



Estado de la Educación en México 2014

LOS INVISIBLES

— las niñas y los niños de 0 a 6 años —



MEXICANOS PRIMERO

Consejo Directivo

Claudio X. González Guajardo

Presidente

David E. Calderón Martín del Campo

Director General

Roberto Sánchez Mejorada Cataño

Antonio Prida Peón del Valle

Consejo académico

Miguel Basáñez Ebergeny, Gustavo Fabián laies, Bernardo Naranjo Piñera, Roberto Newell García, Harry A. Patrinos, Federico Reyes Heróles, Alberto Saracho Martínez.

Equipo de trabajo

Cintya Martínez Villanueva

Dirección Adjunta

Adriana Del Valle Tovar

Dirección de Comunicación

Jennifer L. O'Donoghue

Dirección de Investigación

Lucrecia Santibañez Martínez

Dirección de Proyectos Especiales

Manuel Bravo Valladolid y Fernando Ruiz Ruiz

Investigadores

Norma Espinoza Vázquez

Coordinación de Medios

Alfonso Rangel Terrazas

Coordinación de Diseño

Alejandro Ordóñez González

Coordinación de Comunicación Digital

Alberto Serdán Rosales

Coordinación de Activación Ciudadana

Miroslava Félix Saniñana

Coordinación de Vinculación

Francisco Meléndez García

Coordinación de Operaciones

María Teresa Aguilar Álvarez Castro

Coordinación de Estudios Jurídicos

Paulina Martínez Rivera

Coordinación de Eventos

Maricruz Dox Aguillón

Analista de Vinculación y Operaciones

Iliana Martínez Oñate

Asistente de Presidencia

Laura Castillo Carro

Asistente de Dirección

Miriam Castillo Ramírez y Alicia Calderón Ramos

Analistas y asistentes

Esther Reyes Nieves

Apoyo secretarial

Gabriel Escobar López, Ernesto de Santiago Corona

Apoyo logístico

Primera edición: mayo 2014.

Los invisibles. Las niñas y los niños de 0 a 6 años: Estado de la Educación en México 2014.

D.R. © MEXICANOS PRIMERO VISIÓN 2030, A.C.

Av. Insurgentes Sur No. 1647, piso 12, Torre Prisma Col. San José Insurgentes,

C.P. 03900, Del. Benito Juárez. México, D.F.

+52 (55) 1253-4000 www.mexicanosprimero.org

<http://www.facebook.com/MexPrim>

<http://twitter.com/#!/Mexicanos10>

<http://www.youtube.com/mexicanosprimero2030>

<http://www.flickr.com/photos/38062135@N05/>

Los invisibles. Las niñas y los niños de 0 a 6 años: Estado de la Educación en México 2014.

Lucrecia Santibañez Martínez y David E. Calderón Martín del Campo

Coordinación general

Angélica Rivera, Rosalina Barrón

Investigación

Alfonso Rangel Terrazas

Producción

Lucrecia Santibañez Martínez

Coordinación editorial

Alfonso Rangel Terrazas

Diseño de portada e interiores

Beatriz Rivas

Cuidado editorial y corrección de estilo

Itzel Ramírez Osorno y Rafael Tapia Yañez

Formación

Carlos Sánchez Pereyra

Fotografía

Impreso en México / Printed in Mexico

Prohibida la reproducción o transmisión parcial o total de esta obra por cualquier medio o método o en cualquier forma electrónica o mecánica, incluso fotocopia, o sistema para recuperar información, sin permiso escrito del editor:

Índice

- 1. Para acabar con la invisibilidad** 9
- 2. Neurobiología del desarrollo en la primera infancia.
Fundación para una sociedad sostenible** 23
- 3. Movilidad social e intervenciones tempranas** 47
- 4. ¿Cómo afectan las guarderías en las decisiones
laborales de madres? El caso de México** 59
- 5. Gastar para aprender.
Un primer acercamiento al gasto en la infancia temprana** 79
- 6. México, ¿un país apropiado para la niñez?
Las políticas y programas de atención a la primera infancia** 91

7.1	Evaluación del desarrollo infantil en México	117
7.2	La nutrición como pilar de salud y desarrollo	133
7.3	Desarrollo infantil temprano. La importancia de los padres y el entorno familiar	157
7.4	La ventana crítica de los 1,000 días. Educación inicial y cuidado infantil	177
7.5	Listos para aprender y listos para enseñar. La educación preescolar en México	201
8.	Conclusiones y recomendaciones	225



Prefacio

Todos los niños en México tienen derecho a la vida, la salud, el desarrollo, la participación, la expresión y la educación. Lograr que los niños se desarrollen durante sus primeros seis años, es transitar hacia el cumplimiento de estos derechos. Desafortunadamente en México, cada año cientos de miles de niños no lograrán desarrollarse plenamente porque sufren las consecuencias de la pobreza, una mala alimentación y falta de oportunidades de estimulación y aprendizaje. En Mexicanos Primero creemos que el gran compromiso de nuestra generación es lograr una educación de calidad en todos los niveles. **Para muchos niños Mexicanos, especialmente aquellos que provienen de familias de escasos recursos, primero de primaria es ya muy tarde.**

Al final, muchos de ellos pasarán a engrosar las filas de niños con discapacidades de aprendizaje no identificadas, niños que “batallan” para acordarse de las letras y los números o bien, niños que simplemente “no se les da la escuela”. Fueron niños invisibles al sistema, que terminan sufriendo las consecuencias de una atención insuficiente o poco efectiva. Esto no tiene porqué ser así.

El problema es urgente e impostergable. El periodo más crítico en el desarrollo de un ser humano coincide con el periodo en el que se encuentra en su mayor condición de vulnerabilidad y dependencia de los adultos que lo rodean. Por ello la importancia de hacer a los niños pequeños socialmente visibles.

En este libro, describimos lo que se está haciendo y lo que falta por hacer para asegurar que los niños Mexicanos puedan alcanzar su máximo potencial. Nuestro propósito es colocar el tema de la importancia del desarrollo de los niños y niñas desde el periodo prenatal y durante sus primeros seis años de vida en lo más alto de la agenda política del país. Es nuestra intención también, generar un esfuerzo amplio por parte de las organizaciones de la sociedad civil así como el público en general, para darle la importancia que este tema merece.

