOM-007, la creación de la estrategia Nacional de Lactancia Materna, y la inclusión del tema en los programas de nutrición destinados a familias en situación de pobreza. Éstos avances sin duda han contribuido a mejorar la tasa nacional de lactancia exclusiva durante los primeros seis meses, que pasó de 14.4% en el 2012 según datos de ENSANUT, a 31% en 2015, según la ENIM. Sin embargo, aún son escasos al contrastarlos con la dimensión del problema, y sus efectos en la población.

Lo que la revisión muestra, es que faltan recursos para que la ENLM tenga mayor impacto. Que se puedan poner metas más ambiciosas que atiendan a la totalidad de la población. El principio de universalidad de los derechos obliga al estado mexicano a asegurar que todos los recién nacidos y todas las niñas y niños (salvo los casos especiales que son detallados en la NOM) sean amamantados por sus madres seis meses de manera exclusiva y después por 2 años o más con alimentación complementaria. Para ello las acciones de la ENLM son insuficientes. Se necesita generar entornos propicios para la LM, por ejemplo, condiciones laborales favorables para todas las madres, no sólo para quienes trabajan en el sector formal.

En la parte de capacitación, se cuenta con las cifras finales de personal capacitado, pero se carece de información sobre la calidad, forma y duración de las capacitaciones. El tema de la LM es complejo y amplio. Es necesario revisar si una capacitación de 40 horas es suficiente para que una persona se convierta en asesora de lactancia experta. Es necesario disponer de personal que conozca a fondo la LM, para que evitar dar consejos contrarios al interés de bebé amamantado.

El cumplimiento del Código CICSMLM, es un factor importante que afecta negativamente la decisión de las madres de amamantar de la mejor manera, y en México la responsable de

hacerlo cumplir no cuenta con los recursos económicos ni humanos para llevar a cabo tan importante función. El cumplimiento del Código CICSIM y un acompañamiento adecuado para las madres, son condiciones necesarias para que las madres logren amamantar.

Hasta ahora los Hospitales Amigos del niño, son pocos para el total del país. Los servicios de maternidad en los hospitales durante las primeras horas del vida juegan un rol importante para contener, guiar y apoyar a las mamás para que puedan vincularse a través del contacto piel con piel y de una lactancia óptima. También para evitar ofrecer agua o sucedáneos a los bebés recién nacidos. Los 10 principios de los hospitales están basados en evidencia y deben implementarse en todos los casos.

El tema de la LM se ha evaluado ya de manera muy detallada en el informe del Becoming Breastfeeding Friendly, Índice País Amigo de la Lactancia Materna: Caso México 2016 (Un Kilo de Ayuda 2017). Las conclusiones indican que en México el ambiente que debería favorecer la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna es aún débil. Se llegó a esta conclusión después de la revisión de 54 indicadores agrupados en 8 temas que permiten evaluar prácticamente todos los factores que pueden incidir en que el tema sea relevante.

Desde el ámbito de la sociedad civil, la organización el poder del consumidor afirma que “el gobierno ha abandonado la promoción de la lactancia materna. Sólo PEMEX y STPS refieren haber dado algo de orientación a sus mujeres trabajadoras pero no a la población en general. Los avances en lactarios y hospitales amigos son minúsculos al compararlos con el total del país. No existen campañas a nivel nacional, de forma masiva y contundente que promuevan la lactancia materna” (El poder del consumidor 2015).

La recomendación es *“La comercialización inapropiada de los productos alimenticios es un factor importante que afecta negativamente la decisión de las madres de amamantar de la mejor manera. El Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna, y la guía que lo acompaña brinda orientación para finalizar la promoción inapropiada de alimentos para bebés y niños pequeños. Estas son herramientas importantes para crear un entorno que permita a las madres hacer la mejor elección de alimentación posible, basada en información imparcial y libre de influencias comerciales. Y ayuda a las madres a ser totalmente compatibles cuando hacen esa elección.*

Los servicios de maternidad desempeñan un papel importante, ya que ayudan a las madres a vincularse con sus hijos mediante el contacto corporal y las prácticas óptimas de amamantamiento. Los servicios apoyan a la madre colocando a su bebé en el pecho inmediatamente después del nacimiento, sin proporcionar agua y sin permitir que se distribuyan las muestras de fórmula. Los diez pasos de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) describen las condiciones esenciales para proteger, promover y apoyar la lactancia materna. Y la Iniciativa comunidad amigable para los bebés amplía este apoyo para la lactancia materna más allá de las instalaciones de salud”(WHO, UNICEF, and World Bank Group 2018).

3. Alimentación complementaria y transición a la dieta familiar saludable

Importancia

A partir de los 6 meses, los niños pequeños necesitan alimentos complementarios que sean frecuentes y lo suficientemente diversos, y que contengan los micronutrientes que necesitan para el rápido crecimiento de su cuerpo y cerebro. Esto se suma a la leche materna y debe ofrecerse de una manera que sea acorde a la interacción social y emocional que se necesita para alimentar a un niño pequeño. (WHO, UNICEF, and World Bank Group 2018)

Diagnóstico

Al concluir el periodo de lactancia exclusiva, es indispensable que los niños/as reciban una dieta mínima aceptable, es decir, que sean alimentados con la frecuencia y diversidad necesaria para satisfacer sus necesidades nutrimentales. De acuerdo a la ENIM 2015, en México, el 47% de los bebés de 6 a 23 meses no recibió una dieta mínima aceptable. Esta prevalencia es más alta en las regiones Sur y Centro (46 y 47% respectivamente), entre los hijos/as de madres con educación primaria (49%) o sin educación (29%), y en los bebés en hogares indígenas (37%).

Tabla 19 Porcentaje de niños/as menores de 23 meses que recibieron una alimentación mínima aceptable

Porcentaje de niños/as de 0-23 meses de edad con una lactancia apropiada durante el día previo, México, 2015			
	Niños/as de 0-5 meses	Niños/as de 6-23 meses	Niños/as de 0-23 mese

	Porcentaje con lactancia exclusivamente ¹	Número de niños/as	Porcentaje con lactancia actualmente y que recibe alimentos sólidos, semisólidos o blandos	Número de niños/as	Porcentaje adecuadamente amamantados ²	Número de niños/as
Total	30.8	646	41.3	2,205	39.0	2,852
Sexo						
Masculino	31.3	303	42.0	1,058	39.6	1,361
Femenino	30.4	343	40.7	1,148	38.3	1,491
Región						
Noroeste	23.2	114	30.9	431	29.3	545
Noreste	17.3	180	34.6	506	30.0	686
Centro	53.0	101	51.6	354	51.9	456
CDMX-Edo	35.4	113	36.3	434	36.1	547
México Sur	34.7	138	54.9	480	50.4	618
Zona de residencia						
Urbana	30.6	478	37.6	1,631	36.0	2,109
Rural	31.4	169	52.1	574	47.4	743
Educación de la madre^A						
Ninguna	(*)	18	55.9	36	44.3	54
Primaria	41.5	133	48.2	366	46.4	499
Secundaria	30.4	263	42.7	902	39.9	1,164
Media Superior	26.2	176	37.6	605	35.0	781
Superior	24.8	57	34.6	295	33.1	352
Quintil de índice de riqueza						
Más pobre	33.7	140	58.9	564	53.9	704
Segundo	32.0	221	41.5	579	38.9	800
Medio	33.9	150	38.0	441	37.0	590
Cuarto	24.1	82	28.1	371	27.4	453
Más rico	(19.5)	53	26.9	251	25.6	304
Etnia del jefe del hogar						
Hogar indígena	36.1	52	60.2	198	55.2	250
Hogar no indígena	30.3	594	39.5	2,008	37.4	2,602

1. MICS indicador 2.7 - Lactancia exclusiva antes de los 6 meses

2. MICS indicador 2.12 - Lactancia materna apropiada para la edad

A. 2 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro (Niños/as de 6 a 23 meses)

() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados

(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados

Sobre los patrones de alimentación en este rango de edad, vale la pena destacar que la ENIM 2015 identificó que la mitad de los niños/as menores a 24 meses habían consumido bebidas azucaradas en el día anterior a la encuesta. En el caso de niños menores de 6 meses, la prevalencia es de 7%, y de 81% en el caso de niños y niñas entre 18 y 23 meses. La probabilidad de consumir bebidas azucaradas en edades tempranas es mayor para los

hogares urbanos, hijos de madres con educación superior, en los hogares de mayor riqueza y hogares no indígenas. (ENIM 2015, 50).

El porcentaje de niños de 6 a 23 meses con diversidad alimentaria mínima³⁴ que estaba lactando el día previo a la encuesta fue 66.9%. Esta prevalencia es más baja, es decir, menor porcentaje de niñas y niños con diversidad alimentaria mínima, en los hogares indígenas, en la región sur, en zonas de residencia rurales, y entre madres con menor nivel educativo.

Con respecto a la frecuencia mínima de comidas, el 63.2% de las niñas/os de 6 a 23 meses recibieron la frecuencia mínima de comidas entre niños/as actualmente en lactancia, entendida ésta como, aquellos niños/as que también reciben alimentos sólidos, semisólidos o suaves, o alimentos suaves 2 veces o más al día para niños de 6-8 meses y 3 veces o más al día para niños de 9-23 meses. Para niños/as no lactantes de 6-23 meses es definida como recibir alimentos sólidos, semisólidos o suaves, o al menos 4 tomas de leche. Los porcentajes más bajos se encuentran entre los niños/as que viven en la zona metropolitana de la CDMX y en la zona centro, también hogares indígenas y rurales. Y niños/as cuyas madres tienen bajo nivel de educación. A diferencia de otros indicadores, el pertenecer a un hogar en rico o pobre no se correlaciona con este indicador.

Por último, sólo el 46.4% de los niños/as de 6-23 meses recibieron una Dieta mínima aceptable para niños/as lactantes de 6-23 meses, la cual es definida como recibir la diversidad alimentaria mínima y la frecuencia mínima de comida. (ver tabla 9) (INSP 2015).

Tabla 20 Porcentaje de niños/as de 6-23 meses que recibieron apropiadamente líquidos y sólidos, o alimentos blandos el número mínimo de veces o más durante el día previo, por estado de lactancia

	Lactando actualmente		
	Porcentaje de niños/as que recibieron:		
	Diversidad alimentaria mínima ^a	Frecuencia mínima de comidas ^b	Dieta mínima aceptable ^{b, c}
Total	66.9	63.2	46.4
Sexo			

³⁴ Diversidad alimentaria mínima es definida como recibir alimentos de al menos 4 de 7 grupos alimenticios: 1) Granos, raíces y tubérculos, 2) Legumbres y frutos secos, 3) Productos lácteos (leche, yogurt, queso), 4) Carnes (carne, pescado, aves y carnes de hígado/órganos), 5) Huevos, 6) Frutas y vegetales ricos en vitamina-A, y 7) Otras frutas y vegetales.

Masculino	63.2	62.2	43.3
Femenino	70.5	64.2	49.4
Edad			
0-5 meses	na	na	na
6-8 meses	31.8	68.6	27.6
9-11 meses	67.8	59.6	46.1
12-17 meses	79.5	60.7	53.2
18-23 meses	86.1	64.7	57.3
Zona de residencia			
Urbana	69.3	64.7	48.1
Rural	61.9	60.3	42.9
Educación de la madre^A			
Ninguna	(70.0)	(45.9)	(29.8)
Primaria	59.1	58.9	41.7
Secundaria	68.4	63.2	45.9
Media Superior	64.2	62.9	44.6
Superior	80.7	75.1	63.7
Quintil de índice de riqueza			
Más pobre	63.0	57.4	38.9
Segundo	71.0	63.0	49.3
Medio	79.1	76.1	63.3
Cuarto	52.7	66.2	40.8
Más rico	66.1	56.5	41.6
Etnia del jefe del hogar			
Hogar indígena	57.4	53.5	35.2
Hogar no indígena	68.3	64.7	48.1

Con respecto a los niños/as que no están siendo amamantados, el porcentaje de niñas/as que reciben diversidad alimentaria mínima fue del 82.1%, el 94.1% recibe una frecuencia mínima de comidas y el 59% una dieta aceptable (INSP 2015).

Oferta gubernamental

Si bien no existe una acción gubernamental que se concentre de manera exclusiva en este elemento esencial, si existen acciones que lo atienden de manera colateral con otras acciones. Dichas acciones se han comentado o se comentarán en otros elementos esenciales. Por ejemplo, los programas existentes para el elemento esencial “manejo de todas las formas de desnutrición” podrían estar incidiendo en la alimentación de las niñas

y niños a partir de los 6 meses. Además las acciones de la ENLM estarían orientadas a fomentar la continuación de la LM más allá de los 6 primeros meses.

En cuanto a los indicadores se encontraron los siguientes. Desde el CeNSIA, el componente de nutrición, tiene el indicador 8: porcentaje de niñas y niños de 6 a 24 meses en LM complementaria. Este mismo indicador lo toma la ENLM. También la misma ENLM tiene dos indicadores sobre el porcentaje de latas de fórmula de inicio y de continuación adquiridas en un año por cada institución. Aunque no se cuenta con fuente. Además los indicadores que se han usado desde hace décadas, son peso y talla. Se consideran un proxy de nutrición, porque no permite conocer con precisión la cantidad y calidad de alimentos que ingieren las niñas y niños, y no permite adelantarse a que el niño vaya retrasado en peso y talla, o identificar faltas de nutrientes específicos.

El gran avance de los últimos años, son los nuevos indicadores que recientemente recabó la ENIM (mostrados en el apartado de diagnóstico) ya que permiten conocer otros aspectos y más detalles de la alimentación complementaria.

Brecha

Es preocupante que casi la mitad de las niñas/os que no reciban una dieta mínima aceptable, la brecha entre la situación actual y la oferta gubernamental es enorme. Sin duda es necesario reforzar las acciones desde el gobierno para incrementar el ingreso de las familias, el tiempo disponible para preparar alimentos, el acceso a alimentos de buena calidad y tener programas, acciones, o estrategia específicas para aumentar la ingesta de nutrientes entre los niños más pequeños universalmente (no sólo los más pobres). El indicador de peso y talla permite identificar muchos casos, pero también hay niñas/os que estando en peso y talla presentan falta de nutrimentos.

Faltan acciones precisas para apoyar la alimentación complementaria y la transición a la dieta familiar saludable. Reconocer que existe un entorno obesogénico en el cual están creciendo los niños/as, es un primer paso para acercar alimentos saludables y variados. Identificar factores socioculturales del entorno en el que las familias realizan estas transiciones. Las acciones que impactan en este elemento esencial, son difíciles de encontrar y evaluar, y no están enmarcadas teniendo como prioridad la lactancia materna.

Son acciones generales dentro de otras acciones de nutrición. Subsumen a la primera infancia.

Desde la ENLM tampoco se hace ningún énfasis en la importancia de la alimentación complementaria durante esta etapa para el desarrollo de niñas y niños, y sobre cómo el entorno dificulta aún más la elección de opciones sanas para alimentar a los bebés menores de 24 meses.

La recomendación basada en evidencia emitida por la OMS es incrementar las intervenciones dirigidas a lactantes y niños pequeños (6-23 meses) como son: lactancia continua, alimentación complementaria, uso de polvos de micronutrientes múltiples para el enriquecimiento en el hogar de alimentos consumidos por lactantes y niños pequeños 6-23 meses, complementos de vitamina A para niños menores de cinco años, suplementos diarios de hierro para niños de 6 a 23 meses, complementos de zinc para el tratamiento de la diarrea, alcanzar la nutrición yodada óptima en niños pequeños, manejo de niños con desnutrición aguda severa, manejo de niños con desnutrición aguda moderada, cuidado nutricional y apoyo de niños infectados con VIH de 6 meses a 14 años. (World Health Organization 2013)

4. Micronutrientes según sea necesario

Importancia

Cuando la dieta diaria de un infante falla, es necesario complementar con nutrientes para evitar que presente desnutrición en cualquier forma. Como se mencionó anteriormente, la desnutrición tiene efectos en el desempeño de la persona durante toda la vida.

Diagnóstico

Las deficiencias de micronutrientes son más prevalentes entre la población que vive en pobreza, pero afectan a toda la población, y pueden tener efectos sobre el desarrollo infantil. La deficiencia de hierro es una deficiencia de micronutrientes que conlleva a padecer anemia. De acuerdo con la ENSANUT 2012, “[1]a anemia es un problema de salud pública que afecta a todos los niveles socioeconómicos, tiene consecuencias importantes sobre el desarrollo cognitivo y físico de los niños y en el desempeño físico y la

productividad laboral de los adultos. Se puede presentar en todas las etapas de la vida, sin embargo es más frecuente en las mujeres embarazadas y en los niños menores de dos años”

De acuerdo con dicha encuesta, la prevalencia nacional de anemia en los niños preescolares fue de 23.3%. La prevalencia del área rural (25.2%) no fue estadísticamente diferente de la de los niños del área urbana (22.6%)

La elevada prevalencia de anemia es uno de los principales problemas nutricionales en la primera infancia en México, ya que afecta a 23.3% del grupo de 1 a 4 años de edad, es decir, a más de dos millones de niñas y niños. La anemia en menores de cinco años también es más frecuente en las áreas rurales, ya que ahí aqueja a 25.2%, frente a 22.6% en las áreas urbanas. Así mismo, se observaron diferencias entre grupos etarios. Son los niños/as entre 12 y 23 meses quienes presentan este problema en mayor magnitud (38%). De acuerdo con la ENSANUT 2012, la causa más frecuente de anemia en México es la dieta deficiente en hierro o la dieta deficiente que además se combina con productos con un alto contenido de fitatos.

Oferta gubernamental

Se encontraron acciones para suplementar hierro, vitamina A (la responsabilidad es de CONAVA).

La responsabilidad de contar con una línea de acción o estrategia específica para micronutrientes estaría en el CENSIA. Dado que en sus lineamientos no está mencionado, se puede afirmar que no existe a nivel nacional una estrategia para asegurar este elemento esencial.

Con respecto a los micronutrientes que necesitan las madres, en la NOM-043, se mencionan ácido fólico, hierro, fósforo, vitamina D y calcio.

El prospera también maneja un programa de suplementación o micronutriente. Los resultados presentados por este programa muestran que la “población infantil beneficiaria presentó una adherencia al esquema de suplementación cercana al 90%, y una aceptabilidad del 75%. Además presentó consistentemente una mejoría en el estado de

nutrición y una disminución en la prevalencia de anemia. La población preescolares en los estados con seguimiento desde 2014 presentó en 2017 una disminución de la prevalencia de anemia del 55% y de talla baja del 37%.” (entrevista Prospera Componente de Salud, marzo 2018).

Brecha

Sería ideal contar con una estrategia específica para este elemento esencial, que podría estar alineada con el protocolo para casos de desnutrición severa. Diferenciarlo del manejo de todas las formas de desnutrición permitiría tener un mayor impacto en el bienestar de la primera infancia.

5. Desparasitación

Importancia

Los helmintos transmitidos por contacto con el suelo , o geohelmintos, infectan a millones de niños en toda América Latina y el Caribe. Las enfermedades causadas por estos parásitos intestinales — incluidas la anemia, la deficiencia de vitamina A, el retraso en el crecimiento y la malnutrición — retardan el desarrollo mental y físico de los niños y tienen efectos a largo plazo sobre su desempeño escolar y su productividad económica. Los parásitos intestinales afectan de manera desproporcionada a los más desfavorecidos, especialmente en las áreas rurales y en las barriadas pobres de las ciudades , atrapando a la población más vulnerable en el ciclo de la pobreza.

Diagnóstico

En México, a partir de 1993 se inició la administración de albendazol en niños y niñas de 2 a 14 años de edad, en 887 Municipios de riesgo para enfermedad diarreica. Para el 2009, se tenía una coberturas del tratamiento con Albendazol de 98 a 100% de la población blanco programada. Al ser evidente la efectividad de la estrategia, se propuso, ese mismo año otorgar el beneficio del tratamiento a otros grupos para lograr una desparasitación universal. Sin embargo no se ha encontrado información actualizada.

Oferta gubernamental

Según la OMS, las intervenciones de desparasitación pueden integrarse fácilmente en varios de los programas existentes del campo de la salud. En México existían unos lineamientos sobre desparasitación intestinal, elaborados por el CeNSIA en el 2009. En ese documento se establecen como líneas estratégicas dos Semanas de Desparasitación al año, en los meses de mayo y octubre, preferentemente previa a la Segunda, y Tercera Semana Nacional de Salud. Durante la Semana de Desparasitación, se dará tratamiento antihelmíntico a las poblaciones ya establecidas, entre las cuales están los preescolares, niños y niñas de 2 a 5 años. El tratamiento antihelmíntico de elección es el Albendazol, de 400 mg, dosis única, en sus presentaciones de suspensión y tabletas. Además se promoverá el conocimiento y prácticas de las medidas de higiene personal y del entorno. Se fortalecerá la adquisición de medidas de higiene en las localidades, poblaciones y habitantes con diversas actividades educativas, comunicativas y de difusión. Y se realizarán acciones informativas sobre la transmisión de las infecciones parasitarias intestinales dirigidas a la comunidad escolar. Por último se informará a la población sobre el manejo apropiado del agua y alimentos

En los Lineamientos del Programa de Salud de la Infancia del 2018, el componente 2. Enfermedades diarreicas agudas e Infecciones respiratorias Agudas, tiene como objetivo fortalecer las estrategias que contribuyan a la reducción de la morbilidad y mortalidad por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en la población menor de cinco años. Cuenta con tres objetivos específicos, relacionados con promover la participación social para el autocuidado, difundir conceptos básicos entre la población, y fortalecer el primer nivel de atención. Cuenta además con cuatro estrategias. Y después se describen las acciones y actividades del componente. La segunda acción es programación de presupuestos para la distribución de insumos de las actividades adicionales a la vacunación conforme a los lineamientos de las Semanas Nacionales de Salud, y continua describiendo las actividades específicas: verificar que se cuente con los insumos mínimos necesarios relacionados a enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas para las actividades adicionales a la vacunación: desparasitación masiva con albendazol, distribución promocional de Vida Suero Oral y mensajes preventivos de EDA e IRA.

No se encontraron indicadores vinculados a desparasitación

Brecha

No se cuenta con información suficiente para saber el número de niños con parásitos, el número de niños que recibieron tratamiento, las acciones de capacitación en prácticas de higiene, ni el grado de efectividad de la estrategia. Pareciera que es un tema muy marginal en los lineamientos y en las acciones.

Al comparar el nivel de detalle de los lineamientos del 2009 (un documento de 25 cuartillas específico para desparasitación intestinal en México, con líneas estratégica y medidas para la promoción de la salud), y la situación actual de la estrategia (que se menciona marginalmente dentro de un componente de los lineamientos del programa), podemos inferir que probablemente se han reducido los recursos y la atención asignada a este importante elemento.

6 Monitoreo del crecimiento e intervención cuando está indicado

Oferta Gubernamental

Con respecto al monitoreo del crecimiento, se encontró dentro de los lineamientos del CENSIA, una línea de acción que dice: *“Evaluar el estado nutricional de las niñas y niños menores de 10 años de edad”*. Esto incluye monitorear el crecimiento. Y en el mismo documento, otra línea de acción es justamente *“Dar seguimiento a las niñas y niños diagnosticados con cualquier tipo de desnutrición, sobrepeso, obesidad, en vías de recuperación o recuperados que se encuentren en control nutricional”*.

Adicionalmente la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999 para la atención a la salud del niño, menciona también que es obligatorio llevar a cabo el monitoreo de peso y talla y describe la manera de llevar a cabo el monitoreo del crecimiento

El monitoreo de peso y talla, entonces, se debería de realizar en todas las consultas de los establecimientos de salud, y por consiguiente en el programa PROSPERA y en los otros programas del sector. Además se tiene la intención –por parte de varios de los entrevistados- de impulsar un registro nominal de peso, talla y otros indicadores, para conocer como está cada niña o niño en el país.

Dentro de los avances recientes en beneficio del DIT, en noviembre del 2017 se empezó la Estrategia para el Acompañamiento del Desarrollo Infantil y Vigilancia Nutricional. Dicha estrategia *“es un modelo único de coordinación y colaboración de las instituciones públicas con organizaciones de la sociedad civil, en beneficio de la niñez mexicana, basada en la coordinación entre la Secretaría de Desarrollo Social, el Hospital Infantil de México Federico Gómez, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, y varias fundaciones privadas”*.

(website <https://www.gob.mx/presidencia/articulos/estrategia-para-el-acompanamiento-del-desarrollo-infantil-y-vigilancia-nutricional>)

En la primera etapa de esta Estrategia, la Secretaría de Desarrollo Social, a través del DIF, comenzó a llevar un seguimiento más cercano del desarrollo de más de 305 mil niñas y niños que asisten a más de nueve mil estancias infantiles en toda la República Mexicana. La segunda etapa, que inició el pasado 25 de enero, contempla la incorporación de 90 mil niñas y niños más que están registrados en más de dos mil centros de atención infantil en todo el país. A todos ellos se les aplicará la Cédula de Evaluación de Desarrollo Infantil, una herramienta que permite monitorear las áreas motora, cognitiva, social y de lenguaje de los niños menores de cinco años, así como dar seguimiento a su peso y talla.

Brecha

A pesar de que el monitoreo es obligatorio según lo indica la Secretaría de Salud y todas las Normas oficiales, aún es desarticulado, no se realiza para todos los niños, no se lleva un registro nominal, y sobre todo, cuando se tienen casos graves de desnutrición no están claros los protocolos de atención a los casos graves de desnutrición. La mayoría de los programas alimentarios no incluyen un componente de monitoreo.

7 Manejo de todas las formas de desnutrición

Importancia

Para los escolares es fundamental habituarse a consumir alimentos con alta densidad de nutrimentos, como son las frutas, verduras, leguminosas y cereales integrales; además se recomienda que no consuman de forma regular, alimentos y bebidas densamente energéticos debido a que causan sobrepeso y obesidad. Por otra parte, se debe cuidar el consumo de alimentos ricos en hierro, ya que la prevalencia de anemia en este grupo de edad es elevada y tiene importantes consecuencias en la salud. Así mismo asegurar el consumo de alimentos fuente de calcio contribuye a promover el desarrollo sano de huesos y dientes. (fuente: EIASA)

Las intervenciones para combatir anemia, desnutrición y obesidad pueden abordarse desde un enfoque de promoción de buenos hábitos de alimentación, ya que el consumo de una dieta correcta es indispensable para satisfacer las necesidades nutrimentales que se requieren para el crecimiento y el desarrollo propios de esta etapa. Dentro de este grupo de edad, es entre los niños de cero a veinticuatro meses en los se encuentra la ventana de oportunidad para lograr una mayor efectividad en las acciones e intervenciones para corregir problemas de desnutrición y/o deficiencias nutrimentales. Después de esta edad, las acciones que se tomen para corregir este tipo de condiciones no podrán revertir las afecciones en la talla de los niños ni en su desarrollo intelectual. Es también en estos años en los que se desarrollan y afianzan las preferencias alimentarias, por lo que la generación de buenos hábitos tenderá a promover una buena alimentación durante el resto de la vida del individuo. Por ello es importante que durante la alimentación complementaria, las niñas y los niños sean expuestos a una amplia variedad de alimentos, lo cual favorecerá el consumo de una mejor dieta. (EIASA 2017)

Diagnóstico

La desnutrición se puede manifestar de diferentes formas, y ello depende de sus causas, su severidad y su duración. Las principales maneras de medir la desnutrición infantil son:

1. Retraso en el crecimiento o desnutrición crónica (baja talla para la edad): Es un buen indicador de la desnutrición, debido a que refleja los efectos acumulativos de un aporte insuficiente de nutrimentos prolongado y/o enfermedades recurrentes.

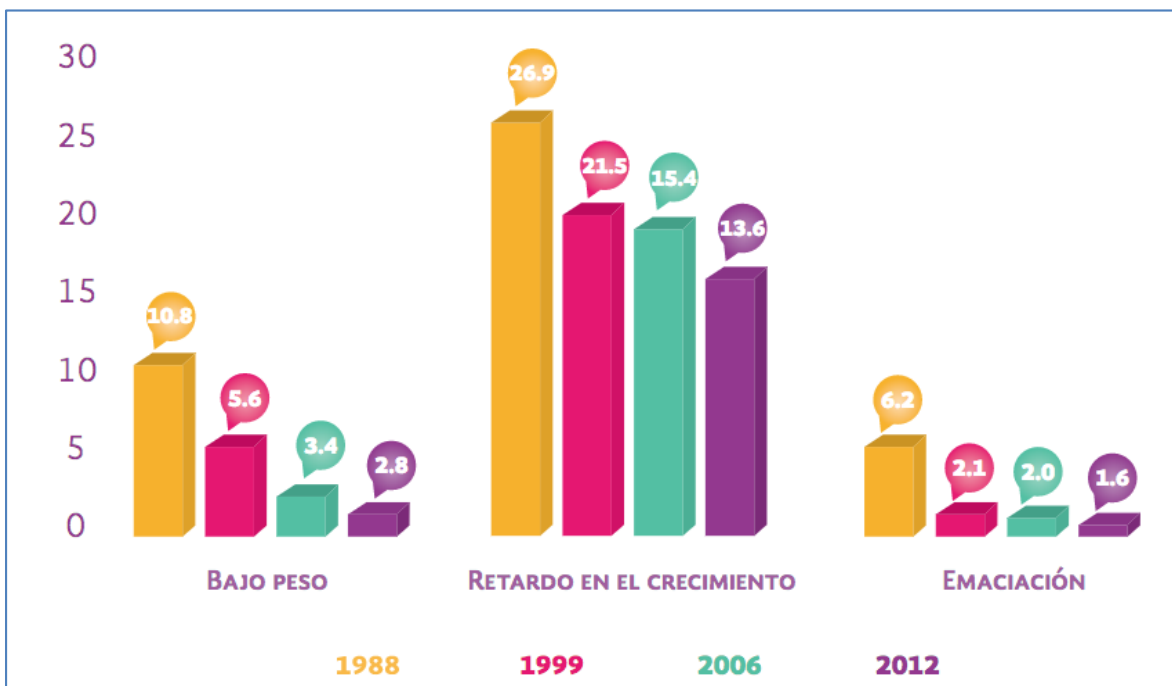
El porcentaje de niños con baja talla para su edad, fue de 26.9 en 1988 y 13.6 en 2012. Aunque esta prevalencia ha disminuido a la mitad, aún indica que 1.5 millones de niños y niñas menores de 5 años se encuentran en desnutrición crónica. En el caso de los niños de 0 a 5 años que habitan en hogares indígenas, la prevalencia de desnutrición crónica es de 33.1 comparada con el 11.7 de los hogares no indígenas” (Gutiérrez JP. et al. 2012).

Un dato más reciente es el de la ENIM 2015. La prevalencia de desnutrición crónica fue considerablemente más alta en la región sur (16.7%), en los hogares rurales (18.9%) y en los hogares indígenas (25.3%). De igual modo, los hijos de madres sin educación tuvieron una probabilidad mucho más alta de padecer baja talla (25.9%), a diferencia de hijos con madres con educación superior (6%). “La distribución por edades muestra que la desnutrición crónica es más prevalente entre niños y niñas de 12 a 23 meses que en los otros grupos etarios. Este patrón es previsible y está relacionado con la edad a la que muchos niños y niñas dejan de ser amamantados y están expuestos a la contaminación del agua, de los alimentos y del ambiente”

Al compararnos con el promedio para la región estamos por arriba del promedio con 13.6% de las niñas y niños con desnutrición, mientras el promedio para LAC es de 11%. (state of the world children 2017)

2. Emaciación (bajo peso para la estatura): La emaciación refleja la desnutrición aguda que se produce como resultado de una pérdida aguda y severa de peso, de una ingesta inadecuada de alimentos y nutrimentos y/o de enfermedades severas o repetidas.
3. Bajo peso (bajo peso para la edad): El bajo peso puede reflejar tanto el retardo en el crecimiento como la emaciación. La prevalencia de bajo peso en menores de cinco años disminuyó de 10.8% en 1988, a 2.8 en el 2012. Es un indicador poco específico por lo que no se recomienda emplearlo. (Gráfica 1).

Ilustración 24 Prevalencia de bajo peso, baja talla y emaciación para menores de 5 años, México



Fuente ENSANUT 1988, 1999, 2006, 2012.

Este problema es mayor en la población indígena, donde uno de cada tres tiene retardo en el crecimiento (33.1%). El bajo peso y la emaciación han disminuido a lo largo del tiempo, aunque todavía constituyen un problema importante en ciertos grupos de la población. (Gutiérrez JP. et al. 2012).

En México existen percepciones, actitudes y acciones en torno a la crianza y a la alimentación que no contribuyen a una alimentación adecuada. Entre ellas destacan: Uso de infusiones con azúcar o miel desde los 3 meses de vida. Tolerancia a prácticas de alimentación no adecuada: inconsistencia en las acciones de los padres / cuidadores. Múltiples cuidadores con diferentes nivel de información. Prácticas de alimentación complementaria tiene poca variedad y densidad energética. Los alimentos nuevos se ofrecen enmascarados con otros aceptados. Proveedores de salud brindan información inadecuada e incorrecta. Abandono de la lactancia materna exclusiva: ... "no tenía leche suficiente". (Un Kilo de Ayuda 2017).

Oferta gubernamental

Para ordenar las acciones de manejo de todas las formas de desnutrición, se inicia con la revisión del Programa de Acción Específico de Salud para la Infancia y la Adolescencia 2013-2018 (PAE SIA), que es el encargado de regular todas las acciones relativas a nutrición de los establecimientos de salud en el país, públicos y privados. Luego se revisa el componente de nutrición de los Lineamientos de Salud en la Infancia del 2018 (elaborados también por CeNSIA). También se revisó someramente diversas Normas Oficiales Mexicanas vinculadas al tema: NOM-043-SSA2-2012, la NOM-034 de nutrición, la NOM-032 atención a la salud del niño, y la NOM-007. Y finalmente se revisan programas y estrategias focalizados en población en pobreza que buscan atender la desnutrición, a saber: Prospera, Programa de Apoyo Alimentario (PAL), Programa de Atención alimentaria a menores de 5 años en riesgo, no escolarizados, y Liconsa.

PAE SIA, componente nutrición

El PAE SIA, cuenta con un diagnóstico organizado por componente, retos, alineación con las metas de nacionales. En su apartado V, la organización del programa se describen los objetivos, estrategias y líneas de acción. El objetivo único del programa es “Disminuir la morbilidad y mortalidad en menores de 19 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad”

De este objetivo se desprenden 6 estrategias. La primera vinculada con nutrición. Estrategia 1.1. Implementar acciones de prevención, vigilancia y control de nutrición en la infancia y la adolescencia. Con dos líneas de acción relacionadas con el manejo de todas las formas de desnutrición: 1.1.1. Implementar acciones de vigilancia de la nutrición en niñas, niños y adolescentes. 1.1.2. Definir acciones de orientación alimentaria y favorecer la activación física en niñas, niños y adolescentes.

De lo anterior se puede inferir que el componente se limita a vigilancia y orientación alimentaria. Faltaría incluir acciones que permitan crear un contexto propicio para una buena nutrición. Tampoco se proponen complementos alimenticios, u otros apoyos. Se entiende que esos apoyos son solo para las niñas y niños en situación de pobreza, a pesar de que el diagnóstico señala que es un problema que afecta a todos los estratos sociales, y que reconoce que “un 45% de las muertes en niños menores de 5 años probablemente se

asocie con malnutrición manifestada como restricción del crecimiento fetal, retraso en el crecimiento, debilidad, deficiencia de vitamina A, zinc, y lactancia sub-óptima.” (PAE SIA 2013-2018). En ese sentido, en todo el PAE SIA sólo hay dos menciones para Lactancia.

Además del PAE SIA el CENSIA tiene unos “Lineamientos 2018 Salud en la Infancia”, que describen actividades específicas del programa, y permiten el monitoreo de estas actividades en las entidades federativas. Los lineamientos deben "alinearse" con el PAE. Dichos lineamientos cuentan con 8 componentes, uno de los cuales es el componente nutrición. El objetivo del componente es fortalecer las acciones de prevención, vigilancia y control de la nutrición en la infancia mediante acciones coordinadas en los tres niveles administrativos.

El componente cuenta con 2 estrategias para lograr los objetivos. La primera consiste en implementar acciones de prevención, vigilancia y control de la nutrición en la infancia. Y cuenta con las siguientes líneas de acción:

- Ingresar al control nutricional a la población menor de 10 años de edad.
- Evaluar el estado nutricional de las niñas y niños menores de 10 años de edad.
- Dar seguimiento a las niñas y niños diagnosticados con cualquier tipo de desnutrición, sobrepeso, obesidad, en vías de recuperación o recuperados que se encuentren en control nutricional.
- Brindar orientación nutricional y favorecer la activación física en niñas y niños
- Coadyuvar a la atención integral del sobrepeso y obesidad en niñas y niños en el primer nivel de atención
- Promover la lactancia materna.
- Disminuir la tasa de mortalidad por desnutrición
- Promover el uso de suplementos para prevenir la anemia.

La segunda estrategia está orientada a capacitar al personal de salud y a la población sobre temas de nutrición y vigilancia nutricional.

En una revisión somera de las líneas de atención, se pueden observar duplicidades, y acciones en distinto nivel. Por ejemplo, disminuir la mortalidad por desnutrición, se puede

considerar un objetivo al que contribuyen las acciones de evaluación y seguimiento del estado nutricional de niñas y niños.

NOM-043-SSA2-2012

La NOM 043 indica la alimentación adecuada para varios grupos de edad, de 6 a doce meses, LM y otros alimentos preparados de forma adecuada. Al niño o niña debe dársele de la misma comida que consume el resto de la familia, adecuando la preparación, los utensilios, las cantidades y el número de comidas (3 comidas mayores y 2 colaciones) de acuerdo con sus necesidades. Se recomendará el uso de tazas, vasos y cucharas para la ingestión de líquidos, en lugar de biberones. También menciona recomendar “moderar la adición de azúcares, edulcorantes y sal, respetando el sabor original y natural de los alimentos para que el niño o la niña aprenda a distinguirlos y degustarlos”. (Apéndice Normativo B)

Para el siguiente grupo etario, el grupo de edad de uno a cuatro años, se debe promover un ambiente afectivo al niño o la niña a la hora de tomar sus alimentos, así como permitirle experimentar los estímulos sensoriales que éstos le proporcionan, incluyendo su manipulación. Al igual que con el grupo anterior, se recomienda respetar a la niña o niño, incorporarlo a la dieta familiar, y monitorear peso y talla.

Componente de Salud de Prospera

Las acciones para niñas y niños menores de 5 años se detallan en el apartado 3.6.2.2. Prevención y Atención a la Mala Nutrición de las Reglas de Operación: *“Mediante la vigilancia sistemática del crecimiento y desarrollo infantil se corroboran los cambios en el estado de nutrición y se identifica tempranamente la mala nutrición por exceso o deficiencia en la ingesta de nutrimentos. Se informa a las madres y padres o responsables de la niña o del niño sobre el desarrollo, brindándoles orientación y capacitación sobre los beneficios de una alimentación correcta y del consumo adecuado del suplemento alimenticio que el Sector Salud defina. La valoración del estado de nutrición se realizará conforme a lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas e Internacionales aplicables”.*

En el padrón activo de Prospera a diciembre del 2017, había 1,248,393 niñas(os) menores de 5 años en control.

Estrategia Integral de Atención a la Nutrición (ESIAN)

Además de las acciones de las reglas de operación del Prospera, está la Estrategia Integral de Atención a la Nutrición (ESIAN).

La ESIAN es una estrategia del Componente de Salud de PROSPERA Programa de Inclusión Social que propone el abordaje de los problemas de nutrición de forma integral y con enfoque del ciclo de vida, con particular énfasis en los primeros mil días de vida del individuo (desde el embarazo hasta los 2 años). Busca promover la alimentación correcta a lo largo de la vida, dando énfasis en la alimentación de las mujeres embarazadas, en periodo de lactancia y los niños y niñas menores 5 años de edad.

Para promover la salud y nutrición durante el embarazo y los primeros 5 años de vida, la ESIAN fortalece los servicios de salud de PROSPERA a través de tres intervenciones principales:

1. Distribución de un nuevo esquema de suplementos alimenticios durante el embarazo, y hasta 1 año después del parto y para niños y niñas desde 6 hasta 59 meses de edad, como parte de una estrategia integral para mejorar la salud de estos grupos prioritarios.
2. Equipamiento específico en las unidades de salud para la evaluación del estado nutricional y diagnóstico de anemia (incluye insumos audiovisuales para la promoción de los mensajes clave de la ESIAN).
3. Plan de comunicación y capacitación que incluye: 1. Sensibilización y capacitación del personal de salud y comunitario del Programa PROSPERA para actualizar sus conocimientos y mejorar sus actitudes y prácticas en relación a las acciones claves de la ESIAN y la consejería a las madres 2. Plan de comunicación que contempla actividades y material de comunicación interpersonal dirigidos a mejorar conocimientos, actitudes y prácticas de personal de salud, personal comunitario y mujeres beneficiarias del Programa PROSPERA en relación a los temas clave para un embarazo saludable y cuidados del niño y la niña menor de 5 años

Estrategia Integral De Asistencia Social Alimentaria (EIASA)

El objetivo general de EIASA es contribuir al ejercicio pleno del derecho a una alimentación, nutritiva, suficiente y de calidad de los sujetos en condiciones de riesgo y vulnerabilidad, mediante la entrega de apoyos alimentarios diseñados con base en los Criterios de Calidad Nutricia y acompañados de acciones de orientación alimentaria, aseguramiento de la calidad alimentaria y producción de alimentos. La EIASA está conformada por 4 programas:

1. Desayunos escolares
2. Atención alimentaria a menores de 5 años en riesgo, no escolarizados
3. Asistencia alimentaria a sujetos vulnerables
4. Asistencia alimentaria a familias en desamparo

Se revisa únicamente el programa que es pertinente para este elemento esencial:

Programa de Atención alimentaria a menores de 5 años en riesgo, no escolarizados.

El objetivo del programa es contribuir al acceso a alimentos inocuos y nutritivos de los menores de cinco años que se encuentran en condiciones de riesgo y vulnerabilidad, mediante la entrega de apoyos alimentarios adecuados a su edad y brindando orientación alimentaria que incluyan prácticas de higiene a sus padres. La población objetivo son niñas y niños entre seis meses y 4 años 11 meses, no escolarizados, en condiciones de riesgo y vulnerabilidad, que habiten en zonas indígenas, rurales y urbano-marginadas preferentemente, y que no reciban apoyo de otros programas alimentarios.

El Programa es operado por diversos Sistemas Estatales DIF, y otorga tres tipos de apoyo:

- a) Dotación para niños de 6 a 11 meses de edad. Se deberá otorgar una dotación de alimentos básicos (dos cereales y un kilo de leguminosa) y por uno o más de los alimentos denominados complementarios (verdura fresca o envasada y fruta fresca). Se sugiere que dentro de la orientación alimentaria se capacite a las madres en la preparación de papillas a partir de estos alimentos. Los alimentos para lactantes y niños de corta edad no deberán contener azúcares ni edulcorantes entre sus tres primeros ingredientes ni aportar más de 10% de la energía total de la porción.

- b) Dotación para niños de 12 meses a 4 años 11 meses. Se deberá otorgar una dotación integrada por alimentos básicos (leche y dos tipos de cereales) y por uno o más alimentos complementarios (Frutas frescas, Verduras frescas, Frutas deshidratadas, Verduras envasadas, Leguminosas y Productos de origen animal (por ejemplo: atún, sardina, huevo fresco, carne seca)).
- c) Desayuno o comida caliente.

Programa de Apoyo Alimentario PAL

El objetivo del programa es contribuir a mejorar el acceso a la alimentación de las familias beneficiarias mediante la entrega de apoyos monetarios. Los Objetivos Específicos son:

- Compensar el ingreso de las familias beneficiarias para mejorar su bienestar económico y su alimentación.
- Promover que la población atendida acceda efectivamente a la oferta institucional de programas sociales federales que incrementen sus capacidades productivas o mejoren el bienestar económico de las familias y sus integrantes, a través de acciones de coordinación y articulación institucional.
- Establecer la instrumentación de la Cruzada contra el Hambre como estrategia de inclusión y bienestar social, fomentando la participación de los sectores público, social y privado de organizaciones e instituciones tanto nacionales como internacionales a fin de dar cumplimiento a los objetivos de la misma.

La población objetivo del Programa son los hogares cuyas condiciones socioeconómicas y de ingreso impiden desarrollar las capacidades de sus integrantes en materia de educación, alimentación y/o salud que no son atendidos por el Programa Oportunidades. Las familias elegibles para ingresar o reingresar al Programa son aquellas cuyo ingreso mensual per cápita estimado es menor a la Línea de Bienestar Mínimo (LBM). Asimismo, son elegibles para permanecer en el Programa las familias cuyo ingreso mensual per cápita estimado sea menor a la Línea de Verificaciones Permanentes de las Condiciones Socioeconómicas (LVPCS).

El proceso por el cual se identifica a las familias beneficiarias consta de dos etapas. Primero la selección de localidades, y después la focalización de familias. Se dará

preferencia a los hogares que tengan integrantes menores de 5 años y mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.

Programa de Abasto Social de Leche a cargo de *Liconsa*.

El programa se explicó con detalle anteriormente en este documento, en el apartado del elemento esencial de nutrición materna. En referencia a nutrición infantil, las niñas y niños menores de 5 años representan el 13.36% del total del padrón de beneficiarios del programa, que equivale a 1,115,103.

Con respecto a manejo de todas las formas de desnutrición, el programa ofrece la leche a partir de los 6 meses hasta los 12 años para familias en condición de pobreza. Es probable, aunque requeriría un estudio más detallado, que ofrecer leche de vaca a bebés desde 6 meses, pueda tener efectos negativos sobre la lactancia materna, por la introducción parcial de la alimentación con biberón, tal y como lo dice el Código de Sucedáneos de la Lactancia Materna y Resoluciones Relevantes, en su artículo 4.

Además el mismo código, en el artículo 5, menciona “*Los fabricantes y distribuidores no deben distribuir a las mujeres embarazadas o a las madres de lactantes y niños de corta edad obsequios de artículos o utensilios que puedan fomentar la utilización de sucedáneos de la leche materna o la alimentación con biberón.*” Es probable que la propia leche de LICONSA, sea un sucedáneo, o sea un producto que pueda fomentar la utilización de sucedáneos o la alimentación con biberón; y por lo tanto, esté disminuyendo la lactancia. Esto deberá someterse a una evaluación más rigurosa que permita indagar si la introducción de leche Liconsa, influye en que ocurra el destete temprano.

Otras debilidades observadas en la evaluación del CONEVAL del 2016 fueron: “*El problema público del PASL definido en el árbol de problemas de su diagnóstico elaborado en 2010, no es consistente con la definición señalada en la Nota sobre Población Potencial y Población Objetivo 2015. El PASL no tiene un Plan Estratégico en donde se establezca su estrategia de cobertura, lo que repercute, entre otras cosas, en que tenga mayor presencia en localidades urbanas que en rurales donde es más agudo el problema de desnutrición infantil. El resumen narrativo a nivel de propósito de la MIR no está enfocado a resultados ni se deriva del problema público*

identificado en el diagnóstico elaborado en 2010. El PASL no cuenta con una evaluación de procesos, por tanto se desconocen las áreas de mejora que pudiesen haber en diversos aspectos de su operación”.

Por último sólo queda comentar, que el monitoreo de peso y talla, se realiza en todas las consultas de los establecimientos de salud, y por consiguiente en el programa Prospera y en los otros programas del sector. Además se tiene la intención –por parte de varios de los entrevistados- por impulsar un registro nominal de peso, talla y otros indicadores, para conocer como está cada niña o niño en el país.

En la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño, se describe la manera de llevar a cabo el monitoreo del crecimiento.

Brecha

La mala alimentación es un problema que lleva varias décadas en la agenda de gobierno, y este sexenio a adquirido aún más fuerza gracias al Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre. Sin embargo, la revisión por elemento esencial ha permitido destacar que aspectos importantes relativos a la nutrición para la primera infancia, han sido ignorados o oscurecidos en el marco de la estrategia general. Se subsume a la primera infancia como parte de un grupo más amplio y se relega la creación de acciones más focalizadas, con mayor impacto y basadas en evidencia para este grupo. Se puede afirmar que la estrategia tiene algunas acciones para menores de cinco años, pero no incorpora todos aspectos que con base en la evidencia científica menciona el Modelo de CCS para este grupo poblacional y su cobertura es baja.

Además de una alimentación insuficiente, la desnutrición tiene que ver con medidas de higiene insuficiente, agua no potable, alta prevalencia de enfermedades infecciosas, bajo ingreso, disponibilidad de tiempo para preparar los alimentos, etc. Algunas de las cuales se revisarán en el dominio siguiente, referente a seguridad y protección social.

Es necesario hacer una revisión minuciosa de la evidencia que se tiene sobre el uso de los

suplementos, particularmente en las evaluaciones de PROSPERA, si éstos son recomendables para ser consumidos por los niños y niñas.

Por último, faltaría incluir estrategias de protección social para familias, que aumenten los ingresos, la oferta de alimentos sanos, y que modifiquen el ambiente obesogénico en el que se desenvuelven las familias y los niños y niñas en su día a día.

Conclusiones dominio Nutrición

1. **Avances país.** La evolución de los indicadores de desnutrición infantil a lo largo de las últimas décadas ha sido notable y positiva. No obstante, aún estamos lejos de alcanzar las prevalencias consideradas como aceptables para una población sana. También se ha reducido la anemia, aunque la prevalencia sigue siendo muy alta, particularmente en niños y niñas menores de 2 años, con graves consecuencias para su desarrollo. De manera adicional, las prevalencias de obesidad incluso en este grupo de edad van en aumento.
2. **Falta de coordinación en los programas dirigidos a población en pobreza.** La oferta gubernamental en este dominio está cargada en el combate a la desnutrición entre la población más pobre. La estrategia más robusta en este sentido es la desarrollada en el marco del Programa de Inclusión Social PROSPERA, que incluye acciones educativas, monitoreo y suplementos alimenticios. Existen otros esfuerzos también dirigidos a población vulnerable, como los derivadas del Programa de Apoyo Alimentario para menores de 5 años, que recibe una importante cantidad de recursos federales que se transfieren a las entidades federativas a través del Ramo 33 y se operan a través de los Sistemas DIF. No obstante, los indicadores a través de los cuales se evalúa su desempeño no miden los efectos sobre la nutrición infantil, además de no estar acompañados de acciones de vigilancia nutricional ni tener vinculación con otras acciones en materia de desarrollo infantil. De manera adicional, no se encontró evidencia de que estos programas estén coordinados entre sí, ni con otros que impacten las causas

subyacentes de la desnutrición o la deficiencia de micronutrientos (ejemplo: programas de saneamiento, piso firme, producción de alimentos frescos, etc.)

3. **Ineficacia de la oferta universal.** Cabe hacer notar que la mala nutrición es un tema que no es exclusivo de familias en pobreza. Por el contrario, los indicadores de la ENIM indican bajos porcentajes en dieta mínima aceptable tanto en el quintil más rico (41.6%) como en el más pobre (38.9%). Lo mismo sucede con la prevalencia de anemia, que es alta para todos los niveles de ingreso, de igual modo que la obesidad. Las acciones nutricionales de corte universal que se identificaron ocurren en el marco de las consultas prenatales y de atención al niño sano, que consisten en suplementación y recomendaciones. Dadas las altas prevalencias de malnutrición en el país, es posible concluir que estas intervenciones directas sobre la diada madre hijo no son suficientemente eficaces.
4. **Limitaciones de la Estrategia Nacional de Lactancia Materna.** Un avance muy importante en esta administración fue la publicación de la Estrategia Nacional de Lactancia Materna. No obstante, la estrategia carece de un presupuesto propio, lo cual ha dificultado de manera importante su implementación. En particular es urgente fortalecer y fondear adecuadamente la iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la niña. De manera paralela es apremiante fortalecer y hacer cumplir el marco normativo que regula la comercialización de sucedáneos de la leche materna; además de abandonar las estrategias de “auto-regulación” para la industria, mismas que no han probado ser efectivas en otras partes del mundo. Se debe poner énfasis en fortalecer las estrategias de promoción, consejería y capacitación del personal de salud de los sectores público y privado para promover, apoyar y proteger la lactancia materna. De manera adicional, es crítico que se incorpore al más alto nivel de la planeación nacional metas de impacto para esta estrategia, que incluyan lactancia en la primera hora de vida, lactancia exclusiva a los seis meses y lactancia continuada.
5. **Poco énfasis en la alimentación complementaria y la transición a la dieta familiar.** Casi la mitad de las niñas/os entre 6 y 23 meses no reciben una dieta mínima aceptable, lo cual indica que la brecha entre la situación actual y la oferta gubernamental es enorme. Faltan acciones precisas para apoyar la alimentación complementaria y la transición a la dieta familiar saludable, momento de la mayor

trascendencia para el desarrollo de hábitos alimenticios saludables. Las acciones que impactan en este elemento esencial son difíciles de encontrar en la oferta gubernamental. La falta de apoyo en este momento y el entorno dificulta la elección de opciones sanas para alimentar a los bebés desde los 6 meses hasta que hacen la transición completa. Adicionalmente, se pone poco énfasis

6. **Retos de monitoreo y atención a casos graves.** El monitoreo del crecimiento es obligatorio para todo los niños, según lo indica la Secretaría de Salud y todas las Normas oficiales. A pesar de ello aún no contamos con un registro nominal que permita vigilar el crecimiento y desarrollo que cada niño. La mayoría de los programas alimentarios no incluyen un componente de monitoreo. En suma, se nota un desfase entre lo que está establecido en las Normas y procedimientos y lo que se ejecuta en la realidad. De igual modo, no están claros los protocolos de atención a los casos graves de desnutrición.

Recomendaciones:

1. **Arquitectura institucional para nutrición.** Desarrollar una gobernanza que permita vincular y coordinar los actores y programas que inciden en las causas inmediatas, subyacentes y estructurales de la nutrición materno infantil.
2. **Enfoque en los determinantes.** Es crítico abordar la desnutrición, la deficiencia de micronutrientes y la obesidad desde un enfoque de determinantes sociales que reconozca y atienda no solo sus causas inmediatas, sino también las subyacentes y estructurales. Así pues, es necesario definir estrategias de cobertura universal que modifiquen los patrones de alimentación de las familias y sus niños e integren a las pautas de cuidado una nutrición adecuada; acompañadas de medidas estructurales que transformen el ambiente y recursos con lo que cuentan las familias (ingreso; tiempo destinado a la preparación de alimentos, acceso a alimentos sanos, frescos a precios accesibles; agua potable y saneamiento; nuevas normas sociales en relación a la alimentación adecuada, publicidad sobre alimentos de poco valor nutricional etc.). Esto implica combatir el ambiente obesogénico en el que están creciendo las

niñas y niños y sus familias sin descuidar la atención específica a las deficiencias nutrimentales que aún afectan a buena parte de la población.

3. **Estrategia Nacional de Lactancia Materna y Alimentación Perceptiva.** La estrategia de Lactancia Materna debe acompañarse de una estrategia completa para la alimentación del lactante y el niño pequeño que incluya componentes robustos relativos a los elementos esenciales del modelo de cuidado cariñoso y sensible, como la desparasitación, la provisión de micronutrientos, la alimentación complementaria y transición a la dieta familiar saludable, que hoy están desdibujadas de la agenda gubernamental, tienen coberturas bajas y poco presupuesto. El enfoque de alimentación perceptiva provee una excelente oportunidad de integrar los conceptos de desarrollo y nutrición que debe adoptarse en todos los programas de nutrición y alimentación dirigidas a niñas y niños menores de 5 años; pero que también deben incluirse en los programas de estimulación, crianza o educación inicial en todas sus modalidades.
4. **Énfasis en la primera hora de vida y la vuelta al hogar.** Es necesario cuidar mucho el establecimiento de la lactancia inmediatamente después del parto, y proteger a la díada de influencias negativas. Promover grupos de apoyo donde las madres se identifiquen entre ellas y tengan la confianza y el apoyo para superar las adversidades. Estos grupos ayudan a que la madre aprenda a reconocer cómo se comunica su bebé, lo que ayudará a establecer patrones de alimentación saludables que contribuirán a prevenir no solo la desnutrición, sino también el inicio de obesidad, enfermedades crónicas, problemas de salud bucal, entre otros.
5. **Apoyar la transición a la alimentación complementaria y la transición a la dieta familiar.** Incluir formación y apoyo con enfoque de alimentación perceptiva en las actuales consultas prenatales y talleres para padres que ofrece el sector salud, desarrollo social, el sector educación y el SNDIF. Es un tema prácticamente invisibilizado que es crucial para el desarrollo del niño y puede prevenir muchos otros problemas más tarde.
6. **Consejería y recursos para madres y niños usando la infraestructura existente.** Se recomienda apoyarse en la estructura existente en el sector salud para brindar consejería prenatal, posnatal a mujeres embarazadas y madres sobre

nutrición en un sentido amplio. Estas acciones se pueden complementar con visitas domiciliarias que brindan asesoramiento nutricional, cualquier suplemento requerido y estimulación cognitiva benefician considerablemente a los niños. El énfasis debe estar en lograr lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, tener un inicio de la alimentación complementaria óptimo (introducción de alimentos diferentes a la leche materna) a partir del sexto mes de vida y mantener la lactancia materna junto con la alimentación complementaria hasta pasados los dos años de edad.

7. **Control nominal por niño que incluya monitoreo de peso y talla.** Empezar en la primer consulta prenatal con un examen de riesgo biopsicosocial para las mujeres embarazadas, que permita diseñar un paquete de intervenciones adaptado a sus riesgos y características. Continuar el registro con las acciones que se han ejecutado para el niño, al menos hasta que cumpla 6 años de edad. Algunas de las acciones que se deberían registrar son: lactancia continua, alimentación complementaria, uso de polvos de micronutrientes múltiples para el enriquecimiento en el hogar de alimentos consumidos por lactantes y niños pequeños 6-23 meses, complementos de vitamina A para niños menores de cinco años, suplementos diarios de hierro para niños de 6 a 23 meses, complementos de zinc para el tratamiento de la diarrea, alcanzar la nutrición yodada óptima en niños pequeños, manejo de niños con desnutrición aguda severa, manejo de niños con desnutrición aguda moderada, cuidado nutricional y apoyo de niños infectados con VIH de 6 meses a 14 años, entre otras.
8. **Asegurar el cumplimiento de las NOMs y del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Humana.** Uno de los factores que afecta negativamente la decisión de las madres de amamantar de la mejor manera es la comercialización inapropiada de los productos alimenticios. El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Humana, y la guía que lo acompaña brinda orientación para finalizar la promoción inapropiada de alimentos para bebés y niños pequeños. De manera específica, se recomienda que las dependencias responsables establezcan procedimientos claros para la verificación del cumplimiento de las NOMs, las prácticas hospitalarias del hospital Amigo de la niña y del niño y del Código, y asignar presupuesto a estas tareas.



9. **Políticas de protección social o de bienestar.** Éstas incluyen licencias parentales, tiempo para amamantar durante la jornada laboral, lactarios, y otras políticas de conciliación, son necesarias para mejorar la nutrición y en general del DIT. Estos beneficios deberán estar disponibles para todas las madres, no sólo para quienes trabajan en el sector formal. Aunado a lo anterior, es importante que las familias cuenten con mayores ingresos, una oferta de alimentos sanos y restricción de los alimentos que dañan la salud, es decir, atender el ambiente obesogénico en el que se desenvuelven las familias y los niños y niñas en su día a día y que muchas veces es independiente de su nivel de ingresos.

Dominio seguridad, protección infantil y protección social

1 Agua segura y 2 saneamiento

Importancia

La falta de letrinas y otras formas de saneamiento mejorado, y agua potable, cuesta la vida a nivel mundial, a alrededor de 2,4 millones de personas (4,2% de todas las muertes en el 2008). Estas muertes podrían prevenirse anualmente si todos practicaran una higiene adecuada y tuvieran un saneamiento³⁵ y agua potable buenos y confiables. (Bartram and Cairncross 2010).

“La eliminación inadecuada de excretas humanas y la falta de higiene personal se asocian a una serie de enfermedades, como las diarreicas y la poliomielitis, y son factores determinantes del retraso del crecimiento. El acceso a las instalaciones de saneamiento mejoradas puede reducir las enfermedades diarreicas en más de un tercio y puede disminuir significativamente los impactos adversos en la salud de otros trastornos responsables de la muerte y la enfermedad de millones de niños/as en los países en desarrollo”. (INSP 2015, 97)

Y por cada niño que muere, un número incontable de otros niños y adultos ven cómo empeora su salud, disminuye su productividad y desaparecen sus oportunidades para recibir una educación.

La falta de agua segura para beber, afecta también el estado nutricional de las niñas/os, especialmente quienes han dejado de ser amamantados, quienes en ocasiones recibirán leches de fórmula preparadas a con agua, o estarán expuestos a más fuentes de contaminación y enfermedades debido a la falta de agua potable segura.

³⁵ Un sistema de saneamiento mejorado es el que higiénicamente impide el contacto de los seres humanos con excretas humanas. (OMS 2012b)

Diagnóstico

En México, las muertes por causas gastrointestinales, representan la quinta causa de muerte infantil de infantes menores de 5 años. “El 98% de la población mexicana usa una fuente mejorada de agua para beber³⁶. La principal fuente de agua para beber en México es el agua embotellada (81% en zonas urbanas, 46% en zonas rurales), seguida del agua de tubería (18% en zonas urbanas, 36% en zonas rurales). El 48% de los hogares que utiliza fuentes de agua para beber no mejoradas usa un método adecuado de tratamiento de agua”. (INSP 2015).

Sobre la eliminación segura de las heces de los niños/as entre 0 y 2 años, sólo el 14% de ellos su última deposición se eliminó de manera segura. Esto se explica porque “La eliminación segura de las heces de un niño/a es la eliminación de las heces mediante el vaciado de la materia fecal en un inodoro o letrina, o en porque el niño/a utiliza el inodoro o letrina. La disposición de *pañales desechables* junto con los residuos sólidos, una práctica muy común en todo el mundo, hasta el momento ha sido clasificada como un medio inadecuado de disposición de las heces de los niños/as debido a las preocupaciones sobre la mala disposición de los residuos sólidos”. Esta clasificación actualmente está en revisión. El porcentaje de niños/as cuyas heces se eliminaron de manera segura fue de 14%, con una variación entre 9% en el Noroeste y en el Centro de México, y 22% en la región Sur. Es importante señalar que en 79% de los casos las heces de los niños se tiran a la basura” (INSP 2015).

El 90.3% de los hogares cuenta con un lugar específico para el lavado de manos donde hay agua, jabón u otro agente de limpieza. Y el 92.4% de los hogares tienen jabón u otro agente para la limpieza. (INSP 2015)

³⁶ Una fuente de agua potable mejorada es una fuente que por el tipo de construcción protege apropiadamente el agua de la contaminación exterior, en particular de la materia fecal. (OMS 2012b)

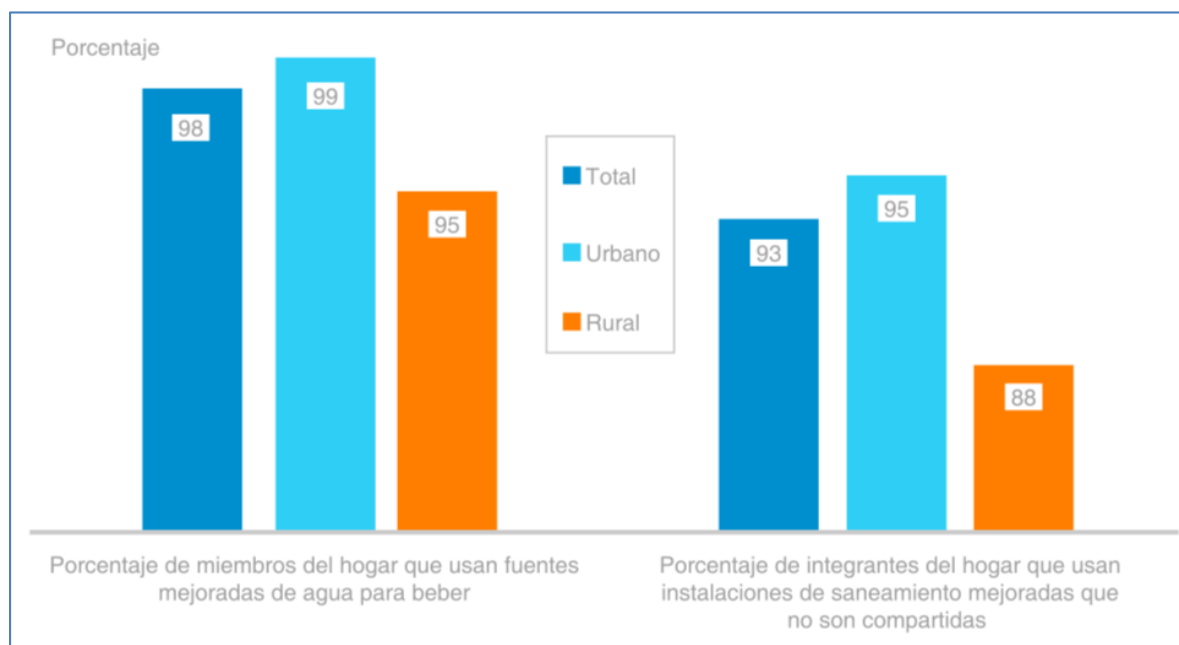
Tabla 21 Agua y saneamiento

Agua y saneamiento				
Indicador MICS	Indicador ODS Relacionado	Indicador	Descripción	Valor
4.1	6.1.1	Uso de fuentes de agua mejoradas para beber ^{xi}	Porcentaje de integrantes del hogar que usan fuentes mejoradas de agua para beber.	98.1
4.2		Tratamiento de agua	Porcentaje de integrantes del hogar que usan fuentes no mejoradas de agua para beber y que usan un método de tratamiento apropiado.	47.9
4.3	6.2.1 ^{xiii}	Uso de saneamiento mejorado ^{xiv}	Porcentaje de integrantes del hogar que usan instalaciones de saneamiento mejoradas que no son compartidas.	93.4
4.4		Eliminación segura de las heces de los niños/as	Porcentaje de niños/as entre 0 y 2 años cuya última deposición se eliminó de manera segura.	14.0
4.5	6.2.1 ^{xiii}	Lugar para el lavado de manos	Número de hogares con un lugar específico para el lavado de manos donde hay agua, jabón u otro agente para la limpieza.	90.3
4.6		Disponibilidad de jabón u otro agente para la limpieza	Porcentaje de hogares que tienen jabón u otro agente para la limpieza.	92.4

Fuente: (INSP 2015)

Al analizar por localización de los hogares, se puede ver que los porcentajes tanto para agua, como para saneamiento bajan considerablemente en hogares rurales (ver ilustración 26).

Ilustración 25 Uso de agua y saneamiento mejorados en áreas urbanas y rurales, ENIM 2015.



Fuente: (INSP, 2015).

Otros datos sobre agua y saneamiento, no tan directamente vinculados a la Primera Infancia, los brinda la Encuesta de Uso del Tiempo (ENUT), que indica, por ejemplo, “las horas que las mujeres dedican a la gestión del agua, sumado al trabajo doméstico en lugares como Sítala (rural) e Iztapalapa (urbano), pueden llegar a ser hasta 30 a la semana.” (SIPINNA 2017).

Oferta Gubernamental

El Programa Nacional Hídrico del 2013-2018 en su objetivo tercero, busca fortalecer el abastecimiento de agua y el acceso a servicios de agua potable, alcantarillado y saneamiento. Para lograrlo existen varios subsidios a través de programas federalizados que no distinguen entre grupos de etarios, sino que están enfocados a gobiernos estatales, municipales, organismos operadores de agua, principalmente.

El Instituto Nacional de la Infraestructura Física Educativa (INIFED) opera el Programa Nacional de Bebederos Escolares que busca contribuir a mejorar la salud de la población escolar dotando de suministro de agua potable gratuita mediante sistemas de bebederos. De acuerdo con su reporte, se han instalado 9,246 sistemas de bebederos en el ciclo escolar 2015-2016. Lo que representa el 84% de su meta. Esto beneficia a 1, 944, 486 alumnos de educación básica (la información no permite distinguir entre preescolar, primaria y secundaria) (informe de resultados del INIFED, 2017)

Brecha

Las acciones sobre lavado de manos, acceso a fuentes mejoradas de agua, y mejoramiento de los sistemas de alcantarillado, subsumen a la primera infancia. Evaluarlas, rebasan los alcances de este diagnóstico.

En el ANSA, la Comisión Nacional del Agua (CONAGUA) tomó la responsabilidad de mejorar alcantarillado e instalaciones en poblaciones sin servicio incrementándolo en un 50%. Sin embargo, sólo hubo mejoramiento en alcantarillado de un 2.8% del 2010 al 2011

y en servicios de agua potable en un 0.2%, de acuerdo a la evaluación del ANSA elaborada por el Poder del consumidor (El poder del consumidor 2015).

4.Prevencción y reducción de la contaminación interior y exterior, y 5. Ambientes saludables, verdes, libres de toxinas

Importancia

Dentro de los muchos factores que afectan el desarrollo, se encuentran exposición a contaminación del medio ambiente, y la exposición a químicos tóxicos. Las mujeres embarazadas y los niños pequeños son más vulnerables a los riesgos ambientales, incluida la contaminación del aire y la exposición a productos químicos.

Diagnóstico

No se cuenta con información analizada con el criterio de edad para este elemento esencial.

La oferta está gubernamental está diseñada para toda la población. No es posible hacer un análisis de una oferta tan amplia que subsume a la primera infancia y sus familias. Es decir, que no incluye en su diseño ni en su implementación una perspectiva de primera infancia.

Brecha

Se recomienda hacer un diagnóstico más detallado de la situación de este elemento esencial. Con información segmentada por edades y otras variables, se podrá evaluar el actual desempeño y diseñar una política que impacte en el bienestar de las niñas y niños en primera infancia.

3 y 7 Prevención y protección del abuso y negligencia, y del castigo severo de las niñas y niños y restitución de derechos

Importancia

Según la Organización Mundial de la Salud, el maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o

dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (National Scientific Council on the Developing Child 2012). La misma organización menciona que una cuarta parte de todos los adultos, manifiestan haber sufrido maltratos físicos durante su infancia, y 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres, declaran haber sufrido abusos sexuales en la misma etapa. Ambos maltratos, tanto el psicológico como el físico, conllevan graves consecuencias a largo plazo, que son causantes de problemas de salud, sociales, morales, económicos y académicos de la persona. (National Scientific Council on the Developing Child 2012).

La violencia es un problema que afecta a todas las sociedades, ricas y pobres; se manifiesta de distintas maneras y en diversos espacios. La violencia que viven las niñas y niños tiene consecuencias como:

- El riesgo de padecer daños físicos y psicológicos a largo plazo. Sus cerebros no se desarrollan adecuadamente y sus sistemas inmunitarios se ven debilitados. Son más propensos a sufrir problemas de salud a lo largo de su vida y a tener una muerte precoz.
- La violencia merma su capacidad de aprendizaje, y las relaciones, pues quien es víctima de violencia tiene más probabilidad de ser abusador o víctima en la vida adulta.
- Las consecuencias de la violencia en términos de perspectivas económicas y productividad duran toda la vida. Los niños y niñas que son violentados tienen el doble de probabilidades de estar en situación de desempleo en algún momento de su vida y de vivir en condiciones de pobreza (UNICEF Reino Unido, 2014).

Por último, cabe mencionar que la meta 16.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible del 2016, establece como uno de sus indicadores de monitoreo la proporción de niños entre 1 y 17 años que han experimentado cualquier castigo corporal y/o agresión psicológica por parte de sus cuidadores en el último mes.

Diagnóstico

En México, según el Informe Nacional Sobre Violencia y Salud del 2013, que desarrolla la Secretaría de Salud, 2 niños menores de 14 años, mueren cada día a causa de la violencia. Esto es 17,253 niñas y niños que han muerto a consecuencia del maltrato, en los últimos

25 años. Además UNICEF resalta que los menores de un año de edad tienen un riesgo seis veces mayor (SIPINNA 2017).

A pesar de las mejoras en el acceso a la educación básica, y media, y sus efectos sobre la equidad y la desigualdad, México se encuentra en el sexto lugar en América Latina en el número de homicidios de menores, según la Organización de las Naciones Unidas. También con datos de la UNICEF, se sabe que entre el 55 y 62% de los niños en México han sido maltratados por lo menos en algún momento de su vida, 7 de cada 10 jóvenes, han tenido violencia en su noviazgo, y 10.1% de los estudiantes de secundaria han padecido algún tipo de agresión física durante horario de clase. (XIMENA TAMARIZ GARCÍA 2016).

De acuerdo con información de la ENIM, se observa que 63% de niñas, niños y adolescentes -de 1 a 14 años de edad- han experimentado al menos una forma de castigo psicológico o físico por miembros de su hogar; esto es, 6 de cada 10 niños, niñas o adolescentes experimentó recientemente algún tipo de disciplina violenta (tabla 22). Lo anterior ubica a México en la media de los países de la región de América Latina y el Caribe. Donde países como Cuba (36%), Panamá (45%) o Costa Rica (46%), presentan menores porcentajes de disciplina violenta hacia niñas y niños. (INSP 2015).

Por su lado el Sistema Nacional y los 32 sistemas estatales para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) reportó hasta el 2010 haber atendido 36,195 casos de violencia, de los cuales se confirmó maltrato en 17,800 de ellos. Para el año 2014, el SNDIF atendió diariamente a 152 niñas, niños y adolescentes, en promedio, 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. En 8 de cada 10 casos de maltrato infantil, el padre o la madre fueron señalados como probables responsables. Por otro lado, de acuerdo con información del INEGI, en 3 de cada 100 casos de homicidios de niñas, niños y adolescentes (0-17 años) se identificó la presencia de violencia familiar (SIPINNA 2017).

Tabla 22 Porcentaje de niñas y niños menores de 6 años que experimentaron agresión psicológica o castigo físico durante el mes anterior a la encuesta

Disciplina infantil					
Porcentaje de niños/as de 1-5 años según métodos de disciplina infantil experimentados durante el último mes, México, 2015					
	Solo disciplina no violenta	Agresión psicológica	Castigo físico		Cualquier método violento de disciplina ¹
			Cualquiera	Severo	
Total	32.9	54.0	47.1	3.2	61.5
Sexo					
Hombre	32.4	53.1	49.9	2.8	61.5
Mujer	33.4	54.7	44.7	3.5	61.4
Región					
Noroeste	36.1	56.8	47.1	4.5	60.9
Noreste	35.0	45.3	37.6	3.7	50.8
Centro	18.6	70.2	72.3	3.6	80.7
CDMX-Edo México	43.8	49.2	32.9	4.0	54
Sur	30.4	54.0	50.8	0.5	66.6
Zona de residencia					
Urbana	32.2	56.4	46.3	2.1	61.3
Rural	34.9	47.0	49.3	6.2	61.9
Quintil de índice de riqueza					
Más pobre	29.4	53.6	49.3	2.8	63.1
Segundo	36.8	46.3	38.8	3.8	54.3
Medio	28.6	64.3	58.5	1.7	69.5
Cuarto	37.1	52.9	45.4	4.8	61.2
Más rico	28.8	66.0	51	2.7	69.0
Etnia del jefe del hogar					
Hogar indígena	31.3	43.9	40.4	2.7	55.1
Hogar no indígena	31.3	56.9	48.3	3.5	63.0

1. MICS indicador 8.3 - Disciplina violenta

Porcentaje de informantes que creen que el castigo físico es necesario para criar y educar a un niño/a

Fuente: ENIM 2015.

Los datos de la Procuraduría Federal de Protección a Niñas, Niños y Adolescentes (PFPNNA) indican que desde la dirección general de representación jurídica de niñas, niños y adolescentes se han atendido del 2016 a la fecha, 796 niños y niñas. Con respecto a los planes de restitución de derechos han sido 793, de los cuales hay 333 NNA que cuentan con medidas de protección (tabla 23). El procedimiento para la restitución de los derechos,

consiste primero en recibir el aviso de la existencia de una vulneración de derechos de algún NNA (esto puede ser por las unidades de salud, las escuelas, etc.). Siguiendo paso, se hacen las gestiones para que un grupo multidisciplinario conformado por un médico, un psicólogo, un trabajador social y un abogado, vaya al lugar, y determine si efectivamente hay alguna vulneración. Tercero, si se comprueba la vulneración se elabora un plan de restitución. Y cuarto, se dictan medidas de protección, que otras dependencias o entidades deberán acatar y darles cumplimiento, de manera que se logre restituir esos derechos que están vulnerados.

Aunque desafortunadamente no se consiguieron datos sobre la atención del SNDIF para el 2016, llama la atención la gran diferencia entre el total de casos de maltrato atendidos en el 2010 por el SNDIF (17,800 NNA), y los NNA atendidos por la procuraduría en sus tres años de operación: 853NNA.

Tabla 23 Total de niñas, niños y adolescentes atendidos por la PFP NNA del 2016 al 2018

DIRECCIÓN GENERAL DE REPRESENTACIÓN JURÍDICA DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES			
DATOS	2016	2017	2018 (JUNIO)
TOTAL DE NNA ATENDIDOS	388	342	66

DIRECCIÓN GENERAL DE RESTITUCIÓN DE DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES				
DATOS	2016	2017	2018 (JUNIO)	TOTAL
TOTAL DE NNA ATENDIDOS	204	362	287	853
NNA CON PLAN DE RESTITUCIÓN DE DERECHOS	132	308	353	793
NNA CON MEDIDA DE PROTECCIÓN	90	97	146	333
*En el año 2018 el número de NNA atendidos no concuerdan a la emisión de Planes de Restitución, derivado a que se expidieron 70 PR de NNA (genéricos y específicos), 1 modificación del mismo.				

Fuente: Procuraduría Federal de Protección a Niñas, Niños y Adolescentes, 2018.

Se registraron 5,894 casos de lesiones de niñas y niños de entre 1 y 6 años de edad, que fueron causados por algún tipo de violencia, para el periodo 2010-2015., de acuerdo con la información del Subsistema de Lesiones y Causas de Violencia de la Secretaría de Salud.

Tabla 24 Casos de lesiones y/o violencia por edad del 2010-2015

Años de edad	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total general
1	82	67	64	106	117	128	564
2	91	96	90	96	150	167	690
3	114	117	104	135	190	214	874
4	102	115	123	173	229	259	1,001
5	105	147	159	171	257	312	1,151
6	148	220	208	261	349	428	1,614
Total general	642	762	748	942	1,292	1,508	5,894

Fuente: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_lesiones_gobmx.html

El sistema cuenta con una base de datos abiertos, que va del año 2010 al 2015, y está conformada con los registros administrativos del Formato “hoja de registro de atención por violencia y/o lesión”. Este formato capta información del paciente, del agresor en casos de violencia y del lugar de ocurrencia, lo que permite desagregar información por edad del paciente, sexo, entidad federativa y municipio de ocurrencia, parentesco con el agresor, tipo de violencia y causa de la lesión (de acuerdo con la Clasificación internacional vigente). (ver tabla 24).

Oferta Gubernamental

Para prevenir el abuso, la negligencia y el maltrato el gobierno mexicano cuenta con algunas acciones focalizadas. El tema ha sido incorporado en la agenda muy recientemente a través de la LGDNNA, que fue aprobada en diciembre del 2014.

La GDNNA menciona tres tipos de medidas de protección:

- Medidas de protección especial ³⁷ son medidas para evitar que se restrinjan o limiten el ejercicio de los derechos de NNA y deben ser adoptadas por todos los organismos públicos de los tres niveles de gobierno. Éstas no son revisadas en este apartado, ya que son objeto de todo el diagnóstico. Es decir, todos los programas, acciones y normas revisados podrían ser consideradas medidas de protección especial para NN menores de 6 años.
- Medidas de restitución de derechos³⁸ se usan en casos de violaciones de derechos; y
- Medidas de protección urgente³⁹. Se tomarán cuando exista un riesgo inminente contra la vida, integridad o libertad de niñas, niños y adolescentes.

Estas 2 últimas medidas (2 y 3) las pueden elaborar tanto la PFPNNA, como las Procuradurías de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes de cada entidad federativa. Dichas Procuradurías llevan también poco tiempo en operación, menos de 3 años (se revisan más adelante).

Anteriormente a la Ley, el tema de prevención del abuso y violencia está mencionado en los siguientes programas:

³⁷ En su artículo 10 fracción segunda, la ley señala que “las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales del Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias, adoptarán *medidas de protección especial de derechos* de niñas, niños y adolescentes que se encuentren en situación de vulnerabilidad por circunstancias específicas de carácter socioeconómico, alimentario, psicológico, físico, discapacidad, identidad cultural, origen étnico o nacional, situación migratoria o apátrida, o bien, relacionadas con aspectos de género, preferencia sexual, creencias religiosas o prácticas culturales, u otros que restrinjan o limiten el ejercicio de sus derechos. y para restitución de derechos una vez violentados”

³⁸ en su artículo 12, la LGDNNA señala “Es obligación de toda persona que tenga conocimiento de casos de niñas, niños y adolescentes que sufran o hayan sufrido, en cualquier forma, violación de sus derechos, hacerlo del conocimiento inmediato de las autoridades competentes, de manera que pueda seguirse la investigación correspondiente y, en su caso, instrumentar las *medidas cautelares, de protección y de restitución integrales* procedentes en términos de las disposiciones aplicables

³⁹ También están las medidas urgentes, que, siguiendo el artículo 22 de la LGDNNA, las procuradurías de protección deberán “solicitar al Ministerio Público competente la imposición de *medidas urgentes de protección especial* idóneas, cuando exista un riesgo inminente contra la vida, integridad o libertad de niñas, niños y adolescentes, quien deberá decretarlas a más tardar, durante las siguientes 3 horas a la recepción de la solicitud, dando aviso de inmediato a la autoridad jurisdiccional competente. Son medidas urgentes de protección especial en relación con niñas, niños y adolescentes, además de las establecidas en el Código Nacional de Procedimientos Penales, las siguientes: a) El ingreso de una niña, niño o adolescente a un centro de asistencia social, y b) La atención médica inmediata por parte de alguna institución del Sistema Nacional de Salud. Dentro de las 24 horas siguientes a la imposición de la medida urgente de protección, el órgano jurisdiccional competente deberá pronunciarse sobre la cancelación, ratificación o modificación de la medida que se encuentre vigente

Programa de Acción Específico Salud de la Infancia y la Adolescencia 2013-2018

Entre las líneas de acción más destacables de este programa se encuentran: implementar acciones de vigilancia de la nutrición en niñas, niños y adolescentes; elaborar intervenciones para la prevención en maltrato infantil y la violencia en la adolescencia y está a cargo de CENSIA.

Objetivo 1. Disminuir la morbilidad y mortalidad en menores de 19 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad.

Estrategia 1.2. Implementar acciones para la prevención del maltrato infantil y violencia en adolescentes, con equidad de género y enfoque de derechos.

Línea de acción: 1.2.1. Elaborar intervenciones para la prevención en maltrato infantil y violencia en la adolescencia.