Nacer en un hogar de bajos recursos, o donde los padres no pueden o no saben como apoyarlo, no tendría porqué limitar los alcances de un niño. Todos los niños y las niñas tienen derecho a ser vistos, y a desarrollarse plenamente. Hay mucho por hacer. Este libro constituye un primer paso hacia asegurarnos que todos los niños y las niñas en México puedan, en su momento, estar listos para aprender en todos los niveles.

Claudio X. González Guajardo
Presidente de Mexicanos Primero.



Agradecimientos

Este esfuerzo no habría sido posible sin el apoyo de Promotora Social México, A.C. que financió el estudio. Agradecemos muy especialmente a su Presidente, Jose Ignacio Ávalos, sus Consejeros Juan Carlos Domenzaín y Juan Carlos Letayf y a su Director de Relaciones Institucionales Pedro Castillo. Su apoyo, acompañamiento y guía durante todas las etapas del proceso fue fundamental para concluir con éxito este proyecto.

Los capítulos que integran este libro fueron escritos por especialistas que generosamente aportaron sus conocimientos, tiempo y esfuerzo para lograr este esfuerzo conjunto. Agradecemos a Jack Shonkoff y Yael Karakowsky del Centro para el Niño en Desarrollo de la Universidad de Harvard; Antonio Rizzoli, del Hospital Federico Gómez así como a todo su equipo; Eduardo Thébar, Fabián Olvera, Katia Arceo, Laura Villa y Thanya Labrada de Un Kilo de Ayuda; Brenda Jarillo Rabling de la Universidad de Stanford; Susan Pick y Martha Givaudan de la organización Yo Quiero Yo Puedo, Gabriela Calderón del Banco de México; Raymundo Campos-Vázquez y Cristóbal Domínguez Flores de El Colegio de México, así como Roberto Vélez Grajales del Centro de Estudios Espinosa Yglesias; Marco López Silva y Anitzel Merino de Fundación IDEA.

Nuestra gratitud con Marco A. Delgado, Nashieli Ramírez, Lucero Nava, Beatriz Torre, y Ana Serrano por su participación en el Seminario sobre Primera Infancia organizado por Mexicanos Primero en Febrero de 2014, y por sus colaboraciones y apoyo constante para este esfuerzo.

Angélica Rivera, Rosalina Arteaga y Marcela Silveyra brindaron una asistencia de investigación excelente en todas las etapas de este estudio. Sin su ayuda y constante esfuerzo, esta publicación no hubiera sido posible.

Un agradecimiento muy especial a Caridad Araujo del BID y Bob Myers de ACUDE por haber revisado los capítulos de este libro. Sus sugerencias y comentarios sirvieron para mejorar su contenido y organización. Cualquier error u omisión, por supuesto, es responsabilidad única de los autores.



1. ◀ Para acabar con la invisibilidad

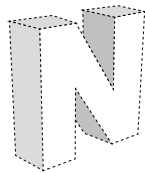
infantes pasan, hora tras hora, en una espera más bien inerte, sin oportunidad de actividad física, sin muchas ocasiones de exploración y asombro auto-inducido, sin ser convocados por el canto, la palabra y la mirada dirigida expresamente a ellas y ellos.

Esta constatación no es un juicio sobre los padres, sino sobre lo atinado –desatinado, en este caso– de las acciones. Claramente la motivación de estas prácticas es resguardarlos, alejarlos de los peligros potenciales. Lo inadecuado está en que la integración con el entorno y con los otros, la interacción necesaria para ser y para hacer, queda gravemente disminuida. Los padres mismos preferirían algo más, algo distinto, pero en nuestro país parece que no hay tiempo, no hay manera, no hay lugar, no hay dinero. Los demás, el entorno cercano, la red de amigos y familiares puede ayudar y en general lo hace, pero no tiene tampoco mucho más qué ofrecer.

Autor:

David Calderón, *Mexicanos Primero*

1.1. ¿POR QUÉ UN LIBRO SOBRE PRIMERA INFANCIA?



uestro despliegue como seres humanos es siempre un desafío. Aun cuando las niñas y los niños pequeños nos convocan a la delicadeza y a la ternura, no es fácil ser atinados y perseverantes en aquello que resulta mejor para ellas y ellos.

Si recorremos México, es fácil no ver a los más chicos. Desde una familia campesina que pone al bebé dentro de una caja alta de cartón o esquinado tras una barrera de huacales, hasta la mamá citadina que usa el asiento trasero del auto como zona principal y restringida para su niña de pocos años. Millones de



Así pues, **deseamos que las niñas y los niños de México estén visibles**; que no se les “desaparezca” sino que se les ayude a ver y ser vistos, a ser considerados y apoyados, a treparse a las cimas de la vida.

Esa aspiración fue la que originó el libro que tienen en sus manos. Mexicanos Primero nació para dar curso a la exigencia y a la corresponsabilidad de los ciudadanos a favor de la educación, del derecho a una educación de calidad. Hasta ahora, en nuestros estudios nos habíamos concentrado en la escolaridad básica, especialmente en la primaria y la secundaria, sabiendo que la escuela es un dispositivo cultural poderoso para lograr el desarrollo equitativo en la joven generación. La escuela es todavía el arreglo social más favorable para ir cumpliendo con su derecho a aprender en las edades comprendidas entre los 6 y los 18 años. Aún falta mucho; mucho se puede y se debe todavía estudiar, proponer y batallar para que la escolaridad obligatoria sirva a su propósito en México, y seguiremos profundizando para dar con las alternativas. Pero también de la evidencia aflora que **incluso un voluminoso esfuerzo social puede ser tardío ya en el primer año de primaria, si éste se considera el punto de partida.**

1.2. ABRIR LA DISCUSIÓN: ORIENTACIÓN Y ALCANCE DE ESTE ESFUERZO

En todo el mundo se va consolidando una creciente conciencia de que **los primeros años son cruciales para el desarrollo adecuado de cada persona, y que una acción coordinada y vigorosa puede evitar o mitigar buena parte de las desigualdades e injusticias** si cada sociedad se dedica, con decisión, al cuidado de sus miembros desde la más temprana edad. La agenda de derechos humanos encontró un camino concreto de implementación y monitoreo en los Objetivos del Milenio y, en su momento, fueron una excelente opción para medir el desempeño de los países en su compromiso, al tomar como indicadores básicos la disminución de la desnutrición y de la mortalidad infantil.

En términos positivos, ese enfoque fue un gran cambio cultural y ha marcado responsabilidades verificables en campos donde antes los gobiernos —y el de México

no era excepción— tenían, sobre todo, discursos vagos y conmovedores sobre “el cuidado de la infancia”. Sin embargo, al adoptar las métricas de los Objetivos del Milenio, **los gobiernos tienden ahora a poner el acento de las políticas públicas en la mera supervivencia, dejando para un abstracto “después” la vida plena de los más jóvenes.**

Este trabajo es una primera exploración para enriquecer el diálogo social y la incidencia en políticas públicas en la dirección de la *vida plena*. No pretendemos empujar los límites del conocimiento experto e impresionar a los que ya cultivan, profesionalmente o como activistas de tiempo completo, las disciplinas y enfoques de primera infancia. Lo que queremos, en cambio, es **ayudar a colocar en la agenda pública la necesidad y urgencia de trabajar para el desarrollo infantil temprano; difundir evidencia e información útil, llamar la atención sobre prácticas adecuadas y relevantes, señalar ejemplos prometedores.**

Queremos convocar a los ciudadanos ya activos en este campo, animar a los indecisos, favorecer la articulación y la colaboración entre expertos de distintas disciplinas, presentar propuestas a las autoridades, dar herramientas para la demanda y la participación de los padres, establecer un monitoreo de algunos indicadores y del cumplimiento de la normativa vigente, empujar el establecimiento de metas y el seguimiento de propuestas. Queremos colocar en la conciencia pública que cada mexicano tiene derecho a aprender desde el día uno de su vida.

Hay una variedad importante en la denominación de este campo. Rebasamos la intención de este libro fijar un único marco conceptual que fuese adoptado por todos; por el contrario, reconocemos y valoramos la sana pluralidad de enfoques y referencias. Para fines prácticos, **usaremos en general el término “Desarrollo Infantil Temprano” (DIT, por sus siglas), entendiendo el desarrollo infantil, como ya dijimos arriba, con la connotación de un proceso continuo de cambio, que despliega el potencial y habilita el pensamiento, la agencia y la voz de las niñas y los niños en relación con el mundo y los demás, desde la concepción hasta justo antes de cumplir los seis años de edad.**

El extremo temporal de los seis años de edad es un término, obviamente, convencional para distinguir la etapa a la que nos dedicaremos, la que tratamos de sacar de la invisibilidad, con respecto de la llamada “edad escolar”, cuyas instituciones son altamente visibles. En el presente libro llamaremos, de forma intercambiable, “Temprano” o “Inicial” al arco de tiempo que llega hasta los seis años. Para hablar de los servicios y procesos dirigidos a las personas de 0 a 6 años con el acento más en la custodia, más en el ángulo de la protección y satisfacción de las necesidades biológicas —como ya observaba Myers (2000) hace casi 15 años— se usa típicamente la expresión “Cuidado Temprano”, mientras que “Educación Temprana” es más empleado para apuntar a las acciones dirigidas al desarrollo mental, con un cierto sesgo a subrayar las formas escolares. Por ello, también es frecuente encontrar la expresión compuesta “Cuidado y Educación de la Infancia Temprana”, (ECEC, por su siglas en inglés), con la intención de referir algo más integral.

En todo caso, anotamos que hay investigadores e instituciones que hacen cortes de edad diferentes y usan “desarrollo” con referencias diversas a las nuestras. **Tomaremos desarrollo en su acepción más amplia**, que involucra lo físico, la salud, lo cognitivo, lo socioemocional, la habilitación comunitaria y la identificación cultural específica. Aunque haremos referencia a los servicios de educación preescolar (obligatorios en la normativa mexicana desde los tres años), dedicaremos muchas de las reflexiones al periodo de 0 a 3 años y, ocasionalmente, a la etapa propiamente prenatal.

1.3. EL ENFOQUE DE DERECHOS PARA EL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

A nuestro juicio, **el DIT es un campo propicio para afinar las implicaciones mutuas de los derechos humanos, su indivisibilidad**. En todas las personas, pero lo podemos entender más claramente con las niñas y los niños pequeños, el derecho a la vida, la salud, el desarrollo, la participación, la expresión y la educación no están segmentados. Con sus limitaciones, la mayoría de las estrategias y servicios dirigidos al DIT reconocen al menos nominalmente la interacción de los factores; si avanzamos con solidez en esa convergencia, en su complementariedad, la acción

colectiva no solo correrá en beneficio de sus destinatarios principales, los infantes, sino que nos ayudará a pensar las conjunciones igualmente necesarias en otras etapas de la vida.

Hay que superar una visión que podemos designar como “sucesiva” y que en su acartonamiento ha resultado empobrecedora. En dicha visión —y muchos de los servicios en México lo tienen como supuesto inherente pero no reflexionado— lo importante en los primeros tres años es la ingesta y las vacunas; después, entre los tres y los cuatro años, la motricidad y luego, a marchas forzadas a los cuatro, cinco y antes de los seis años, la “preparación para la escuela”, que en la práctica es cada vez más entendida —mal entendida— como instrucción para seguir instrucciones, con una forzada anticipación a la lectura y a cierto dominio de operaciones matemáticas que resultan mecánicas y sofocantes.

Nosotros, en cambio, **sostenemos una visión “simultánea”**: desde el inicio se han de remover las barreras, asegurar los nutrientes (alimenticios, afectivos, de encendido de la percepción y el discernimiento) y facilitar la ejercitación y expansión en todas las dimensiones. Los fundamentos de la libertad y la capacidad de cada persona no pueden tratarse tan superficialmente, como bloques inertes que se agregan apilándolos. Todas las dimensiones se necesitan entre sí y se escalan en forma recíproca, de manera que lo sensorial es fundamental para lo afectivo, el reconocimiento para la coordinación muscular; la adquisición del lenguaje para el sentido del tiempo, el equilibrio para la autoeficacia.

Cuestionar el enfoque sucesivo de los servicios es destacar una **segunda invisibilidad: no hemos visto con detenimiento las duplicidades, las falencias y los vacíos en los servicios públicos para el desarrollo de la infancia temprana**. No se trata de que cada agente de DIT sea neuropediatra y terapeuta del lenguaje, sino de cuestionar que la atención social a la primera infancia se encuentre en una situación tan burda, deficiente y empobrecida, sin rendición de cuentas ni estrategia de participación como lo está ahora en nuestro país.