A partir de estas líneas de acción dentro del CENSIA, se diseñó un componente específico:

Componente Prevención de la Violencia y el Maltrato en el Ámbito Familiar del CENSIA

Uno de los componentes del Programa de Salud en la Infancia, descritos en sus lineamientos para el 2018 (Lineamientos de Salud en la Infancia 2018), es la Prevención de la Violencia y el Maltrato en el Ámbito Familiar.

El documento define el maltrato infantil como “la acción omisión o el trato negligente, no accidental que priva a la niña o al niño de sus derechos y bienestar, que amenaza y/o interfiere en su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad” (lineamientos CENSIA 2018).

Tanto el objetivo general como los objetivos específicos se centran en acciones de capacitación y sensibilización. El primero es “capacitar al personal de salud y dar orientación a las madres, padres o cuidadores de las niñas y niños acerca de la Prevención de la violencia y el Maltrato Infantil en el Ámbito Familiar.”

Las estrategias son dos. La primera capacitar en materia de prevención al primer nivel de atención. Y la segunda: fomentar en las familias la prevención de la violencia y el maltrato. A través de tres líneas de acción: brindar información; general competencias en los

cuidadores para brindar una atención física y psicológica adecuada a sus hijos, mejorando las relaciones parentales, y orientar los requerimientos de las niñas y niños según su edad.

Para monitorear la estrategia se cuenta con un indicador:

Porcentaje de sesiones informativas otorgadas a madres, padres o tutores en prevención del maltrato.

Se tiene la meta de realizar al menos el 70% de las 141 sesiones programadas sobre prevención del maltrato infantil en el año.

En 2017 se decidió construir un Manual de Protección y Prevención de Violencia Contra las Niñas y Niños, con la participación del CENSIA en la Comisión para Poner Fin a toda Forma de Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes (COMPREVNNA), y la vinculación de los trabajos de esta comisión con el Plan de Acción de México vinculado con la Alianza Global para Poner Fin a toda Forma de Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes, en conjunto con el Grupo Interinstitucional para Prevención de Maltrato Infantil. Este documento se encuentra en desarrollo con apoyo de expertos de UNICEF, Oficina de Defensoría de los Derechos de la Infancia (ODDI), y otras instituciones enfocadas a la prevención del maltrato a nivel nacional e internacional. Además, este documento atiende a la Acción 18 del Plan: Fortalecer la identificación de signos y síntomas de sospecha y referencia inmediata para diagnóstico y tratamiento oportuno, integral y efectivo en el sector salud de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia en el ámbito familiar.

Una vez concluido el Manual de Protección y Prevención de Violencia Contra las Niñas y Niños se va a convertir en un protocolo de referencia, lo que hará obligatorio su cumplimiento para el personal de salud. También permitirá delimitar atribuciones y responsabilidades, entre el personal de salud y lo que le toca a hacer a otros actores.

El Código Penal de Puebla es el único ordenamiento que prevé la responsabilidad de quienes, teniendo conocimiento de la comisión del delito de violación en contra de menores de 12 años, no denuncie los hechos a fin de evitar la continuación del ilícito.

Programa E041 Protección y Restitución de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes

También en el Sector Salud se identifica el programa **E041 Protección y Restitución de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes** a cargo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. En sus indicadores tanto a nivel de componente como de actividad destacan los relacionados a la restitución de los derechos de los niños cuando estos ya han sido violados. Sus objetivos a nivel de componente son:

- Representaciones jurídicas brindadas a niñas, niños y adolescentes involucrados en procedimientos administrativos y/o judiciales.
- Adopciones nacionales e internacionales de niñas, niños y adolescentes concluidas.
- Planes de restitución y medidas de protección realizados a niñas, niños y adolescentes que se les han vulnerado sus derechos
- Centros de asistencia social inscritos en el Registro Nacional.

El programa presupuestal E041, Protección y Restitución de Derechos de Niños Niñas y Adolescentes busca atender algunas problemáticas que anteriormente atendía el programa de Protección y Desarrollo Integral de la infancia también operado por SNDIF. El objetivo del actual programa es contribuir a cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país mediante la atención, protección y restitución de los derechos de niñas, niños y adolescentes (website transparencia presupuestaria).

El programa “*coordina a nivel Federal y estatal las Procuradurías de Protección de NNA, para la debida determinación, coordinación de la ejecución y seguimiento de las medidas de protección integral y restitución de los derechos de niñas, niños y adolescentes, a través de sus planes de restitución de derechos, representaciones jurídicas brindadas a los niños, niñas y adolescentes, así como el establecimiento de mecanismos para la autorización, registro, certificación y supervisión de Centros de Asistencia Social y procesos de adopción*” (ficha monitoreo de CONEVAL).

La LGDNNA en su capítulo segundo, de las procuradurías de Protección, detalla primero que deben existir las procuradurías y que podrán solicitar el auxilio de autoridades de los tres órdenes de gobierno, las que estarán obligadas a proporcionarlo de conformidad con

las disposiciones aplicables. Después en su Artículo 122 se listan 16 atribuciones de las procuradurías (ver recuadro 2)

Recuadro 2 Atribuciones de las procuradurías

<i>Atribuciones de las procuradurías.</i>	
I.	Procurar la protección integral de niñas, niños y adolescentes que prevé la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los tratados internacionales, esta Ley y demás disposiciones aplicables. Dicha protección integral deberá abarcar, por lo menos: a) Atención médica y psicológica; b) Seguimiento a las actividades académicas y entorno social y cultural, y c) La inclusión, en su caso, de quienes ejerzan la patria potestad, tutela o guarda y custodia de niñas, niños y adolescentes en las medidas de rehabilitación y asistencia;
II.	Prestar asesoría y representación en suplencia a niñas, niños y adolescentes involucrados en procedimientos judiciales o administrativos, sin perjuicio de las atribuciones que le correspondan al Ministerio Público, así como intervenir oficiosamente, con representación coadyuvante, en todos los procedimientos jurisdiccionales y administrativos en que participen niñas, niños y adolescentes, de conformidad con lo dispuesto en la presente Ley y demás disposiciones aplicables;
III.	Coordinar la ejecución y dar seguimiento a las medidas de protección para la restitución integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes, a fin de que las instituciones competentes actúen de manera oportuna y articulada;
IV.	Fungir como conciliador y mediador en casos de conflicto familiar, cuando los derechos de niñas, niños y adolescentes hayan sido restringidos o vulnerados, conforme a las disposiciones aplicables. La conciliación no procederá en casos de violencia;
V.	Denunciar ante el Ministerio Público aquellos hechos que se presuman constitutivos de delito en contra de niñas, niños y adolescentes;
VI.	Solicitar al Ministerio Público competente la imposición de medidas urgentes de protección especial idóneas, cuando exista un riesgo inminente contra la vida, integridad o libertad de niñas, niños y adolescentes, quien deberá decretarlas a más tardar, durante las siguientes 3 horas a la recepción de la solicitud, dando aviso de inmediato a la autoridad jurisdiccional competente. Son medidas urgentes de protección especial en relación con niñas, niños y adolescentes, además de las establecidas en el Código Nacional de Procedimientos Penales, las siguientes: a) El ingreso de una niña, niño o adolescente a un centro de asistencia social, y b) La atención médica inmediata por parte de alguna institución del Sistema Nacional de Salud. Dentro de las 24 horas siguientes a la imposición de la medida urgente de protección, el órgano jurisdiccional competente deberá pronunciarse sobre la cancelación, ratificación o modificación de la medida que se encuentre vigente;
VII.	Ordenar, fundada y motivadamente, bajo su más estricta responsabilidad, la aplicación de medidas urgentes de protección especial establecidas en la fracción anterior, cuando exista riesgo inminente contra la vida, integridad o libertad de niñas, niños o adolescentes, dando aviso de inmediato al ministerio público y a la autoridad jurisdiccional competente. Dentro de las 24 horas siguientes a la imposición de la medida urgente de protección el órgano jurisdiccional competente deberá pronunciarse sobre la cancelación, ratificación o modificación de la medida que se encuentre vigente. Para la imposición de las medidas urgentes de protección, el Procurador de Protección podrá solicitar el auxilio de las instituciones policiales competentes. En caso de incumplimiento de las medidas urgentes de protección, el Procurador de Protección podrá solicitar la imposición de las medidas de apremio correspondientes a la autoridad competente;
VIII.	Promover la participación de los sectores público, social y privado en la planificación y

- ejecución de acciones a favor de la atención, defensa y protección de niñas, niños y adolescentes;
- IX. Asesorar a las autoridades competentes y a los sectores público, social y privado en el cumplimiento del marco normativo relativo a la protección de niñas, niños y adolescentes, conforme a las disposiciones aplicables;
 - X. Desarrollar los lineamientos y procedimientos a los que se sujetarán para la restitución de los derechos de niñas, niños y adolescentes;
 - XI. Coadyuvar con el Sistema Nacional DIF y los Sistemas de las Entidades en la elaboración de los lineamientos y procedimientos para registrar, capacitar, evaluar y certificar a las familias que resulten idóneas, considerando los requisitos señalados para el acogimiento pre-adoptivo, así como para emitir los certificados de idoneidad; XII. Proporcionar información para integrar y sistematizar el Registro Nacional de Centros de Asistencia Social;
 - XII. Supervisar el debido funcionamiento de los centros de asistencia social y, en su caso, ejercer las acciones legales que correspondan por el incumplimiento de los requisitos que establece la presente Ley y demás disposiciones aplicables;
 - XIII. Supervisar la ejecución de las medidas especiales de protección de niñas, niños y adolescentes que hayan sido separados de su familia de origen por resolución judicial;
 - XIV. Realizar y promover estudios e investigaciones para fortalecer las acciones a favor de la atención, defensa y protección de niñas, niños y adolescentes, con el fin de difundirlos entre las autoridades competentes y los sectores público, social y privado para su incorporación en los programas respectivos, y
 - XV. Las demás que les confieran otras disposiciones aplicables.

En el siguiente artículo, el 123, se describe el procedimiento que deben seguir las procuradurías para solicitar la protección y restitución integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes: I. Detectar o recibir casos de restricción y vulneración de derechos de niñas, niños y adolescentes; II. Acercarse a la familia o lugares en donde se encuentren los niñas, niños y adolescentes para diagnosticar la situación de sus derechos cuando exista información sobre posible restricción o vulneración de los mismos; III. Determinar en cada uno de los casos identificados los derechos que se encuentran restringidos o vulnerados; IV. Elaborar, bajo el principio del interés superior de la niñez, un diagnóstico sobre la situación de vulneración y un plan de restitución de derechos, que incluya las propuestas de medidas para su protección; V. Acordar y coordinar con las instituciones que corresponda el cumplimiento del plan de restitución de derechos, y VI. Dar seguimiento a cada una de las acciones del plan de restitución de derechos, hasta cerciorarse de que todos los derechos de la niña, niño o adolescente se encuentren garantizados. (LGDNNA 2014)

Este procedimiento deberá realizarse tanto en las procuradurías estatales como en la federal. Para el caso federal, se cuenta con un único equipo multidisciplinario encargado de

determinar los derechos que se encuentran restringidos. El equipo está conformado por un médico un psicólogo, un trabajador social y un abogado. La falta de recursos ha impedido que se contrate más personal, y se tenga más equipos. Un único equipo no es suficiente para atender todas las vulneraciones que se denuncian a la procuraduría federal.

El programa tiene como población potencial, los más de 34 millones de NNA “Todas aquéllas niñas, niños y adolescentes que se encuentran en territorio nacional que independientemente de su situación socioeconómica puedan ser susceptibles de violaciones en sus derechos”. Su población objetivo son 1500 , que son Niñas, niños y adolescentes que sean involucrados como testigos, víctimas, etc. en delitos del orden federal y vulnerados; atención protección y restitución de derechos de niñas, niños y adolescentes migrantes nacionales y extranjeros y; atención y protección a casos de maltrato infantil; atención a familiares y a niñas, niños y adolescentes en asesorías y representaciones jurídicas y vulnerados en sus derechos. Y por último su población atendida, 2141 NNA beneficiados con los servicios ofrecidos por la PFPNNA a través del programa E041, durante el ejercicio fiscal 2016.

En total la PFPNNA se organiza en cinco áreas. De las cuales, tres son áreas sustantivas:

1. Dirección general de restitución de derechos
2. Dirección jurídica de niños, niñas y adolescentes, ejercen la representación en suplencia en coadyuvancia, intervienen también en el tema de la asesoría, la representación jurídica, en el tema de adopciones.
3. Dirección de regulaciones de centros de asistencia social. Se encarga de coordinarse con los estados para el registro nacional.

Y otras dos áreas son administrativas.

4. Dirección general de coordinación y políticas, que se encarga de la coordinación con procuradurías y la asistencia a las distintas comisiones intersecretariales donde los NNA están presentes.
5. Dirección de normatividad promoción y difusión de los derechos de NNA, le corresponde capacitaciones, algunas cuestiones metodológicas, elaboración de estudios, investigaciones y mejora de procedimientos. Esta dirección es responsable también de dar pláticas sobre prevención de violencia a los CAI.

El programa no cuenta con padrón de beneficiarios. “El Programa ha señalado que no se tienen padrones de beneficiarios porque están en construcción. Se tiene un sistema de formatos de registros con base en los que se harán los padrones de beneficiarios, mismos que estarán bajo los criterios de la LGPNNA, su reglamento y documentos normativos del Programa. Se ha planteado que éste representa un gran reto para la Procuraduría pues los datos con los que se contaba anteriormente son inexistentes o no son fidedignos. (Anexo 3 e041.pdf, la liga a este docto se obtuvo de inventario CONEVAL 2016)

- El Programa cuenta con una Matriz de Indicadores de Resultados y sus elementos correspondientes. Se ha informado que ésta fue construida antes de la integración de la PFPNNA. En tal sentido, en la evaluación de CONEVAL se le sugiere revisarla con base en los derechos que la Procuraduría protege y/o restituye y construir las Actividades y Componentes con base en los objetivos e indicadores que sugiere el manual de CONEVAL para elaborar la MIR. (CONEVAL 2016).

Los objetivos y sus metas aprobadas para el 2018, a continuación:

Nivel Actividad:

- 50 inscripciones de centros de asistencia social realizadas.
- 1900 representaciones jurídicas de niñas, niños o adolescentes realizadas. De las cuales se lleva un avance del 23.26% a marzo del 2018.
- 120 solicitudes atendidas para la adopción nacional e internacional de niñas, niños o adolescentes.
- 687 diagnósticos realizados para la elaboración de planes de restitución de derechos y medidas de protección. A marzo del 2018, se lleva un avance del 49% de la meta programada.
- 240 estudios psicológicos y diagnósticos sociales elaborados para la adopción nacional e internacional.
- 12 visitas realizadas a los centros federales de readaptación social para verificar la aplicación de los protocolos de atención de niñas y niños. (website transparencia).

Nivel componente:

- Representaciones jurídicas brindadas a niñas, niños y adolescentes involucrados en procedimientos administrativos y/o judiciales.
- 10 adopciones nacionales e internacionales concluidas.
- 350 planes de restitución de derechos y medidas de protección realizados.
- 1000 asistencias y asesorías jurídicas brindadas.
- 12 supervisiones realizadas, de protocolos de atención a niñas y niños que viven con sus madres privadas de su libertad.

En términos de áreas de mejora, las evaluaciones del CONEVAL, recomiendan:

Mejorar la justificación de la creación y diseño del Programa, lo que implica delimitar con mayor claridad la problemática que atiende. También propone revisar la sectorización, ya que en la MIR menciona que contribuye a los objetivos de salud, cuando los programas y acciones que realiza son materia jurídica, adopciones, tutela de menores, inclusión social, migración, problemáticas asociadas a la infancia y adolescencia. Así que no tienen una vinculación directa con los servicios de salud. □

Acotar la población potencial a las NNA que son vulnerados en su derecho a la familia o en su derecho a la protección integral de los derechos que brinda la PFPNNA y cuantificar en este sentido. □ Hacer énfasis en que el Programa no puede seleccionar a su Población Objetivo pues esto sería discriminatorio por ser derechos que la PFPNNA debe garantizar, sin embargo, sus procedimientos son encaminados a la atención por competencia y no a la selección.

Por último, enfatizar que la capacidad instalada es muy inferior a la demanda existente de restitución de servicios. La falta de recursos humanos y financieros impide ampliar la capacidad de respuesta, también limita los esfuerzos por difundir el trabajo de la procuraduría, “si aún sin difusión no se dan abasto, si la población comenzara a denunciar más sería imposible atenderlos” (Director General de Relaciones Interinstitucionales y de Políticas de la Procuraduría federal de protección de Niños Niñas y Adolescentes 2018).

En el 2016 se canalizaron 339 reportes y se solicitaron ocho medidas de protección urgentes, a favor de niñas, niños y adolescentes. Además, se atendieron 1,701 casos de

asistencia y asesoría jurídica, en materias de pensión alimenticia, guarda y custodia, delitos sexuales, régimen de convivencias, pérdida de patria potestad, entre otras .

Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia 2014-2018

El Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia 2014-2018 contempla de manera explícita la atención a los factores que generan los ambientes tóxicos para la infancia.

Esto lo detalla en su objetivo 2. Reducir la vulnerabilidad ante la violencia y la delincuencia de las poblaciones de atención prioritaria. Y en su estrategia 2.1 Implementar medidas que disminuyan los factores de riesgo de que niñas y niños vivan situaciones de violencia y delincuencia.

Siendo un Programa transversal se involucran varias dependencias en el desarrollo de las líneas de acción.

Correspondencia de Dependencias derivadas del objetivo 2. Y la estrategia 2.1.

Líneas de acción	Instituciones
2.1.1 Promover acciones de convivencia democrática y de respeto a los derechos de la infancia en el ámbito familiar.	SEDESOL SALUD SEDATU SEGOB
2.1.2 Promover acciones para fortalecer competencias parentales que apoyen el desarrollo de niñas y niños.	SEGOB
2.1.3 Promover acciones que favorezcan el buen desempeño y permanencia escolar para evitar la deserción de niñas y niños.	SEP SEDESOL SEGOB
2.1.4 Ejecutar acciones de prevención y atención de la violencia y discriminación en el ámbito escolar.	SEP SALUD SEGOB
2.1.5 Promover la participación y formación ciudadana en niñas y niños para la prevención social de violencia y delincuencia.	SEP SEGOB
2.1.6 Fomentar actividades culturales y deportivas para niñas y niños para desarrollar estilos de vida saludables y libres de violencia.	SEP SALUD SEGOB
2.1.7 Impulsar acciones permanentes de prevención del maltrato y abuso infantil, de denuncia y atención psicosocial a víctimas de estos delitos.	SALUD SEGOB

2.1.8 Desarrollar acciones de prevención de la explotación sexual comercial y la trata de niñas y niños	SNDIF SEGOB
2.1.9 Promover el uso responsable del Internet para prevenir delitos cibernéticos contra la infancia	SEGOB

Las líneas de acción de interés no se ven reflejadas en los indicadores del Objetivo.

Programa presupuestario Fomento de la cultura de la participación ciudadana en la prevención del delito P023.

El programa presupuestario asociado al Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia 2014-2018 es el P023 Fomento de la cultura de la participación ciudadana en la prevención del delito. A pesar de que en su objetivo se menciona claramente: “Aplicar, evaluar y dar seguimiento del Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia”, de la lectura del programa y su matriz de indicadores no fue posible identificar cómo se concretan las acciones de prevención y denuncia del maltrato infantil.

Programa presupuestario: Fomento de la cultura de la participación ciudadana en la prevención del delito

Ramo	Unidad Responsable	Clave PP	Programa Presupuestario	Monto PEF 2017
04 Gobernación	500-Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana	P023	Fomento de la cultura de la participación ciudadana en la prevención del delito	\$ 213,992,264.00

Los objetivos a nivel de actividad están encaminados a capacitar al personal de los gobiernos estatales y municipales sobre la elaboración e implementación de estrategias locales de prevención social de la violencia y la delincuencia. También elaboración de instrumentos, informes, estudios y manuales, y acciones de concertación entre

dependencias y entidades federales para diseñar los procesos de prevención social que serán implementadas en zonas de atención prioritaria del Programa Nacional.

No se identificó enfoque de primera infancia en ningún de los objetivos ni en los indicadores.

Alianza global para poner fin a la violencia contra las niñas, niños y adolescentes.

Otra estrategia para detener la violencia, es la “Alianza Global Para Poner Fin a la Violencia Contra Niñas Niños y Adolescentes”. La Alianza es una iniciativa que promueven distintos países, organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil. Está encabezada por una Secretaría con sede en UNICEF en Nueva York, responsable de las actividades y promoción de la Alianza, así como proporcionar apoyo técnico a los países.

El objetivo es que los gobiernos, en colaboración con la sociedad civil, asuman que poner fin a la violencia es fundamental y se comprometan a implementar, de manera prioritaria y urgente, acciones concretas que visibilicen, pre-vengan, atiendan y eliminen la violencia contra niñas, niños y adolescentes. El documento menciona que es “una oportunidad global para:

- **Visibilizar, sensibilizar y tomar conciencia** sobre el impacto que tiene la violencia en la vida de las niñas, niños y adolescentes.
- **Comprometerse en poner fin** a todas las formas de violencia contra la niñez, asumiendo que es un asunto prioritario y urgente.
- **Poner en acción este compromiso**, incrementando los recursos y acciones para identificar, prevenir, atender y dar respuesta a todas las formas de violencia.
- **Movilizar y articular a todos los sectores de la sociedad**, pues sólo mediante la colaboración y coordinación se puede actuar contra la violencia.”(Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes 2017)

En el plan de acción para México, se enlistan “Acciones a mediano y largo plazo en la prevención y atención de la violencia contra niñas, niños y adolescentes” la gran mayoría de las acciones son para todos los NNA, sin embargo, existen algunas específicas para

primera infancia, por ejemplo “Desarrollar programas de prevención enfocados en la primera infancia y que se trabaje con las madres y padres desde el embarazo”. También en la parte de retos en la prevención y atención de la violencia, se encontró para las OSC “Involucrar a las madres y padres de familia en procesos de búsqueda de soluciones conjuntas de prevención de la violencia desde el seno familiar y con apoyo de la comunidad en los lugares comunes, públicos. Es necesario enfocarse en la primera infancia como medida preventiva.” (SIPINNA 2017).

Dado que la iniciativa es reciente, aún no se cuenta con avances cuantificados o resultados para reportar.

Campaña en medios del SIPINNA

A través de sus redes sociales el SIPINNA comparte mensajes que invitan desnormalizar la violencia, y son parte de las acciones de la alianza global para poner fin a la violencia contra niños, niñas y adolescentes.

“¡Los golpes e insultos no educan! Para formar a [#niñas](#) y [#niños](#) más [#felices](#), es necesario desnormalizar la violencia hacia ellos. [#Mamá](#), [#Papá](#), [#Maestra](#), [#Maestro](#), aquí otras ventajas de la [#CrianzaPositiva](#) [#SIPINNA](#) “

NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres, antes NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar

Tiene por objeto establecer los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y la orientación que se proporciona a las y los usuarios de los servicios de salud en general y en particular a quienes se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual, así como en la notificación de los casos.

En la propia Norma, indica que 5.10. Las instituciones del sector público, social y privado que otorguen atención médica a las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar o sexual, deberán dar aviso al Ministerio Público con el formato que se anexa en el Apéndice Informativo 1 de esta Norma, para los efectos de procuración de justicia a que haya lugar.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Además en el quinto informe de gobierno, se reportó que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia realizó más de 6 mil actividades que comprenden prácticas de crianza positiva y competencias parentales, relaciones de buen trato en la amistad y el noviazgo, talleres familiares para el desarrollo de habilidades de buen trato, actividades deportivas y educativas en escuelas primarias y secundarias, que contribuyeron en la prevención de situaciones de maltrato infantil, en beneficio de 85,359 niños en 17 municipios del país.

AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO

(APENDICE INFORMATIVO 1)

		Folio			
Nombre, razón o denominación social del establecimiento					
Institución			Localidad		
Municipio					
C.P.		Entidad federativa			
Servicio		Cama		Fecha de elaboración	
				Día	Mes
				Año	
Usuario (a) o afectado (a) de violencia				Sexo	
				M	F
Nombre (s)			Edad		
Apellido Paterno			Apellido Materno		
Domicilio					
	Calle	Número Exterior	Número Interior	Barrio o colonia	
Domicilio					
	Localidad	Municipio	Entidad federativa		
Fecha de atención médica				Hora de recepción del usuario (a) afectado (a).	
	Día	Mes	Año	Horas	Minutos
Motivo de atención médica					
Diagnóstico (s)					
Evolución, acto notificado, reporte de lesiones, en su caso, reporte de probable causa de muerte:					
Plan:					
a) Farmacoterapia					
b) Exámenes de laboratorio					
c) Canalización			Referencia		
Seguimiento del caso:					
Área de trabajo social			Área de psicología		
Área de medicina preventiva			Área de asistencia social		
Pronóstico					
Notificación				Agencia del Ministerio Público	
	Día	Mes	Año		
Nombre y cargo del receptor					



En el apartado número 7 de la misma NOM, Registro de la información menciona “7.2. Para cada probable caso de violencia familiar, sexual y contra las mujeres atendido por las instituciones del Sistema Nacional de Salud deberá llenarse además el formato estadístico denominado Registro de Atención en Casos de Violencia Familiar o Sexual, el cual contiene variables sobre las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar o sexual, el evento más reciente para cada caso detectado y la atención proporcionada conforme al Apéndice Informativo 2. Las instituciones podrán diseñar su propio formato, el cual deberá contener las variables señaladas en dicho Apéndice” (NOM-046).

REGISTRO DE ATENCIÓN EN CASOS DE VIOLENCIA FAMILIAR O SEXUAL

(APENDICE INFORMATIVO 2)

Unidad Médica Folio

Nombre Institución

Localidad Municipio Entidad

CLUES

USUARIO(A) AFECTADO(A)	1. Nombre <input type="text"/>	3. Edad <input type="text"/>	4. Sexo <input type="text"/>	5. Está embarazada <input type="text"/>	6. Discapacidad <input type="text"/>	7. Derechohabilidad <input type="text"/>
	Apellido (Paderno Materno Nombres) <input type="text"/>	años <input type="text"/>	1. Masculino <input type="text"/>	1. sí 2. no <input type="text"/>	1. sí 2. no <input type="text"/>	1. IMSS 2. ISSSTE 3. SEGURO POPULAR 4. PEMEX 5. SEDENA 6. SECMAR 7. OTRO 8. NO
	2. CURP <input type="text"/>					

8. Domicilio <input type="text"/>
Calle <input type="text"/> Número Exterior <input type="text"/> Número Interior <input type="text"/> Barrio o Colonia <input type="text"/>
Localidad <input type="text"/> Municipio <input type="text"/> Entidad Federativa <input type="text"/>

EVENTO MAS RECIENTE	1. Fecha de ocurrencia <input type="text"/>	3. Prevalencia <input type="text"/>	5. Fue en día festivo <input type="text"/>	6. Sitio de ocurrencia <input type="text"/>
	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	1. Primera vez 2. Subsecuente <input type="text"/>	1. sí 2. no <input type="text"/>	1. Hogar 2. Escuela 3. Recreación y deporte 4. Calle 5. Transporte público 6. Automóvil particular 7. Centro de trabajo 8. Otro <u>especificar</u>
	2. Tipo de violencia <input type="text"/>	4. Día de la semana en que ocurrió <input type="text"/>		

EVENTO MAS RECIENTE	1. Física 2. Sexual 3. Psicológica 4. Abandono <input type="text"/>	4. Día de la semana en que ocurrió <input type="text"/>	8. Agente de la lesión <input type="text"/>	9. Lugar del cuerpo afectado <input type="text"/>
	1. Contusión 2. Luxación 3. Fractura 4. Herida 5. Asfixia mecánica 6. Ahorcamiento 7. Quemadura 8. Cicatrices 9. Aborto 10. ITS 11. Embarazo 12. Depresión 13. Trastornos de ansiedad 14. Trastornos psiquiátricos 15. Defunción 16. Otra <input type="text"/>	1. Lunes 2. martes 3. miércoles 4. jueves 5. viernes 6. sábado 7. domingo	1. Fuego, flama, sustancia caliente 2. Sustancias sólidas, líquidas y gaseosas tóxicas 3. Objeto punzon-cortante 4. Objeto contundente 5. Golpe contra piso o pared 6. Pie o mano 7. Arma de fuego 8. Amenaza y violencia verbal 9. Múltiple 10. Otra 11. Se ignora	1. Cabeza o cuello 2. Cara 3. Brazos y manos 4. Tórax 5. Columna vertebral 6. Abdomen y/o pelvis 7. Espalda y/o glúteos 8. Piernas y/o pies 9. Área genital 10. Múltiple
	7. Consecuencia Resultante <input type="text"/>			

PROBABLE ASESORA	1. Edad <input type="text"/>	2. Sexo <input type="text"/>	3. Parentesco con la o el afectado <input type="text"/>
	Años <input type="text"/>	1. Masculino 2. Femenino <input type="text"/>	1. Padre 2. Madre 3. Padrastro 4. Madrastra 5. Cónyuge o pareja conviviente 6. Otro pariente 7. novio o pareja eventual 8. Sin parentesco - conocido 9. Sin parentesco - desconocido

ATENCIÓN	1. Fecha de ocurrencia <input type="text"/>	3. Atenciones Otorgadas <input type="text"/>	6. Destino después de la atención <input type="text"/>
	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	1. Tratamiento médico 2. Tratamiento quirúrgico 3. Tratamiento psicológico o psiquiátrico 4. Otro	1. Domicilio 2. Consulta externa 3. Hospitalización 4. Traslado a otra unidad médica 5. Grupos de autoayuda mutua 6. Refugio o albergue 7. Unidades de atención especializada en violencia familiar y sexual 8. DIF 9. Otro

Notificación fecha

Día Mes Año

Notificante Nombre

Firma

FORMATO ESTADISTICO PARA USO EXCLUSIVO DE LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
NOTA: DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS DE LA PRESENTE NORMA, LA PERSONA RESPONSABLE DE LA UNIDAD MEDICA DE ATENCIÓN A LA SALUD TIENE LA OBLIGATORIEDAD DE DAR AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO.

Brecha

Evitar que los niños sean maltratados es fundamental para proteger sus cerebros, mejorar su desarrollo en la primera infancia y sentar las bases para la salud y el bienestar de por vida.

Existen estrategias basadas en la evidencia que abordan el contexto más amplio en el que las personas maltratan a los niños. Incluyen prestar atención al cuidado cariñoso y sensible y métodos de disciplina no violenta, a fin de crear interacciones positivas entre cuidadores y niños. A pesar de esto, los enfoques basados en la evidencia para abordar el maltrato infantil todavía están poco desarrollados en la mayoría de los países de ingresos bajos y medios. México, como se verá más adelante, cuenta con algunas acciones para fomentar la crianza positiva de reciente creación. Lo que se tiene más desarrollado, son enfoques reactivos ante el maltrato y violencia infantil, es decir, después de que ha sucedido, se busca primero para detectar los abusos cometidos y dar atención en salud, y segundo para restituir los derechos que han sido violados mediante la representación jurídica principalmente.

Gracias a la aparición de en Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la Meta 16.2: "Terminar con todas las formas de violencia contra los niños", se ha avanzado a través de la Alianza Global para terminar con todas las formas de violencia. Sin embargo, es muy reciente para mostrar avances y menos para que los resultados sean medibles.

Las acciones identificadas atienden de manera tangencial el problema específico de la primera infancia, y tienen *coberturas* muy bajas, tanto en prevención (meta de 98 talleres para cuidadores y familias) como en restitución de derechos (aproximadamente 1,000 NNA atendidos por la PFPNNA en 3 años), a pesar de que a prevalencia de la violencia contra los niños es alta en México, incluido el abuso psicológico, el abuso físico, el abuso sexual y el abandono.

Dado que las cifras nacionales de maltrato siguen en aumento, es necesario cuestionar la eficacia de la actual estrategia –si es que la hay- o de las acciones aisladas para atacar este problema. A partir del 2017 se cuenta con nuevas estrategias para solucionarlo gracias a la Alianza global para poner fin a la violencia contra las niñas, niños y adolescentes, y las acciones de la COMPREVNNA, sin embargo, la falta de recursos no ha permitido que se

pongan en marcha en su totalidad, ni que sean evaluadas en sus resultados. Los otros programas revisados en el diagnóstico son de reciente creación.

Faltan *indicadores* de proceso de denuncia, procesamiento, atención y restitución. También falta segmentarlos por edad, dado que las procuradurías atienden a NNA, la información agregada para todos los NNA, no es útil para evaluar primera infancia en particular. Esta ausencia de indicadores y de homogeneidad entre los que existen se debe a diferentes razones: a. No existe una definición precisa, concreta y clara del fenómeno para que pueda ser empleada por todos los profesionales que intervienen en esta patología, de una manera universal. b. No se dispone de un registro nacional. c. La mayoría de los profesionales que interviene en la atención de estos casos tienen un conocimiento muy pobre de esta problemática. d. La sociedad tiene una cultura de la denuncia muy precaria. La comisión ejecutiva de atención a víctimas, también hace referencia a la diversidad de datos y fuentes, comenta “de manera general podemos concluir que a pesar de existir normas y –en algunos casos – formatos para el registro de información sobre las víctimas de violencia, sobre las prácticas o delitos, sobre los servicios brindados y/o sobre las presuntas personas agresoras, resulta evidente que en términos generales cada dependencia registra las variables que considera relevantes y lo hace de manera distinta, considerando diferentes rangos, periodos, y tipo de información” .

Ninguna de las acciones revisadas son exclusivas para primera infancia. Todas las subsumen en NNA. Lo que no permite que se analice con más profundidad las peculiaridades de esta población, por ejemplo, su incapacidad para comunicarse con palabras, o para denunciar el agravio. Tampoco se reconoce que son quienes más riesgos enfrentan.

Si bien la NOM se crea en 1999, y se actualiza en 2005, la actualización pierde el foco en infancia y se fortalece la atención a las mujeres adultas (la palabra niños solo se menciona 2 veces en toda la norma).

- El marco de Cuidado Cariñoso y Sensible promueve siete estrategias, a saber (i) Implementación y aplicación de leyes; (ii) Normas y valores; (iii) crear entornos seguros; (iv) Apoyo de padres y cuidadores; (v) Ingresos y fortalecimiento económico; (vi) Servicios receptivos y (vii) Educación y habilidades para la vida. Las sugerencias tienen que ver con perfeccionar un rol que no es frecuente

tratándose de la atención a niñas, niños y adolescentes (NNA): el de articular y coordinar acciones para la restitución integral de derechos (medidas de protección especial), en lugar de atender de manera directa las necesidades de NNA.

6. Prevención de la violencia infligida por la pareja y la familia

Importancia

Uno de los problemas más cotidianos de la violencia que enfrentan niñas, niños y adolescentes es el maltrato por parte de sus madres, padres y/o cuidadores. Ésta es en parte resultado de la propia violencia infligida por la pareja y la familia hacia las mujeres madres. La mujer quien es cuidadora y madre, enfrenta múltiples dificultades para proveer un cuidado cariñoso y sensible. Este elemento se vincula con la salud mental de madres, padres y cuidadores comentado en el dominio nutrición.

Diagnóstico

En una encuesta realizada por la UNAM, las personas encuestadas señalaron que los principales problemas de la niñez están vinculados con diversas formas de violencia u omisión de cuidados. En este sentido, la violencia entre los padres fue la más mencionada (34.7%), en segundo lugar la condición económica de la familia (28.3%) y por último el maltrato (14.3%) (Fuentes et al. 2015). En 8 de cada 10 casos de maltrato infantil, el padre o la madre fueron señalados como probables responsables. Por otro lado, de acuerdo con información del INEGI, en 3 de cada 100 casos de homicidios de niñas, niños y adolescentes (0-17 años) se identificó la presencia de violencia familiar. En este punto conviene destacar que la incidencia de mujeres adolescentes (12-17 años) víctimas de homicidio en el hogar (20%) es 4 veces mayor que entre hombres (5%) de la misma edad. Aunado a lo anterior, la encuesta elaborada por la UNAM, encontró que para el 40.2% de los encuestados es justificable golpear a un niño cuando se porta mal y un 25.3% señaló que se justifica cuando es necesario educarlo. Esta información refleja que el castigo corporal es algo común y pone de manifiesto la necesidad de cambiar prácticas arraigadas

en la sociedad y cuidadores sobre las consecuencias que tiene el maltrato y la violencia en el desarrollo de niñas, niños y adolescentes, pero también darles herramientas prácticas para evitarlo y transformar de manera positiva sus prácticas de crianza (SIPINNA 2017).

Oferta Gubernamental

El Gobierno de México ha firmado varias convenciones internacionales en materia de la eliminación de todas las formas de violencia, especialmente la que ocurre en el seno de la familia y contra la mujer. Éstos son la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979); Convención sobre los Derechos del Niño (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989); Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados (23-mayo-1969); Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1993); Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belem do Pará" (OEA, 1994); Convención Americana sobre Derechos Humanos (San José de Costa Rica, 1969); y Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1966).

Para eliminar la violencia contra la mujer, existen varias instancias:

Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (CONAVIM)

Es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Gobernación que se encarga de diseñar la política nacional para promover la cultura de respeto a los derechos humanos de las mujeres y la erradicación de la violencia en su contra. Su objetivo es formular las bases de coordinación entre los tres niveles de gobierno y promover el cumplimiento de las obligaciones internacionales del Estado mexicano en materia de prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres.

El CONAVIM también tiene a su cargo la elaboración del *Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres* y coordina el *Sistema Nacional de Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las*

Mujeres, que es un mecanismo interinstitucional creado en el 2007 que coordina esfuerzos, instrumentos, políticas, servicios y acciones para garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

La NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres, es la norma oficial que busca dar cumplimiento a todos los compromisos adquiridos sobre el tema (ya se comentó en el elemento esencial anterior).

Existen en el tema la violencia contra las mujeres muy diversas estrategias para prevenir la violencia contra la mujer. Existen institutos de las mujeres, sistemas para el Desarrollo Integral de la Familia, Procuradurías generales y especializadas, Comisiones de atención a víctimas, centros de atención a víctimas especializadas, instancias protectoras de derechos humanos, etc, tanto a nivel federal, estatal y municipal. El impacto de esta oferta en el bienestar de la mujeres es difícil de evaluar, más aún el efecto de éste en las niñas y niños menores de 6 años que están al cuidado de estas mujeres. Esta importante investigación rebasa el alcance de este diagnóstico.

Programa de Apoyo a las Instancias de las Mujeres en las Entidades Federativas

El Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas (PAIMEF), es operado por el Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL). Su propósito es prevenir y atender la violencia contra las mujeres y sus hijas e hijos, así como empoderar a quienes solicitan servicios de atención especializada (psicológicos, jurídicos y de trabajo social) en las unidades del programa. De esta manera, se pretende contribuir a la generación de condiciones para el desarrollo humano, el ejercicio de derechos y la plena inclusión social, así como a la transformación en las vidas de las mujeres para que trasciendan la situación de violencia; con ello, se logra impactar en las familias, en las comunidades y, finalmente, en la sociedad.

En 2017, se atendió a 459,651 mujeres con servicios de orientación y atención integral, que representa el 1.8% de su población potencial estimada en la evaluación de diseño del

CONEVAL⁴⁰. También atención a 19,522 niñas y niños, sin especificar de qué edades. Se contó con 433 unidades especializadas de atención, como: centros de justicia para las mujeres, centros de atención externa, unidades móviles de atención y prevención, refugios, albergues, casas y cuartos de tránsito, brigadas, líneas telefónicas y módulos de atención y orientación, espacios en los que se cuenta con ludotecas y en los que 1621 personas especialistas brindaron sus servicios; entre ellas, 212 profesionistas de las áreas de pedagogía y psicología infantil, 549 psicólogas y 482 abogadas/os, 378 trabajadoras sociales.

Los apoyos federales que entrega el PAIMEF a las entidades federativas se realiza a través de dos componentes. El primero es para implementar acciones de prevención y atención de la violencia contra las mujeres. El segundo es para acciones estratégicas para el fortalecimiento institucional de las Instancias de las Mujeres en las Entidades Federativas (IMEF) en materia de prevención y atención de la violencia contra las mujeres, y que se centra básicamente en capacitación de personal del servicio público de cada entidad. Esta situación se traduce en la necesidad de operar mediante tres vertientes.

Por último, la evaluación encuentra que el PAIMEF se vincula principalmente con cinco programas federales: el Programa S010 Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género (PFTPG) que conduce el INMUJERES; el Programa S239 Acciones para la Igualdad de Género con Población Indígena (PAIGPI) que dirige la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas; el Programa Diseño y Aplicación de Políticas de Equidad de Género y el Programa del Sistema Nacional de Formación Continua y Superación Profesional de Maestros de Educación Básica en Servicio, ambos a cargo de la Secretaría de Educación Pública; y el Programa Prevención y Atención de la Violencia, que dirige el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

40

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/113727/Evaluacion_en_materia_de_Dise_o_2015.pdf

Brecha

Las acciones para la prevención de la violencia hacia las mujeres son amplias, cuentan con un programa integral, una comisión, un sistema nacional para coordinar, y el programa presupuestal PAIMEF, que a su vez se vincula con 5 programas más que contribuyen a la reducción de la violencia hacia las mujeres. A pesar de esto, las cifras sobre la violencia infligida por la pareja y familia hacia las niñas y niños siguen siendo elevadas, y las estrategias no cuentan con indicadores específico de su impacto en los niños y niñas de 0 a 6 años.

La evaluación de la políticas de prevención de la violencia hacia la mujer con profundidad para evaluar su impacto en la primera infancia rebasa el alcance de este documento

8. Espacios de juegos seguros en áreas urbanas y rurales

Importancia

El juego es reconocido como un derecho de los niños y niñas y como esencial para todos los aspectos de su desarrollo. El Comité de los Derechos del Niño, comenta al respecto “más que como actividad programada, el juego se entiende aquí como “todo comportamiento, actividad o proceso iniciado, controlado y estructurado por los propios niños; tiene lugar dondequiera y cuando quiera que se dé la oportunidad. [...] Es una dimensión fundamental y vital del placer de la infancia” (Comité de los Derechos del Niño, 2013: párr. 14).

Diagnóstico

No se cuenta con información a nivel federal para evaluar la situación del elemento en el país.

Oferta Gubernamental

En su revisión de la oferta, el Laboratorio para la Ciudad y el Centro de Estudios Mexicanos y Centroamericanos, hicieron un estudios sobre espacios públicos urbanos de juego para la infancia en la Ciudad de México, reconocen justamente la falta de una normatividad específica y políticas coordinadas en relación con los espacios públicos

urbanos de juego. Además cabe resaltar que su análisis es para NNA y sólo para la ciudad de México. Un análisis específico para la primera infancia y que abarque todo el territorio nacional no existe. Si bien es muy importante el aspecto, realizar una evaluación de esta magnitud rebasa los objetivos de este diagnóstico. Lo que no permite hacer un análisis propio de la oferta.

Brecha

Los espacios de juego en México han sido concebidos para los niños de los 0 a los 12 años. No existe una mirada específica para las necesidades de los más pequeños. Esto se nota porque los espacios que existen, por ejemplo en la CDMX, no siempre son espacios seguros para las niñas y niños, falta conocer además, si realmente son espacios donde se acuda al juego y al esparcimiento y definir cuáles son las estrategias que existen para fomentar el juego.

Los espacios existentes son gestionados a través de los gobiernos municipales⁴¹. Fuera de ahí, no se encontró una normatividad específica sobre el tema, así como tampoco políticas coordinadas. Falta un instrumento que permita actuar a favor de este elemento que condiciona el adecuado desarrollo de los niños/as. Así mismo falta un registro de los espacios públicos de juego, tanto urbanos como rurales.

Como en otros elementos esenciales, existe gran dispersión institucional en la operación de los espacios públicos de juego, que en general son responsabilidad de los municipios.

9. Registro de nacimiento

Importancia

Cuando no existe un adecuado acceso al registro civil y los sistemas de identificación nacional, a millones de personas en países de ingresos bajos y medianos se les niegan los servicios básicos y la protección de sus derechos. Los servicios que son inaccesibles para los no ciudadanos incluyen cobertura universal de salud, educación y protección social, así como asistencia humanitaria en emergencias y conflictos. Con el fin de apoyar el cuidado

⁴¹ Los municipios no son objeto de este diagnóstico.

de crianza, los países deben registrar el nacimiento de cada niño y registrar todos los eventos vitales después de eso. El registro de nacimiento también debe estar vinculado a la identificación para garantizar el acceso a servicios y derechos.

Diagnóstico

No hay estadísticas precisas sobre el número de personas sin actas de nacimiento. Existen sin embargo algunas aproximaciones. Por ejemplo, la Dirección del Registro Civil en Chiapas, con el apoyo de UNICEF, identificó a más de 25,000 niños y niñas sin acta de nacimiento, en su mayoría indígenas que habitan en comunidades de difícil acceso. En otros estados de la República, incluida la Ciudad de México y Yucatán, un número importante de niñas y niños migrantes e indígenas carecen del documento, a pesar de que los gobiernos respectivos se han comprometido en facilitar el registro de los niños y las niñas.

Según la Encuesta Intercensal del 2015, que es una encuesta que se hace con base en una muestra representativa a nivel nacional, se tienen algunos datos también aproximados (ver tabla 25).

Tabla 25 Estimadores de la población total y su distribución porcentual según condición de registro de nacimiento para el grupo de 0 a 5 años de edad

Población total de 0 a 5 años	Condición de registro de nacimiento			Está registrada en otro país	No especificado
	Total	Está registrada	No está registrada		
12,713,051	97.31	96.41	3.59	0.66	2.03

Fuente: INEGI. Tabulados de la Encuesta Intercensal 2015

En el 2015, había 12,713,051 niñas y niños entre 0 y 5 años, de los cuales el 97.31% respondió a la condición de registro de nacimiento. De éstos el 96.41% dijo estar registrado y el 3.59% restante dijo no estar registrado. El resto de la población el 0.66% mencionó estar registrado en otro país, y el 2.03% no lo especificó (INEGI 2015).

Existen grandes diferencias, al interior del país. En el caso de las niñas, niños y adolescentes que se consideran indígenas el 21% no cuenta con registro de nacimiento (INEGI 2015

<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/especiales/ei2015/>. Consultado el 13 de mayo de 2016.).

Oferta gubernamental

El tema del registro civil compete al ámbito local. En México existen 32 Registros Civiles, uno por cada Estado, pero más de 5000 oficialías y juzgados del registro civil. Éstas son la parte operativa, y son quienes están en contacto con la población. Las oficialías y juzgados mandan la información a los Registros Civiles a nivel estatal, y éstos a su vez al Registro Nacional de Población e Identificación Poblacional (RENAPO). En RENAPO, no tienen competencia directa sobre el registro, su función es la coordinación con los Registros Civiles, y con el sector salud en lo general, para fomentar y facilitar el registro y garantizar el derecho.

Existe una instancia de coordinación, el Consejo Nacional de Funcionarios del Registro Civil (CONAFREC), donde se coordinan y diseñan estrategias para brindar un mejor servicio. Por ejemplo, hasta hace algunos años no existía un registro único, y en el 2012 se comenzó a crear una base de datos que tiene información de todo el país, que por ahora enfrenta el reto de que cada registro civil tiene que capturar la información y subirla al sistema. Así la base nunca está actualizada en su totalidad, porque se basa en la cooperación, la RENAPO no tiene las atribuciones para auditar o para exigir que le den los datos. Así se tiene sólo una cifra aproximada, la cifra oficial tendría que construirse a través de un mecanismo distinto.

A nivel nacional el costo de la primer acta es gratuito.

Brecha

El registro de nacimiento enfrenta el reto de la coordinación entre distintos niveles de gobierno. El actual diseño institucional es el resultado de una evolución de más de un siglo del sistema de registro civil. El reto principal está en las zonas rurales y más para los pueblos indígenas, que son quienes muestran más altos porcentajes de población no registrada. La asignación de mayor presupuesto que permita mejorar las oficialías y ampliar el acceso está en el ámbito de los estados y municipios. Existen experiencias exitosas donde se ha aumentado notablemente el registro, sobre todos en los estados donde se ha puesto mayor interés en resolver el tema.

Además del registro es necesario que todos los menores de 18 años cuenten también con una identificación oficial con fotografía. Es un derecho fundamental que facilitaría el

acceso a otros derechos. A la fecha este documento existe sólo para los mayores de 18 años y está vinculado al hecho de ejercer el derecho a voto. Los NNA únicamente tienen la identificación oficial a través del pasaporte, pero es de pago.

10. Licencias parentales

Importancia

Un entorno óptimo desde el embarazo hasta los 3 años de vida, favorece el desarrollo físico, emocional, social y cognitivo de las niñas y niños. Las licencias parentales, son el tipo de apoyo que permite a los padres y madres, pasar más tiempo con sus hijos, fortalece los vínculos para mejorar la calidad de las relaciones, establecer la lactancia y protegerlos de estrés u otros peligros.

“El permiso parental remunerado, o (licencias parentales) se asocia con varios beneficios de salud para los niños. Incluyen apoyar el vínculo entre la madre y el niño, aumentar el inicio y la duración de la lactancia materna, y mejorar la probabilidad de que los bebés sean vacunados y reciban atención preventiva. Además, los nuevos padres (varones) se involucran más con sus hijos pequeños y asumen más responsabilidades de cuidado de los niños cuando toman la licencia por paternidad” (WHO, UNICEF, and World Bank Group 2018).

Las políticas de cuidado de la primera infancia deben enmarcarse en un enfoque que integre los derechos de los niños, la igualdad de género y la inclusión social de las familias. Es necesario involucrar a prestadores diversos que incluyen a la familia, al Estado, al mercado y a la sociedad civil.

Diagnóstico

El número total de nacimientos en el 2016, fue de 2,293,708 niñas y niños. Las madres de estos niños el 70% declaró no trabajar, 21% si trabaja y 9% no especificó, según datos del INEGI, sus estadísticas de natalidad (tabla 26).

Las madres de los nacidos en el 2016, que dijeron si trabajar, el 74% eran empleadas, el 9% obrera, 1% jornalera o peón, 9% trabajador por cuenta propia, 1% empresaria, 3% trabajadora no remunerada y 2% no especificó. Esta base de datos no permite saber

cuántas de estas empleadas tienen seguridad social. Si se suma aquellas categorías que deberían contar con la prestación de licencia por maternidad, (es decir, las obreras, empleadas, jornales y empresarias suman 415,304) aunque no es seguro porque podrían trabajar en en la informalidad, se tiene que las mujeres ocupadas que son madres, únicamente representan el 18.2% del total de madres en el 2016. El restante 81.8% muy posiblemente no tuvieron esta prestación.

Tabla 26 Total de nacimientos registrados por condición de actividad y posición del trabajo de la madre

Total de nacimientos o Mujeres que fueron madres en el 2016	total	Porcentaje
	2,293,708	100%
Trabaja	481,979	21% 100%
Obrero	44,134	9%
Empleado	357,997	74%
Jornalero o peón	6,164	1%
Trabajador por cuenta propia	42,937	9%
Patrón o empresario	7,009	1%
Trabajador no remunerado	16,463	3%
No especificado	7,275	2%
No trabaja	1,606,145	70% 100%
Estudiante	50,015	3%
Dedicado a quehaceres del hogar	1,475,990	92%
Jubilado o pensionado	1,048	0%
Incapacitado permanentemente para trabajar	1,236	0%
Otra	77,856	5%
No especificado	205,584	9%

Fuente: elaboración propia con base en INEGI. Estadísticas de natalidad
http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=23699

Si se consulta directamente con el IMSS, se tienen 273 mil mujeres derechohabientes que anualmente solicitan esta prestación médica (IMSS 2016), lo que equivaldría al 11.9% de las madres que parieron en dicho año. A esto se sumarían las madres que reciben la prestación del ISSSTE y otras instituciones.

Podemos ir más allá y aventurar que el porcentaje de madres que reciben la prestación de licencia por maternidad es muy probablemente inferior al 18% de madres que reportaron que trabajaban cuando dieron a luz, ya que existe una alta tasa de informalidad en México, de 49.7% para los hombres y 57.2% para las en el 2017, lo que impacta negativamente en el acceso a las licencias de maternidad.

Por último cabe mencionar que la duración de la licencia por paternidad y maternidad en México es de 12 semanas para la mujer y 5 días para el hombre.

Oferta gubernamental

El artículo constitucional 123 otorga 12 semanas de permiso de maternidad a las madres que estén empleadas formalmente. Hasta antes del julio del 2016, era obligatorio tomar 6 semanas antes y 6 semanas después. Pero a partir 1 de julio del 2016, las embarazadas pueden traspasar libremente hasta 4 semanas del periodo prenatal al postparto, lo que incrementaría hasta en 66% el tiempo que pasan con sus bebés. También se han simplificado otros trámites, antes se exigían a las mujeres dos certificados y ahora se emitirá uno solo por hasta 84 días, que ampara los periodos prenatal y postnatal. Asimismo, las aseguradas que decidan atender su parto fuera del IMSS sólo tendrán que presentarse una vez, dentro de la semana 34 de su embarazo, con la interpretación de un ultrasonido reciente, es decir, de una antigüedad menor a 5 semanas. Esta medida beneficiará a alrededor de 75 mil aseguradas al año y liberará aproximadamente 400 mil consultas para el resto de la población derechohabiente (IMSS 2016).

Este número de semanas es el segundo más bajo de los países que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

Con respecto a las **madres trabajadoras en periodo de lactancia**, pueden decidir entre contar con dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, o bien, un descanso extraordinario por día, de una hora para amamantar a su hijo o para efectuar la extracción manual de leche en el lactario dispuesto.

Uno de los requisitos para poder recibir el salario íntegro por parte del estado es tener cotizadas 30 semanas antes de la fecha del parto. Si esto no fuera así, las madres no tendrán el derecho de cobrar su sueldo íntegro por parte del empleador.

La norma más reciente de la OIT sobre la duración de la licencia de maternidad exige un periodo de 14 semanas como mínimo. En la Recomendación núm. 191 se anima a los Estados Miembros de la OIT a extender esa licencia «a 18 semanas por lo menos» (OCDE 2016b).

En el caso de los padres, el Art. 132, fracción XXVII bis, de la Ley Federal del Trabajo establece la obligación del patrón de otorgar permiso de paternidad de 5 días laborales con goce de sueldo a los hombres trabajadores por el nacimiento de sus hijos y, de igual manera, en el caso de adopción de un infante. Los días de descanso serán contados a partir del día de nacimiento del infante o, en su caso, cuando reciba al menor adoptado. El promedio de licencia para el padre entre los países de la OCDE fue de 8.7 semanas en el 2016 (OCDE 2016a).

La OIT no tiene normas sobre la licencia de paternidad. Sin embargo, la Resolución relativa a la igualdad de género como eje del trabajo decente, adoptada por la Conferencia Internacional del Trabajo (CIT) en 2009 reconoce que las medidas de conciliación de la vida laboral y familiar interesan a los hombres y a las mujeres. La Resolución insta a los gobiernos a formular políticas adecuadas que permitan equilibrar mejor las responsabilidades laborales y familiares, incluir la licencia de paternidad y/o parental, y prever incentivos para que los hombres las aprovechen. (OIT 2014)

Esta desigualdad entre los permisos de padres y madres para la atención infantil, es una pieza clave en el engranaje con consolida las desigualdades entre hombres y mujeres. Es durante esos primeros días de la llegada del bebé cuando se instalan los roles de género en el seno de la pareja, se conforman las relaciones de apego con el recién nacido y se ofrece un determinado modelo al resto de los miembros de la familia y el entorno. Un mayor permiso de paternidad, no solo beneficiaría a la pareja, sino también al infante y ayudaría a reducir la discriminación contra las mujeres en el ámbito laboral, en especial en los procesos de contratación (OCDE 2016b).

Brecha

En México la legislación laboral, carece de un diseño de las políticas laborales que faciliten la interdependencia de los ámbitos productivo y reproductivo presentes en la vida de las personas, lo que obstaculiza la realización de las tareas en uno y otro espacio de manera equitativa, y afecta el desarrollo de los niños quienes dependen de la disponibilidad física y emocional de los adultos. Tampoco se ha incrementado la oferta de infraestructura pública y servicios de cuidado de manera suficiente o al mismo ritmo que la participación femenina, lo que resulta en incremento de las dificultades para que las mujeres y hombres accedan al mercado de trabajo. Asimismo, son escasos los mecanismos de fiscalización del Estado para el cumplimiento de las obligaciones legales de los empleadores privados, y las regulaciones laborales solo cubren a los trabajadores asalariados formales, dejando fuera a los que realizan labores de manera informal.

Se han logrado algunos avances como la nueva baja por paternidad de 5 días y la flexibilización del momento en que se toma la licencia, antes obligatoriamente antes y después del parto, ahora la mujer puede elegir.

Sin embargo, también quedan muchas limitaciones y deudas pendientes en licencias parentales y maternales para el cuidado: ampliar la licencia por maternidad y paternidad es urgente, considerar extensiones para casos especiales, como cuando los hijos e hijas están enferma, flexibilizar el horario y el lugar de trabajo, que toda mujer u hombre padre de un niño o niña menor de 8 años, tenga por ley derecho a ser empleado media jornada sin perder su nivel jerárquico dentro de la organización, entre otras.

Añadir cuando menos seis semanas a la licencia por maternidad pagada —para sumar un total de 18 semanas— acercaría a México a la mejor práctica internacional. También podría considerarse acortar el periodo de aportación al seguro social que determina la elegibilidad para la licencia por maternidad, garantizando así que más mujeres sean elegibles para dicha licencia pagada con recursos públicos (y no con dinero del empleador).

Las políticas de baja por maternidad y paternidad no pueden seguir siendo consideradas en independencia del resto de las políticas a favor del DIT, en muchos países ya son parte de un política integral de primera infancia⁴².

Las múltiples necesidades del cuidado en la primera infancia han tenido escasa traducción legal y práctica, y persisten desigualdades de origen. Para enfrentarlas se requiere de políticas que universalicen, más allá del empleo formal, el derecho de niños y niñas a recibir cuidados, además de un examen profundo de los modelos imperantes de provisión de cuidado infantil desde el nacimiento

Conclusiones domino seguridad y protección

1. **Las prácticas de higiene y los ambientes sanos y limpios han mejorado de manera significativa.** 98% de la población mexicana usa una fuente mejorada de agua para beber; 99% en zonas urbanas y 95% en zonas rurales. Y 98% de la población vive en hogares que usan instalaciones sanitarias mejoradas (que son aquellas que separan higiénicamente las excretas humanas del contacto humano).
2. **No se ha instalado la práctica de eliminar las heces infantiles de manera segura .** La disposición de pañales desechables junto con los residuos sólidos, es una práctica que hasta el momento ha sido clasificada como un medio inadecuado de disposición de las heces de los niños/as, es la práctica común entre las familias mexicanas. El porcentaje de niños/as cuyas heces se eliminaron de manera segura fue de 14%, con una variación entre 9% en el Noroeste y en el Centro de México, y 22% en la región Sur. La práctica correcta sería no usar pañal desechable, o separar los residuos sólidos del pañal, depositándolos un lugar destinado para separar higiénicamente las excretas humanas del contacto humano.
1. **Son pocas las acciones gubernamentales para crear entornos de vivienda seguros⁴³ , y no se encontraron acciones para prevenir y erradicar la**

⁴² Por ejemplo, en Dinamarca la política tiene el objetivo de proveer un apoyo continuo a las familias con niños pequeños. Existen 18 semanas de licencia por maternidad, 2 de licencia por paternidad y luego 32 semanas de licencia compartida, donde se puede elegir quien la toma si el padre o la madre, todas pagadas. Existe el derecho a tener un lugar en un servicio de cuidado infantil cuando el niño tiene 6 meses de edad, y el 66% de los niños menores de 3 años asisten a alguna forma de cuidado infantil, entre otros apoyos (OCDE 2016b).

⁴³ Se encontró únicamente el componente “Prevención de accidentes en el hogar y atención inicial de urgencias pediátricas” del CENSI.

contaminación de los ambientes en donde niñas y niños pasan el tiempo. Los accidentes ocupan los primeros lugares como causa de muerte en la población infantil, es necesario contar con una cobertura más amplia en del componente de prevención de accidentes del CENSIA y evaluación de su impacto. Es necesario prevenir y reducir la contaminación interior y exterior, ni de generar ambientes saludables, verdes, libres de toxinas proteger a niños y niñas de la contaminación.

2. **Poca información sobre las formas de violencia que sufre la primera infanciaⁱ.** Cada día mueren 2 niños menores de 14 años a causa de la violencia, lo que equivale a 17,253 niñas y niños que han muerto a consecuencia del maltrato en los últimos 25 años. El 63% de los padres utiliza métodos de disciplina violentaⁱⁱ. No obstante, las cifras específicas sobre violencia hacia niños menores de 6 años son difíciles de encontrar, existen sólo para NNA u otros rangos de edad. Un caso emblemático de este vacío de información es el de violencia sexual, para el cuál no contamos con información que permita estimar la magnitud del problema.
3. **Enfoque reactivo de poco alcance hacia el maltrato y violencia, sin acciones significativas en la prevención.** La creación del sistema de Protección Especial representa un avance significativo en esta materia, no obstante, su presupuesto es insuficiente para lograr que la Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes y las procuradurías de protección de niñas, niños y adolescentes de cada entidad federativa ejerzan las atribuciones establecidas en la ley. La cobertura de atención es aún baja y está orientada fundamentalmente a la representación legal. La aparición en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la Meta 16.2 "Terminar con todas las formas de violencia contra los niños" ha favorecido la visibilización del tema gracias a la "Alianza Global para terminar con todas las formas de violencia" y la consecuente creación de la Comisión para Poner Fin a toda Forma de Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes (COMPREVNNA). No obstante, no existe información que permita determinar si las acciones de la comisión o la alianza global hayan resultado en una disminución efectiva de la problemática. Urge una estrategia nacional adecuadamente financiada de prevención del maltrato y el abuso sexual infantil que considere como eje fundamental la prevención.
4. **Pocos indicadores de proceso sobre detección, denuncias, procesamiento, atención y restitución de derechos.** La información con la que se cuenta - agregada para todos los NNA,- no es útil para evaluar la atención que se brinda a la primera infancia en particular. La comisión ejecutiva de atención a víctimas, también hace referencia a la diversidad de datos y fuentes, comenta "*de manera general podemos concluir que a pesar de existir normas y –en algunos casos – formatos para el registro de información sobre las víctimas de violencia, sobre las prácticas o delitos, sobre los servicios brindados y/o sobre las presuntas personas agresoras, resulta evidente que en términos generales cada dependencia registra las variables que considera relevantes y lo hace de manera distinta, considerando diferentes rangos, periodos, y tipo de*

información”. Esta precariedad de indicadores y heterogeneidad entre los que existen se debe a diferentes razones: a. No existe una definición precisa, concreta y clara del fenómeno para que pueda ser empleada por todos los profesionales que intervienen en esta patología, de una manera universal. b. No se dispone de un registro nacional. c. La mayoría de los profesionales que interviene en la atención de estos casos tienen un conocimiento muy pobre de esta problemática. d. No es un problema público. La sociedad tiene una cultura de la denuncia muy precaria. Aunado a ello, la violencia contra la infancia es un tema normalizado, circunscrito al ámbito del hogar y sus prácticas de crianza, que no es percibido como un problema sujeto a la atención e intervención del estado.

5. **Avances en la visibilización e implementación de medidas para reducir la violencia contra la mujer.** Es importante cuidar al cuidador, y en el caso de la primera infancia esto supone prevenir la violencia hacia las mujeres. Las acciones son amplias, cuentan con un programa integral, una comisión, un sistema nacional para coordinarse, y el programa presupuestal PAIMEF, que a su vez se vincula con 5 programas más que contribuyen a la reducción de la violencia hacia las mujeres. A pesar de esto, las cifras revisadas sobre la violencia infligida por la pareja y familia hacia las niñas, niños y adolescentes siguen siendo elevadas, y las estrategias no cuentan con indicadores específicos de su impacto en los niños y niñas de 0 a 6 años. Un ejemplo concreto de esta ausencia de perspectiva de niñez en las medidas de protección contra la violencia es la actual redacción de la *NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres*, que menciona solo 2 veces la palabra niños. La anterior *NOM-190-SSA1-1999 Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar*; tenía un mayor enfoque en la infancia, mismo que se perdió su actualización del 2005.
6. **Ausencia de normativas, promoción y financiamiento de espacios públicos y de juego amigables con la primera infancia.** La distribución de competencias entre órdenes de gobierno establecido en nuestro marco jurídico faculta a los municipios para ocuparse de “calles, parques, jardines y su equipamiento”. No obstante, no identificamos a nivel federal alguna instancia que norme, financie o promueva el establecimiento de espacios de esta naturaleza desde una perspectiva de derechos de la niñez. El Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social, principal fuente de fondeo de estados y municipios en materia de infraestructura, tiene como objetivo fundamental el financiamiento de obras, acciones sociales básicas y a inversiones que beneficien directamente a población en pobreza extrema, localidades con alto o muy alto nivel de rezago social. No obstante, no considera de manera explícita el interés superior de la niñez en la realización de estas obras ni considera entre las obras sujetas a financiamiento la de parques. Además no fue posible identificar un registro de los espacios públicos de juego existentes en el país. Ante esta ausencia de información y acciones desde el ámbito federal en la materia resulta difícil concluir si los espacios son suficientes, adecuados y seguros.

7. **Barreras y retos de coordinación entre distintos niveles de gobierno en materia de registro de nacimiento.** El actual diseño institucional, resultado de una evolución de casi dos siglos del sistema de registro civil, tiene normas e incentivos que dificultan llevar un registro nacional completo y actualizado. El reto principal está en las zonas rurales e indígenas, que son quienes muestran más altos porcentajes de población no registrada. De acuerdo a un estudio realizado por UNICEF-INEGI en 2012⁴⁴, las principales barreras que enfrentan las familias en México para registrar oportunamente a sus hijo son: barreras legislativas y administrativas (se refiere a los plazos, los costos, trámites y requisitos exigidos para el registro de nacimiento), barreras geográficas, barreras económicas (los costos asociados al registro y emisión del acta de nacimiento) y barreras culturales (como la desconfianza, el escepticismo o simplemente la falta de conocimiento de los padres y tutores sobre la necesidad y la importancia del registro de nacimiento).
8. **No existe una identificación oficial con fotografía y datos biométricos para toda la población.** El derecho a la identidad de niñas y niños y la protección demanda el establecimiento de medidas de identificación temprana y oficial que disminuyan la vulnerabilidad de los bebés frente a delitos como el robo, la sustracción o la trata. Hoy las niñas y niños carecen de una identificación de esta naturaleza en el país, derecho que ha sido restringido a los adultos.
9. **Débil protección social para familias con niños en primera infancia.** En México la legislación laboral carece de un diseño que facilite la interdependencia de los ámbitos productivo y reproductivo (la conciliación trabajo y familia), lo que obstaculiza la realización de las tareas en uno y otro espacio de manera equitativa, y afecta el desarrollo de los niños que dependen de la disponibilidad física y emocional de los adultos para tener un desarrollo integral. Esto resulta aún más grave para los hijos de familias que desempeñan su actividad laboral en el sector informal.
10. **Licencias parentales: breves, desiguales y de baja cobertura.** Se han logrado algunos avances como la nueva baja por paternidad de 5 días y la flexibilización del momento en que se toma la licencia por maternidad. Sin embargo, menos del 18% de las madres se beneficiaron de las licencias maternas en el 2017. Las 12 semanas están por debajo de lo recomendado por la OIT, y no se está cubriendo a las madres que trabajan en el sector informal ni a quienes trabajan solo en casa.
11. **Riesgos de cuidado inadecuado por la oferta insuficiente de infraestructura pública y servicios de cuidado (guarderías).** El número de CAI no se ha incrementado al mismo ritmo que la participación femenina y masculina en el mercado laboral, lo que resulta en que los niños estén en riesgo de cuidado inadecuado, además de incrementar de las dificultades para que las mujeres y

⁴⁴ *Derecho a la identidad: la cobertura del registro de nacimiento en México en 1999 y 2009. INEGI-UNICEF 2012* ([https://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_registrodenacimiento\(3\).pdf](https://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_registrodenacimiento(3).pdf))

hombres accedan al mercado de trabajo. La calidad de los centros de Atención y Cuidado infantil se es un área de oportunidad (que se revisa más a fondo en el dominio cuidado cariñoso y sensible).

12. **En este dominio ninguna de las acciones revisadas son exclusivas para primera infancia.** En el mejor de los casos, las acciones diseñadas engloban a la primera infancia en el universo del total de NNA, lo que no permite que se analice con más profundidad las peculiaridades de esta población, por ejemplo, su incapacidad para comunicarse con palabras, o para denunciar el agravio. Tampoco se reconoce que son quienes más riesgos enfrentan y más protección requieren.

Recomendaciones:

1. Promover campañas nacionales encaminadas a **eliminar las barreras** legislativas, administrativas, geográficas, económicas y culturales que dificultan el registro oportuno de niñas y niños en México.
2. Evaluar la pertinencia y factibilidad de la emisión de **un documento de identidad con fotografía y datos biométricos** que, junto con la CURP, garanticen a niñas y niños su derecho a la identidad y disminuyan los riesgos asociados a problemáticas crecientes como el robo, la extracción, la desaparición y la trata.
3. Incluir como **objetivo explícito** en todos los programas dirigidos al fortalecimiento de capacidades de padres y cuidadores la disminución de prácticas de cuidado violentas, desarrollando habilidades para la resolución de conflictos, el manejo de la frustración y la disciplina positiva.
4. **Establecer mecanismos y protocolos para la detección temprana** de situaciones de riesgo biopsicosocial en las familias de niñas y niños menores de 6 años, y desarrollar estrategias para la **atención puntual y acompañamiento a padres y cuidadores** con problemas de salud mental-incluida la depresión post parto-, y en los que existan indicios de consumo nocivo de alcohol o estupefacientes
5. **Campaña de sensibilización** basada en investigación formativa orientada al cambio de conducta en materia de cuidado infantil, que aborde de manera explícita las problemáticas relacionadas con la negligencia y el maltrato.
6. Incluir **perspectiva de niñez** en las acciones gubernamentales diseñadas para reducir la contaminación ambiental, privilegiando los espacios en que niñas y niños pasan la mayor parte del tiempo.
7. Promover, desde la federación, la **creación de espacios públicos** que promuevan el juego y el desarrollo, mediante la modificación a las reglas de operación del FAIS y el desarrollo de criterios de calidad para los mismos.
8. **Apoyo universal a padres y cuidadores para evitar la “fatiga del cuidador”.** Generar un paquete básico de protección social universal para las familias con

niños menores de 6 años, que incluya: licencias parentales, seguro médico, políticas de conciliación laboral y familiar, y estrategias para prevenir el maltrato infantil y fomentar el desarrollo (talleres o formación online sobre prácticas de crianza). Así como un paquete adicional para familias con NNA en pobreza que incluya además transferencias monetarias y subsidios. El objetivo debe ser reducir los factores de riesgo entre los cuidadores que impactan en el desarrollo de los niños.

9. **Sistema de indicadores de la Primera Infancia.** Los elementos básicos de su diseño se encuentran en el resumen global. Incluir en ese sistema o subsistema los relativos a la violencia contra la infancia. Para ello será necesario homologar los términos con los que se identifica la violencia contra la infancia a nivel legal y administrativo en todos los órdenes de gobierno. No obstante, no basta homologar los términos que tipifican estos delitos a través de las denuncias, también necesitamos saber la magnitud de la cifra negra. Para ello, se propone el levantamiento de una encuesta nacional a niñas y niños de primer año de primaria, que mediante metodologías acordes a su edad, permita identificar cuantos han sufrido algún tipo de abuso.
10. **Incrementar los ingresos de todas las familias** a través de un salario mínimo adecuado. Cuando los cuidadores no pueden obtener un ingreso adecuado, las necesidades básicas de los niños, incluida la atención médica y la educación, no pueden cumplirse y el desarrollo de la primera infancia se resiente. Un salario mínimo tiene el potencial de mejorar las vidas de millones de niños, ya sea que sus cuidadores trabajen en la economía formal o informal⁴⁵.

⁴⁵ WHO, UNICEF, y World Bank Group. «Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential». Geneva, 2018.

Dominio Cuidado Cariñoso y Sensible y Aprendizaje durante la primera infancia

Existen numerosas investigaciones que afirman que el cuidado seguro y cariñoso favorece y mejora el desarrollo en las niñas y niños (Bretherton and Inge 1992; Center for the Developing Child Harvard University 2007; Bradley and Caldwell 1995; WHO and UNICEF 2017). El mensaje de fondo de todo el modelo de cuidado cariñoso y sensible, es justamente que las relaciones importan, e importan mucho. Es por ello que el modelo dedica un dominio exclusivamente a enfatizar la importancia de las relaciones a través cuidado cariñoso y sensible y la retoma en los otros dominios.

La distinción entre aprendizaje y cuidado durante la primera infancia es una distinción analítica del modelo CCS que facilita la comprensión de la importancia del cuidado y la interacción. Sin embargo, sabemos que en la vida cotidiana los niños y niñas aprenden desde el nacimiento y ese aprendizaje se da en el marco de un cuidado cariñoso. Si el bebé es cuidado con cariño, se siente seguro y amado, tendrá todas las condiciones para aprender. De la misma manera, si está estresado, tiene una vivencia de peligro, o no es cuidado con cariño, su capacidad de aprender se pone en riesgo, incluso se suspende, hasta que salga de dicho estado (National Scientific Council on the Developing Child 2012). Por lo tanto ambos dominios se traslapan en la vida cotidiana del niño, están interconectados. Al respecto, el Comité de los Derechos del Niño subrayó que la división tradicional que se ha hecho entre “atención” y “educación” no es la más apropiada, lo deseable sería considerar a los dos aspectos del desarrollo infantil en el marco de servicios que integren “un enfoque combinado, total y multisectorial de la primera infancia” (Comité de los Derechos del Niño 2005: párr. 30).

En la práctica dichos conceptos pueden ser entendidos de modo excluyente desde la perspectiva de los agentes educativos y los docentes. Los primeros poniendo énfasis al cuidado y los segundos a la educación. En opinión de algunos expertos, en el caso de los agentes educativos, por ejemplo las cuidadoras en los Centros de Atención Infantil (CAI),

entienden su trabajo como principalmente referente al cuidado, se concentran en reducir los riesgos y priorizan mantener a los grupos en relativa calma y sin peligro, sin considerar que dentro de sus responsabilidades está también la educación. Por su parte, los docentes en los preescolares, se perciben a sí mismos más como educadores, facilitadores del aprendizaje, que dan por supuesto el cuidado, o incluso no le dan importancia (Presidente ejecutivo de Mexicanos Primero 2018).

A pesar de estas visiones excluyentes sobre el cuidado y la educación, se considera para efectos de este diagnóstico, que ambos dominios del modelo del CCS deben abordarse de manera integrada para no duplicar el análisis de la oferta gubernamental que hoy comprende algunos de sus elementos esenciales. Para hacerlo, se parte de la pregunta ¿quiénes son las personas responsables de proveer el cuidado cariñoso y sensible y educación a los niños y niñas pequeños? Una vez identificados los responsables, se analizará la oferta gubernamental que busca apoyarlos para que tengan las competencias necesarias para cumplir su tarea.

Las personas que típicamente están a cargo del cuidado de niñas y niños pequeños son:

- Madres (73.8% de los niños de 0 a 6 están con su madre, ENESS 2013)
- Otros cuidadores en los hogares, como abuelas, tías, hermanas, vecinas, etc. (21.9% de los niños de 0 a 6 son cuidados con su abuela o con otra persona)
- Agentes educativos en los CAI (4% en el 2013, según ENESS)
- Docentes en los preescolares
- Otros proveedores de contacto menos frecuente, como agentes de salud, personal del DIF, administrativos de los CAI, etc.⁴⁶

Tabla 27 Población de 0 a 6 años por edad desplegada, según lugar o persona que cuida al niño o niña

Población de 0 a 6 años por edad desplegada, según lugar o persona que cuida al niño o niña		Cuadro 3.23
Periodo: Julio - Agosto	Año: 2013	

⁴⁶ Los agentes de salud, ya se revisaron en el dominio correspondiente, además que se considera que la interacción es comparativamente poca, porque sólo es durante las consultas y en esos momentos están también los familiares o cuidadores.

Edad desplegada	Población de 0 a 6 años	Lugar o persona que cuida al niño o niña					No especificado
		Una Guardería		Una persona			
		pública ¹	privada ²	Su mamá ³	Su abuela	Otra ⁴	
Total	14 314 654	419 938	153 467	10 568 078	1 899 618	1 235 484	38 069
Menos de 1 año	1 821 467	34 869	6 947	1 438 531	204 646	121 288	15 186
1 y 2 años	3 981 860	183 350	47 307	2 843 916	545 864	355 952	5 471
3 años	2 102 412	87 536	33 795	1 485 702	310 425	179 418	5 536
4 años	2 102 284	54 352	26 043	1 518 111	306 260	195 392	2 126
5 años	2 175 450	35 716	27 711	1 644 092	265 471	199 831	2 629
6 años	2 131 181	24 115	11 664	1 637 726	266 952	183 603	7 121

¹ Comprende a los niños y niñas que asisten a guarderías o estancias infantiles del IMSS, ISSSTE, SEDESOL, DIF u otras instituciones públicas, para ser cuidados durante la jornada laboral de su madre o tutor.

² Comprende a los niños y niñas que asisten a guarderías, estancias infantiles o instituciones privadas para ser cuidados durante la jornada laboral de su madre o tutor.

³ Comprende a los niños y niñas que son cuidados por su mamá en su trabajo o cuando no trabaja, a los que dejan solos y a los que van a la escuela.

⁴ Comprende a los niños y niñas que son cuidados por otra persona que puede ser un familiar o no.

Fuente: ENESS 2013

Una vez clasificados los cuidadores (en tres grupos: padres, agentes educativos y docentes) se procederá a [1] explicar su importancia, [2] hacer un diagnóstico, [3] evaluar la oferta gubernamental (encaminada a fortalecer la calidad de las interacciones entre adultos y niños) y [4] analizar las brechas entre diagnóstico y oferta.

Cuidado afectuoso y seguro por parte de adultos en un entorno familiar. Orientación para niños en actividades diarias y relaciones con otros. Rutinas diarias de alimentación y sueño. Respuesta a la comunicación de los niños a través de vocalizaciones, expresiones faciales y gestos

Importancia

“Los cuidadores (padres y madres) son las personas más cercanas al niño pequeño en el período comprendido entre el embarazo y la edad de 3 años y, por lo tanto, los mejores proveedores de cuidado cariñoso y sensible. Los cuidadores son más capaces de proporcionar a sus hijos una atención nutritiva cuando están seguros: emocional, financiera y socialmente. Los cuidadores también deben poder participar en las redes sociales, estar facultados para tomar decisiones en el mejor interés del niño, y afirmarse en

el importante papel que desempeñan en la vida de los niños bajo su cuidado”.(WHO, UNICEF, and World Bank Group 2018)

Los padres y madres son sin lugar a dudas el factor que más incide en el desarrollo de las niñas y niños; seguidos de los cuidadores como abuelas, vecinos, y los agentes educativos en los CAI y los docentes. La importancia de la interacción y el cuidado cariñoso y sensible radica en que al fomentar relaciones seguras y cariñosas entre niñas y cuidadores, generará individuos empáticos, con auto-control y con habilidades interpersonales, lo que a su vez permitirá aumentar el rendimiento escolar, la productividad laboral y reducir el gasto en salud, el crimen y la violencia. Este tipo de relación ha demostrado mejorar sustancialmente la salud cardiovascular de los adultos. También se le ha vinculado con la capacidad de amar (Michel Odent 2000).

Así pues, tenemos que para crear habilidades durante la primera infancia, es necesario tener madres, padres y cuidadores comprometidos y capacitados para brindar un cuidado cariñoso y sensible (WHO, UNICEF, and World Bank Group 2018). El cuidado cariñoso y sensible incluye observar y responder a los movimientos, sonidos, gestos y solicitudes verbales de los niños y niñas. Esta capacidad de responder es la base para proteger a los niños contra las lesiones y los efectos negativos de la adversidad; reconocer malestares, ayudar a identificar sensaciones y sentimientos, responder al hambre y a la enfermedad; identificar oportunidades de aprendizaje, así como construir confianza y relaciones sociales. Mucho antes de que los niños pequeños aprendan a hablar emiten una serie de señales que ponen de manifiesto sus necesidades. El compromiso y el amor entre ellos y sus cuidadores se expresa a través de caricias, contacto visual, sonrisas, vocalizaciones y gestos. Estas interacciones que se disfrutan mutuamente crean un vínculo emocional que ayuda a los niños pequeños a comprender el mundo que les rodea y a aprender sobre las personas, las relaciones y el lenguaje. Estas interacciones sociales son las principales responsables de las conexiones neurológicas que el cerebro requiere para su adecuado desarrollo (WHO, UNICEF, and World Bank Group 2018).

La Declaración Mundial De Educación Para Todos de la UNESCO en Jomtien en Tailandia, reconoció que el aprendizaje comienza al nacer (UNESCO 1990). En la actualidad, la meta 4.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible establece que “De aquí a 2030, asegurar que todas las niñas y todos los niños tengan acceso a servicios de atención

y desarrollo en la primera infancia y educación preescolar de calidad, a fin de que estén preparados para la enseñanza primaria” (ONU 2015).

Diagnóstico

Las cifras sobre el cuidado de niños y niñas pequeños en México varía según la fuente. En el 2013, se levantó la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social, que tuvo algunas preguntas sobre cuidado de niñas y niños (ver tabla 26). En el 2013, el 73% de los niños eran cuidados por su mamá, en su trabajo o cuando no trabaja, los dejaron solos o van a la escuela, o todas a la vez durante un mismo día. El 22% fueron cuidados por su abuela u otra persona. El 4% fueron a una guardería pública o privada y el restante 0.3% no especificó su situación.

Según un diagnóstico realizado por el Consejo NPSACDII (CNPSACDII), el 8% de los niños de 0 a 6 años son atendidos en CAI de instituciones públicas a través de 15 859 centros. Otro grupo de niños, cuyo total se desconoce, asiste a CAI privados, de los que se tienen identificados aproximadamente 8 526 centros. Aunque la cifra de CAI privados es obtenida a través del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE) y es la mejor estimación disponible, el total de CAI privados se puede fluctuar debido a la dificultad de su registro.

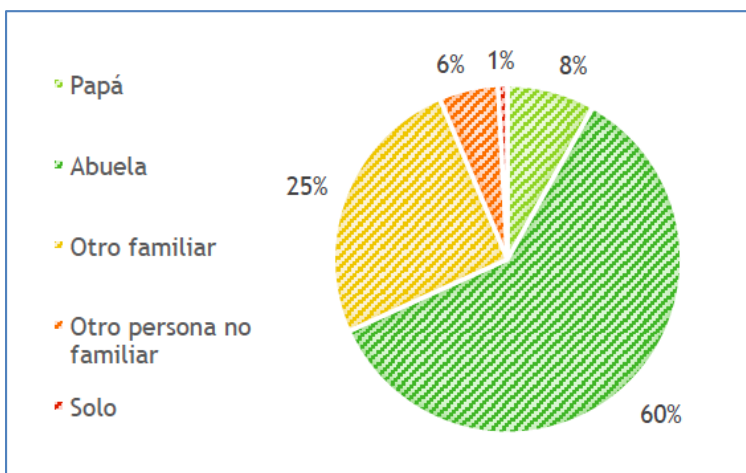
En cuanto a la participación en programas de educación, la ENIM indica que el 60% de los niños/as de 36 a 59 meses asiste a un programa educativo organizado para la primera infancia. Por su parte, el INEE indica que 3 de cada 4 niños entre 3 y 5 años asisten a educación preescolar(INEE 2017a).