Los niños y las niñas de 0 a 6 nos han resultado socialmente invisibles. Aquí la pequeñez es nuestra, no de ellos y ellas; no los vemos porque no se

quejan mucho, porque no le suman al poder político y, por ello, pareciera que “no cuentan”. **Toda nación necesita plantearse una visión estratégica sobre los primeros años de sus ciudadanos, y toda sociedad está obligada a considerar los derechos humanos inherentes a sus miembros desde el primer día de vida.** “Lo bueno de los chiquitos –tal parece decirse– es que necesitan poquito”. No, no necesitan “poquito”; necesitan, y merecen, mucho. Y lo necesitan de todos nosotros: de sus padres, de los agentes de salud y de educación, de todos los ciudadanos.

Superar la “presbicia”, la limitación de visión que nos impide ver derechos, es lo que Nashieli Ramírez, activista ejemplar, comparte en su participación (Recuadro 1):

El campo, pues, que vamos mapeando, está atravesado por una serie de tensiones que son inevitables y que afloran o incluso son discutidas en algunos de los capítulos que componen este libro. **Aunque las personas integran, los servicios dividen:** por especialidad

y tradición, los funcionarios de salud quieren que los niños crezcan, los de educación que se escolaricen, los de desarrollo social que tengan asistencia, que “dejen trabajar” a sus madres, que no cuesten más a la sociedad si se puede prevenir; los de planeación o economía quieren que se oriente desde el inicio a los niños para que aporten, incrementando sus oportunidades de acceder al empleo, ahorrar y formar un patrimonio. **Los equipos en los diferentes sectores gubernamentales compiten entre sí por recursos, por prestigio, por relevancia, a veces en un peligroso juego de suma cero.** Otras dos tensiones notables son la que se refieren a la relación entre los servicios y las familias, por un lado, y por el otro la tensión entre el aumento de la cobertura de los servicios, contrapuesto al alcance de la calidad y relevancia de las prácticas y sus resultados.

Claramente **es válido y necesario que la integración colectiva de esfuerzos gubernamentales y ciudadanos se ponga al servicio de cada familia, y que en ellas y para ellas se reconozca**

CUADRO 1. LA PRESBICIA DE LA AGENDA PÚBLICA DE DERECHOS EN MÉXICO

La presbicia es lo que popularmente se denomina como “vista cansada” y está en la práctica ligada a la incapacidad de leer las letras chiquitas o de ubicar el ojo de una aguja de coser. Y es lo que padece la política pública mexicana, en la medida en que no alcanza a ver los derechos de las niñas y niños más pequeños.

Hace diez años, en el 2004, el Comité de los Derechos del Niño de la ONU dedicó su día de debate general a la infancia temprana, en respuesta a la limitada información que proporcionaban los Estados parte en la materia. De ese ejercicio derivó la Observación General 7 (2006), que enfatiza el reconocimiento de que las niñas y los niños pequeños son portadores de todos los derechos consagrados en la Convención y que la primera infancia es un periodo esencial para su realización.

Este enfoque poco ha impactado en nuestro país, donde siguen existiendo muchas acciones desarticuladas y, la mayoría, enfocadas a la mortalidad infantil, al registro de nacimientos y a la atención de la salud; y en menor medida al cuidado y a la educación inicial. Están ausentes en la agenda los derechos de participación o de una vida libre de violencia, y tampoco se pone el suficiente acento en el “interés superior”, lo que nos haría avanzar, por ejemplo, en considerar que las acciones de servicios de cuidado infantil no son nada más un derecho de las mujeres, sino esencialmente un derecho de la infancia. Contamos con una Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil, que reconoce los derechos de los más pequeños, pero

que enfoca su reglamentación a la protección civil y que en casi tres años no ha podido cobijar la instrumentación de acciones hacia esa población.

A las personas con presbicia, el uso de lentes les permite compensar la pérdida de elasticidad de su cristalino. De manera análoga, es posible que el Estado mexicano adopte una mirada de derechos hacia sus integrantes más pequeños, a partir de generar un programa integral, estratégico, con recursos focalizados y plazos definidos para la primera infancia.

Se requiere del desarrollo de políticas públicas de atención a la primera infancia, porque a través de ellas avanzamos en el cumplimiento de los derechos humanos de las niñas y los niños pequeños. Ya que más allá de las lógicas de costo-beneficio o de riesgo social, la educación, la salud, la diversión, la protección, el bienestar y la felicidad son sus derechos.

Nashieli Ramírez Hernández
Coordinadora de Ririki Intervención Social



el principio de interés superior de la infancia.

Vale la pena recordar cómo el principio está plasmado en la Ley Fundamental de nuestro país, en el Artículo 4, párrafos 8 y 9 (CPEUM, 2014; el subrayado es nuestro):

En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez. Los ascendientes, tutores y custodios tienen la obligación de preservar y exigir el cumplimiento de estos derechos y principios.

En el ámbito del Desarrollo de la Infancia Temprana debe ponerse mucha atención a que los deberes del Estado para con los derechos de los niños se relacionen con las posibilidades y decisiones de las familias.

Especialmente en contextos marginados y empobrecidos, los padres y las comunidades mismas no podrían ofrecer a veces ni lo mínimo, y menos lo deseable, sin la presencia de las agencias del Estado. Sin embargo, el riesgo asistencialista —con su cadena de reparto de insumos sin construcción de capacidades, la consecuente dependencia y etiquetación cultural de los beneficiarios como destinatarios pasivos e incapaces, el riesgo de corrupción y cooptación en el uso deshonesto de los recursos o en el condicionamiento de los apoyos como trueque para respaldo político, el deterioro y rendimiento decreciente en la sustentabilidad de los servicios— debe tenernos siempre con las alertas prendidas.