“Para tres cuartas partes (76%) de los niños/as de 36 a 59 meses, un miembro adulto de la familia participó en cuatro o más actividades que promueven el aprendizaje y la preparación para la escuela durante los tres días previos a la encuesta. La media del número de actividades en las que los adultos participaron con los niños/as fue de 4.5. El 3% por ciento de niños/as no recibieron participación por parte de un adulto en el hogar en alguna actividad, aunque este porcentaje se eleva a 15% entre los niños/ as cuyas madres no tienen educación formal, y 18% entre los niños/as cuyos padres no tienen educación formal. Asimismo, el porcentaje de niños/as con los que ningún adulto del hogar participó en alguna actividad es tres veces mayor en hogares indígenas (6%) que en

hogares no indígenas (2%). La proporción de niños/as con quien algún miembro del hogar participó en actividades de apoyo al aprendizaje fue de 94% en los hogares más ricos, en contraste con sólo 62% en los hogares más pobres. La participación del padre en estas actividades fue limitada ya que su participación en cuatro o más actividades fue de sólo 14% comparado con 62% de participación de las madres. La participación de la madre en actividades de apoyo al aprendizaje aumenta con el nivel de riqueza del hogar, siendo de 84% en los hogares más ricos y de 47% en los más pobres. En contraste, la participación del padre en actividades de aprendizaje aumenta en los primeros cuatro quintiles de riqueza (aumentando de 7% a 23%), para reducirse a sólo 11% en el quintil más elevado de riqueza” (INSP 2015).

Respecto de las oportunidades de aprendizaje en los hogares, sabemos que el 76% de los niños/as de 0 a 59 meses tiene por lo menos 2 juguetes y que el 35% cuenta con por lo menos 3 libros infantiles en sus hogares. (INSP 2015)

Ilustración 26 Porcentaje de niñas y niños cuidados por otras personas distintas de la madre y que no asisten a instituciones de cuidado, nacional 2013



Fuente: elaboración propia con base en datos de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS 2013)

Más cifras se revisarán adelante en el apartado sobre la situación de madres, padres, agentes educativos y docentes.

Oferta gubernamental

La oferta gubernamental que más contribuye a garantizar que se cumplan las acciones de este elemento esencial del modelo de CCS se concentra en las acciones de formación para padres, madres y cuidadores, para los agentes *educativos* en los CAI, para docentes que están en las escuelas de educación preescolar y para el personal del programa de Educación Inicial no escolarizada.

Hasta ahora no se cuenta con un registro confiable de todas las modalidades y servicios que atienden a los niños de 0 a 3 años (Secretaría de Educación Pública 2018a). Un esfuerzo por identificar a todos los proveedores de servicios para niños en primera infancia, vinculados al cuidado y la educación, se muestra en la ilustración 27.

Considerando la institución o marco normativo que regula el programa o servicio público, encontramos que en México, existen varios marcos que dan sentido a los proveedores estos de éstos servicios (columnas):

1. La DGDC de Educación Preescolar de la SEP, emite la normativa con la que operan algunos CAI:
 - a. -de la propia SEP, llamados CENDI,
 - b. los de PEMEX,
 - c. SEDENA;
 - d. SEMAR.

El Programa de Educación Inicial: Un Buen Comienzo del 2018, fue emitido por la DGDC de la SEP. El objetivo del programa es “orientar el trabajo educativo con las niñas y los niños de cero a tres años de edad que asegure la calidad en la educación inicial” (Secretaría de Educación Pública 2018a). Antes del Programa, se diseñó el Modelo de Atención con Enfoque Integral para la Educación Inicial (MAEI), el cual no fue publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF), por lo cual las instituciones crearon sus propios modelos de atención. Es importante distinguir que una cosa es el Modelo de atención, que responde a la estrategia operativa y metodología de trabajo y funcionamiento y otra cosa es el programa curricular. Los Centros de Desarrollo Infantil (CENDI) de SEP e incorporados adoptaron el MAEI, pero siguieron operando con la estructura del Programa de Educación Inicial de 1982. Este programa

consideraba un marco pedagógico y operativo que abarcaba hasta la educación preescolar, es decir, era un mismo programa para los dos niveles, hasta que en 2001, se hace la separación, por la obligatoriedad del preescolar y el nuevo Programa de Educación Preescolar PEP (Dirección General de Desarrollo Curricular SEP 2018).

2. Otros CAI operan con sus propias normativas, porque hasta el 2018, no existía una norma pedagógica homogénea oficial y publicada en el DOF para todos los CAI. Este vacío generó que cada institución que opera CAI creara sus propios contenidos y su propia forma de operar. Actualmente algunos CAI se han adherido al Programa de Educación Inicial: Un Buen Comienzo, y otros mantienen su propio modelo (Dirección General de Desarrollo Curricular SEP 2018).

La tabla 28 explica los distintos proveedores de servicios de cuidado infantil (CAI) así como sus principales características.

Tabla 28 Servicios y programas que crean ambientes para el desarrollo infantil fuera del hogar

Institución	Servicio	Características
Secretaría de Educación Pública	Centros de Desarrollo Infantil	Atención a niños de 45 días de nacido a 5 años 11 meses de edad, hijos de madres y padres trabajadores de la Secretaría de Educación Pública (docentes y de apoyo).
Instituto Mexicano del Seguro Social	Guarderías ordinarias y subrogadas	Ofrece servicio a niños desde los 43 días de nacidos hasta los 3 años 11 meses y 29 días de edad. El servicio está dirigido a personas que tienen un empleo remunerado y cotizan al IMSS con cuotas obrero-patronales.
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Estancias de bienestar infantil	Atención a niños a partir de los 60 días de nacidos y hasta los 5 años 11 meses de edad, hijos de madres y padres trabajadores del Estado (Gobierno Federal).
Secretaría de Desarrollo Social	Estancias infantiles	Atención a los niños de 1 año de vida en adelante y hasta los 3 años 11 meses y 29 días de edad. Dirigido a madres y padres de familia de población abierta que carecen de seguridad social. Funciona por medio de transferencias monetarias a las responsables de las estancias infantiles.
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Centros de Asistencia para el Desarrollo Infantil (CADI)	Otorga atención a niños de 45 días de nacidos a seis años de edad, hijos de madres trabajadoras de escasos recursos económicos, carentes de prestaciones sociales, con la finalidad de favorecer su desarrollo integral.
	Centros de Asistencia Infantil Comunitarios (CAIC)	Brindan atención a niños de entre dos y seis años de edad que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, por medio de acciones educativas, asistenciales, en apoyo a las madres trabajadoras que carecen de servicios educativos para el cuidado y la formación integral de sus hijos.

Fuente: Programa de Educación Inicial: Un Buen Comienzo 2018.

Estos servicios son principalmente identificados con el Cuidado Infantil, aunque de acuerdo con sus lineamientos y objetivos, todos brindan también servicios de educación inicial bajo modalidad escolarizada. Son servicios para niños de 0 a 3 años de edad, pero también se pueden extender hasta los 5 años con 11 meses.

3. La Educación Preescolar, se da en tres modalidades: general, indígena y comunitaria. Y la Educación Inicial Indígena, que contempla básicamente a la población infantil en el rango de edad de los cero a los cuatro años de vida; es decir, la primera infancia, que no constituye aún parte del esquema de educación básica, por lo que no se considera obligatoria. Inicial Indígena tiene 1968 centros y atiende a 45,984 alumnos. La información estadística nacional informa que hubo 2377 docentes en el ciclo escolar 2016-2017.

4. La Educación Inicial para padres, es por definición no escolarizada, ya que a las sesiones van las madres, padres o cuidadores y pueden asistir también los niños. La imparte por un lado el CONAFE, en su Programa de Educación Inicial y Básica para la Población Rural e Indígena; y del programa de Educación Inicial no escolarizada operado por CONAFE. Por otro lado, en el Sector Salud han surgido iniciativas de orientación y capacitación para madres y padres, algunas operadas por los servicios de salud estatales, otras por el IMSS, el IMSS-PROSPERA y PROSPERA componente salud (su modelo PRADI).

Ilustración 27 Documentos normativos y acciones gubernamentales de educación inicial y educación preescolar

Institución o marco que la regula	SEP-DGDC Educación Inicial	Otras normativas específicas	SEP-DGDC Preescolar SEP-DGEI	CONAFE	SS-CENSIA	IMSS-Prospera
Acciones gubernamentales	CAI CENDI Pemex Sedena Semar	CAI IMSS ISSSTE CAIC/CADI Estancias SEDESOL	Preescolar General Indígena Comunitario Educación Inicial Indígena	Educación Inicial no escolarizada Educación preescolar comunitaria	Talleres DIT para padres y madres	Talleres DIT IMSS-PROSPERA
Población objetivo	De 0 a 5 años con 11 meses y sus familias	De 0 a 5 años con 11 meses con variaciones	De 3 a 5 años con 11 meses	De 0 a 4 años y sus familias De 3 a 5 años con 11 meses	Embarazada y familias de niños menores de 3 años	Embarazada y familias de niños menores de 3 años

Fuente: elaboración propia.

Hasta ahora se ha revisado la oferta total de servicios para niños y sus padres o cuidadores. A continuación se revisa la misma oferta, pero ordenada con el criterio de quién es el cuidador y cómo lo está apoyando la oferta gubernamental para que pueda brindar un cuidado cariñoso y sensible y sea un apoyo en el aprendizaje.

1. Madres, padres, familiares y cuidadores en el hogar.

Importancia

Las familias están en el centro de la crianza de los niños pequeños. En el período comprendido entre el embarazo y la edad de 3 años, los miembros íntimos de la familia son las personas más consistentemente presentes en la vida de los niños. Como tales, son los principales proveedores de cuidado de crianza. Para proporcionarlo, las familias, en toda su diversidad y todas sus formas, biológicas y sociales, necesitan información, recursos y servicios. Las madres, padres, abuelos y otros cuidadores primarios necesitan ser incluidos

en los programas que están diseñados para educar y apoyar a las familias a proporcionar cuidado nutritivo (WHO, UNICEF, and World Bank Group 2018).

Diagnóstico

En México no se cuenta con datos sobre la medida en que niñas y niños están recibiendo un cuidado afectuoso y cariñoso en sus hogares; sobre sus rutinas de alimentación y sueño, o sobre la orientación que reciben sus padres sobre actividades diarias. Los indicadores que podrían relacionarse de alguna manera con estos comportamientos son los levantados por la ENIM 2015 en relación a la participación de los padres en actividades de aprendizajes de sus hijos. Estos datos indican que el 76% de los niños/as de 36 a 59 meses, tuvieron algún adulto que realizó en los últimos 3 días cuatro o más actividades para promover su aprendizaje y prepararlos para la escuela. También señalan que el 14.4 % recibió apoyo paterno para el aprendizaje, y el 61.9% tuvo el apoyo por parte de su madre biológica.

Otro dato muy significativo con el que se cuenta sobre el cuidado que niñas/niños reciben en sus hogares es el de “cuidado inadecuado”, que refiere a niñas/os que fueron dejados solos o al cuidado de otro niño/a de menos de 10 años de edad durante más de una hora al menos una vez en la última semana. Se encontró que el número de niños y niñas en esta condición oscila entre el 5 y el 6% de la población en este rango de edad.

Una referencia adicional, pero más relacionada al conocimiento de los padres sobre la importancia del desarrollo infantil temprano, es una encuesta realizado por Fundación Televisa. En ella se encontró que seis de cada diez padres de familia encuestados no daban la suficiente importancia al desarrollo del niño en los primeros tres años de vida, es decir, no la consideraban una etapa de aprendizaje o evolución. Sólo el 16% había escuchado sobre educación inicial, 33 % sobre estimulación temprana y 19% sobre desarrollo Infantil Temprano. Un 43% de los entrevistados, opinó que los niños no aprenden sino hasta que cumplen 6 meses de edad. Si bien el alcance y metodología del estudio no pretende ser representativo de la realidad nacional, si arroja resultados que dan cuenta de la escasa comprensión que los adultos tiene sobre el DIT.

Otro factor importante que puede dar cuenta de las condiciones en las que se provee el cuidado en las familias, es la situación de pobreza o vulnerabilidad de los niños y niñas. Según un estudio del CONEVAL del 2012, (tabla siguiente), 54.6% de los bebés de 0 a 1 año y el 56.4% de los niños y niñas de 2 a 5 años viven en situación de pobreza. De ellos el 12.5% y el 13.4% respectivamente, están en situación de pobreza extrema. Se observa que los porcentajes de pobreza y pobreza extrema son más elevados para la primera infancia que para la población total, y también para niños en infancia media o adolescencia.

Al respecto UNICEF afirma “Las familias desfavorecidas tienden a invertir menos en sus hijos, lo que significa que los niños nacidos en el contexto de la pobreza y la vulnerabilidad están menos expuestos a los recursos del desarrollo y la estimulación.”(UNICEF 2017)

TABLA 3. Porcentaje de la población total y de 0 a 17 años en situación de pobreza o vulnerabilidad, según principales características sociodemográficas. México, 2012¹

Indicadores	Población total	Población de 0 a 17 años						
		Total	Sexo		Edad			
			Hombres	Mujeres	0 a 1 año	2 a 5 años	6 a 11 años	12 a 17 años
Pobreza								
Población en situación de pobreza	45.5	53.8	53.5	54.1	54.6	56.4	55.6	50.1
Población en situación de pobreza moderada	35.7	41.7	41.5	41.9	42.2	42.9	43.3	39.2
Población en situación de pobreza extrema	9.8	12.1	12.0	12.1	12.5	13.4	12.3	10.9
Población vulnerable por carencias sociales	28.6	22.4	23.0	21.8	22.3	22.5	19.1	25.6
Población vulnerable por ingresos	6.2	7.5	7.4	7.5	7.1	6.3	8.7	7.1
Población no pobre y no vulnerable	19.8	16.4	16.1	16.6	15.9	14.8	16.6	17.2
Espacios analíticos								
Carenciados	74.1	76.2	76.5	75.9	77.0	78.9	74.7	75.7
Con 3 o más carencias	23.9	25.4	25.3	25.4	25.7	28.0	22.8	26.2
Ingreso inferior a la línea de bienestar	51.6	61.3	60.9	61.6	61.7	62.7	64.3	57.2
Ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo	20.0	25.4	25.3	25.6	25.6	26.5	28.0	22.1
<small>1 Las estimaciones se realizaron considerando los factores de expansión ajustados a las proyecciones demográficas del CONAPO, actualizadas en abril de 2013. Fuente: Elaboración propia a partir de la información de la página de internet de CONEVAL y el MCS-ENIGH 2012.</small>								

Un último dato que podría servir de referencia sobre el cuidado que reciben niñas y niños en sus hogares es el reportado por la Dirección General de información en Salud (DGIS) a través de su portal en internet, que indica el número de madres capacitadas en el 2017 (10,442,387). De éstas, el 11.6% se capacitaron en estimulación temprana, lo que corresponde a 1,214,021 madres.

Tabla 29 Madres capacitadas por tema de interés.

103 MADRES CAPACITADAS	Grand Total	
EDAS	2,254,400	21.59%
IRAS	2,553,600	24.45%
DESNUTRICIÓN INFANTIL	1,165,056	11.16%
ESTIMULACIÓN TEMPRANA	1,214,021	11.63%
OBESIDAD Y SOBREPESO	1,035,055	9.91%
CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO	817,140	7.83%
LACTANCIA MATERNA	1,403,115	13.44%
Total	10,442,387	100.00%

Fuente: DGIS, cubos dinámicos, consulta mayo 2018.

Otros indicadores que pueden funcionar como proxis de las acciones esenciales propuestas, son los recabados por el ENIM como apoyo al aprendizaje. Porcentaje de niñas/niños que recibió apoyo para el aprendizaje de sus padres o cuidadores.

De los 3,415 que participaron en la encuesta el 72.2% vivía con su padre biológico, mientras que el 95.9% vivía con su madre biológica.

Tabla 30 Porcentaje de niñas y niños menores de 5 años que tienen tres o más libros infantiles y dos o más tipos de juguetes

	Porcentaje de niños viviendo en hogares que tienen para el niño:		Porcentaje de niños que juegan con:				Número de niños/as menores de 5 años
	3 libros infantiles o más ¹	10 libros infantiles o más	Juguetes caseros	Juguetes de una tienda/ manufacturados	Objetos del hogar/ objetos encontrados fuera	Dos o más tipos de cosas para jugar ²	
Total	34.9	8	34.2	91.9	72.3	75.9	8,066
Zona de residencia							

Urbana	40.1	9.8	35.4	92.4	72.3	76.4	6,076
Rural	19.3	2.6	30.7	90.4	72.2	74.3	1,990

Fuente: ENIM 2015.

En México 34.9% de las niñas y niños tienen 3 libros infantiles o más, y sólo 8% tiene 10 libros infantiles o más. Con respecto a los juguetes, 34.2% de los infantes tienen juguetes cases,, 91.9% tienen juguetes manufacturados o de tienda, y el 72% juegan también con objetos del hogar o encontrados fuera. Al analizar estos mismos datos según la zona de residencia, se encuentra que las niñas y niños que viven en zonas rurales, solo el 19.3% cuentan con libros infantiles.

Oferta gubernamental

La responsabilidad del Estado de capacitar a las familias en temas de crianza y cuidado cariñoso y sensible, se encuentra citada en la LGDNNNA aunque no de manera directa. En su Artículo 35, menciona “[1]as autoridades competentes en materia de desarrollo integral de la familia e instituciones públicas y privadas ofrecerán orientación, cursos y asesorías gratuitas, así como servicios terapéuticos en materia de pareja, de maternidad y paternidad, entre otros.”

Se identificaron varios programas que buscan que los padres, madres y cuidadores tengan la disposición, los recursos y los conocimientos para brindar cuidado cariñoso y sensible, que permita el aprendizaje temprano. Por un lado están los programas de capacitación o talleres que buscan incidir en las prácticas de crianza de los adultos que cuidan en un entorno familiar, y por otro lado, están los programas de baja por maternidad y apoyos monetarios, que buscan facilitar la crianza, concediendo tiempo y dinero a los padres (estos se analizarán en el apartado de entornos). Del primer grupo se encontraron las siguientes acciones:

1. El componente de Vigilancia al Desarrollo de la Primera Infancia, normado por CENSIA;
2. El Modelo de Promoción y Atención del Desarrollo Infantil (PRADI) de PROSPERA, que incluye in componente de educación comunitaria;

3. El componente de DIT del IMSS PROSPERA, que contempla sesiones de estimulación oportuna
4. El Programa Educación Inicial no escolarizada de CONAFE;
5. Las visitas a los hogares del Programa de Educación Inicial: Un Buen Comienzo
6. Los programas de capacitación para padres en los Centros de Atención Infantil (CAI) y la estrategia de Acompañamiento del Desarrollo Infantil y vigilancia nutricional⁴⁷.
7. Misalud: Forma parte de la Estrategia Digital Nacional, operada desde la presidencia de la república. Opera a través de Facebook, las madres se inscriben y reciben mensajes directos con recomendaciones y recordatorios relacionados con la salud y el cuidado desde el embarazo.

CENSIA componente de Vigilancia al Desarrollo de la Primera infancia

El componente ya se comentó en el dominio salud. Consiste en reuniones mensuales de 1 ó 2 horas, con las madres y los niños, donde se apoya en estimulación motriz y se pueden dar consejos en otras áreas. Se registra peso y talla. Con la intención de mejorar los contenidos, se optó por cambiar el modelo de atención, y a partir del 2018 se utilizará el modelo PRADI. Esto implica que se volverá a capacitar a los agentes de salud encargados de dar las pláticas sobre estimulación temprana a padres, madres y cuidadores. Hasta el momento no se han realizado evaluaciones al mismo. En cuanto a su cobertura, sabemos que en 2017 se capacitó a 1,214,021 madres en temas de estimulación infantil. Existe, como se comentó en el dominio de Salud, algunos obstáculos a la hora de poner en marcha a nivel local el modelo y dar los talleres con calidad. Uno de los obstáculos es la cantidad de personal en las unidades de salud, y la rotación existente entre el mismo. En ocasiones solo hay un médico o un pasante (que estará sólo un año en la clínica) y una enfermera, y son ellos quienes reciben capacitaciones sobre gran variedad de temas, y tienen la

⁴⁷ No es en estricto sentido talleres para padres, son asesorías que reciben los padres sobre cómo acompañar el desarrollo de sus hijos en casa, una vez que los niños han sido diagnosticados con la CEDI, y algunos CAIs tienen sesiones mensuales que les llaman “escuela para padres” pero no es algo formal, ni obligatorio.

responsabilidad además de llevar a cabo los talleres. Con la información disponible no es posible saber con precisión cómo se están dando estas capacitaciones.

Estrategia de Desarrollo infantil del PROSPERA⁴⁸

La estrategia ha sido incorporada a las reglas de operación del PROSPERA, dentro del apartado 3.6 Tipos de apoyo. El 3.6.2. componente de salud. El 3.6.2.2. prevención y atención a la mala nutrición, y después de haber mencionado las consultas, se encuentra: *“En el marco del seguimiento al crecimiento y desarrollo de las niñas y niños, la estrategia de desarrollo infantil y estimulación temprana, se basa en el Modelo PRADI, el cual es [un] modelo conceptual creado por el Hospital Infantil de México Federico Gómez, con visión, objetivos, indicadores y elementos clave que le permitirán distinguirse como una intervención efectiva en el desarrollo de la primera infancia y que, además, permitirá modernizar y unificar los contenidos de las distintas intervenciones en DIT que existen en el país. Tiene como objetivo general, implementar un modelo de detección y atención oportuna enfocado en mejorar el desarrollo infantil en los niños/as menores de cinco años en los ámbitos motor, cognitivo y socio-emocional familiar a través de las siguientes acciones:*

- *Incrementar en los padres el conocimiento y la aplicación de las mejores prácticas de crianza e identificación de señales de alarma;*
- *Incrementar la calidad del tiempo invertido en el cuidado del niño/a través de conductas estimulantes; y*
- *Mejorar el desarrollo de los niños en los ámbitos motor (motor grueso y motor fino), cognitivo (cognición y lenguaje), socio-emocional (apego y conductas adaptativas)”* (Cita Entrevista a PROSPERA Componente de Salud).(Dirección de Componente de Salud Prospera 2018)

⁴⁸ Se comentó ya en el dominio salud, el elemento esencial referente a prevención de las enfermedades y discapacidades que es el Programa PROSPERA y sus características principales, porque la estrategia incluye la Evaluación del Desarrollo Infantil.

De acuerdo a lo establecido por las Reglas de Operación, el modelo consta de tres componentes:

Componente 1: Detección y atención oportuna de problemas del desarrollo (revisado en el dominio Salud)

Componente 2: Estimulación Temprana. Componente Educativo Comunitario. Tiene como objetivo mejorar las prácticas de crianza y la estimulación de áreas del desarrollo en madres o cuidadores principales desde el embarazo, con el fin de promover un mejor desarrollo integral en los niños y niñas, a través de una intervención basada en una serie de talleres presenciales dirigidos a mujeres embarazadas entre el 5o. y 8o. mes de gestación y niños y niñas hasta 59 meses de edad.

Componente 3: Articulación con programas existentes. Tiene como objetivo promover el fortalecimiento de los contenidos y prácticas relacionadas con el Desarrollo Infantil Temprano con otras instituciones.

La estrategia y los talleres han sido evaluados con resultados positivos por un equipo evaluador externo contratado por el Prospera. La evaluación mostró que se mejoró el apego materno infantil y otras prácticas de crianza⁴⁹. Los talleres más las visitas domiciliarias también tuvieron efectos positivos en los niños, quienes obtuvieron un incremento positivo en el Cociente Total de Desarrollo⁵⁰.

Componente de DIT del IMSS Prospera

Como se comentó en el dominio Salud, el IMSS Prospera también cuenta con una estrategia DIT, que busca evaluar el desarrollo a través de la aplicación de la prueba EDI, y busca incidir sobre el desarrollo mediante talleres comunitarios que incluyen asesoría para prácticas de crianza y sesiones de estimulación temprana. Los contenidos de los

⁴⁹ Los resultados de la evaluación de impacto nos muestran que el tratamiento que tuvo el mayor impacto para mejorar el apego materno infantil fue el de Talleres comunitarios con un incremento de 3.5% en el coeficiente de apego prenatal entre los grupos de tratamiento comparado con el de control; este resultado es significativo estadísticamente al nivel de 0.05. Vemos adicionalmente que el resultado que se obtuvo de los Talleres comunitarios y visitas domiciliarias fue de 3.3% en el apego prenatal, pero los resultados son significativos al 0.10 de alfa.

⁵⁰ es un puntaje compuesto que representa el desarrollo global del niño a lo largo de todos los dominios de una prueba., en este caso, el Inventario de Desarrollo de Battelle 2da edición (IDB-2).

talleres buscan generar comportamientos afectuosos, cariñosos y respetuosos hacia las niñas y niños. Los talleres van desde el primer mes hasta los 5 años. Al respecto el líder de proyecto DIT de IMSS-Prospera, en entrevista en marzo 2018, comenta “Muchas cosas que no ven en el *preescolar* lo ven [en nuestros talleres] con nosotros, por ejemplo, manejo del berrinche, los golpes, la formación de la autoestima, todo eso. A veces los preescolares como son muchos no lo ven”. (Líder de proyecto DIT de IMSS-Prospera 2018)

Aún no se cuenta con una evaluación sobre los efectos de los talleres en el DIT de la población beneficiaria. Por último, como se comentó en el dominio Salud, la cobertura es aún muy baja por falta de recursos.

Programa de Educación inicial no escolarizada del CONAFE

El 11 de septiembre de 1971 se crea oficialmente el Consejo Nacional de Fomento Educativo (Conafe), como un organismo descentralizado encargado de generar nuevos modelos educativos tendientes a abatir el rezago en materia de educación. Surge ante la necesidad de atender a una población cada vez más diversa, en las zonas en donde no es posible contar con un servicio educativo regular de la Secretaría de Educación Pública (SEP). El objetivo general del CONAFE es propiciar oportunidades para que los niños, niñas, jóvenes y las familias de comunidades desfavorecidas accedan a la educación inclusiva, intercultural, equitativa y de calidad que les permita desarrollar capacidades y aprendizajes.

El programa de Educación Inicial del CONAFE consiste en brindar servicios educativos a niños de cero a tres años once meses, junto con sus padres y/o cuidadores, así como a mujeres embarazadas, mediante el enriquecimiento de las prácticas de crianza de sus familias, agentes educativos y otros miembros de la comunidad que intervienen en la vida de los infantes, a través de sesiones, visitas domiciliarias, estrategias de difusión y divulgación, así como de materiales educativos, con apego y respeto a la diversidad cultural y de género que existe en las comunidades que son atendidas.

Sus objetivos específicos son:

- Fortalecer el desarrollo integral de los niños menores de cuatro años de edad;

- Propiciar una cultura a favor de la primera infancia mediante la participación de la familia y la comunidad en el cuidado y la educación de los niños;
- Promover en las mujeres embarazadas el autocuidado y el establecimiento de vínculos afectivos con el bebé en gestación;
- Impulsar la participación de los hombres en la crianza de los infantes; y
- Propiciar condiciones que favorezcan la transición de los niños de educación inicial a la educación básica.

La matrícula en este programa se ha mantenido más o menos constante durante estos años; en abril de 2016 alcanzó a 433,367 familias y 430,494 niños/as. (Martínez and Myers 2017). Su Modelo Educativo plantea que los adultos participantes en los servicios adquieran conocimientos, capacidades, habilidades, actitudes y valores que les permitan reflexionar, planear y evaluar las prácticas de crianza para que de manera consciente e informada las transformen en acciones orientadas al logro de mejores condiciones para el desarrollo de las niñas y los niños. Lo que significa que las actividades dedicadas al cuidado, alimentación, juego y expresión de afecto a las niñas y los niños se conviertan en oportunidades educativas, generando experiencias formativas en los ámbitos familiares y comunitarios.

Para que el desarrollo integral de las niñas y los niños sea posible, se requiere impactar primero las prácticas de crianza de los adultos encargados del cuidado y educación de los niños, considerando que ellos fungen como los primeros agentes educativos y son los responsables de favorecer dicho desarrollo.

Las figuras educativas del Programa de Educación Inicial del Conafe son voluntarias y voluntarios de la comunidad, denominados promotores educativos, cuyo perfil escolar es equivalente a la educación básica y media superior. El hecho de que los agentes provengan de la comunidad tiene, según el propio sitio web del CONAFE, las siguientes ventajas:

- Contribuyen a la impartición más adecuada de los servicios, por su cercanía e identificación con la población de la localidad;
- Fortalecen la vinculación con su comunidad y la pertinencia cultural; y

- Aseguran el uso de la lengua originaria en las comunidades indígenas (CONAFE n.d.).

Las y los promotores educativos —en su gran mayoría del género femenino— son personas que muestran un gran compromiso con las acciones de Educación Inicial y son los encargados de facilitar el aprendizaje de los adultos y niños, ayudarlos, alentarlos, motivarlos y encauzarlos.

Para desarrollar sus funciones adecuadamente, los promotores cuentan con el apoyo de otras figuras de la estructura educativa: coordinadores de zona y supervisores de módulo, cuya función es acompañar, asesorar y dar seguimiento a los procesos de la operación del modelo de atención e intervención pedagógica, así como gestionar la operación del Programa. Todas las figuras educativas involucradas en este servicio tienen una formación inicial y continua durante todo el ciclo.⁵¹

El Modelo enfrenta retos importantes. Una evaluación hecha por CIDE en 2014 mostró que la asistencia promedio de madres a las sesiones semanales era muy baja, en promedio asistían a 4 en un programa de 20 sesiones durante el ciclo anual. La misma evaluación encontró un efecto muy “modesto” en el desarrollo de los niños participantes (CIDE, 2015). (Martínez and Myers 2017:19).

Además de estos asuntos de diseño, también se enfrentan retos a nivel organizacional y presupuestal. Los cambios de personal al nivel central y directivo dentro del sistema de EI hace difícil la continuidad de las acciones, por ejemplo, durante 2016 Educación Inicial fue designada como una Dirección General dentro del CONAFE, ahora separada de los programas en la Dirección de Educación Comunitaria. El presupuesto de CONAFE, y especialmente para Educación Inicial es bajo. Las promotoras son voluntarias y reciben una “gratuidad” de menos de un salario mínimo. (Directora Nacional de Educación Inicial de Consejo de Fomento Educativo 2018b). Ello explica la alta rotación entre ellas. Así, el Programa de Educación Inicial necesita atención e impulso para dar mejores resultados. (Martínez and Myers 2017)

Con base en las evaluaciones realizadas los investigadores han concluido que el programa debe fortalecerse para lograr un mayor impacto. La evidencia apunta que “en el caso de los

⁵¹ <https://www.gob.mx/conafe/acciones-y-programas/educacion-inicial-del-conafe>

grupos de estudio o talleres para padres, aquellos con un resultado positivo contaron con sesiones semanales de más de una hora y una duración de la intervención de 6 a 10 meses. Los datos sugirieron que los cuadros no profesionales se desempeñaron mejor en la realización de visitas domiciliarias y sesiones grupales de padres que los cuadros profesionales. La capacitación de proveedores, tiene que ser de más de 2 semanas, si queremos resultados positivos. Menos de 2 semanas, da como resultado niveles más bajos de resultados positivos. La presencia de mecanismos formales de mejora y control de la calidad también resultó en mejores resultados, mientras que la remuneración fue un factor crítico para la efectividad del personal no profesional” (WHO and UNICEF 2017).

Capacitación para padres en los Centros de Atención Infantil (CAI)

La fracción V del artículo 19 de la LGPSACDII, establece que uno de los objetivos de los Centros es promover pautas de convivencia familiar y comunitaria fundadas en el respeto, la protección y el ejercicio de los derechos de los niños. El Consejo Nacional para la Prestación de Servicios de Atención Cuidado y Desarrollo Integral Infantil (el Consejo), creado por mandato de la misma Ley, tiene dentro de sus atribuciones el promover la participación de las familias, la sociedad civil y los niños en la observación y acompañamiento de la política nacional” (CNPSACDII 2015). No obstante, en estricto sentido, los CAI no están obligados a dar educación para padres.

Pese a ello, existe un amplio reconocimiento de la importancia de contar con los padres como aliados en el desarrollo, y un gran interés en informar y capacitar a los familiares de los niños en los CAI. El Secretariado Técnico del Consejo Nacional ha impulsado campañas de difusión principalmente a través de redes sociales y carteles impresos con infografías. Ya se desarrollaron materiales visuales para promover la alimentación correcta, así como medidas de prevención de la obesidad y el sobrepeso entre la población de cero a 5 años.

A partir del 26 de septiembre se inició a difundir en las cuentas de redes sociales de integrantes e invitados del CNPSACDII la “Campaña de Sensibilización a madres, padres

y cuidadores sobre Desarrollo Infantil Temprano”⁵². Esta campaña busca sensibilizar a los cuidadores primarios sobre la importancia de los primeros años de vida (Primera Infancia y Desarrollo Infantil Temprano). La difusión de estas campañas se realiza a través de las cuentas oficiales de redes sociales de los integrantes e invitados del Consejo Nacional (Facebook y Twitter) así como en el portal de este órgano colegiado. El Secretariado Técnico impulsa a los involucrados a monitorear la publicación de estos materiales en sus propias redes. No obstante, no se cuenta con recursos financieros que permitan difundir esta información por otros medios para alcanzar una mayor cobertura.

También se han articulado esfuerzos entre las organizaciones de la sociedad civil y los prestadores de servicios de cuidado que hoy forman parte de este órgano colegiado para desarrollar acciones de formación con padres de familia, principalmente guías o talleres.

Fundación Lego, la Fundación Carlos Slim, Sesame Workshop y Fondo Unido. En el caso de los CAI del Programa de Estancias Infantiles para Apoyo a Madres Trabajadoras coordinado por SEDESOL y SNDIF, el personal del SNDIF se ha capacitado con la Fundación Slim en los talleres *Crecer Juntos* y *Crecer Contigo* para impartir los talleres a los padres, quienes previamente han sido convocados por los responsables de los CAI. Una vez que se les imparten los talleres, se les da una constancia de participación a las familias.

A julio del 2018 la FCS ha capacitado tanto en el sector salud como en el sector educativo: a 54, 458 personas en sus talleres presenciales (*Crecer Juntos* y *Crecer Contigo*) y a 34, 649 personas en sus cursos en línea (cuidador de niños, la trascendencia del educador durante la primera infancia, estimulación y desarrollo, y promotor del desarrollo infantil). Además ha distribuido 2, 566, 820 guías prácticas para el desarrollo de tu hijo y ha beneficiado con la aplicación GUIAPP: 12, 873 personas (en las plataformas de Android y IOS).

⁵² la campaña se puede consultar en el sitio de este órgano colegiado <https://www.gob.mx/consejonacionalcai/galerias/campana-sensibilizacion-madres-padres-y-cuidadores-en-desarrollo-infantil-temprano>

Estrategia de Acompañamiento del Desarrollo Infantil y Vigilancia Nutricional⁵³

La estrategia promueve el monitoreo de la nutrición y el desarrollo de los niños y niñas en los CAI. En materia de DIT, la estrategia contempla aplicar dos veces al año la Cédula de Evaluación del Desarrollo Infantil. Los resultados de la prueba se registran en la cartilla de desarrollo infantil, que es un medio de apoyo para los padres y el agente educativo. Los resultados plasmados le dan herramientas a la asistente para planear sus actividades e identificar qué tipo de estímulos necesita el niño y qué acciones puede hacer el padre o madre en casa. Los agentes educativos trabajan con los padres al compartirles los resultados de la cartilla, y también en el diseño y puesta en marcha de estrategias para mejorar el desarrollo de los niños. Estas sesiones de consejería ocurren dos veces al año.

Visitas a los hogares del programa de Educación Inicial: Un buen Comienzo de la SEP

El programa de Educación Inicial, se divide para su ejecución en tres estrategias: (1) Una primera que consiste en el diseño y apoyo a los CAI para la implementación de la norma pedagógica de la SEP, descrita en el programa De Educación Inicial: Un Buen Comienzo, publicado en el DOF el 23 de enero del 2018. (2) Coordinación con otros servicios que normativamente no están obligados a seguir la norma pedagógica, como son Educación Indígena, CONAFE y los Centros de Atención Múltiple, para difundir la importancia del enfoque del programa Un Buen Comienzo, y (3) Visitas domiciliarias.

Esta última es una modalidad de educación Inicial no escolarizada que consiste en visitas semanales a 3,750 familias, en 10 estados de la república. Las familias deben estar entre el 2do y 3er decil de ingreso, vivir en zonas urbanas, suburbanas, o ser migrantes, y tener una embarazada en el tercer trimestre de gestación o alguna niña o niño entre 0 y 3 años de edad. El agente educativo lleva consigo una unidad didáctica (mochila) con diversas herramientas y materiales para formar habilidades en las mamás. El Manual para el agente educativo, es una propuesta de lo que podrían contener las visitas, pero busca que se adapte a las necesidades de cada familia. El programa se encuentra en etapa piloto que terminará en diciembre del 2018. Como es natural, el programa aún no cuenta con evaluaciones de impacto o de diseño. Sin embargo, *“hay evidencia considerable acerca de cómo los niños se benefician de las visitas domiciliarias que brindan asesoramiento nutricional, cualquier*

⁵³ Se comentó en el dominio Salud, elemento esencial 13 prevención de discapacidad.

suplemento requerido y estimulación cognitiva. Los beneficios incluyen un mejor desarrollo cognitivo en la infancia y mayores ganancias en la edad adulta. Y cuando los participantes crecieron y tuvieron hijos propios, esos niños se desarrollaron mejor que los niños en el grupo de control, lo que demuestra importantes beneficios intergeneracionales” (WHO, UNICEF, and World Bank Group 2018).

Adicionalmente a las visitas para padres, el programa editó una guía para padres: “Aprendizajes Clave para la educación integral, educación Inicial. Guía para padres. La importancia de una crianza amorosa: alimento para toda la vida”. La guía se compone de dos apartados principales: (1) los aspectos más importantes de la crianza y (2) el juego, el lenguaje, la lectura: su relación con la crianza. La guía se entrega a los padres de las visitas a los hogares y también a los padres que tienen hijas e hijos en los CAI.

Por último, la Dirección General de Desarrollo Curricular de la SEP elaboró en el 2014 un libro para las familias (Secretaría de Educación Pública 2014), con el objetivo de orientar a los padres para que compartan en su vida diaria experiencia que hagan a los niños pensar, comunicarse y aprender. El libro se entrega en preescolar a los padres de familia. Hasta ahora no se ha realizado ninguna evaluación de impacto.

Educación para la Salud del IMSS Ordinario

El IMSS ordinario tiene un total de 3,898,510 de población derechohabiente adscrita a la unidad de Salud (tabla 31). El IMSS realiza acciones de comunicación educativa dirigidas al personal de salud y a la población derechohabiente, que tienen el propósito de implementar el control de la niña y el niño sano en los menores de 5 años.

Los contenidos de las comunicaciones incluyen:

- Recomendaciones para las personas responsables del cuidado del menor
- Las actividades de comunicación educativa relacionadas con el cuidado de la salud tienen gran impacto en la población cuando participa en el proceso enseñanza-aprendizaje a través de sesiones educativas, de información personalizada y el manejo de un lenguaje sencillo y preciso.

- Durante las sesiones informativas y educativas se debe enfatizar: - La importancia de acudir a su cita de control de la niña y el niño sano. - La evaluación del neurodesarrollo según el grupo indicado en la Prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil Temprano. - La consejería sobre estimulación oportuna y prácticas de crianza.

Tabla 31 Población derechohabiente adscrita a la unidad por género y rango de edad, 2011 - 2016 ⁵⁴

	Suma	Hombres	Mujeres
Mayor o igual a 0 y menor a 1 año de edad	512,834	262,315	250,519
Mayor o igual a 1 y menor a 2 años de edad	621,249	318,902	302,347
Mayor o igual a 2 y menor a 3 años de edad	642,979	330,786	312,193
Mayor o igual a 3 y menor a 4 años de edad	685,398	353,597	331,801
Mayor o igual a 4 y menor a 5 años de edad	712,858	367,277	345,581
Mayor o igual a 5 y menor a 6 años de edad	723,192	372,510	350,682
Total	3,898,510	2,005,387	1,893,123

Brecha

La atención a padres se da de manera muy diferenciada y por muchos proveedores. De las 7 acciones encontradas, tres son proporcionadas directamente por el Sector Salud, a través del CENSIA, PROSPERA componente de Salud e IMSS-Prospera. Dos están vinculadas a los CAI, y dos más serían desde el sector educativo, una de CONAFE y otra del Programa de Educación Inicial: Un buen Comienzo.