1.4. CON LAS FAMILIAS, NO EN LUGAR DE ELLAS: CALIDAD Y EQUIDAD

El gobierno es pésimo padre y peor madre, y menos aún pueden serlo las empresas o los concesionarios. Los “cuidadores” con tareas más explícitas no pueden sustituir, sino reforzar a los padres y a la familia. Por ello, **las prácticas más integrales, sustentables y justas son las que combinan sabiamente las capacidades institucionalizadas con el refuerzo a las prácticas de crianza.** Inevitablemente, los

servicios a cargo del Estado pueden y deben cuestionar tradiciones y creencias que son potencialmente dañinas, aunque haya un gran apego a usos y costumbres, como —correspondientemente— las familias deben exigir respeto, adecuación y pertinencia a los funcionarios y agentes de atención que les sirven.

Así, algunas de las prácticas más exitosas a favor del DIT son establecer un “Contrato de Familia” con responsabilidades claramente distribuidas entre el Estado y los padres; las visitas frecuentes de promotores a los domicilios; el acceso a información y capacitación en casa; el equilibrio entre flexibilidad laboral para padres y madres, por un lado, y el establecimiento de centros de desarrollo bien equipados y adecuadamente distribuidos en el territorio, por el otro.

Como en todo reto de política pública, la necesidad es apremiante y los recursos, escasos. Millones de páginas se han escrito ya sobre la conveniencia económica de invertir en el DIT: claramente es mejor una aplicación preventiva que una remedial, y la “tasa de retorno” social e individual se ha destacado de mil maneras. Sin embargo, en esa lógica se puede colar la errónea noción de que “atención oportuna” y “atención local” equivalen a “solución barata”. La prevalencia y expansión de los servicios no puede correr al margen de su inversión necesaria e irreductible.

Por ello, debe consternarnos y activarnos cuando se reportan oficialmente tasas enormes de cobertura de la atención, que sabemos en la práctica que son precarias, inadecuadas, sostenidas por el sacrificio de trabajo voluntario o semi-pagado, de personas bien intencionadas pero sin preparación suficiente ni una red de apoyo profesional. **No podemos permitir, como hemos dicho con respecto de las escuelas del bloque obligatorio, que haya “servicios pobres para pobres”.**

El descuido y la simulación son aquí, si cabe, mucho más críticos que con respecto de la escolaridad obligatoria. **La calidad de los servicios orientados a DIT no es un deseable a posteriori, sino auténticamente un imprescindible, pues los servicios inadecuados son un peligro, convirtiéndose en el inverso de los que pretendían ofrecer: prometiendo cuidado, resguardo, se vuelven el escenario de peligros con consecuencias catastróficas.** La tragedia de la guardería ABC nos

lo recuerda en todo su dramatismo, e incluso la Ley General para los servicios —que derivó del activismo de los padres dolientes— todavía no acaba de plantear la necesidad de la expansión con calidad.

La visibilidad de la primera infancia es crucial para la equidad. Hay una terrible segmentación que se produce ya en los primeros años para el desarrollo cognitivo, dependiendo de la afluencia o pobreza de los padres; la brecha se agrava en el tiempo, antes de la escolaridad formal, y los servicios todavía tienen un efecto tenue o de plano inexistente para revertirlo entre los tres y los cinco años y medio de edad. Sin servicios más robustos, la compensación posterior tiene pocas perspectivas de éxito.

La atención oportuna de barreras para el aprendizaje o la detección y abordaje de condiciones de discapacidad son muy sensibles al tiempo; los mil primeros días deberían ser blanco de atención redoblada, y no de invisibilidad. Aprendimos la lección de la vacunación temprana para parar desde el origen las enfermedades transmisibles, pero no hemos visto que otro tanto ocurre con las enfermedades crónicas, que se podrían detectar y atender con mayor éxito.

1.5. ¿Y APRENDIERON?

Como equipo dedicado al derecho a aprender, nos interesa mucho lo que se ha descubierto sobre los primeros aprendizajes y lo que efectivamente se hace en las estrategias y servicios de DIT a este respecto. El derecho a la educación es una instancia del derecho a ser sí mismo, del derecho a alcanzar la mejor versión de sí mismo sin restricciones ni cortapisas externas. **El derecho a aprender se mantiene durante toda la vida, y por lo tanto, desde el inicio de ésta, desde el primer día de nuestra existencia.**

Encontramos que la literatura disponible parece concentrarse excesivamente en la dimensión neurológica, con metáforas tecnológicas de cableado, conexiones y monitores. Sin duda son bienvenidos los descubrimientos en este campo, pero hay comparativamente poco todavía acerca de las dimensiones afectivas, familiares y culturales del aprendizaje en los primeros años. Los neuropediatras, además de seguir escrutando los cambios en la corteza que se relacionan con la función

ejecutiva, están cada vez más de acuerdo en que **el mejor aprendizaje no es la adaptación táctica a un medio hostil, sino el desborde creativo e indagador que se favorece por la cariñosa y juguetona respuesta mutua entre el infante y sus adultos significativos.** En todo caso, se subraya la importancia de ofrecer estímulo, variedad, ejercitación desde el principio y continuamente.

Es enorme la responsabilidad pues estos son los años “exponencialmente formativos”: en cuestión de meses se establece la ventana óptima para la adquisición del habla y la marcha, de las nociones espaciales y los fundamentos del equilibrio y la orientación, la habilitación gestual, la precisión prensil, el barrido visual... las claves fundamentales de todo aprendizaje posterior y superior se juegan en esa ventana de poco más de dos mil días.

En impactante contraste, **las prácticas institucionales tienden a la “declinación pasiva”.** Los nombres mismos son mal indicio: “Guardería” o “Estancia” hablan de una condición estática, de un mandato de “guardarlos”, de que se “estén” en algún lado. Por supuesto, hay guarderías o estancias en México con equipos admirables, de verdaderos educadores que desbordan energía y favorecen una alta interactividad con los infantes, mientras que —a pesar de su rótulo— algunos Centros de Desarrollo Infantil (CENDI) son un espantoso “corralón” para

niñas y niños. Incluso, en los servicios de educación preescolar formal se detecta que las prácticas cotidianas comienzan no por la expansión de las adquisiciones recientes del habla y la marcha, sino —por el contrario— con una invitación/orden al mutismo y la pasividad: “¡Cállense y siéntense!”.

La didáctica está cargada de repetición, exposición abstracta y cierta presión para “adelantar” hacia la primaria, en lugar de sentar las bases de una dinámica de aprendizaje para toda la vida. Como se aborda más adelante, **no debe ser la preocupación principal que los niños de 0 a 6 estén “listos para la escuela”, sino más bien que estén “listos para aprender”, y para ello los servicios tienen que estar a su vez “listos para enseñar”;** esto es, orientados a facilitar el aprendizaje, más que diseñados para un procesamiento anticipado en la rutina institucional.