Si bien todas las acciones descritas tienen dentro de sus objetivos incidir en cambiar las prácticas de crianza, solo dos han podido comprobar su eficacia a través de evaluaciones de

⁵⁴ Considera a la población derechohabiente adscrita a unidades de medicina familiar (clínicas) y hospitales con medicina familiar del IMSS, con atención en primer nivel. Esta cifra se calcula con base en los registros administrativos del Instituto y refiere al número de casos de derechohabientes vigentes a cierre de mes. En los registros del IMSS se identifica a personas adscritas en más de una modalidad de aseguramientos o incluso a personas pensionadas con aseguramiento vigente (por ejemplo, una persona que recibe una pensión por viudez y al mismo tiempo mantiene un trabajo remunerado y subordinado). A estos casos, poco frecuentes, en la cifra de población derechohabiente adscrita se les contabiliza más de una vez.

impacto: PROSPERA y CONAFE. Ambas evaluaciones demuestran que las inversiones en talleres de capacitación tienen impacto positivo sobre el desarrollo de los niños y el conocimiento de los padres. El resto de los programas y acciones no han sido evaluados por falta de recursos o debido a que el programa lleva poco tiempo implementándose.

En cuanto a la cobertura, la DGIS reporta más de un millón de madres que han recibido talleres de estimulación temprana, pero se desconoce la frecuencia y la calidad de estos talleres. CONAFE atiende aproximadamente 430,000 niños y 450,000 padres y madres, con los problemas que se han mencionado antes. El Programa de Educación Inicial de visitas a los hogares atiende en su etapa piloto solo 3750 familias, y en los CAI no se tiene indicador sobre el número de padres que pudiera beneficiarse de alguna acción de capacitación. Así tenemos que la oferta atiende a algunas familias en pobreza y vulnerabilidad y a familias con hijos en los CAI, pero deja fuera a la gran mayoría de las familias.

Los programas con más tiempo, recursos y evaluaciones son sin duda CONAFE y Prospera. Ambos se inspiran en la compensación social, están destinados a los padres y madres de niñas/os pobres y vulnerables, como una intervención de emergencia, no como una norma educativa general.

Por otro lado, las acciones descritas no están coordinadas ni buscan la complementariedad entre ellas. Han ido surgiendo en momentos y bajo concepciones distintas. Ni siquiera aquellas que comparten a la institución operadora se coordinan entre sí. Un ejemplo claro de este punto es el tema de los talleres, impartidos por PRADI, por IMSS PROSPERA y también por proveedores del sector privado y social. Es factible considerar que estos modelos brindan atención a poblaciones relativamente similares, pero tienen sus propios contenidos y currículas; y no contamos con información sobre cuáles son más efectivos para lograr los resultados deseados. Sería deseable aprovechar el espacio de comunicación generado por la Comisión para la Primera Infancia para detonar un diálogo entre todas las instituciones que están impartiendo talleres para padres para encontrar áreas en común, definir los siguientes pasos, acordar si se van a mantener varios modelos, qué requisitos deben de tener, o si es mejor manera un currículo único, entre otros asuntos. Otra alternativa podría ser crear una NOM sobre talleres para padres en materia de desarrollo infantil temprano.

En suma, es muy importante reconocer que en este sexenio se desarrollaron todas estas acciones de desarrollo infantil temprano. No obstante, si consideramos que hay 12 millones de niños en primera infancia, es necesario reconocer que sus coberturas aún son bajas, que la frecuencia y la intensidad de las intervenciones pueden no ser suficientes, y que es probable que la calidad entre ellas sea bastante heterogénea.

2 Agentes educativos en los CAI

Importancia

Un estudio reciente de la OCDE, encuentra que “la capacitación de docentes que trabajan con la primera infancia está asociada a habilidades emergentes en el lenguaje, el comportamiento, o las habilidades sociales en los niños” (OECD 2018).

Uno de los conceptos clave en el tema del cuidado en general, -no solo a niños pequeños, si no también a enfermos, ancianos o discapacitados- es el “síndrome del cuidador”. Éste “[...] es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona dependiente. Se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico. La persona tiene que afrontar una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo”. Si bien está enfocado principalmente en adultos que cuidan adultos enfermos, sirve para entender por qué es importante mirar también a familiares y agentes en los CAI como cuidadores y como personas que necesitan a su vez ser cuidadas.

Hoy en día existen numerosas investigaciones que demuestran que los niños pequeños que experimentan privación severa o negligencia pueden experimentar una variedad de consecuencias negativas. La negligencia puede retrasar el desarrollo del cerebro, afectar las habilidades de la función ejecutiva e interrumpir la respuesta al estrés del cuerpo (National Scientific Council on the Developing Child 2012).

Lo que no tiene quizá tanta investigación científica de respaldo, o quizá no es tan difundido, son las pequeñas violencias que diariamente experimentan las niñas y los niños en los centros de cuidado y en los preescolares. Estas “suaves violencias”, como las llama Christine Schuhl, “no es maltrato, no son abusos, son instantes efímeros en los que el

profesional no está ya conectado con el niño. Breves instantes en los que el adulto se deja llevar por un juicio, una etiqueta, un gesto brusco. De corta duración, sin embargo son frecuentes a lo largo de la jornada, y colocan al niño en situación de inseguridad afectiva. Pero son “suaves” al no tener el adulto intención de hacer daño, no hay premeditación, son prácticas que “se cuelan” en el día a día” (Schuhl and Epstein 2003).

Recuadro 3 Repertorio de suaves violencias.

Durante la acogida (y despedida):

- Hablar por encima de su cabeza sin tenerle en cuenta.
- Trasladar a la familia informaciones negativas.
- Criticar abiertamente a un padre que acaba de irse, delante del niño.
- Quitarle sistemáticamente el chupete al llegar.
- Desvestir sistemáticamente al niño desde que llega.
- Acoger más o menos amablemente según las afinidades con los padres.
- Quedarse sentado siempre al llegar los padres.
- Hablar largo rato con los padres mientras los niños esperan.
- No decir buenos días, no sonreír.
- No decir adiós, porque el padre ha llegado tarde.

En el juego:

- Forzar al niño a hacer una actividad.
- Meter prisa a los niños.
- Comentar negativamente las adquisiciones de un niño.
- No animarle cuando tiene dificultades.
- Comparar a los niños entre sí.
- Interrumpir una actividad por cumplir un horario.
- Proponer un juego no adaptado al niño.
- Discutir con la compañera mientras los niños juegan libremente.
- No dejar a un niño llevarse a casa su “dibujo” porque hay que meterlo en la carpeta.
- No dejar elegir al niño.
- Culpabilizarle porque rechaza una actividad.

En la comida:

- Forzar al niño a comer.
- Suprimir el postre si no termina su plato.
- Hacerle chantaje.
- Hablar con la compañera mientras damos de comer a un niño.
- Poner el babero bajo el plato del niño, para inmovilizarle.
- Ponerles en ropa interior para comer, para enseguida ir a la siesta.
- Impedirle que coma solo porque se va a manchar.
- Criticar la comida delante del niño.
- Mezclarle todos los alimentos en el plato.
- Lavarle la cara con una esponja fría sin avisarle.
- Rasparle la boca sistemáticamente con la cuchara.

En el aseo:

- Hablar entre adultos durante el cambio.
- Comentar sobre la higiene del niño, o su anatomía.
- Oler el pañal del niño antes del cambio y mostrar repugnancia.
- No hablarle durante el cambio.
- Coger a un niño para cambiarlo sin prevenirle.
- Decirle a un niño que es sucio, que huele mal, que es feo, que es gordo.
- Impedir a un niño ir al váter.

- Dejar al niño mucho tiempo en el orinal.
- Regañar a un niño que se ha hecho caca después del cambio.
- Hablar a todo el mundo de algo que ha ocurrido a un niño.
- En la siesta:
- Forzar a un niño a dormirse.
- No acostarle si tiene sueño.
- Despertar bruscamente a un niño que duerme.
- No hacer escalonamiento en el despertar.
- Hablar alto en el dormitorio cuando los niños van a dormir.
- Mantener a los niños despiertos en la colchoneta hasta que todos se despierten.
- Taparle la cara con la sábana para que se duerma.
- Aislar sistemáticamente a un niño en el dormitorio.
- No dedicarle algo de tiempo a cada niño al despertarse.
- Durante el día:
- Llamar a los niños por el apellido o con un mote, sin respetar su identidad.
- Hacer juicios sobre el niño.
- Desvalorizarle.
- Hablarle en tercera persona (Pedro ha sido malo...)
- Juzgar a los padres en presencia de los niños (porque llega tarde, porque no trae la ropa adecuada...)
- Los actos colectivos impuestos a una determinada hora, igual para todos (como beber agua a la vez)
- El limpiar los mocos sin pedir permiso al niño.
- El hablar a los niños desde arriba siempre, sin descender a su altura

Fuente: (Schuhl and Epstein 2003)

Diagnóstico

Las preguntas que interesa resolver son ¿Cuál es la calidad del cuidado que reciben los niños que asisten a los CAI? ¿El cuidado que reciben los niños es cariñoso y sensible y cumple con los elementos esenciales que propone el modelo?

En la práctica para medir la calidad de los CAI y de los preescolares, se han utilizado comúnmente dos dimensiones: calidad estructural y calidad de proceso. “La dimensión de calidad estructural se refiere a la presencia (o ausencia) de recursos que pueden facilitar las interacciones que deberían tener lugar en un entorno de aprendizaje. Incluye considerar aspectos relacionados con la infraestructura (el espacio, la iluminación, el mobiliario y los equipos); elementos relacionados con la salud, el saneamiento y la seguridad (protocolos de salud, procedimientos de emergencia); las características de los educadores y los cuidadores (su formación laboral previa y en el puesto de trabajo, experiencia, salarios), y las particularidades del grupo de niños bajo su responsabilidad (tamaño, rango de edad, tasa cuidador/niños). La dimensión de calidad de proceso se refiere a los elementos de los jardines de cuidado infantil que tienen un impacto directo en la experiencia cotidiana del niño, en su aprendizaje y desarrollo. Esta dimensión abarca la implementación del

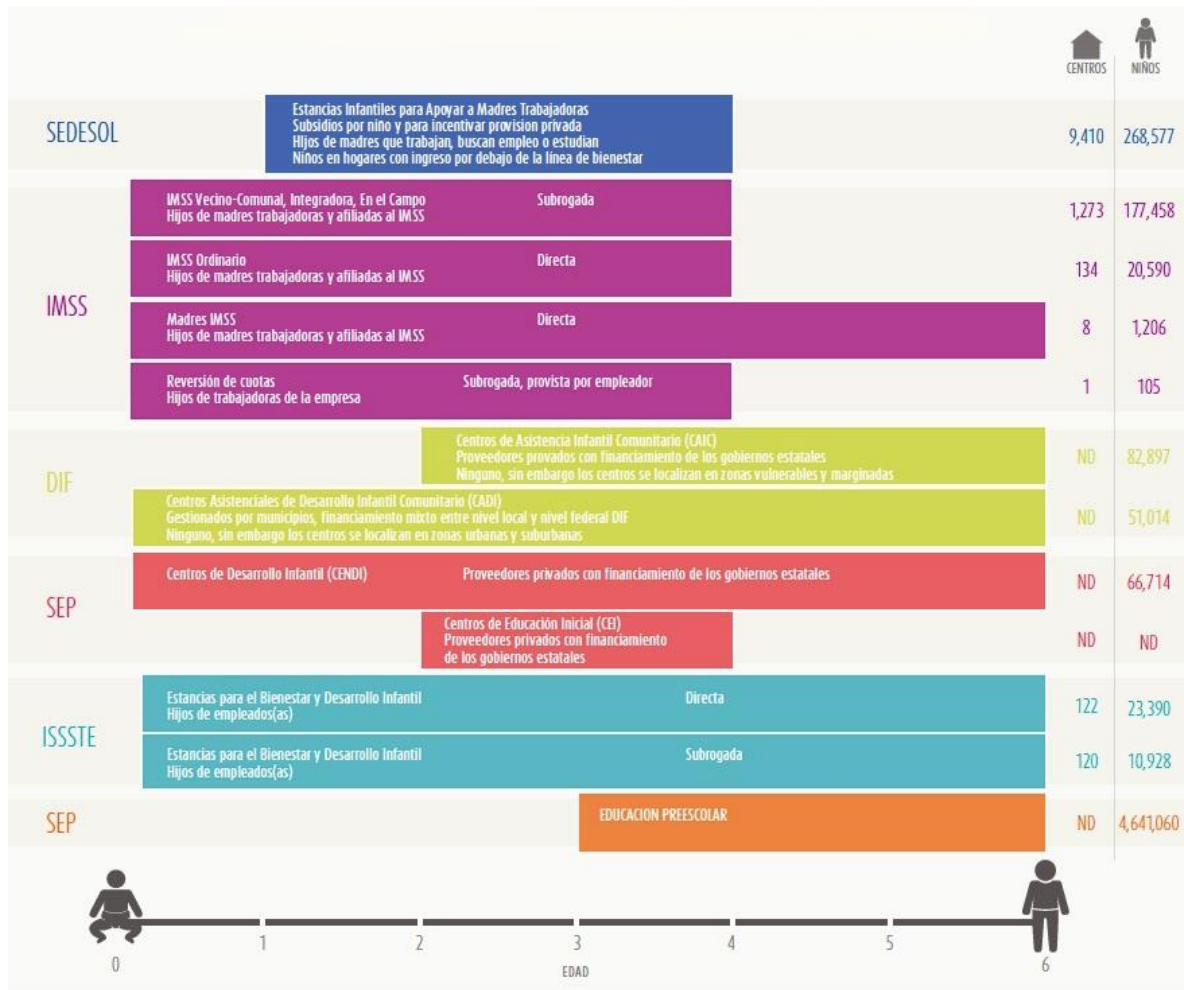
currículo (si este existe) y, sobre todo, la frecuencia, los tipos y la calidad de las interacciones entre los niños y sus cuidadores, entre los niños y sus pares, y entre los cuidadores y los padres” (Schady and Berlinsky 2015).

En estricto sentido, es la calidad de proceso, en su dimensión de tipos y calidad de las interacciones la que interesa al modelo de CCS. Sin embargo en México no se cuenta aún con indicadores que la evalúen de manera agregada para todos los CAI del país. Por ello, este apartado diagnóstico, se concentra en [1] describir a grandes rasgos qué son los CAI, y qué tipos existen, y [2] cuál es la calidad estructural que los caracteriza.

¿Qué son los CAI? La Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil (LGPSACDII) considera Centro de Atención Infantil (CAI) al espacio, cualquiera que sea su denominación de modalidad pública, privada o mixta, donde se prestan servicios de atención cuidado y desarrollo integral a infantes a partir de los cuarenta y tres días de haber nacido.

Los Centros públicos, son aquellos que pueden estar financiados y administrados por la Federación, los Estados, los Municipios y la Ciudad de México o sus órganos político-administrativos, o bien por sus instituciones. Los centros privados son aquellos cuya creación, financiamiento, operación y administración sólo corresponde a particulares. Y los centros mixtos son aquellos en los que la federación, los estados, municipios, etc., participan en su financiamiento, pero no en su operación

Ilustración 28 Programas de provisión y subsidio de servicios de cuidado infantil en México, 2013



Fuente: (Mateo Díaz, Rodríguez Chamussy, and Grafe 2014)

El total de centros en el país aún no se conoce con precisión. Se está trabajando desde el 2014 en la integración del Registro Nacional de Centros de Atención Infantil (RENCAI).

Si bien tener dicho registro en lo que respecta específicamente a los Centros de Atención Infantil es una obligación establecida en la LGPSACDII para el gobierno federal. Éste deberá operarlo y mantenerlo, y las entidades federativas deberán de proporcionar la información de los CAI en su territorio. Sin embargo a la fecha no ha sido posible completarlo por varias razones:

A) Existen diversos modelos de atención en los CAI lo que hace difícil conseguir la información de todos. Los gobiernos en las entidades son las responsables de proporcionar

la información sobre los CAI al CNPSACDII. Sin embargo las entidades enfrentan dificultades y no todas han entregado la información. Además la variedad de modelos de atención, también dificulta conseguir la información: algunos cuentan con educación preescolar y otros no. Los hay públicos, privados y mixtos. En el caso de los CAI privados, no se tiene acceso con precisión a los servicios que brinda el sector privado (solo a través de la DENU);

B) Desde la federación no se cuenta con las atribuciones para exigir a los estados que compartan su información, es a través de acuerdos de coordinación (que no son vinculantes), de acuerdo a lo establecido a la ley en la materia, que pueden compartir las cifras. Sin embargo muchas veces los estados y municipio no cuentan con la información;

De acuerdo a lo establecido en la LGPSACDII y su reglamento, son la entidades federativas las responsables de integrar su Registro Estatal de todos los CAI públicos, privados y mixtos que se encuentre dentro de su territorio, esta información tendrá que ser proporcionada para la conformación del RENCAI a través de la firma de convenios de coordinación, actualmente se encuentran en la fase de integración dicho registros esta tales los cuales servirán de insumo para contar con un registro a nivel nacional.

C) la normativa y las instituciones encargadas de aprobar la operación de los CAI a nivel estatal y municipal es muy variada. En algunos casos es el sector salud, en otros educación, y otros más puede ser desarrollo social o los DIF.

Otro dato importante para tener un panorama diagnóstico de los agentes educativos en los CAI es el número de niños a cargo de ellos en los centros. Este dato no está disponible, sólo se cuenta con lo que establece la normativa. En el caso de los del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras SEDESOL-DIF, cada centro tiene un máximo de 60 niños. Y dependiendo el número de niños es el número de agentes cuidadores. Las reglas de operación de este programa indican “un agente cuidador por cada ocho niñas y/o niños, y en el caso de niñas y/o niños que presenten alguna discapacidad, se contará con un agente cuidador por cada cuatro” (ROP estancias infantiles SEDESOL 2018).

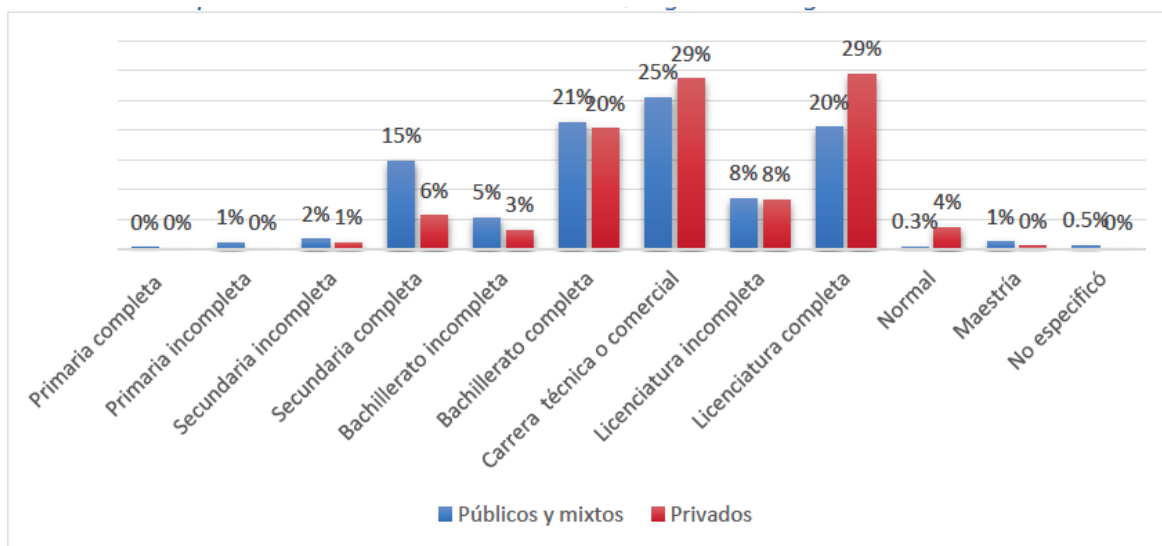
Como parte de los trabajos del Consejo Nacional se realizó un Diagnóstico el cual se actualizó con información de CAI privados en 2015 del estado que guardan los mismos.

En dicho diagnóstico se encontró que el promedio de niños por grupo en los CAI de SEDESOL-DIF es de 33 niños, en el caso de las otras instituciones la SEP atiende a un promedio de 36 niños por grupo, el IMSS a 25, el ISSSTE a 19 y el SNDIF a 15. El mismo diagnóstico señala *“Además de las cuidadoras por grupo, en los CAI existen personas que se encargan de apoyarlas, siendo el promedio de dos personas por grupo, tanto en los públicos y mixtos como en los privados”*(CNPSACDII 2015). Esto indica que el número de niños por cuidador es muy superior a lo que establecen las respectivas normativas en los CAI, y también muy superior a lo que recomiendan las investigaciones científicas sobre el tema (*“Day Nurseries”* 2015).

El mismo diagnóstico, identificó un promedio de 11 trabajadores por CAI público o mixto, y 10 en los privados. Los CAI vinculados al programa de SEDESOL y del SNDIF tienen menos trabajadores y se ubican en un espacio menor. Mientras que los centros que son parte de una prestación o seguro, suelen encontrarse en espacios físicos más grandes y contar con más personal (CNPSACDII 2015).

Una breve caracterización de los agentes cuidadores indica que el 99% son mujeres. En general, los CAI privados tienen agentes cuidadores con mayores niveles de educación. Por ejemplo el porcentaje de agentes cuidadores con licenciatura completa con respecto del total en el CAI es de 29% en los privados y de 20% en los públicos (ver gráfica 1).

Gráfica 1 Distribución de cuidadoras, según último grado de estudios



Fuente: (CNPSACDII 2015)

Otro punto es la antigüedad en su puesto actual, en los CAI privados es ligeramente superior a 4 años. En los centros de SEP y el ISSSTE la antigüedad es de 16.6 y 8.2 años respectivamente. En el IMSS fue de 5.4 y en SEDESOL-DIF fue 3.5 años.

La rotación de personal es un problema muy recurrente en el sector y un aspecto crítico para el desarrollo de los niños, quienes necesitan crear vínculos y relaciones de confianza estables en sus primeros años. Uno de los factores es el bajo pago que reciben tanto responsables de grupo como auxiliares. De acuerdo con la Directora de Estancias Infantiles del DIF, “Las directoras son las dueñas, no sabemos su sueldo promedio, las asistentes reciben un promedio de \$1500 al mes” y en muchas ocasiones no tienen seguridad social (entrevista agosto 2017).

Esta rotación condiciona la frecuencia de las capacitaciones. Es necesario dar al menos dos capacitaciones al año, para mantener al personal actualizado.

Oferta gubernamental⁵⁵

La oferta de los servicios de Cuidado Infantil ha sido concebida primordialmente como una ayuda a la madre que trabaja fuera del hogar, priorizando temas de seguridad, salud y nutrición. El planteamiento que pone a las madres al centro ha marcado el tipo de oferta existente, destinada mayoritariamente a trabajadoras del sector formal, y en las últimas décadas, también a población abierta. Garantizar el cuidado cariñoso y sensible en los Centro de Atención Infantil ha sido un objetivo que había estado en segundo plano hasta hace relativamente poco tiempo, con la incorporación paulatina de nuevas nociones y

⁵⁵ La LGDNNA, en su artículo 105, fracción III, menciona que la directiva y personal de instituciones de salud, asistencia social, académicas, deportivas, religiosas o de cualquier otra índole, se abstengan de ejercer cualquier forma de violencia, maltrato, perjuicio, agresión, daño, abuso, acoso y explotación en contra de niñas, niños o adolescentes, y que formulen programas e impartan cursos de formación permanente para prevenirlas y erradicarlas.

También menciona que los Centros de asistencia social (CAS) deberán otorgar Servicios de calidad y calidez, por parte de personal capacitado, calificado, apto y suficiente, con formación enfocada en los derechos de la niñez;

El Sistema Nacional de Protección y los Sistemas Locales de Protección, tienen entre sus responsabilidades: (artículo 125 y artículo 137 fracción XVI “Realizar acciones de formación y capacitación de manera sistémica y continua sobre el conocimiento y respeto de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes, principalmente con aquellas personas que trabajan desde los diversos ámbitos en la garantía de sus derechos”).

elementos que favorecen una crianza cariñosa y respetuosa; y el reconocimiento del derecho de niñas y niños a “...recibir los servicios para la atención, cuidado y desarrollo integral infantil en condiciones de calidad, calidez, seguridad, protección y respeto a sus derechos, identidad e individualidad con el fin de garantizar el interés superior de la niñez” (Art.9 de LGPSACDII).

No obstante, la incorporación de estos conceptos se ha dado de manera desigual por parte de los diferentes prestadores de servicios (para una descripción más detallada del tipo de centros y sus características, revisar la publicación del BID, elaborada por Myers et al. 2013, págs. 97–119). A continuación se hará una revisión de estos procesos por parte de las instancias coordinadoras de los CAI.

Consejo Nacional para la Prestación de Servicios de Atención Cuidado y Desarrollo Integral Infantil

A partir de la promulgación de la LGPSACDII en mayo de 2013 se instaló el Consejo Nacional para la Prestación de Servicios de Atención Cuidado y Desarrollo Integral Infantil (CNPSACDII), una instancia normativa, de consulta y coordinación que tiene por objeto promover mecanismos interinstitucionales que permitan establecer políticas públicas y estrategias de atención en la materia.

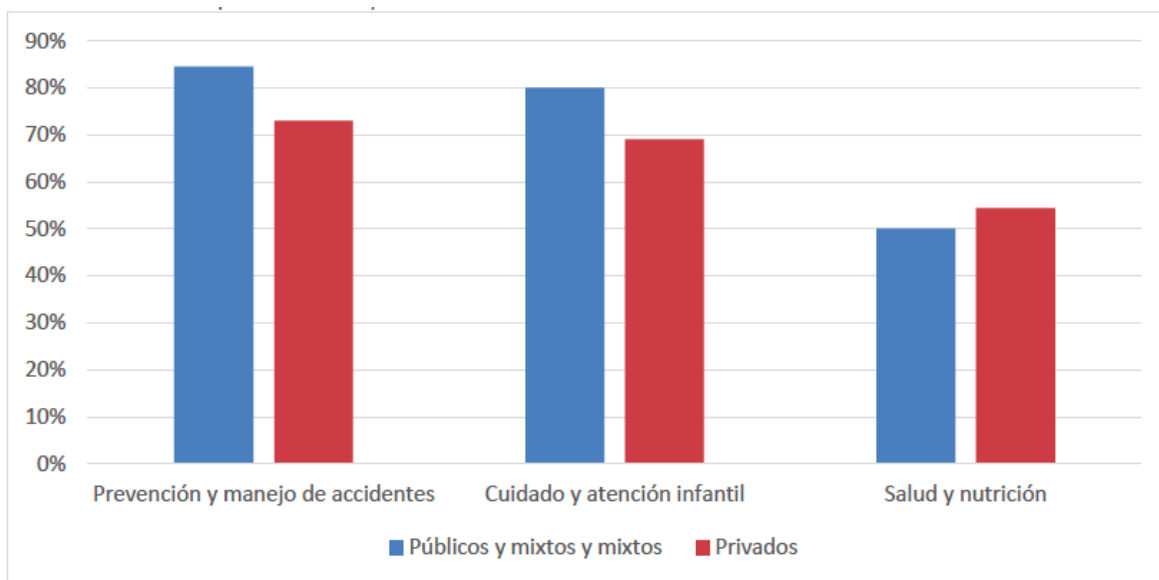
Le corresponde al CNPSACDII, entre otras responsabilidades, “diseñar los mecanismos necesarios que permitan llevar a cabo la evaluación de la cobertura y calidad de los servicios que se ofrecen en los Centros de Atención, de acuerdo a la Modalidad, Tipos y Modelo de Atención de que se trate, y del impacto de la prestación de los servicios en los sujetos de atención” (DOF 2011).

La Secretaría Técnica de este consejo informó que todos los centros cuentan con manuales de formación y con personal capacitado para brindar entornos estimulantes, donde se responde a la comunicación de los niños a través de vocalizaciones, expresiones faciales y gestos, se estimula del lenguaje a través de hablar y cantar, se estimula la exploración de objetos con la guía de los cuidadores y se fomenta la interacción entre niño y cuidador a través del juego, la lectura y contar historias (Directora del CNPSACDII 2018).

En cuanto a la calidad de las interacciones en los CAI, se informó que por el momento se trabaja en el registro de los centros (RENCAI). A partir de eso, se informó que se podrá pensar en otros pasos, como establecer estándares, evaluar la calidad, etc. Está en proceso otra evaluación de la calidad de las interacciones, que elabora el Banco Interamericano de Desarrollo. El escaso avance de esa investigación no permite extraer conclusiones aún.

La capacitación que reciben las directoras en los CAI, de acuerdo al diagnóstico del CNPSACDII en el 2015, fue principalmente en primeros auxilios, 98% de los centros públicos y 94% en los privados. En segundo lugar se ubica la capacitación en cuidado y atención infantil 97% y 94% en centros públicos y privados respectivamente, seguido de prevención de accidentes con 95 y 93% respectivamente. Más de la mitad de las cuidadoras declararon haber recibido capacitación en temas como salud, nutrición, prevención y atención de accidentes, y cuidado y atención infantil (ver ilustración 29).

Ilustración 29 Capacitación de las cuidadoras según tipo de centro y tipo de capacitación, 2015



Fuente (CNPSACDII 2015)

Programa de estancias infantiles del SNDIF

En el caso la Dirección General Adjunta de Estancias Infantiles del SNDIF, que regula normativamente, el Programa de Estancias Infantiles para Madres Trabajadoras de

SEDESOL, los CADI y CAIC, se encontró que brindan tanto capacitaciones como certificaciones a los agentes educativas regularmente. Las primeras son obligatorias y las segundas son voluntarias. Las capacitaciones son 2 al año e incluyen 3 días de formación en promedio. El programa de estancias infantiles cuenta con un área de capacitación. El personal del área son capacitadores, evaluadores y tienen el vínculo con CONOCER para emitir las certificaciones. Los supervisores están en todos los estados (Directora nacional adjunta del Programa De Estancias Infantiles del DIF Nacional 2017).

En las Estancias Infantiles se imparten, evalúan y otorgan los siguientes estándares de competencia⁵⁶:

- 334 Preparación de alimentos,
- 335 Prestación de servicios de educación inicial,
- 435 Prestación de servicios a la atención y cuidado y desarrollo integral de niñas y niños.
- 076 Evaluación de la competencia de candidatos con base en Estándares de Competencia
- 217 Impartición de cursos de formación del capital humano de manera presencial grupal.
- 876 supervisión de centros de asistencia social.

Guarderías IMSS⁵⁷

Aproximadamente 200,000 niñas y niños están inscritos en las guarderías del IMSS y a finales del 2018 se estima serán 250,000. A finales del año existirá una capacidad instalada de 260,000 espacios y una demanda potencial de hasta 1 millón de espacios para niñas y niños según cálculos de la División de Desarrollo Infantil de la Coordinación de

⁵⁶ Los estándares de competencia son documentos oficiales que sirve como referente para evaluar y certificar la competencia de las personas. Un Estándar de Competencia describe el conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes, con las que debe contar una persona para ejecutar una actividad laboral, con un alto nivel de desempeño (website conocer http://conocer.gob.mx/acciones_programas/estandar-de-competencia/).

⁵⁷ Otros prestadores de servicios de atención infantil como ISSSTE, SEMA, PEMEX, están siguiendo la norma pedagógica emitida por el programa Educación Inicial: Un Buen Comienzo, y por eso se decidió no revisarlos de manera específica.

Guarderías (División de Desarrollo Infantil de la Coordinación de Guarderías del IMSS 2018).

Garantizar y fomentar el Cuidado Cariñoso y Sensible en las guarderías, entendido como cuidar la calidad de las relaciones es un reto en las guarderías del IMSS, y en general para todo el sector. El número de guarderías hace difícil monitorear la calidad, el nivel educativo de los agentes es un obstáculo, los dueños de las guarderías subrogadas lo ven como un gasto más y se resisten a implementar medidas que impliquen elevar sus costos. Desde la División de Desarrollo Infantil están conscientes de que necesitan mejorar la calidad. Para mejorarla buscan innovar con *“pequeñas cosas que puedan impactar, pequeños pasitos que sean de bajo costo y que tengan impacto a más largo plazo, medidas muy chiquititas, y alimentación es importante para nosotros. Otra cosa es lectura en voz alta* (División de Desarrollo Infantil de la Coordinación de Guarderías del IMSS 2018).” Lamentablemente ninguno de los ejemplos aportan a incrementar el vínculo, ni contribuyen a que se reduzcan las pequeñas violencias o asegurar la calidad.

A pesar del reto de la calidad, se puede afirmar que existen acciones actuales que están contribuyendo a mejorar la calidad aunque no hayan sido específicamente diseñadas para ello. Primero, la prevención y detección del abuso a través de las *Directrices para la Prevención y Detección Oportuna del Maltrato o Abuso a Niñas y Niños de Guarderías Del IMSS*, elaboradas en el 2005 y actualizadas en el 2015. Son una guía práctica para que las asistentes puedan identificar algún signo de maltrato, las acciones para prevenirlo (selección de personal, capacitación y actualización continua, y sensibilización e información), la detección (que incluye indicadores de maltrato, en el niño o niña y en los adultos que lo cuidan o el personal de la guardería, y factores de riesgo) y finalmente canalización del presunto maltrato infantil (llevarlo a la UMF para confirmar la posibilidad de que haya sufrido maltrato, levantar acta y finalmente derivarlo al MP) (IMSS 2015).

Por otro lado, están las acciones de selección y capacitación del personal. Recientemente se incrementó el nivel educativo que es requisito para contratar personal, pasando de secundaria terminada, a preparatoria terminada. Se brinda capacitación de manera obligatoria y frecuente. La da el IMSS o el empleador, según sea el tipo de guardería. Las capacitaciones incluyen: inducción al puesto y varios cursos generales como lo indica la

Secretaría del Trabajo, 2 veces al año para todas las personas que trabajan en la guardería. Más 2 ó 3 cursos específicos para cada puesto. El currículo es variado: 2 cursos de protección civil, 1 curso de fomento a la salud, otro de derechos humano, otro de calidad en el servicio (enfocado sobre todo para atender a los papás bien). Todo el personal debe además obtener la Certificación de CONOCER 435 Prestación de servicios a la atención y cuidado y desarrollo integral de niñas y niños (que se mencionó también para los CAI del SNDIF).

El IMSS capacitó a 23,428 personas en materia de igualdad de género y derechos humanos (19,217 trabajadoras y 4,211 trabajadores), 95% más que en el periodo anterior. Asimismo, capacitó a 2,782 servidoras y servidores públicos en estrategias para prevenir e identificar conductas de connotación sexual en centros de atención infantil, derechos de las niñas, niños y adolescentes y violencia familiar. Desde un enfoque para prevenir la discriminación, se capacitó en el Curso Básico de Buen Trato a 99,307 personas

Otra estrategia que podría buscar indirectamente garantizar el cuidado cariñoso y sensible, son los instrumentos de supervisión. Las supervisoras zonales aplican un instrumento de supervisión con cierto número de reactivos específico por cada servicio. Además la supervisora deberá revisar que la guardería se cuente con las evaluaciones que hace la directora por cada servicio, llamadas autoevaluaciones. En esta “autoevaluación” está toda la parte afectiva, que debe ser evaluada por la directora. Si la supervisora zonal detecta que hay algo que no está bien en la autoevaluación, tiene la obligación de ignorarla y realizarla nuevamente sin el apoyo de la directora, y llegar directo al punto de origen. Se hacen 4 supervisiones al año.

Otras acciones que podrían favorecer la calidad son las encuestas y revisiones a las guarderías que hacen los padres y madres regularmente. Con estas medidas se busca involucrarlos en la mejora y supervisión de las guarderías. Las encuestas de satisfacción a los padres han indicado que se tiene un 90% de satisfacción. Aunque cabe mencionar que muchas veces los padres y madres no consideran que lo más importante son las interacciones de calidad entre adultos y niños los padres, y califican bien guarderías que brindan solo seguridad, alimentación, salud. Más aún, muchas veces los instrumentos de

supervisión tampoco están diseñados para evaluar las interacciones, es decir, en una visita o en una encuesta no siempre es factible evaluar la calidad de las interacciones.

Un aspecto clave para el desarrollo emocional saludable de una niña o niño, es la seguridad que proviene de una relación estable y duradera con un cuidador principal (Bretherton and Inge 1992). En el caso de los agentes educativos de las guarderías, ellos y ellas debería fungir como cuidador estable y duradero en la medida de lo posible para los niños y niñas, más para aquellos que pasan 8 o 9 horas al día en los CAI. La rotación de personal en las guarderías subrogadas del IMSS es muy alta, y pone en riesgo este vínculo. La rotación depende de varios factores, por ejemplo del liderazgo de la directora, según los funcionarios del IMSS, y también puede ser causada por los bajos salarios. La remuneración de los agentes educativos en las guarderías prestación indirecta, no está regulada y depende de lo que decida el empresario o dueño de la guardería (División de Desarrollo Infantil de la Coordinación de Guarderías del IMSS 2018).

Programa de Educación Inicial: Un Buen Comienzo, Acompañamiento a los CAI.

El programa de Educación Inicial: Un Buen Comienzo tiene tres estrategias, una de ellas consiste en atender a los CAI de todas las modalidades, a través del diseño y apoyo para la implementación de la norma pedagógica de la SEP, descrita en el programa De Educación Inicial: Un Buen Comienzo, publicado en el DOF el 23 de enero del 2018. Ese programa lo deben llevar todos los CAI ya que Ley General de Educación establece “...le corresponde a la Autoridad Educativa Federal determinar y formular planes y programas de estudio de educación inicial” (Secretaría de Educación Pública 2018b). Es decir, le corresponde a la SEP formular las normas de educación inicial. Todos los CAI públicos están ya utilizando la norma pedagógica.

Para lograrlo el programa cuenta con un manual: “Aprendizajes Clave para una Educación Integral Manual para la organización y el funcionamiento de los Centros de Atención Infantil” (2017) cuyo objetivo es *establecer la organización del CAI, así como definir las funciones y acciones educativas de cada área que lo integra, con el propósito de atender los intereses*

y necesidades de los niños, coadyuvando al logro de su desarrollo y garantizando condiciones de igualdad, calidad, calidez, seguridad y protección adecuadas que promuevan el ejercicio pleno de sus derechos. En lo que va del 2018 se ha dado una capacitación de agentes educativos para cada entidad, es decir, se ha capacitado a 32 CAI⁵⁸. La intención es que durante los Consejos Técnicos Estales que se llevan a cabo el último viernes de cada mes se repliquen los talleres y se vaya ejecutando y asimilando el modelo.

Brecha

Es difícil evaluar la situación del cuidado en centros, cuando no se cuenta con la información tan básica como cuántos son. A partir del 2014 se empezó a integrar un Registro Nacional de Centros de Atención Infantil (RENCAI). Dicho registro tiene información de los CAI públicos y mixtos que son operados y/o coordinados por los integrantes del Consejo Nacional, pero no tiene información de los registros estatales de los CAI privados en las 32 entidades federativas. Además, RENCAI no contiene información de las evaluaciones realizadas a los agentes cuidadores, y por tanto no permitirá conocer la calidad de las relaciones a partir de este instrumento.

En lo referente a las condiciones de los agentes educativos, se tienen dos áreas de intervención principales: una a nivel individual (su formación) y otra a nivel colectivo (sus condiciones laborales). Sobre la primera Mexicanos Primero comenta *“Insuficiente es también el esfuerzo de formación inicial y continua de los agentes educativos para educación inicial. Con todas sus dificultades, el preescolar está sujeto a los apoyos y ofertas de aprendizaje profesional que marca la LGSPD; ello, en la práctica, es todavía un proceso de logro por debajo de lo óptimo, pero no se compara con la desoladora pobreza de actividades formativas y oportunidades de superación profesional que, salvo raras excepciones, plagan a los promotores, puericultistas, cuidadores y personal de los servicios de educación inicial. Las recomendaciones para su formación en las prácticas pedagógicas adecuadas todavía están en documentos conceptuales (por ejemplo INEE, 2013 o SEP, 2014), pero sin una estrategia nacional vigorosa, financiada y atenta a la diversidad.”* (Mexicanos Primero 2018). La segunda, se refiere a la urgencia de garantizar

⁵⁸ Existe un desfase entre el acuerdo entre instituciones de seguir la norma pedagógica y su implementación.

un ingreso adecuado y suficiente a las asistentes y responsables de grupo es un asunto pendiente de gran importancia para otorgar cuidado cariñoso y sensible, así como asegurar prestaciones sociales. Con el diseño institucional actual, que tiene la atribución de otorgar permisos a los CAI y regular su operación en los estados y en los municipios, es difícil mejorar en ambos aspectos. Tener personal estable y satisfecho es una condición necesaria para mejorar la calidad de la atención en los CAI.

Es urgente dar prioridad a la calidad de la atención en los centros y también reforzar las nociones de lo que es la calidad tanto de los responsables de los Centros como de los padres. Muchos padres están satisfechos con el servicio y con razón, sin embargo, sabemos que la relación de 17 por niños por cuidador promedio en los centros, es muy superior a lo recomendado por ejemplo, en Reino Unido donde “existen pautas estrictas sobre la relación entre el personal y los niños: para menores de dos años: un cuidador y tres niños. Para niños de dos a tres años: un cuidador y cuatro niños. Y para niños de tres a cinco años: un cuidador para ocho niños.” (<https://www.nidirect.gov.uk/articles/day-nurseries>). El monitoreo y evaluación de la calidad de las intervenciones es un área de oportunidad. Hasta ahora se está registrando el trabajo de los supervisores y las capacitaciones.

Otro aspecto fundamental del cuidado vinculado a los dos anteriores, es la permanencia de la figura de apego. Se identificó un fuerte problema de rotación de personal en los Centros debido en parte a los bajos salarios. Los niños crean vínculos con sus cuidadores, y los bebés en particular necesitan construir una relación con una persona (Center for the Developing Child Harvard University 2007; Bretherton and Inge 1992). En este caso, los centros deberían tener un sistema de estímulo para los trabajadores, que incluya prestaciones sociales, salarios justos, un plan de vida y carrera, entre otros beneficios, que motive a los agentes educativos a permanecer en su puesto.