Nuestra lucha es por el derecho a aprender; así que no es nuestra propuesta la anticipación forzada y mecánica a la escolarización; desconfiamos del “internamiento masivo de poblaciones” que Michel Foucault describió en sus obras. Consideramos, tal como lo planteamos en *(Mal)Gasto* (2013), que **lo importante es el desarrollo de la comunidad de aprendizaje** en determinadas dimensiones, que marcan prioridades en círculos concéntricos.



Los ambientes para el DIT, desde los menos formales —como la familia— hasta los más institucionales —como el preescolar/jardín de niños establecido en toda forma— deben articularse desde el núcleo de **las personas** (asegurando su presencia, su disposición, su idoneidad); entre las personas se establecerán **relaciones y procesos** (desde el llamado “apego seguro” hasta la activación de cantos y juegos, pasando por nutrición y activación, según el estilo, vocación y contexto cultural de cada comunidad); se asegurarán **condiciones materiales** como corresponda (considerando desde los materiales de los pisos de los espacios, hasta los juguetes, libros, o equipos; aquí la “Ley ABC” y su reglamento abonaron mucho) y, finalmente, la constitución del círculo más exterior; con la **red de apoyo** en la que los especialistas y gestores dotan, favorecen y acompañan. De nuevo, es una focalización de prioridad: el modelo es simultáneo, no sucesivo, pero con los acentos debidos en las personas reales, y no en los servicios... cuando el acento se invierte, el esfuerzo se pervierte.

1.6. A FAVOR DE LOS PEQUEÑOS, UNA NADA PEQUEÑA TAREA

Con ese modelo en mente, la tarea por delante es enorme. Considerando las valoraciones vigentes y los servicios existentes, **el Desarrollo Infantil Temprano en México padece carencias, distorsiones y abandonos que son mayúsculos.**

La mayoría de los servicios quedaron tocados por la lógica de una “prestación” ligada al empleo asalariado, no como un derecho de los niños y sus familias. Los agentes de los servicios, a menos de que cuenten con el prestigio de pertenecer al área médica, son vistos en general como operarios intercambiables que no necesitan más que una capacitación veloz y prescripciones simples; **un conjunto ancilar, auxiliar, bastante cercano en el imaginario social a un trabajador doméstico, no una fuerza de educadores digna, bien pagada y en permanente avance profesional.**

El enfoque sobre lo que las niñas y los niños *necesitan* aprender es estático, y lo que *quieren* aprender no se toma en serio... sus inquietudes, al máximo, se deben mandar al espacio de “juego”. Así, **gran parte de la red de guarderías, estancias y centros no resultan en la superación de la invisibilidad, sino en su masificación.**

Sigue siendo una **red centralizada**, tanto en las decisiones como en los beneficios, pues los servicios de cierta calidad —en una de por sí ya magra cobertura geográfica— se concentran desproporcionadamente en las capitales de los estados. No hay intervención local significativa en el diseño de los programas o en la detección de necesidades. Hay un grave **subdesarrollo de la participación de los padres**, que son considerados solo como proveedores de recursos (y de infantes) y, en ocasiones, como obstáculos para la marcha del servicio o la implementación del programa, o como simples beneficiarios/clientes... no como protagonistas.

La mayoría de los procesos siguen en curso sin la regulación adecuada ni una supervisión atenta, **su adecuación o inadecuación son invisibles.** Para el grueso de las llamadas “intervenciones”, lo cierto es que **no suelen evaluarse con evidencias.** Solo se da seguimiento, en la mayor parte de los casos, al alcance genérico de propósitos o al ejercicio regular de presupuesto, pero **no al cumplimiento de metas ni a una verificación de impacto.** No hay juicio ponderado de los beneficiarios para la rectificación o enriquecimiento de los servicios; los beneficios reportados, en general, vienen de observaciones rápidas y cuestionarios simples, no de estudios randomizados y con grupo de control. La carencia de información relevante es desalentadora; la opacidad es desconcertante y la toma de decisiones normalmente no está abierta al escrutinio y menos a la participación de la sociedad civil.

Así que nos decidimos a dar un primer paso: saber. Saber más. Saber para que se comparta lo sabido, que sea más lo que se sepa y que sean más quienes lo sepan. Y que lo estudiado, lo deseado, se realice. **Saber para ver, para sacar de la invisibilidad. Saber para ver, y ver para actuar.**

Los aportes de los que nos quisieron acompañar en esta exploración son los siguientes:

- En el Capítulo 2, **Jack Shonkoff** director del Centro para el Niño en Desarrollo de Harvard, y Yael Karakowsky nos introducen de forma experta, pero sencilla, en los hallazgos de la **Neurobiología**, para confirmar con base científica la relevancia de los esfuerzos por una vida más saludable de los más pequeños y la devastadora

limitación que genera la adversidad. Su participación se cierra con una reflexión de peso sobre la importancia de trabajar tomando en cuenta el ambiente, generando capacidades en los padres y la comunidad, así como reconociendo que no hay una fácil solución a la separación sectorial de políticas y programas.

- En el Capítulo 3, **Raymundo Campos, Cristóbal Domínguez y Roberto Vélez** desarrollan el caso compacto y contundente del potencial que tienen los servicios, si son de calidad, para favorecer la **movilidad social**. El cierre de brechas es más operable y factible en las etapas tempranas, así que la agenda de equidad tiene, en los esfuerzos para el DIT, una de sus más destacadas avenidas. El despliegue de servicios debe incluir estrategias de prevención de los males sociales que después son tan difíciles de abordar y –argumentan– también incorporar un importante componente de educación de los padres.
- En su contribución al Capítulo 4, **Gabriela Calderón** revisa el despliegue de guarderías vinculado a la creciente **participación de la mujer en el mercado laboral**. Nos ayuda a entender que el fenómeno no puede leerse como una simple “incorporación”, pues hay también una agenda de empoderamiento de las mujeres que no se puede desdeñar. El análisis propiamente económico también nos evita el engaño de la nostalgia conservadora, que supone falsamente que hubo una edad de oro para los infantes con sus madres solo dedicadas a labores domésticas y, en cambio, nos da realismo y nos invita a sopesar la oportunidad grande que subyace en la expansión equitativa y de calidad de los servicios de atención a la primera infancia.
- **Jennifer O’Donoghue** dedica el Capítulo 5 a postular el buen gasto que sería necesario y posible. Se refrenda, como argumentó en *(Mal) Gasto* (2013), que el **gasto público tiene un papel de instrumento privilegiado de las políticas públicas y establece una marca de prioridad**. La prioridad retórica que tiene la Infancia Temprana –a la que se hace referencia nominal en la normativa o en la justificación de los programas– se desinfla ante la contundente evidencia de un gasto insuficiente y desordenado.

Así, nuestro tema de interés no tiene mucho peso en las finanzas, pues aunque el 33% de las personas de 0 a 17 están en el rango de 0 a 5 años, en ellos se gasta solo el 20% de la bolsa destinada a la niñez; peor aún, de ese subconjunto, a su vez solo el 14% se invierte para los primeros 3 años. Hay un gran gasto privado, costos ocultos para las familias, gran dispendio y opacidad. El capítulo cierra con sugerencias para que el gasto destinado a DIT sea eficaz, equitativo, participativo, eficiente, transparente y honesto.

- **Lucrecia Santibañez**, quien coordina todo el libro, es también coautora del Capítulo 6. Nos presenta la dolorosa realidad de que con todo y **el abigarrado y confuso mosaico de políticas y programas, México es un país que no es apropiado para la niñez**. Se revisan los objetivos, lo que es posible identificar como alcance y las mejores conjeturas sobre los efectos de los programas en marcha. En su análisis emerge un grupo de programas de **atención especializada**, con aportes de alto valor; pero de limitado alcance geográfico y baja continuidad; un reducido y muy precario conjunto de **intervenciones para generar o ampliar capacidades de padres y cuidadores**, y un disparejo grupo de servicios que corresponden al ángulo de **generar o ampliar la capacidad de comunidades** para la atención a la primera infancia. El conjunto es desequilibrado, con ausencias importantes y duplicidades, con altísima inequidad en la remuneración de los agentes. Se confirma la baja o nula disponibilidad de información e indicadores, y la urgencia de ordenar el abanico de servicios sin pretender homogenizarlos ni reducirlos. Se menciona la Ley que ordena los servicios a nivel nacional, y Alberto Serdán nos recuerda su doloroso origen. **Santibañez** junto con **Angélica Rivera, Marco López-Silva y Anitzel Merino** destacan también los aspectos esperanzadores de iniciativas locales, como las buenas prácticas en torno a las cartillas de Durango y DF, o la contribución desde las organizaciones de sociedad civil.
- El Capítulo 7 agrupa un bloque de **aspectos clave para profundizar en el DIT: Antonio Rizzoli, Gabriel O’Shea, Daniel Aceves, Blanca B. Mares, Liliana Martell y Víctor**



Vélez describen un gran esfuerzo de tamizaje en México a partir de una evaluación propia, diseñada y probada por los autores, que permite la **detección temprana y la canalización ante el rezago y/o el riesgo de retraso en aspectos fundamentales del desarrollo.**

La prueba EDI es un ejemplo de cómo un instrumento bien diseñado favorece la atención oportuna y la equidad. **Eduardo Thébar, Laura Villa, Thanya Labrada, Fabián Olvera y Katia Arceo, de *Un Kilo de Ayuda*, presentan los fundamentos de una concepción contemporánea de nutrición,** y cómo no basta el mero referente de talla y peso; la prevalencia y gravedad de la anemia nos habla de malnutrición, con sus graves consecuencias para el neurodesarrollo. **Susan Pick y Martha Givaudan de *Yo Quiero Yo Puedo*, abordan el reto que significan las prácticas de crianza,** cómo no hay una certeza automática en la habilidad de los padres para guiar el desarrollo de sus hijos y por qué la sensibilidad cultural no está peleada con la superación de inercias y prejuicios. Abordan también, con su gran experiencia de orientación en campo, el aspecto de salud mental que ha sido subrayado en la literatura como crucial en los atributos de los cuidadores.

- **Brenda Jarillo** aporta dos secciones; la primera se concentra en el arranque: **los 1000 días iniciales.** Subraya la importancia de los ambientes y las relaciones que, por intangibles, se nos escapan en ocasiones, pero que son más importantes que los meros entornos físicos o los insumos materiales que se movilizan para los tres primeros años. Con la otra cara de la moneda, documenta que el 90% de los usuarios de guarderías para sus hijos de 0 a 3 años, están en la mitad superior de ingreso; justo por ser una apreciable prestación laboral, en nuestro país, el efecto colateral de las guarderías es regresivo. En la segunda sección, Jarillo trata **el bloque pre-escolar,** de los 3 a los 6 años, desde el enfoque aportado por Robert Myers de niños “listos para aprender” que llegan a ambientes “listos para enseñar”. El balance es duro, pues se confirma que **el arreglo institucional favorece que se den servicios inadecuados, escuelas pobres para pobres.** Los resultados de EXCALE para 3° de preescolar en 2011, prefiguran los

resultados de primaria: 9% por debajo de básico, 50% en básico. Si lo reflexionamos un poco, esa distribución, como las dos cápsulas de un reloj de arena, van progresivamente migrando hasta el 50% de insuficiente en ENLACE para tercero de secundaria o el 50% de “por debajo de nivel 2” en PISA. Además de la falta de aprestamiento para aprender en los alumnos, si no están listas para enseñar, las escuelas de la red (pre)escolar no hacen diferencia significativa... son, en el sentido que definimos en *(Mal)Gasto*, no-escuelas, pues no se aprende en ellas.

- **En el Capítulo 8, Lucrecia Santibáñez recapitula todas las conclusiones y recomendaciones de los diversos capítulos.** Hay unidad en la voluntad de cambio que brota de la pluralidad de perspectivas y contextos profesionales. Ello marca una **agenda de investigación, de diálogo social, de rediseño de políticas y de activación ciudadana.**

1.7. ¿Y YO QUÉ PUEDO HACER?