3. Docentes en los Preescolares

Importancia

Si bien contar con salud y nutrición es fundamental, estudios recientes han demostrado que es tan importante o más que niñas y niños vivan y pasen el día en ambientes cariñosos y responsivos que los protejan del castigo, del cuidado inapropiado y la desaprobación.

Necesitan oportunidades para jugar, explorar el mundo, aprender a escuchar y a hablar. En los preescolares son los docentes quienes les brindan estas oportunidades. Más aún, ellos –los docentes- también necesitan el apoyo y respaldo de la comunidad y el gobierno.

Un docente sobresaliente de preescolar puede valer \$320,000USD al año o más, según Raj Chetty, un economista de Harvard y sus colegas. De acuerdo a sus estimaciones ese es el valor presente del dinero adicional que una clase completa de estudiantes puede esperar ganar en sus carreras. Esta estimación no toma en cuenta las ganancias sociales, como una mejor salud y menos delincuencia. (Leonhardt 2010).

Diagnóstico

Las modalidades existentes en el Sistema Educativo Nacional para el nivel preescolar evaluadas por el INEE, son cuatro: CENDI, general, indígena y comunitario.

De acuerdo con la SEP existían para el ciclo 2016-2017 un total de 230,781 docentes en 89 409 escuelas. El total de niños atendidos eran 4 811 966, que representa el 72.3% del total de niños en edad de asistir al preescolar. Además de esos 4811 966 niñas y niños el 88.1% estaba en preescolar general, el 8.6% en preescolar indígena y el restante 3.4% en preescolar comunitario, ver tabla 12 (INEE 2017b).

Tabla 12 Alumnos, docentes y escuelas o planteles en preescolar por tipo de servicio o modelo educativo

Nivel o tipo educativo	Tipo de servicio o modelo educativo	Alumnos	Docentes	Escuelas/planteles
Preescolar	General ¹	4 237 107	194 058	60 951
		88.1	84.1	68.2
	Indígena	412 830	18 818	9 804
		8.6	8.2	11.0
	Comunitario	162 029	17 905	18 654
		3.4	7.8	20.9
	Total	4 811 966	230 781	89 409

¹ incluye CENDI
fuente: (INEE 2017)

En lo que respecta a las edades individuales, los niños de 3 años registraron la menor tasa de matriculación, con 58.6%. Esto podría deberse a que los padres aún no consideran

importante que sus hijos ingresen a preescolar a tan corta edad o que no se dan las condiciones necesarias para que estos menores puedan separarse del hogar y asistir a la escuela (INEE, 2014b).

Tabla 33 Alumnos, docentes y escuelas o planteles en preescolar según tipo de sostenimiento

Nivel o tipo educativo	Sostenimiento								
	Alumnos			Docentes			Escuelas/planteles		
	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total
Preescolar	4124252	687714	4811966	186983	43798	230781	74704	14705	89409
	85.7	14.3	100.0	81.0	19.0	100.0	83.6	16.4	100.0

Fuente: (INEE 2017b)

La educación pública (vs privada) predomina en el nivel preescolar: 83.6% de las escuelas preescolares correspondió a este tipo de sostenimiento y su matrícula representó 85.7% del total correspondiente (tabla 32) (INEE 2017b).

Además de las cifras presentadas por el INEE -que son importantes para tener un entendimiento básico de la situación en los preescolares-, no se encontraron estadísticas ni indicadores específicos sobre los elementos esenciales de cuidado cariñoso y sensible en la acción docente.

Sobre la asistencia de los niños a preescolar el 87% de los niños/as que actualmente cursa el primer grado de primaria asistió a preescolar el año anterior. De los niños/as que están en edad de ingresar a la escuela primaria (6 años) en México, 92% cursa el primer grado de primaria (INSP 2015).

Oferta gubernamental

La pregunta que se busca responder aquí es ¿cómo el Estado se asegura de que los agentes educativos y profesores de preescolar brinden un cuidado cariñoso y den oportunidades de aprendizaje temprano adecuadas según el modelo de cuidado cariñoso y sensible? ⁵⁹.

La respuesta desde la Dirección de Desarrollo Curricular de Preescolar de la SEP, es que por un lado, todos los docentes deben tener ser profesionistas y tener un perfil, que busca

⁵⁹ Más adelante, en la parte de educación temprana y preescolar de calidad, explico la oferta total de servicios.

justamente garantizar que mantendrán una conducta ética que respete los derechos de las niñas y niños (Dirección General de Desarrollo Curricular Educación Preescolar 2018). Además, el programa actual de la SEP para preescolar, expuesto con detalle en el libro de *Aprendizajes Clave* (Secretaría de Educación Pública 2017) tiene múltiples menciones a la importancia de crear ambientes de confianza y cálidos, donde los niños se sientan seguros. El libro hace referencia a los elementos esenciales del modelo del CCS de manera implícita. Por ejemplo, al decir *“El bienestar del estudiante, clave para el logro de aprendizajes relevantes y sustentables, requiere de la sinergia entre los aspectos cognitivos, emocionales y sociales, fortaleciendo la idea de que la persona y la personalidad no son divisibles en partes abstraídas del conjunto”* (Secretaría de Educación Pública 2017).

Avanzando en la respuesta, el nuevo modelo educativo pone la responsabilidad de desarrollar las habilidades socioemocionales en el agente educativo, al mencionar: *“El desarrollo de capacidades socioemocionales es un proceso reiterativo. La educadora necesita de una planeación cuidadosa mediante experiencias y juego diario, y ajustar y hacer uso de momentos o situaciones que surgen espontáneamente y en los que puede intervenir para enseñarles y apoyar a los niños a manejar la expresión de sus sentimientos, pensamientos y conductas.”* Además se enfatiza la importancia de valorar el trabajo del docente, ya que el *“[...] profesor no es un transmisor del conocimiento. Lejos de esa visión, este Plan lo concibe más como un mediador profesional que desempeña un rol fundamental. La principal función del docente es contribuir con sus capacidades y su experiencia a la construcción de ambientes que propicien el logro de los Aprendizajes esperados por parte de los estudiantes y una convivencia armónica entre todos los miembros de la comunidad escolar, en ello reside su esencia”* (Secretaría de Educación Pública 2017).

Los principios pedagógicos de los aprendizajes clave de la SEP, coinciden con los elementos esenciales del modelo. Al mencionar aspectos como “El aprendizaje efectivo requiere el acompañamiento tanto del maestro como de otros estudiantes”. No obstante, la narrativa del modelo de CCS es mucho más aterrizada para niños menores de 3 años, y por tanto se enfoca únicamente en la manera en que los cuidadores deben relacionarse con las niñas y niños. El modelo de CCS se enfoca en la importancia de responder a la comunicación de los niños a través de vocalizaciones, expresiones faciales y gestos, estimular del lenguaje a través de hablar y cantar, y estimular la exploración de objetos

con la guía de los cuidadores; mientras que la narrativa del modelo, parte de que los estudiantes ya cuentan con estas habilidades y se enfoca en conocimientos más abstractos.

Otro momento en que la SEP se esfuerza por enfatizar la importancia de la interacción es durante las capacitaciones. La capacitación de los docentes es un derecho y una obligación que se decreta en la Ley General del Servicio Profesional Docente⁶⁰. A este respecto la Directora de Desarrollo Curricular para la Educación Preescolar, menciona que cada vez que se presenta el programa y en cada capacitación, se vuelve a tocar el tema de la importancia de las interacciones de confianza y seguridad (Dirección General de Desarrollo Curricular Educación Preescolar 2018).

En el tema de indicadores o evaluaciones enfocadas en la calidad de las interacciones entre profesor y alumno, existe un proyecto en el INEE de mejorar esos indicadores.

Brecha

Se han logrado avances en el tema de la educación temprana en los últimos años. A partir de la aprobación del preescolar obligatorio, las tasas de asistencia han aumentado y también la cobertura. También la reforma educativa ha incorporado nuevas concepciones del cuidado y el aprendizaje que están alineadas con el modelo CCS. Sin embargo, aún queda mucho por hacer, por ejemplo la tasa de matriculación para los niños de 3 años, que van a primero de preescolar fue del 58.6% (INEE 2017a). En lo referente a la calidad de las interacciones, no se ha podido evaluar, porque las evaluaciones del INEE sólo registran aspectos académicos.

Con base en esta oferta, podemos decir que no cumple los requisitos de universalidad para el rango de 3 a 6. Se tiene que seguir avanzando en ampliar la cobertura y que se empiece desde el primero de preescolar.

⁶⁰ La Ley General del Servicio Profesional Docente menciona en su artículo 68, cuáles los derechos de quienes participen en el Servicio Profesional Docente. En su apartado IV, “tener acceso a los programas de capacitación y formación continua necesarios para mejorar su práctica docente con base en los resultados de su evaluación;”. Y en su artículo 69, El Personal Docente y el Personal con Funciones de Dirección o de Supervisión en la Educación Básica y Media Superior tendrá, conforme a esta Ley, las obligaciones siguientes: [...] “Atender los programas de regularización; así como aquellos que sean obligatorios de formación continua, capacitación y actualización”.

Participación de padres, familia extensa y otros compañeros. Apoyo social por familias, grupos comunitarios y comunidades de fe. Círculos de apoyo para la crianza

Importancia

Educación no es lo mismo que escolarización. El aprendizaje comienza en el hogar, desde el embarazo. Los programas que apoyan a las familias, los grupos comunitarios de crianza o comunidades de fe, pueden ser espacios donde se promuevan experiencias para el aprendizaje temprano en el hogar y fuera de él. Es en estos espacios donde se sientan las bases para el desarrollo futuro y el aprendizaje. Además brindan el soporte emocional que requieren los cuidadores primarios (generalmente las madres) para tener los recursos físicos y emocionales para atender a los bebés. El puerperio es una etapa de grandes cambios y retos para la madre, donde la falta de apoyo psicosocial, dificultad para hacer frente a los cambios en la imagen corporal, los posibles problemas de relación pueden causar depresión materna, y ésta a su vez, afectar el desarrollo del niño. La depresión materna tiene efectos en el resto de la familia. Las relaciones interpersonales son tensas y el vínculo madre-bebé puede verse afectado, lo que puede ser perjudicial para el desarrollo del bebé. Los estudios también han demostrado que los niños nacidos de madres deprimidas tienen más probabilidades de tener problemas de conducta y / o interrupciones en el desarrollo cognitivo y emocional (Bennett et al. 2004; de Castro et al. 2015).

Oferta gubernamental

El notable aumento de la inserción femenina en el mercado de trabajo remunerado. (que ha pasado del 36.8% en 1995, al 40.8% en 2009 y finalmente en 2013, fue de 43.8% del personal ocupado en actividades económicas) no tiene una respuesta de la misma magnitud por parte del gobierno en términos de garantizar los derechos de esas mujeres al cuidado, a la seguridad social y a la equidad. Esto ha generado varios vacíos, uno de ellos vinculado al cuidado por parte de los padres varones. Ellos no han aumentado su participación en el cuidado y en las labores domésticas con la misma magnitud con que las mujeres participan en el mercado laboral, lo que resulta en sobre carga de tareas y obligaciones y efectos negativos sobre la trayectoria laboral y salarial de las mujeres (Cepal Unicef 2011).

En México existen algunos esfuerzos marginales para cambiar esta situación, mismos que ya se han reseñado pero que se retoman para el análisis de este elemento esencial:

Programa de educación inicial no escolarizada de CONAFE

El programa de educación inicial de CONAFE tiene entre sus objetivos específicos :

- Favorecer el desarrollo de competencias en madres, padres y cuidadores que les permitan enriquecer sus prácticas de crianza.
- Propiciar una cultura a favor de la primera infancia mediante la participación de la familia y la comunidad en el cuidado y la educación de los niños.
- Impulsar la participación de los hombres en la crianza de los infantes.

El trabajo en grupo que se realiza desde CONAFE tienen la mirada de ser un espacio para compartir las experiencia durante la crianza. Las sesiones son dos veces por semana. Una sesión es para embarazadas, y la otra se va alternando, una vez para varones, y otra vez centrada en los niños (Directora Nacional de Educación Inicial de Consejo de Fomento Educativo 2018a).

Brecha

Aunque no hay datos actualizados, es posible que 1 de cada 4 niños menores de 6 años, se queden durante más de 8 horas diarias al cuidado de padres (varones), familia extensa y otros cuidadores (ENESS 2013). Esta proporción es mucho más alta que los niños que

asisten a los CAI, sin embargo la atención y la oferta gubernamental para garantizar que el cuidado sea de calidad y no existe.

La oferta se limita al programa de educación inicial para padres del CONAFE, que a través de sus pláticas mensuales, impulsa la incorporación de los padres al cuidado de los niños y niñas en primera infancia.

Conclusiones dominio cuidado cariñoso y sensible y aprendizaje en la primera infancia

1. **Sobre el cuidado infantil.** Aunque los datos son aproximados, porque no se cuenta con informes precisos, podemos decir que 6 de cada 10 de los niños entre 0 y 3 años son cuidados por sus madres, 3 de cada 10 por otros cuidadores y sólo uno de cada 10 niños, asisten a un Centro de Atención Infantil (CAI, antes llamados guarderías), Debido a la dificultad de llegar a los bebés y niños que son cuidados en sus hogares y a que su cuidado es considerado un asunto privado de las familias, actualmente no existe un programa integral que atienda al 90% de los niños que no van a los CAI. Además existe muy poca información sobre el tipo de cuidados que reciben los niños que son cuidados por otros adultos que no son sus madres, y son prácticamente nulas las acciones gubernamentales para mejorarlo. Tampoco se cuenta con información sobre la calidad de los cuidados en general. A manera de ejemplo no sabemos cuánto tiempo pasan los niños en primera infancia viendo televisión o pantallas, pero los niños entre 7 y 12 años ven más de 5 horas diarias. Si los niños menores de 6 años vieran el mismo tiempo la televisión, esto estaría afectando negativamente su desarrollo, y llegarían a la escuela ya con retrasos en su desarrollo.
2. **Ausencia de coordinación.** Existen algunas acciones que atienden los dominios de educación y cuidado, pero no están coordinadas entre ellas, ni responden a un modelo integral, con una teoría de cambio incluida que se concentre en generar un cuidado cariñoso y sensible para todos los niños y sus familias en México. Su cobertura es más bien baja y la calidad necesita empezar a atenderse y medirse.
3. **Fragmentación.** Se encontró que existen algunas acciones puntuales, diversas en su contenido y forma y entregadas por muchos proveedores que están descoordinadas entre ellas. Esta fragmentación es causada en parte porque el marco legal a este respecto es contradictorio. La ley le concede a tres agentes distintos -SEP, SS y SNDIF- autoridad sobre la educación inicial para los adultos. Este hecho genera incentivos negativos para la coordinación. No existe un

liderazgo claro y la estrategia de los agentes es mantener distancia y respetar las acciones de las otras instituciones.

4. **Mejora progresiva en contenidos** Se encontraron avances positivos en cuanto a los contenidos y la oferta gubernamental de formación para padres con respecto a lo que se tenía hace una década. Actualmente se tiende a favorecer cada vez más la interacción sobre la estimulación, como lo demuestran los contenidos de los talleres de Prospera, IMSS-Prospera, CONAFE, y el programa de Educación Inicial. Además dos de ellas cuentan con evaluaciones de impacto: el Prospera y el CONAFE. Ambas evaluaciones demuestran que las inversiones en talleres de educación inicial tienen impacto positivo sobre el desarrollo de los niños y el conocimiento de los padres.
5. **Baja cobertura.** Aunque se ha avanzado en cobertura de las acciones de capacitación para padres, aún es baja si consideramos que hay alrededor de 13 millones de niños menores de 6 años. La SS indica a través de su sistema de información que más de un millón de madres han recibido talleres de estimulación temprana. Sin embargo, se desconoce la frecuencia y la calidad de estos talleres. CONAFE atiende aproximadamente 430,000 niños y 450,000 padres y madres, el Programa de Educación Inicial: Un Buen Comienzo, en su componente de visitas a los hogares atiende a 3,750 familias, y en los CAI no se tiene indicador sobre el número de padres que pudieran beneficiarse de alguna acción de capacitación. Así tenemos que la oferta está orientada a algunas familias en pobreza y vulnerabilidad y a familias con hijos en los CAI, pero deja fuera a la gran mayoría de las familias.
6. **Protección social y conciliación trabajo familia.** Las investigaciones demuestran que, si bien es importante compartir información, la información por sí misma no cambia conductas. Más allá de los talleres para padres, existe una bajísima cobertura y pocos recursos para de otro tipo de políticas y programas que complementen los talleres y que permitan a los padres contar con las condiciones para brindar el cuidado cariñoso sensible y fomentar el aprendizaje temprano. Nos referimos específicamente a lo que el Modelo del Cuidado Cariñoso y Sensible⁶¹ retoma como *entornos* que favorezcan el bienestar de padres y cuidadores y son: apoyo al ingreso familiar, protección social, baja por maternidad y paternidad, políticas laborales flexibles que faciliten la conciliación, salud mental, prevención de adicciones, entre otras.

⁶¹ El Modelo de Cuidado Cariñoso y Sensible (CCS) fue elaborado por la UNICEF, la OMS, el Banco Mundial y la organización "Partnership for Maternal, Newborn & Child Health". Está compuesto por 5 dominios: salud, nutrición, protección y seguridad, cuidado cariñoso y sensible y aprendizaje temprano. Dentro de cada dominio están descritos los "elementos esenciales para el desarrollo", que son servicios, información o intervenciones a favor del Desarrollo de la Primera Infancia, que funcionan como piezas de un rompecabezas que al estar completo alcanzan su pleno potencial.

7. **Registro incompleto de los CAI.** En lo referente a las acciones en los CAI, no se cuenta con un registro de todos los CAI del país. El Registro Nacional de Centros de Atención Infantil (RENCAI) que empezó a integrarse en el 2014, tiene avances de los CAI públicos y mixtos, pero no tiene información de los registros estatales de los CAI privados. Además, el RENCAI no contiene información de las evaluaciones realizadas a los agentes cuidadores, es decir no puede ser utilizado para conocer la calidad de las interacciones dentro de los centros.
8. **Segmentación e inequidad.** Los CAI públicos presentan una oferta diversa que privilegia a los niños que son hijos de madres que trabajan fuera del hogar en empleos formales, lo que aumenta la brecha entre los niños. Algunos CAI públicos son un gasto que se puede considerar regresivo, porque no fomenta la equidad. La mezcla de diversos servicios con características muy distintas no se corresponde con la obligación del estado de tener intervenciones que favorezcan la equidad.
9. **Poca información sobre la calidad.** No se tiene registro de la calidad de los CAI hoy en día, y los pocos estudios apuntan a que la calidad es mala o muy mala (Schady and Berlinsky 2015). Los CAI privados dependen para su apertura y regulación de los gobiernos locales, y no se cuenta con información sobre ellos. El monitoreo y evaluación de la calidad de las intervenciones es un área de oportunidad.
10. **Vulnerabilidad de Agentes Educativos para Educación Inicial.** Su formación inicial y continua es insuficiente, existe una carencia de actividades formativas y oportunidades de superación profesional. Las recomendaciones para su formación en las prácticas pedagógicas adecuadas todavía están en documentos conceptuales (por ejemplo INEE, 2013 o SEP, 2014), pero sin una estrategia nacional vigorosa, financiada y atenta a la diversidad (*Mexicanos Primero 2018*). Además las condiciones laborales de asistentes, promotoras, puericulturistas, cuidadores y personal en los servicios de educación inicial son precarias (ingreso insuficiente, ausencia de prestaciones sociales). El diseño institucional actual, otorga a los Estados y Municipios la atribución de conceder permisos de operación a los CAI y regular su funcionamiento, lo que resulta en una gran dispersión y hace complejo incidir en las condiciones laborales de los agentes.
11. **Elevada rotación de personal en los CAI atenta contra la permanencia de la figura de apego.** Otro aspecto fundamental del cuidado vinculado a los dos anteriores, es la permanencia de la figura de apego. Se identificó un fuerte problema de rotación de personal en los Centros debido en parte a los bajos salarios. Los niños crean vínculos con sus cuidadores, y los bebés en particular necesitan construir una relación con una persona (Center for the Developing Child Harvard University 2007; Bretherton and Inge 1992). En este caso, los centros deberían tener un sistema de cuidado o estímulo para los trabajadores, que incluya prestaciones sociales, salarios justos, un plan de vida y carrera, entre otros beneficios, que motive a los agentes educativos a permanecer en su puesto.

12. **Educación preescolar.** Se han logrado avances en el tema de la educación preescolar en los últimos años. A partir de la aprobación del preescolar obligatorio, las tasas de asistencia han aumentado y también la cobertura. La reforma educativa ha incorporado nuevas concepciones del cuidado y el aprendizaje que están alineadas con el Modelo CCS. Sin embargo, aún queda mucho por hacer, como por ejemplo incrementar la cobertura en el primer grado de educación preescolar. Además no se ha evaluado la calidad de las interacciones entre los maestros de preescolar y sus alumnos.
13. **Docentes en preescolar.** La Ley General del Servicio Profesional Docente, ha dado al personal docente de preescolar apoyos y ofertas de aprendizaje profesional; ello, en la práctica, es todavía un proceso de logro por debajo de lo óptimo. (*Mexicanos Primero 2018*).
14. **Fomento a la desigualdad de género.** El cuidado está organizado de manera que agrava la desigualdad de género. Muchas acciones a favor de la primera infancia descansan en el trabajo casi voluntario de mujeres de escasos recursos que viven en zonas marginadas. Tal es el caso del CONAFE, que paga a sus promotoras \$2000 al mes a sus promotoras, y los CAI operan con trabajo de mujeres con escasa formación, quienes reciben sueldos muy bajos sin seguridad social y por tanto tienen alta rotación. La desigualdad en la duración de la licencia por maternidad (12 semanas) y la recién creada licencia por paternidad de 5 días, también agrava las desigualdades en el interior de los hogares. Los programas como Prospera ponen más cargas de trabajo en las mujeres, quienes además de cuidar sus hogares, los niños y la atención médica de la familia, en ocasiones también se desempeñan como coordinadoras locales no remuneradas de los eventos de Prospera, un trabajo que requiere un día o dos de trabajo adicionales cada mes.

Recomendaciones

1. **Formación para padres y otros cuidadores en el hogar debe ser universal y de calidad.** Se debe adoptar una estrategia nacional que sea parte fundamental de la nueva Política para el Desarrollo integral de la Primera Infancia. La formación debe iniciar desde el embarazo, y a partir del nacimiento todas las madres deben poder asistir o recibir en casa personal que las acompañe durante el puerperio y la crianza, con los temas que son importantes para el desarrollo. La estrategia idealmente contará con presupuesto propio y varias acciones segmentadas según las características y necesidades de los padres, debe incluir campañas masivas de sensibilización, una línea telefónica o chat de ayuda, y sesiones presenciales o virtuales, grupales o individuales.
2. **El cuidado infantil fuera del hogar debe ser universal y de calidad.** Que todas las familias independientemente de su nivel de ingresos o la ocupación de los

padres puedan decidir entre cuidar en el hogar o contar con un lugar para que sus hijos aprendan y se desarrollen de manera óptima. El cuidado y la educación inicial deben ser vistos como una inversión social que debe darse a todos los niños y a todas sus familias, porque es fundamental para lograr el DIT.

3. **Los CAI y preescolares deben emplear personal altamente capacitado**, mantener grupos pequeños con pocos niños por cuidador, utilizar un ambiente enriquecido en lenguaje, proveer un entorno seguro y un currículo estimulante y adecuado para la edad y poner especial énfasis en interacción entre los niños y los agentes positivo, cariñoso y sensible..
4. **Mejorar las condiciones laborales de agentes educativos y docentes.** Capacitación inicial y continua de los agentes, tener proceso de selección que incorpore la salud mental del cuidado, su formación inicial y otros importantes para el desarrollo, reducir la rotación de personal en los CAI, incrementar el salario de los cuidadores y darles prestaciones sociales, entre otras políticas.
5. **Lograr que todos los padres independientemente de su condición laboral tengan condiciones apropiadas para la crianza.** Que cuenten con licencias parentales más largas y universales, que se reduzcan sus niveles de estrés, y tengan más tiempo para estar con los niños. También aumentar el salario mínimo para que cuenten con ingresos suficientes para el mantenimiento familiar. Es decir, impulsar políticas que faciliten la conciliación laboral y familiar.
6. **Prevenir la desigualdad de género.** Todas las acciones deben tener perspectiva de género para evitar reforzar roles de género que pongan en desventaja a las mujeres.
7. **Diversidad con calidad.** Las acciones y las políticas para lograr estos objetivos, deben ser diversas, y adaptarse a las necesidades variadas de las familias en términos de educación y acompañamiento. Algunos padres sólo necesitan una herramienta, y otras familias muy disfuncionales necesitan mucho apoyo y servicios.

Conclusiones generales

El diagnóstico ha permitido un análisis de todas las partes que deberían integrar una política ideal de DIT. Este apartado de conclusiones generales destaca las conclusiones que son válidas para todos los ámbitos, aunque en ocasiones se puede repetir con lo ya comentado en cada dominio. A continuación comentamos las conclusiones generales:

1. *Ha habido avances que es necesario mantener.* Durante este sexenio se lograron algunos avances significativos: la formación de una Comisión para la primera infancia, que surgió después de la promulgación de la LGDNNA; la Encuesta Nacional sobre Infancia y Mujeres; la homologación y aplicación de Pruebas EDI; el programa de Educación Inicial: Un Buen Comienzo; la Estrategia Nacional de Lactancia Materna; el componente de Desarrollo Infantil del Programa Prospera, por mencionar los más destacados a nivel federal. Sin embargo la mayoría no están consolidados, (no sabemos si van a continuar el siguiente sexenio).

2. *El DIT está más presente en el discurso, que en la realidad de los niños.*

Estos valiosos avances en algunas normas y programas, aún no se ha traducido en mejoras sustanciales en los derechos de la mayoría de las niñas y niños, y el tamaño del reto es aún enorme. Aún hay 1.5 millones de niños con desnutrición y 47% de los bebés de 6 a 23 meses no recibió una dieta mínima aceptable. Las mediciones de pobreza de CONEVAL para menores de 5 años, también indican que el 52% de las niñas y niños estaban en pobreza. Coincidimos con el diagnóstico de Mexicanos primero, “*El DPI aún no es prioritario en el país; no lo es por el bajo presupuesto asignado, por la débil consistencia en las decisiones de la autoridad, y por la tímida y aún desorganizada demanda de los ciudadanos. Si bien el entramado del discurso de los programas es alentador, la realidad cotidiana desmiente muchos de los propósitos*” (Mexicanos primero 2018a).

3. *Los vulnerables necesitan más atención, pero eso no significa que los demás no necesiten atención.* La inversión en DIT es una inversión social que puede tener grandes rendimientos para el país, limitarla a un tema de compensación para pobres, significa una comprensión parcial de su potencial. Se encontró que en México es más probable que las niñas y niños que no gozan de servicios u oportunidades para el DIT vivan en las comunidades más excluidas, de difícil acceso y en desventaja. Los datos analizados muestran que las amenazas al desarrollo en la Primera Infancia son mayores entre las niñas y niños que viven en los hogares más pobres. Es menos probable que estas niñas y niños reciban apoyo para el aprendizaje temprano en el hogar y que tengan libros. Tienen 2 veces menos probabilidad de asistir a programas de educación inicial. Asimismo, estas niñas y niños están más expuestos al cuidado inadecuado y al castigo corporal severo. Todos estos factores pueden tener un efecto perjudicial en el desarrollo infantil. Además, los factores de riesgo relacionados a la pobreza tienden a ocurrir juntos; por lo tanto, a mayor presencia de factores de riesgo, menor es el desarrollo de las niñas y niños. Estos factores de riesgo conducen a las inequidades en el Desarrollo de la niña y el niño en la Primera Infancia que perjudican el desempeño escolar y la productividad en la edad adulta, perpetuando el ciclo de pobreza y las brechas de equidad (UNICEF 2017). Además de la situación de mayor riesgo de los niños indígenas, los que tiene una discapacidad o un retraso en su desarrollo y los que viven en pobreza, no debemos olvidar que la inversión en primera infancia es una inversión social con miras a mucho más amplias que la compensación social. Es una inversión para mejorar la economía y el bienestar de todos los mexicanos en su sentido más amplio.

4. *En el ámbito de las ideas, es necesario lograr que cada persona integre en su pensamiento cotidiano la importancia de los primeros años de vida de un niño.* Si bien existe un grupo de promotores del tema (funcionarios, sociedad civil y agencias internacionales) que han sido claves en el avance del tema y conocen los fundamentos de las intervenciones, fuera de este círculo, el tema aún es desconocido. Muchos tomadores de decisión, operadores de programas y la población general, aún tiene creencias obsoletas con respecto al desarrollo durante

la primera infancia y su importancia, que derivan en cuidado inadecuado e incluso violencia. Las encuestas y actitudes demuestran que la mayoría de la población sigue considerando que el desarrollo infantil es resultado de la salud, la nutrición y la prevención de accidentes. Más del la mitad de las niñas y niños sigue recibiendo un trato negligente y violento, en parte porque se parte del supuesto de que empiezan a aprender hasta los 6 meses o más tarde, y porque se cree que es una etapa que se te olvida lo que sucedió. Se necesita cambiar las creencias que ponen la responsabilidad del cuidado de los niños a nivel de la madre o las familias, y hacerlo un asunto de interés para toda la sociedad. Las actuales estrategias gubernamentales para cambiar estos marcos cognitivos o ideas se enfocan en grupos de padres que viven en condiciones de vulnerabilidad, y las ofrecen por un lado la SEP y por otro el sector Salud, con enfoques distintos duplicando esfuerzos y sin lograr complementariedad. Aunque para las familias que reciben estos talleres, es sumamente valioso, para el reto del país es insuficiente. Se necesita crear una estrategia más contundente para llegar a toda la población, primero a todos los padres independientemente de su nivel socioeconómico, a los adolescentes, cuidadores como abuelas y familiares, tomadores de decisión de todos los niveles, agentes y todo quien trabaje con niños.

5. *Pocas madres se benefician de las licencias maternales y por poco tiempo.* El apoyo que reciben las familias es escaso y es para pocas familias, sólo el 18 % de las madres accedieron a baja por maternidad, y ésta fue de 12 semanas únicamente. Otras prestaciones como flexibilidad en el horario y lugar de trabajo, contratos a tiempo parcial, compactación de la jornada, son iniciativas aisladas y no obligatorias. La importancia que tienen los padres en el DIT no tiene correspondencia en las acciones del gobierno.

6. *El actual diseño institucional favorece acciones están segmentadas y sectorializadas.* “Las estrategias para el DIPI se atomizan en multitud de servicios diferentes que no tienen prevista una efectiva complementariedad, y menos aún una homologación de las metas de desarrollo a alcanzar.” (Mexicanos Primero 2018). El actual diseño institucional, carece de una institución responsable de elaborar una estrategia integral, o un núcleo duro (Merino 2010) de la política de primera

infancia. Que incluya, un diseño, implementación y evaluación de todas las acciones que inciden en el DIT, evitar duplicidades, maximizar el uso de recursos, llegar a más población con mayor calidad y evaluar los recursos asignados a cada una. La Comisión para la Primera Infancia es un primer paso que por ahora no tiene atribuciones necesarias para que sus propuestas y resoluciones sean vinculantes, está insertada dentro de la Secretaría de Gobernación a nivel de Dirección, y tampoco cuenta con presupuesto. (Myers et al. 2013; Mexicanos Primero 2014; Araujo, López-Boo, and Puyana 2013).

7. *La multiplicidad de acciones descoordinadas amplía la brecha tiene como resultado no deseado, el incremento de la desigualdad ente los niños.* Es decir, aunque el objetivo de la Comisión para la Primera Infancia y de muchos programas es reducir la desigualdad desde el comienzo de la vida, la desorganización en oferta gubernamental tiende a aumentarla. Por ejemplo, los servicios de cuidado en los CAI están definidos como un derecho laboral para la población asalariada, aumenta la desigualdad entre niños con padres asalariados y los que viven en hogares cuyos padres trabajan en el sector informal. Algo similar ocurre con el acceso a preescolar, o la atención médica. Los servicios mejor dotados, con los agentes mejor formados y remunerados, se concentran en las ciudades. Con ello favorecen a los hijos de las familias que tienen, comparativamente, mayor ingreso y capital cultural. (*Mexicanos Primero 2018*).

8. *Otra desigualdad que en muchas ocasiones agravan los actuales programas, es la desigualdad de género.* Muchas acciones que buscan mejorar el DIT descansan en el trabajo casi voluntario de mujeres de escasos recursos que viven en zonas marginadas. Tal es el caso del CONAFE, que durante 20 años pagó a sus promotoras \$1200 al mes, y este año lo aumentó a \$2000. Igualmente los CAI operan con trabajo de mujeres con escasa formación, quienes reciben sueldos muy bajos sin seguridad social y por tanto tienen alta rotación (lo que por otro lado afecta el tipo de vínculo con los niños). La desigualdad en la duración de la licencia por maternidad (12 semanas) y la recién creada licencia por paternidad de 5 días, también agrava las desigualdades en el interior de los hogares. Los programas

como Prospera ponen más cargas de trabajo en las mujeres, quienes además de cuidar sus hogares, los niños y la atención médica de la familia, en ocasiones también se desempeñan como coordinadoras locales no remuneradas de los eventos de Prospera, un trabajo que requiere un día o dos de trabajo adicionales cada mes (AP n.d.). Es necesario cuidar que los programas para la Primera infancia, no generen externalidades negativas en los derechos de las mujeres, y agrave la desigualdad de género en el país. Esto porque además, de estas mismas mujeres es de quienes depende el DIT, y a quienes se les pedirá que tengan disponibilidad física y emocional para la crianza. Es urgente involucrar a los varones, las empresas, y el gobierno en el cuidado.

9. *Los recursos económicos asignados a la Primera Infancia son difíciles de identificar y son escasos.* Por un lado, no ha sido posible identificar los recursos destinados a este grupo poblacional. Las acciones toman recursos de distintos programas presupuestales, son bolsas muy grandes, de las cuales toma una pequeña parte para primera infancia y resulta imposible conocer los totales. Por otro lado, son muy pocos los recursos destinados a este grupo poblacional y sus familias. La escasez de recursos está presente prácticamente todas las acciones evaluadas, con muy pocas excepciones. Esta carencia es una limitante que aparece en todas las entrevistas para mejorar la atención y ampliar la cobertura. La mejora en el DIT pasará necesariamente por un aumento en los recursos, mayor transparencia y un cambio en la forma en que se registra el gasto, incluyendo por grupo de edad y aumentando la desagregación para las partidas que incluyan servicios para Primera Infancia.

10. *El tema de la calidad de las interacciones es un área de oportunidad en todos los dominios.* Desde antes del nacimiento, es necesario reforzar esta idea, para que se favorezca el contacto piel con piel, la lactancia materna, el bebé canguro, etc. En los CAI y en el preescolar, también se requiere más atención a la calidad de las

relaciones⁶², una mala atención puede dañar al niño, que es contradictorio a todos los objetivos de DIT. Lo mismo pasa con las pruebas diagnósticas del desarrollo, como la EDI, si no se aplica con calidad, puede ocasionar daños a los niños y sus familias. Hasta ahora no se cuenta con indicadores de calidad en casi ningún dominio, lo que no permitió evaluar el estado del tema. Una estrategia para mejorar la calidad de las interacciones es capacitación constante a familiares y agentes, otra es el monitoreo y medición de la calidad para poder incidir y detectar oportunamente los casos en que los niños son tratados sin cariño. Por otro lado, brindar acompañamiento a los familiares y a los cuidadores a través de una línea telefónica exclusiva para primera infancia (como el caso de fonoinfancia en Chile), podría tener beneficios en el corto plazo. Otra última, mucho más amplia consiste en generar la condiciones para que familiares y agentes educativos tengan disponibilidad de recursos (conocimiento, tiempo y dinero) y disponibilidad emocional (salud mental y marcos cognitivos adecuados) para atender de manera cariñosa y sensible a los más pequeños.

11. *Monitoreo, evaluación, investigación e innovación (M&E+R&I)*. La mayoría de los programas y acciones carecen de evaluaciones de impacto o de diseño. Al ser financiados por pequeñas partes de programas presupuestales, no están obligados a ser evaluados por CONEVAL, y tampoco cuentan con los recursos para evaluar ellos mismos. La falta de evaluaciones no permite que se lleve el proceso de aprendizaje sobre lo que si funciona y lo que no esta funcionando bien. Omitir las evaluaciones externas de los programas, limita la efectividad de las intervenciones. Una evaluación externa permite responder a pregunta clave como ¿cuál debe ser la duración óptima de la intervención? ¿bajo qué condiciones se puede prestar mejor un servicio? ¿cuáles son las variables clave en la intervención? ¿cómo se pueden adecuar para ser culturalmente pertinentes? Entre otras. El avance más notable en términos de generación de información sobre primera infancia en los últimos años ha sido sin duda la ENIM, que fue financiada por UNICEF, pero requiere inversión gubernamental para repitiéndola con periodicidad al menos quinquenal, ampliarla

⁶² No se encontraron evaluaciones de la calidad de las relaciones.

y aprovechar mejor la información generada. Existen además otras encuestas que también aportan información valiosa como la ENUT y la ENSANUT y que deben mantenerse y ampliarse. Además se recomienda generar un sistema de información e indicadores específicos para dar seguimiento y atención a los niños pequeños y sus familias en todos los aspectos que no sean cubiertos por salud y educación preescolar, es decir, seguridad, protección infantil, protección social, cuidado cariñoso y sensible, preparación para la escuela, etc.

12. *Los programas dedicados a prevenir los riesgos para DIT, no tienen enfoque de primera infancia.* Los los programas de reducción de la violencia hacia la primera infancia, salud mental para padres, control de adicción, agua y saneamiento, etc. Todos estos programas subsumen a la primera infancia dentro de otras poblaciones más amplias,.

Recomendaciones

Las recomendaciones se han clasificado en cuatro categorías que indican acciones concretas para mejorar la situación de la Primera Infancia. Éstas son: 1 mantener y reforzar, 2 crear o iniciar, 3 mejorar, y 4 corregir.

Durante la presente administración hubo logros y avances, que es necesario

Mantener y reforzar

La Comisión para la Primera Infancia. La Comisión ha permitido que los actores que trabajan por la Primera Infancia se conozcan y comiencen a buscar estrategias de coordinación que contribuyan al diseño de una política para el desarrollo integral de la Primera Infancia. Esta Comisión necesita, sin embargo, elevar su nivel político y jerárquico dentro de la estructura de la Administración Pública Federal. De igual modo, es imperativo dotarle de atribuciones legales para lograr que sus acuerdos tengan carácter vinculante, autoridad sobre sus integrantes en materia de atención integral de la primera infancia, capacidad para diseñar, implementar, dar seguimiento y evaluar el desarrollo de una política integral, promover un sistema de aseguramiento de la calidad, apoyar la

creación de un sistema de información y procurar el desarrollo de un esquema de financiamiento sostenible para la política. Por último, requiere de un presupuesto propio que le permita llevar a cabo estos objetivos⁶³.

Nuevas acciones para padres y cuidadores con niños en primera infancia. La creación del varios programas específicos para primera infancia, como el Programa de Educación Inicial: Un Buen Comienzo de la SEP, que ha marcado un hito en el enfoque de la provisión de servicios de cuidado y educación inicial; el programa de atención al Desarrollo Infantil Temprano (DIT) del programa PROSPERA, basado en el modelo PRADI; el componente de DIT del IMSS-PROSPERA; la estrategia de DIT del IMSS; la experiencia de CONAFE y los esfuerzos del SNDIF para incorporar la visión de desarrollo infantil en estancias, CADIs y CAIS a través de componentes de evaluación y consejería. Para evitar las externalidades que genera impartir diversos contenidos con distinta calidad, se plantea adoptar como estándar de calidad único la norma pedagógica emitida por la SEP en su programa Educación Inicial: Un Buen Comienzo.

Prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI) y los Centros para el Desarrollo Infantil (CEREDI). La creación de la prueba EDI, una herramienta de tamizaje diseñada y validada en México para la detección temprana de problemas del neurodesarrollo en menores de 5 años de edad y su puesta en marcha en varios programas del sector salud. La prueba ha sido incluida en la NOM 031 y será obligatoria para todos los establecimientos de salud. El siguiente paso es asegurarse de que esta obligación se cumpla en el sector público y privado. También reforzar su sistema de referencia y contra referencia una vez que los niños han sido evaluados en su desarrollo.

La Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM) y la incorporación de preguntas sobre DIT en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de medio camino. Sin duda las fuentes más importantes de información sobre la situación de la primera infancia y sus familias, al día de hoy, en México. El levantamiento de estos datos debe realizarse cada tres años, asegurando su representatividad nacional y estatal.

⁶³ Un posible mecanismo para lograr este cambio sin debilitar las funciones y objetivos del Sistema de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes sería que la propia Secretaría Ejecutiva del Sistema, junto con toda su estructura, fuera alojada en la Presidencia de la República. Esta SE podría ser la Unidad Responsable de uno o más programas presupuestarios que habiliten sus funciones de coordinación en distintas materias (primera infancia, niñez, adolescencia).

Estrategia Nacional de Lactancia Materna. Un tema de vital importancia para los niños, que había estado ausente de la agenda hasta el 2014. Sus progresos son modestos en parte debido a la falta de financiamiento para las acciones de la estrategia. Se necesita contar con un programa presupuestario específico para su operación. Además, dado que más de la mitad de los niños padecen alguna forma de malnutrición, se recomienda dejar de lado la división artificial entre menores de 29 días y mayores, y ampliar la estrategia a toda la alimentación que reciben los niños de los 0 a los 6 años, con un enfoque integral de alimentación perceptiva.

Existen también elementos esenciales que no han sido atendidos. Áreas donde no existe ninguna oferta gubernamental, por lo cual se recomienda

Crear o iniciar:

Una Política Nacional para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia basada en el principio del cuidado cariñoso y sensible, que tenga como propósito el desarrollo integral de los niños y niñas de 0 a 6 años de edad mediante de la garantía plena de todos sus derechos. Esta política nacional sería pieza clave de la arquitectura institucional necesaria para lograr una adecuada gobernanza que articule, coordine y de coherencia a todas las acciones que existen, y las que se creen para el desarrollo de la Primera Infancia. Requiere de programa presupuestario específico para su coordinación.

Sistema de Aseguramiento de la Calidad de los servicios. Actualmente no se está poniendo suficiente atención en garantizar la calidad. Tanto en los servicios de salud, como los de educación y cuidado, no se encontraron suficientes mecanismos para incentivar la calidad, ni para monitorearla y evaluarla de manera sistémica. Se recomienda seguir avanzando en la construcción de estándares mínimos de calidad que definan las características que deberán tener los servicios (con especial énfasis en la calidad de las interacciones entre niños y cuidadores en los distintos ámbitos); diseñar indicadores, desarrollar herramientas de medición y establecer los mecanismos de monitoreo necesarios. De manera específica, se recomienda que las dependencias que han emitido y actualizado Normas Oficiales Mexicanas en materia de atención al embarazo, parto, puerperio, atención a la infancia, lactancia, alimentación y orientación alimentaria, educación y cuidado; establezcan procedimientos para la verificación del cumplimiento de estas normas por parte de los prestadores de servicios público y privados; y que se asigne

presupuesto a estas tareas.

Sistema de indicadores de la Primera Infancia. Si bien se ha comenzado a conformar un sistema de información a nivel nacional para NNA, una vez más se subsume a la Primera Infancia, dejando algunas acciones y derechos específicos de este grupo sin suficiente atención. Es necesario un subsistema de Primera Infancia, que se vincule con todos los instrumentos programáticos, empezando por la inclusión de indicadores de impacto al más alto nivel de la estructura programática (Plan Nacional de Desarrollo) y su incorporación a las Matrices de Indicadores de todos los programas presupuestarios que atienden a este grupo poblacional.

Alineación de acciones y programática a partir del establecimiento de objetivos nacionales en indicadores clave para el DIT.

Prevención y detección de situaciones de riesgo biopsicosocial. Situación de riesgo es toda aquella en la cual el desarrollo y bienestar del niño se ve limitado o perjudicado por cualquier circunstancia personal, social o familiar. Se recomienda incluir perspectiva de primera infancia en la atención a factores de riesgo relacionados con las decisiones y circunstancias de los padres durante la gestación, el parto y la crianza; incluida su salud mental, el consumo de sustancias como alcohol, tabaco o estupefacientes, estado nutricional antes de la concepción, enfermedades genéticas, infecciones de transmisión sexual, violencia en el hogar o fuera de él y contaminación ambiental del lugar de residencia.

Parques y espacios públicos amigables para niñas y niños. Desarrollar normativas y asignar recursos públicos a la creación de estos espacios en los estados y municipios a través de fondos federalizados como el Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social.

Una campaña de sensibilización sobre la importancia de la primera infancia y los elementos esenciales del cuidado cariñoso y sensible, basada en investigación formativa, permanente y de carácter masivo. Que todos los adultos comprendan que la primera infancia es un periodo de gran vulnerabilidad y oportunidad que tendrá efectos sobre toda la trayectoria de vida, adquieran nociones y saberes básicos sobre el cuidado infantil e

información sobre los servicios y apoyos con los que cuentan en la tarea de la crianza.

Áreas en las cuales a pesar de los esfuerzos realizados es necesario

Mejorar

Visibilizar y ordenar los programas presupuestarios. El actual presupuesto destinado a Primera Infancia es imposible de monitorear porque es parte de bolsas más grandes, que no están segmentadas bajo este criterio. Es requisito fundamental conocer con exactitud cuánto se destina, bajo que rubros, con qué eficiencia, etc. Se recomienda retomar los trabajos iniciados en esta administración para visibilizar y ordenar los programas presupuestarios que destinan recursos al ejercicio de los derechos de la primera infancia. Se recomienda un sub anexo con este propósito como parte del anexo transversal 18.

Cobertura con calidad. Se encontró que prácticamente ningún elemento esencial llega al total de la población. Las coberturas más altas están en el dominio salud y las más bajas en prevención de la violencia y restitución de derechos. Se sabe que no todos los niños y las familias necesitan la misma intensidad y variedad de intervenciones y servicios; pero es incuestionable que todas las familias necesitan información, sensibilización, afirmación y aliento. Se propone crear tres niveles de apoyo a las familias: universal, focalizado (para familias en riesgo por pobreza, malnutrición, violencia, desplazamientos, etc.) e indicado (para niños en estado de vulnerabilidad permanente como niños sin padres, con discapacidad, etc.).

Protección especial: las estrategias para prevenir y reducir el maltrato en la práctica son muy pocas y han demostrado poca eficacia al observar el escaso avance en los indicadores de violencia. Hay avances con la entrada del tema de prevención de la violencia para niñas, niños y adolescentes (NNA) en la agenda, pero repitiendo las mismas estrategias que han mostrado escaso éxito y sin atención especial para la Primera Infancia. Se necesita este enfoque de protección infantil porque las primeras violencias pueden comenzar desde el nacimiento, lo que requiere un enfoque distinto de las violencias a niños mayores.

Protección social y conciliación trabajo familia. El apoyo al ingreso familiar, subsidios a familias, becas, descuento, políticas laborales amigables con las familias que liberen tiempo para que los padres puedan cuidar a los niños. Hacer una estrategia para que todas las familias dependiendo de sus condiciones reciba los apoyos necesarios, poniendo énfasis en las familias que enfrentan mayores retos: madres adolescentes, familias con discapacidad, en pobreza, etc.

Capacitación inicial y continua; y buenas condiciones laborales para el personal que trabaja con niños. Las personas que trabajan en el cuidado y educación de los niños son un eslabón crítico que presenta debilidades en la política actual. Es necesario garantizar su formación inicial y mejorar sus condiciones laborales, salarios y prestaciones con especial énfasis en la remuneración. Actualmente, el cuidado y la educación están principalmente a cargo de mujeres con baja escolaridad, sin formación en primera infancia, con bajos salarios y pocas perspectivas de crecimiento, lo que resulta en alta rotación y mala calidad en la atención.

Atención hospitalaria amigable para niños. Actualmente los hospitales que ejecutan la *iniciativa de “Hospital Amigo del Niño y la Niña”* son menos de 5% del total del país. Se necesita trabajar en ampliar esta estrategia para lograr que todos los hospitales tengan este carácter; que incluye las mejores prácticas de la atención materno-infantil (contacto piel con piel entre la madres y el bebé durante la primera hora de vida, lactancia materna en la primer hora, método madre canguro para recién nacidos con bajo peso, entre otras) y la eliminación de intervenciones innecesarias durante el nacimiento (como la episiotomía, el pinzamiento temprano del cordón, oxitocina generalizada).

Ejercicio de fondos federales. Existe gran discrecionalidad en el uso de recursos federalizados destinados a implementar acciones en beneficio de la primera infancia. Es imperativo desarrollar reglas de operación, etiquetado de recursos y acciones de control y supervisión que promuevan un mejor uso de los recursos del FASSA y el FAM en materia de salud, desarrollo, nutrición y alimentación de la primera infancia.

Existe dentro de la oferta gubernamental, algunas que fueron creadas con objetivos valiosos pero no alineados con el DIT y que están teniendo externalidades negativas para los niños en primera infancia, para estas acciones, se propone

Corregir externalidades negativas

Aumento de la desigualdad debido a las prestaciones vinculadas a la situación laboral de los padres. Las prestaciones vinculadas a la situación laboral de los padres, como son acceso a Centros de Atención Infantil (CAI) (antes guarderías y estancias

infantiles) y licencia parentales, contribuyen a ampliar la brecha en el desarrollo entre niños. Es necesario desvincular estos derechos de la condición laboral formal de los padres, y adecuar la normatividad de algunas instancias proveedoras de estos servicios, para que reconozcan la figura paterna en la afiliación de sus hijas e hijos a los Centros de Atención Infantil. Estas prestaciones deben de llegar a todas las familias con niños menores de 6 años, son parte del derecho al cuidado y de los derechos de los niños al desarrollo. El sujeto obligado a garantizar ese derecho es el Estado.

Partos atendidos con prácticas desactualizados. La atención durante el parto está experimentando a nivel internacional cambios que mejoran el vínculo, la salud y el desarrollo de los recién nacidos. En México aún se mantienen algunas prácticas obsoletas que pueden afectar el DIT. Por ejemplo, los cuneros, la episiotomía rutinaria, inmovilizar a la embarazada durante el parto, etc. Algunas prácticas son intervenciones excesivas, innecesarias y en ocasiones violentas que resultan en gran número de cesáreas. El nacimiento y el cuidado perinatal ha demostrado ser de gran importancia para el DIT, ya que ahí se crea el vínculo entre la madre y el niño, se establece la lactancia materna, y se dan otros procesos bioquímicos importantes para el resto de la vida.

Evaluar minuciosamente la pertinencia de continuar otorgando leche a niños entre 6 meses y dos años a precios reducidos del programa Liconsa. Esta práctica es violatoria del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Humana, puesto que es muy probable que cuando se entrega un sustituto de la leche humana, a madres de niños desde los 6 meses de edad a 2 años, a precios reducidos, las madres tengan incentivos para dejar de amamantar.

Licencias parentales de corta duración. La licencia por maternidad vinculada a la condición laboral y de corta duración, agrava la desigualdad e incrementa los riesgos para el desarrollo de los niños si la comparamos con licencias más largas. Las madres que trabajan en el sector informal no reciben ningún apoyo para enfrentar este periodo sensible. Cuando las madres tienen que volver al trabajo inmediatamente después del parto, enfrentan mayores dificultades para una crianza amorosa y sensible, se dificulta la creación de vínculo, aumenta el riesgo de depresión posparto, obstaculiza la instalación de la lactancia materna, entre otros problemas. Los padres también necesitan más días de licencia porque su papel es fundamental para el desarrollo del niño. Para favorecer la

equidad de género, se recomienda que cada familia pueda decidir quién toma la licencia parental.

Pensar que el cuidado le toca a las mujeres. Algunas acciones gubernamentales contribuyen a que se mantengan los actuales estereotipos de género, lo que resulta en mayores cargas de trabajo para las mujeres y genera efectos negativos en la sociedad y en la infancia. No se debe sostener la provisión de servicios a costa del bajo salario de las mujeres. El programa más exitoso de educación inicial para padres, el CONAFE, funciona gracias al trabajo casi voluntario de mujeres de escasos recursos en zonas rurales. Igualmente, en muchas ocasiones el cuidado infantil en los CAI, depende del trabajo de mujeres que reciben muy bajos salarios y pocas o nulas prestaciones. La prestación de cuidado infantil que se otorga únicamente a las mujeres trabajadoras y las licencias parentales de distinta duración para hombres y mujeres son acciones gubernamentales que perpetúan la desigualdad en el cuidado.

Acciones puntuales con mirada de línea de vida que requieren mejorarse para asegurar el DIT.

1. “Mientras más temprana la intervención mayor el retorno” dice el premio nobel de economía el Dr. Heckman. **Prevención y detección de situaciones de riesgo biopsicosocial.** Situación de riesgo es toda aquella en la cual el desarrollo y bienestar del niño se ve limitado o perjudicado por cualquier circunstancia personal, social o familiar. Se recomienda incluir perspectiva de primera infancia en la atención a factores de riesgo relacionados con las decisiones y circunstancias de los padres desde la adolescencia y luego, durante la gestación, el parto y la crianza; incluida su salud mental, el consumo de sustancias como alcohol, tabaco o estupefacientes, estado nutricional antes de la concepción, enfermedades genéticas, infecciones de transmisión sexual, violencia en el hogar o fuera de él y contaminación ambiental del lugar de residencia.
2. **Poner especial atención en prevenir y evitar la malnutrición de las futuras madres,** ya que está asociada a problemas de bajo peso al nacer en los niños y morbilidad y mortalidad durante la primera infancia. Es necesario atender de manera urgente la alimentación de adolescentes y mujeres en edad fértil.

3. **Registro nominal por niño desde el embarazo.** Una vez embarazada la mujer y acompañada de su familia, se recomienda durante su primer consulta prenatal, crear una cédula de evaluación de riesgos, que permita identificar los riesgos en la familia y dirigir a los futuros padres hacia servicios que les apoyen para que cuenten con los entornos que faciliten la crianza, les orienten sobre el autocuidado y el cuidado que deberán proveer al recién nacido. También en ese momento se deberá crear un registro nominal por niño, donde se anoten todas las intervenciones que ha recibido.
4. **Las consultas durante el embarazo** son una gran oportunidad para prevenir riesgos y mejorar el DIT. Actualmente se brindan a casi toda la población, es decir la cobertura es de más del 97%, el siguiente paso es mejorar su calidad y enfatizar los aspectos que el modelo menciona como factores de riesgo y como estratégicos para fomentar el DIT.
5. **El nacimiento** es un momento de la mayor trascendencia para desarrollar la capacidad de amar, la salud y el vínculo entre la diada. Durante el nacimiento se identificaron dos tipos de problemas: por un lado, un grupo de mujeres que no reciben suficiente atención de profesionales de la salud, y por otro lado, mujeres que están sobre medicalizadas y que sufren de excesiva intervención que resulta en altas tasas de cesáreas (70% para hospitales privados). Se necesita crear estrategias diferenciadas para ambas situaciones y enfatizar los aspectos que resalta el modelo sobre contacto piel con piel, madre canguro, lactancia materna durante la primer hora de vida, alojamiento conjunto y cuidados especiales para recién nacidos con bajo peso y enfermos.
6. **Las consejerías posnatales:** lo que los padres hacen, realmente importa. El posparto es un momento sumamente importante porque se establecen nuevos patrones de conducta en las madres y los padres que definirán su estilo de crianza. Actualmente las consejería posnatales tienen muy baja cobertura y es muy distinta entre los distintos grupos socioeconómicos. Los contenidos también presentan áreas de mejora, por ejemplo, incluir prácticas de crianza con enfoque cariñoso y sensible, destacar la importancia del juego en el aprendizaje y prevenir riesgos. Por último, existen varias formas de dar las consejerías: las visitas a los hospitales o las clínicas después del parto, grupos de apoyo comunitarios o los programas de

visitas semanales a los hogares. Se recomienda crear estrategias que se adapten a las necesidades y características de los padres.

7. **Lactancia y alimentación perceptiva.** Para reducir la malnutrición existen muchos programas y cada día se avanza un poco más, sin embargo aún sigue siendo un problema que necesita atención urgente. El 48% de los niños entre 18 y 36 meses no tienen una dieta mínima aceptable y las tasas de LM siguen siendo bajas al compararlas con las recomendaciones de la OMS y las propias metas del gobierno mexicano. La Lactancia Materna y transición a una dieta saludable, tiene que entenderse como un todo, no fragmentarla, y como un requisito fundamental para la salud durante toda la vida. Aunque se cuenta con la Estrategia Nacional de Lactancia Materna (ENLM), ha tenido magros resultados, se recomienda ampliarla a Estrategia Nacional de Lactancia Materna y Alimentación Perceptiva, para que atienda todo lo relacionado con la nutrición de los niños en primera infancia y asignarle un programa presupuestario. Además generar una oferta de alimentos saludables, información y apoyo para que padres.
8. **Mayor integración entre las acciones.** Rediseñar las intervenciones en el dominio salud, para crear mayor integración, analizando las causalidades entre las distintas intervenciones durante la vida de los niños y sus familias, a la luz de los nuevos descubrimientos de las neurociencias y de otras investigaciones científicas. Por ejemplo, vincular como causa de la Enfermedad Diarreica Aguda y la Infección Respiratoria Aguda (IRAS y EDAS) las bajas tasas de Lactancia Materna (LM). Hasta ahora, éstas dos enfermedades tienen un componente específico dentro del Programa de Acción Específico de Salud Infantil y Adolescente (PAE SIA) con acciones y presupuesto, mientras que la ENLM no tiene presupuesto propio y está enfrentando severas dificultades para su implementación. Si se mejoran las tasas de LM se reducirían ambas enfermedades, además de otros múltiples ahorros en salud y beneficios para el DIT.
9. **Formación para padres de niños en Primera Infancia** es poca y está dispersa. Esta fragmentación es causada en parte porque el marco legal a este respecto es contradictorio. La ley le concede a tres agentes distintos -SEP, SS y SNDIF- autoridad sobre la educación inicial para los adultos, y muchas veces se contraponen en la práctica. Para evitar las externalidades que genera tener varios

proveedores desalineados e impartir diversos contenidos con distinta calidad, se plantea adoptar como estándar de calidad único la norma pedagógica emitida por la SEP en su programa Educación Inicial: Un Buen Comienzo. También se propone generar distintas plataformas que permitan a todos los padres independientemente del lugar donde viven, tomar la formación. Por ejemplo, visitas domiciliarias, talleres en línea, sesiones grupales en hospitales, etc.

10. **Cuidado infantil en CAI es muy desigual**, se desconoce la calidad de los centros privados, y la de algunos públicos es deficiente, todo esto agrava desigualdad entre los niños. Es necesario desvincularlo de la condición laboral de los padres. Registrar a todos los centros públicos y privados del país, generar estándares de calidad y asegurar su cumplimiento. El total de CAI privados a nivel nacional es desconocido, y tampoco se conocen sus características. No es posible diagnosticar la calidad ante esta falta de registro. Sin embargo, se sabe que uno de los principales retos en mejorar la formación, permanencia, condiciones laborales y calificación del personal que trabaja en los centros.
11. **Los entornos en los que viven los niños y sus familias requieren especial atención.** Se detectó ausencia de una política o una instancia que coordine los espacios públicos y los espacios de juego con enfoque de primera infancia. Y es necesario atender los aspectos de agua y saneamiento en hogares rurales e indígenas principalmente. Los indicadores agregados para muchos rubros de protección y seguridad, esconden grandes desigualdades. Desarrollar normativas y asignar recursos públicos a la creación de espacios para los niños, mejoramiento urbano y otras obras públicas que garanticen el abastecimiento de agua y saneamiento en los estados y municipios a través de fondos federalizados como el Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social.
12. **Protección especial** Existe un gran vacío en acciones para prevenir la violencia y restituir los derechos de los niños durante la primera infancia. La Comisión para Prevenir la Violencia contra NNA y sus planes de trabajo son recientes y son para todos los NNA, subsumen a la primera infancia. Por otro lado, las capacidades institucionales recientemente creadas en la LGDNNA son aún muy limitadas en cobertura. Se necesita este enfoque de protección infantil porque las primeras

violencias pueden comenzar desde el nacimiento, lo que requiere un enfoque distinto de las violencias a niños mayores.

13. **Registro de nacimiento.** Igualmente el derecho al nombre y a la identidad se encuentra vulnerado. Entre los niños indígenas y quienes viven en localidades rurales, no todos los niños cuentan con registro de nacimiento. Se recomienda también la creación de un documento oficial con fotografía para menores de 18 años, que contribuya a garantizar su derecho a la identidad.
14. **Protección social y conciliación trabajo-familia** Asegurar que las familias cuenten con suficientes recursos para la crianza. Crear apoyos para el ingreso familiar, políticas de conciliación trabajo-familia, y tener un enfoque de prevención de riesgos, que ponga especial atención en las familias más vulnerables.
15. **Ampliar la cobertura y duración de las Licencias parentales.** Solo el 18% de las madres que parieron en el 2017 tuvieron una licencia de maternidad. Se recomienda desvincular las prestaciones sociales para el cuidado de la primera infancia de la condición laboral de las madres y padres. La licencia por maternidad vinculada a la condición laboral y de corta duración, agrava la desigualdad e incrementa los riesgos para el desarrollo de los niños si la comparamos con licencias más largas. Las madres que trabajan en el sector informal no reciben ningún apoyo para enfrentar este periodo sensible. Cuando las madres tienen que volver al trabajo inmediatamente después del parto, enfrentan mayores dificultades para una crianza amorosa y sensible, se dificulta la creación de vínculo, aumenta el riesgo de depresión posparto, obstaculiza la instalación de la lactancia materna, entre otros problemas. Los padres también necesitan más días de licencia porque su papel es fundamental para el desarrollo del niño. Para favorecer la equidad de género, se recomienda que cada familia pueda decidir quién toma la licencia parental.

Bibliografía

- Alejandra Padilla. 2015. “Una cama de hospital por cada mil mexicanos.” *El Universal*, July 24, 2015. <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/periodismo-de-datos/2015/07/24/una-cama-de-hospital-por-cada-mil-mexicanos>.
- AP. n.d. “Prospera, programa de EPN para mujeres pobres, beneficia más a los hombres: estudio México-EU.” SinEmbargo MX. Accessed August 17, 2018. <http://www.sinembargo.mx/25-07-2018/3447518>.
- Araujo, María Caridad, Florencia López-Boo, and Juan Manuel Puyana. 2013. “Panorama Sobre Los Servicios de Desarrollo Infantil En América Latina Y El Caribe.”
- “Avances_PROSESA.pdf.” n.d. Accessed April 14, 2018. http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/seg_metas/Avances_PROSESA.pdf.
- Bartram, Jamie, and Sandy Cairncross. 2010. “Hygiene, Sanitation, and Water: Forgotten Foundations of Health.” *PLOS Medicine* 7 (11): e1000367. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000367>.
- Bennett, Heather A., Adrienne Einarson, Anna Taddio, Gideon Koren, and Thomas R. Einarson. 2004. “Prevalence of Depression During Pregnancy: Systematic Review.” *Obstetrics & Gynecology* 103 (4): 698. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f>.
- Bonifaz, Leticia. 2018. “Reordenar la administración.” *El Universal*, February 17, 2018. <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/leticia-bonifaz-alfonzo/nacion/reordenar-la-administracion>.
- Bradley, Robert H., and Bettye M. Caldwell. 1995. “Caregiving and the Regulation of Child Growth and Development: Describing Proximal Aspects of Caregiving Systems.” *Developmental Review* 15 (1): 38.
- Bretherton, and Inge. 1992. “The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth.” *Developmental Psychology*, no. sept: 759–75.
- Bucio, Ricardo. 2016. *Acuerdo 3 - Por El Que Se Crea La Comisión Para El Desarrollo Infantil Temprano*.
- Castro, Filipa de, Jean Marie Place, Aremis Villalobos A, and Betania Allen-Leigh. 2015. “Sintomatología Depresiva Materna En México: Prevalencia Nacional, Atención Y Perfiles Poblacionales de Riesgo.” *Salud Pública de México* 57 (2): 144–54.
- Center for the Developing Child Harvard University. 2007. “A Science-Based Framework for Early Childhood Policy: Using Evidence to Improve Outcomes in Learning, Behavior, and Health for Vulnerable Children.” <http://www.developingchild.harvard.edu>.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 2018. Entrevista con la autora.
- Cepal Unicef. 2011. “Cuidado Infantil Y Licencias Parentales.” *Desafíos, Boletín de La Infancia Y Adolescencia Sobre El Avance de Los Objetivos de Desarrollo Del Milenio*, July 2011.
- CNPSACDII. 2015. *Diagnóstico Del Estado Que Guardan Los Centros de Atención*.

México: Consejo Nacional para la Prestación de Servicios de Atención Cuidado y Desarrollo Integral Infantil.

- CONAFE. 2015. “Conafe - Educación Inicial de CONAFE.” 2015. <http://www.conafe.gob.mx/educacioninicial/Paginas/default.aspx>.
- Conti, Gabriella, James Heckman, and Sergio Urzua. 2010. “The Education-Health Gradient.” *The American Economic Review* 100 (2): 234–38. <https://doi.org/10.2307/27804996>.
- Dantés, Octavio Gómez, Sergio Sesma, Victor M. Becerril, Felicia M. Knaul, Héctor Arreola, and Julio Frenk. 2011. “Sistema de Salud de México.” *Salud Pública de México* 53 (January): s220–32.
- “Day Nurseries.” 2015. Nidirect. November 3, 2015. <https://www.nidirect.gov.uk/articles/day-nurseries>.
- Dirección de Componente de Salud Prospera. 2018. Entrevista para el Diagnóstico Situacional de la Primera Infancia.
- Dirección General de Desarrollo Curricular Educación Preescolar. 2018. Entrevista para Diagnóstico Situacional de la Primera Infancia.
- Dirección General de Desarrollo Curricular SEP. 2018. Entrevista para el diagnóstico situacional.
- Directora del CNPSACDII. 2018. Entrevista para el Diagnóstico Situacional de la Primera Infancia.
- Directora nacional adjunta del Programa De Estancias Infantiles del DIF Nacional. 2017. Entrevista para el Diagnóstico Situacional de la Primera Infancia.
- Directora Nacional de Educación Inicial de Consejo de Fomento Educativo. 2018a. CONAFE.
- ———. 2018b. Entrevista para el Diagnóstico Situacional de la Primera Infancia.
- Director de la Unidad de Neurodesarrollo del Hospital Infantil de México Federico Gómez. 2018. Entrevista con la autora.
- Director General de Relaciones Interinstitucionales y de Políticas de la Procuraduría federal de protección de Niños Niñas y Adolescentes. 2018. entrevista con la autora.
- División de Desarrollo Infantil de la Coordinación de Guarderías del IMSS. 2018. Entrevista para el Diagnóstico Situacional de la Primera Infancia.
- *DOF*. 2011. “DECRETO Por El Que Se Expide La Ley General de Prestación de Servicios Para La Atención, Cuidado Y Desarrollo Integral Infantil,” 2011.
- Duarte-Gómez, María Beatriz, Rosa María Núñez-Urquiza, José Alonso Restrepo-Restrepo, Vesta Louise Richardson López-Collada, María Beatriz Duarte-Gómez, Rosa María Núñez-Urquiza, José Alonso Restrepo-Restrepo, and Vesta Louise Richardson López-Collada. 2015. “Determinantes Sociales de La Mortalidad Infantil En Municipios de Bajo Índice de Desarrollo Humano En México.” *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México* 72 (3): 181–89. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.06.004>.
- El poder del consumidor. 2015. “El Fin Del Acuerdo Nacional Por La Seguridad Alimentaria Y La Necesidad de Una Ley Y Política Integral de Combate a La Obesidad.” <http://www.elpoderdelconsumidor.org/wp-content/uploads/Documento-ANSA.pdf>.

- Fuentes, Mario Luis, Mónica González, Mauricio Padrón, and Erika Tapia. 2015. “Conocimiento, Ideas Y Representaciones Acerca de Niños, Adolescentes Y Jóvenes ¿Cambio O Continuidad? Encuesta Nacional de Niños, Adolescentes Y Jóvenes.” UNAM.
- García-Cavazos, Ricardo Juan. 2016. “La Salud Materna Y Perinatal En México Intervenciones Efectivas En Línea de Vida Para Mejorar La Salud Materna Y Perinatal (2015).” *Ginecología Y Obstetricia En México*, September 2016. <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom169a.pdf>.
- Gutiérrez JP., Rivera-Dommarco J., Shamah-Levy T., Villalpando-Hernández S., Franco A., Romero-Martínez M., Hernández-Ávila M., and Cuevas-Nasu L. 2012. “Encuesta Nacional de Salud Y Nutrición 2012. Resultados Nacionales.” Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hannah Devlin. 2017. “Obese Women More Likely to Have Babies with Serious Birth Defects, Says Study.” *The Guardian*, June 15, 2017, sec. Society. <https://www.theguardian.com/society/2017/jun/15/obese-women-more-likely-to-have-babies-with-serious-birth-defects-says-study>.
- IMSS. 2015. “Directrices Para La Prevención Y Detección Oportuna Del Maltrato O Abuso a Niñas Y Niños de Guarderías Del IMSS.” http://siag.imss.gob.mx/instalacionssiag/Guarderias/Normas/Archivos/DIRECTRICES%20PREVENCION_DETECCION_OPORTUNA_MALTRATO_22.pdf.
- ———. 2016. “El IMSS Anuncia Nuevas Reglas Que Benefician a 273,000 Mujeres En Incapacidades Por Maternidad | Sitio Web ‘Acercando El IMSS Al Ciudadano.’” 2016. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201607/122>.
- “IMSS_028_08_EyR.pdf” n.d. Accessed May 2, 2018. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/028_GPC__PrenatalRiesgo/IMSS_028_08_EyR.pdf.
- INEE. 2017a. “Panorama Educativo De México Indicadores Del Sistema Educativo Nacional 2016 Educación Básica Y Media Superior.”
- ———. 2017b. “Principales Cifras Educación Básica Y Media Superior Inicio Del Ciclo Escolar 2015-2016.” México.
- INEGI. 2015. “Encuesta Intercensal.”
- ———. 2016. “Consulta Interactiva de Datos.” Natalidad. 2016. http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=.
- INSP. 2015. “Encuesta Nacional de Los Niños, Niñas Y Mujeres En México.” México. <http://www.insp.mx/enim2015/introduccion-enim2015.html>.
- ———. 2017. “Cobertura Y Contenido de La Atención a Niño Sano Y Detección de Problemas de Desarrollo: Un Estudio Representativo Para La Población de Niñas Y Niños de 2,3 Y 4 Años En La Ciudad de México.”
- Instituto Nacional de las Mujeres. 2018. “Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.” [gob.mx. 2018. http://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454](http://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454).
- Irwin, Lori G, Arjumand Siddiqi, and Clyde Hertzman. 2007. “Early Child Deveelopment: A Powerful Equalizer.” <http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/a91213.pdf>.

- Jean Newborg, Linda Wnek, and John R. Stock. 1998. *Battelle. Inventario de desarrollo.* (Juego completo) (A*). <https://www.espaciologopedico.com/tienda/prod/781/battelle-inventario-de-desarrollo-juego-completo.html>.
- Juárez, Jennifer. 2017. “Una Epidemia de Cesáreas Innecesarias En México.” *The New York Times*, ago 2017. <https://www.nytimes.com/es/2017/08/28/una-epidemia-de-cesareas-innecesarias-en-mexico/>.
- “La Prematurez En México, El Gran Reto.” n.d. Accessed May 3, 2018. <http://www.inper.mx/noticias/2015/060-2015/>.
- Leonhardt, David. 2010. “Study Rethinks Importance of Kindergarten Teachers.” *The New York Times*, July 27, 2010, sec. Economy. <https://www.nytimes.com/2010/07/28/business/economy/28leonhardt.html>.
- Líder de proyecto DIT de IMSS-Prospera. 2018. Entrevista con la autora.
- Martínez, Francisco, and Robert Myers. 2017. “Educación Inicial Y Preescolar En México. Un Panorama Y Análisis de La Situación Actual.” México: Hacia una cultura democrática A. C. (ACUDE).
- Mateo Díaz, Mercedes, Lourdes Rodríguez Chamussy, and Fernando Grafe. 2014. “Ley de guarderías en México y los desafíos institucionales de conectar familia y trabajo.” *Banco Interamericano de Desarrollo*, May. <https://publications.iadb.org/handle/11319/6650>.
- “Matriz de Indicadores Para Resultados - Mir-2017-MatrizIndicadores.pdf.” 2017. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/imssProspera/evaluacionExterna/mir-2017-MatrizIndicadores.pdf>.
- Merino, Mauricio. 2010. “Los Programas de Subsidios Al Campo. Las Razones Y Las Sinrazones de Una Política Mal Diseñada.” http://www.inforural.com.mx/IMG/pdf/CIDE_PROCAMPO.pdf.
- Mexicanos Primero. 2014. “Los Invisibles. Los Niños Y Las Niñas de 0 a 6 Años: El Estado de La Educación En México 2014.” *El Estado de La Educación En México*. http://www.mexicanosprimero.org/images/stories/losinvisibles/Los-Invisibles_estado-de-la-educacion-en-mexico_2014.pdf.
- ———. 2018. *La Escuela Que Queremos. Estado De La Educación En México 2018*.
- Michel Odent. 2000. “The Scientification of Love.” *BMJ* 320 (7245): 1346. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7245.1346>.
- Myers, Robert, Arcelia Martínez, Marco Antonio Delgado, Juan Luis Fernández, Adriana Martínez, and supervisión María Caridad Araujo. 2013. “Desarrollo Infantil Temprano En México : Diagnóstico Y Recomendaciones.”
- National Scientific Council on the Developing Child. 2012. *The Science of Neglect: The Persistent Absence of Responsive Care Disrupts the Developing Brain*. Working Paper 12. http://developingchild.harvard.edu/index.php/resources/reports_and_working_papers/working_papers/wp12/.
- Nothemba-Simelela, Princess. 2018. “OMS: Una buena experiencia de parto va más allá de dar a luz a un bebé sano.” *Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal* (blog). 2018. <http://saludmentalperinatal.es/oms-una-buena-experiencia-parto-va-mas-alla-de-dar-luz-un-bebe-sano/>.

- OCDE. 2016a. “Length of Maternity Leave, Parental Leave and Paid Father-Specific Leave.” 2016. <http://www.oecd.org/gender/data/length-of-maternity-leave-parental-leave-and-paid-father-specific-leave.htm>.
- ———. 2016b. “Parental Leave: Where Are the Fathers?” <https://www.oecd.org/policy-briefs/parental-leave-where-are-the-fathers.pdf>.
- OECD. 2018. *Engaging Young Children*. <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/9789264085145-en>.
- OIT. 2014. “La Maternidad Y La Paternidad En El Trabajo La Legislación Y La Práctica En El Mundo.” Informe de política. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—dgreports/—dcomm/documents/publication/wcms_242618.pdf.
- OMS. 2012a. “¿Cuáles Son Los Principales Peligros Para La Salud de Los Niños?” WHO. 2012. <http://www.who.int/features/qa/13/es/>.
- ———. 2012b. “Progresos Sobre El Agua Potable Y Saneamiento.” World Health Organization. http://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/jmp2012/es/.
- ———. 2018. “WHO Recommendations Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience.” Geneva: World Health Organization. <http://saludmentalperinatal.es/wp-content/uploads/2018/02/Guia-OMS-parto-2018.pdf>.
- “OMS | Declaración de La OMS Sobre Tasas de Cesárea.” n.d. WHO. Accessed April 12, 2018. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/.
- ONU. 2015. “Objetivos y metas de desarrollo sostenible.” Desarrollo Sostenible. 2015. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>.
- O’Shea-Cuevas, Gabriel, Antonio Rizzoli-Córdoba, Daniel Aceves-Villagrán, Víctor Manuel Villagrán-Muñoz, Joaquín Carrasco-Mendoza, Elizabeth Halley-Castillo, Ismael Delgado-Ginebra, et al. 2015. “Sistema de Protección Social En Salud Para La Detección Y Atención Oportuna de Problemas Del Desarrollo Infantil En México.” *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México* 72 (6): 429–37. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.10.002>.
- Presidente ejecutivo de Mexicanos Primero. 2018. Entrevista con la autora.
- Schady, Norbert, and Samuel Berlinsky, eds. 2015. *Los Primeros Años. El Bienestar Políticas Y El Papel de Las Políticas Públicas*. BID.
- Schuhl, Christine, and Jean Epstein. 2003. *Vivre en crèche: Remédier aux douces violences*. Lyon: Chronique Sociale.
- Secretaría de Educación Pública. 2014. *Libro Para Las Familias*. México. <http://libros.conaliteg.gob.mx/carrusel.jsf?idLibro=1220>.
- ———. 2017. *Aprendizajes Clave Para La Educación Integral*. México.
- ———. 2018a. “ACUERDO Número 04/01/18 Por El Que Se Establece El Programa de Educación Inicial: Un Buen Comienzo.” *DOF*, January 23, 2018.
- ———. 2018b. “ACUERDO Número 04/01/18 Por El Que Se Establece El Programa de Educación Inicial: Un Buen Comienzo.” *Diario Oficial de La*

Federación, January 23, 2018.

- Secretaría de Gobernación. 2017. “Quinto Informe de Gobierno.” https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/313371/5_IE_PND_VERSI_O_N_FINAL_190318_RGB.pdf.
- Secretaría de Salud. 2013. “Manual Para La Prueba de Evaluacion Del Desarrollo Infantil-EDI.” CDMX. <http://himfg.com.mx/descargas/documentos/EDI/ManualparalaPruebadEvaluaciondelDesarrolloInfantil-EDI.pdf>.
- Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud, and Organización Mundial de la Salud. 2014. “Evaluación Internacional Del Programa de Vacunación Universal de México. Informe Final.”
- SIPINNA. 2017. “Plan de Acción México, Alianza Global Para Poner Fin a La Violencia Contra Niñas, Niños Y Adolescentes.” https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/297032/PLAN_DE_ACCI_N_DE_M_XICO_baja.pdf.
- Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes. 2017. “#Entérate de qué es la Alianza Global Para Poner Fin a la Violencia Contra Niñas Niños y Adolescentes.” [www.gob.mx](http://www.gob.mx/sipinna/articulos/enterate-de-que-es-la-alianza-global-para-poner-fin-a-la-violencia-contra-ninas-ninos-y-adolescentes?idiom=es). agosto 2017. <http://www.gob.mx/sipinna/articulos/enterate-de-que-es-la-alianza-global-para-poner-fin-a-la-violencia-contra-ninas-ninos-y-adolescentes?idiom=es>.
- Subdirector Consejo Nacional de Vacunación. 2018. Entrevista con la autora.
- Thomas M. Campbell, and T. Colin Campbell. 2004. *The China Study: The Most Comprehensive Study of Nutrition Ever Conducted and the Startling Implications for Diet, Weight Loss and Long-Term Health*. 1 edition. Dallas, Tex: BenBella Books.
- “Transparencia Presupuestaria | Programas.” n.d. Accessed July 29, 2018. <http://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/programas#consultas>.
- UNESCO. 1990. “Declaracion Mundial Sobre Educación Para Todos, Jomtien, 1990.” Nueva York, USA. http://www.unesco.org/education/pdf/JOMTIE_S.PDF.
- UNICEF. 2017. “Identificar Las Desigualdades Para Actuar: Resultados Y Determinantes Del Desarrollo de La Primera Infancia En América Latina Y El Caribe.”
- UNICEF, UNFPA, and WHO. 2015. “Pregnancy Childbirth Postpartum and Newborn Care.” <http://data.unicef.org/wp-content/uploads/2017/04/Pregnancy-Childbirth-Postpartum-and-Newborn-Care.pdf>.
- Un Kilo de Ayuda. 2017. “Índice País Amigo de La Lactancia Materna : Caso México 2016.” México. http://eventos.unkilodeayuda.org.mx/BBFMexico/docs/Reporte_BBFMexico.pdf.
- Villanueva, Ana B. 2015. “Aumentan Las Adicciones En El Embarazo | Edición Impresa | EL PAÍS.” *Edición Impresa EL PAÍS*, dic 2015, sec. Reportajes. https://elpais.com/diario/2005/12/13/salud/1134428407_850215.html.
- WHO. 2016. “Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience: Summary.” 2016. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259947/WHO-RHR-18.02-eng.pdf?sequence=1>.

- ————. 2017. “MEETING REPORT Operationalizing Nurturing Care.” <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260431/WHO-MCA-18.01-eng.pdf;jsessionid=DA03C10F4D1B1276487BD0B21248A20C?sequence=1>.
- ————. n.d. “Maternal Mental Health.” Accessed April 13, 2018. http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/.
- WHO, and UNICEF. 2017. “Nurturing Care Framework.” WHO, UNICEF. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework-first-draft.pdf?ua=1.
- WHO, UNICEF, and World Bank Group. 2018. “Nurturing Care for Early Childhood Development: A Framework for Helping Children Survive and Thrive to Transform Health and Human Potential.” Geneva.
- World Health Organization. 2013. “Essential Nutrition Actions: Improving Maternal, Newborn, Infant and Young Child Health and Nutrition.” http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84409/9789241505550_eng.pdf;jsessionid=CA5BFAF96F75966E40F0C15B6BCE86ED?sequence=1.
- XIMENA TAMARIZ GARCÍA. 2016. *QUE REFORMA EL ARTÍCULO 46 DE LA LEY GENERAL DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, A CARGO DE LA DIP. XIMENA TAMARIZ GARCÍA (PAN)*. http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2016/10/asun_3434524_20161026_1473808805.pdf.
- Estado Mundial de la Infancia. Conmemoración de los 20 años de la Convención sobre los Derechos del Niño. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Noviembre de 2008

- Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño. Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF, 2006

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum.htm>

- Ley General de Salud <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>

- Ley General de Desarrollo Social <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgds.htm>

- Ley General de Educación <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lge.htm>

- Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgdna.htm>
- Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgpsvd.htm>
- Ley General 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 <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgpsedmt.htm>
- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 <http://pnd.gob.mx/>
- Programa Sectorial de Salud 2013-2018 http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/prosesa.html
- Programas de Acción específica de Salud Materna y Perinatal 2013-2018 http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf
- Programa de Acción Específica de Salud de la Infancia y la Adolescencia 2013-2018 http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/descargas/transparencia/especiales/PAE_Salud_para_la_Infancia_y_la_Adolescencia.pdf
- Programa de Acción Específica de Vacunación Universal 2013-2018
- http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/descargas/transparencia/especiales/PAE_Vacunacion_Universal_PAE_final_final.pdf
- Programa de Acción Específica de Violencia Familiar y de Género 2013-2018
- <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PrevAtnViol/PrevencionyAtnViolenciaFamiliardeGenero.pdf>

- Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018
 - http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Transparencia/DocumentosOficiales/Programa_Sectorial_Desarrollo_Social_2013_2018.pdf

 - Programa Sectorial de Educación 2013-2018
 - <https://www.gob.mx/sep/documentos/programa-sectorial-de-educacion-2013-2018-10469>

 - Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia 2013-2018
 - http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343087&fecha=30/04/2014
-