Esta incursión en el campo del DIT nos refrenda una secuencia de comprensión paralela a la que hemos seguido en el campo de la educación básica: entender que, sin calidad, ponemos a los infantes contra la pared, con gravísimas consecuencias posteriores. Entender que sin equidad, las brechas ya presentes se ahondarán y agravarán; que sin metas, la acción colectiva pierde rumbo y se entrapa en la maraña del orden normativo e institucional; que se requiere una verdadera política de Estado, como la trazada en *Ahora es Cuando* (2012) y también un reordenamiento de la aplicación de los recursos, para que se garantice un buen gasto.

Lo que nos corresponde como ciudadanos, es dar cuenta de la urgencia e importancia del tema, reconocer las carencias y distorsiones, y la necesidad de corregirlas. Con esa aceptación de la realidad, entonces, crear puentes y convergencias, difundir prácticas relevantes, desatar innovación. **Podemos llegar a una Política nacional de Desarrollo de la Infancia Temprana.** La amplitud de los esfuerzos no debe ser dispersión, descoordinación y traslape. Nuestros niños necesitan que sus padres puedan acudir a una **ventanilla única** para los servicios elementales que sus derechos —los de los infantes y los de

los padres— implican; que cuenten con una **cartilla de desarrollo, salud y nutrición** que asegure su adecuado seguimiento.

En paralelo, la rendición de cuentas debe tener una única instancia de convergencia mayor que pueda asumir un papel de responsabilidad; queremos promover **que el tema tenga un “hogar”, un punto focal para establecer la interlocución con la ciudadanía.** Ello no implica una centralización de las decisiones; por el contrario, en el texto argumentaremos la necesidad de que las entidades federativas cobren un papel más prominente en los servicios de DIT, y la deseable articulación con la autoridad municipal para que el apoyo a los padres se ofrezca en los espacios más cercanos.

Sin movilizar a padres y ciudadanos para hacer exigible y justiciable el derecho, las agencias seguirán subdividiéndose y distinguiéndose entre sí en un movimiento centrífugo; no se van a coordinar solas y menos sin presión y demanda externas. El sector privado y filantrópico puede, además, jugar un papel transformador para el desarrollo infantil temprano si se dedican esfuerzos a la evaluación de programas, así como a la eventual **difusión y réplica en el país de las iniciativas innovadoras de la sociedad civil.**

En fin, la primera infancia tiene la peculiaridad de que la etapa de máxima estructuración de nuestro potencial humano coincide con la etapa de máxima vulnerabilidad, la época de nuestras vidas de crecimiento más explosivo ocurre con la más extrema dependencia de otros. Si porque son chiquitos destinamos “poquito” de nuestro esfuerzo social, de nuestro presupuesto público, de nuestra capacidad institucional, entonces somos los adultos los que tenemos un problema de retraso y de baja estatura. **El nivel de civilización de una sociedad se puede medir bien no por sus avances tecnológicos o su disponibilidad de riqueza monetaria, sino por la calidad del cuidado y de las oportunidades de aprendizaje que ofrece a los más jóvenes.**

Lo que podemos hacer todos, cada uno según su responsabilidad y su aportación a las soluciones, esperamos que quede dibujado al final de esta obra. Ya desde ahora, desde temprano, se lo debemos a las niñas y a los niños; nos necesitan para poder mostrarse como son, en el máximo de lo que pueden ser. Nuestra presbicia puede acabar en ceguera o, por el contrario corregirse para tener la visión clara y de largo alcance. Es hora de que no sean invisibles: vamos a verlos.



Referencias

CPEUM. (2014). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*.

Mexicanos Primero. (2013). *(Mal)Gasto. Estado de la Educación en México 2013*. México: Mexicanos Primero.

Myers, R. (2000) "Thoughts in the Role of the "Private Sector" in Early Childhood Development", comunicación para *The Year 2000 Conference in Early Childhood Development*, Washington DC: The World Bank.



2.

Neurobiología del desarrollo en la primera infancia.
Fundación para una sociedad sostenible¹

multisectorial en la comunidad global de políticas y también a nivel local y nacional.

En el caso de México, comenzar a invertir en el desarrollo sano desde la primera infancia es fundamental. De acuerdo con las estimaciones del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, el CONEVAL (2013), 56% de los mexicanos viven en la pobreza y 10% del total de la población, en pobreza extrema. Tres de cada diez niños menores de dieciocho años habitan en casas donde, debido a la nutrición deficiente, no se puede generar un desarrollo saludable (UNICEF-CONEVAL, 2012) y el sesenta por ciento de las muertes anuales en los niños menores de cinco años se atribuyen precisamente a la desnutrición (*Un Kilo de Ayuda*, 2013). Alrededor de una quinta parte de la población mexicana no tiene un adecuado acceso a los servicios de salud ni puede reportar las fallas en los servicios de educación (CONEVAL, 2013).

Generalmente, la comprensión global sobre la ciencia del desarrollo de la primera infancia es limitada. El tema queda relativamente invisible en los medios de comunicación y rara vez permea asuntos que llevan tratamientos e investigaciones profundas incluyendo educación, salud, pobreza y protección infantil (Kendall-Taylor y Baran, 2011; Arvizu *et al.*, 2011). Un reto adicional en el campo de la primera infancia es la necesidad de estrategias coordinadas entre los sectores políticos y entre el liderazgo de las agencias internacionales. Dicho de una manera sencilla: las Secretarías de Salud continúan priorizando la supervivencia infantil, las Secretarías de Educación se enfocan en la enseñanza y las Secretarías de Finanzas promueven el desarrollo económico. Todo ello en ausencia de una estrategia unificadora que consiga la sinergia de esfuerzos (Shonkoff *et al.*, 2012).

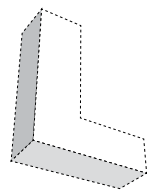
La construcción de una base sólida para un desarrollo saludable durante los primeros años de vida es un requisito fundamental tanto para el bienestar individual como para la productividad económica, las comunidades exitosas y las sociedades civiles armoniosas (Shonkoff y Phillips, 2000; Commission on Growth and Development, 2008). En pocas palabras, aquellas naciones que inviertan de manera inteligente en sus niños tendrán como resultado un futuro prometedor.

Cada día hay mayor evidencia sobre lo difícil que resulta revertir el impacto duradero de la carga de las desventajas que ocurren al principio de la vida, mientras que

Autores:

Jack P. Shonkoff, M.D., *Center on the Developing Child, Universidad de Harvard*
Yael Karakowsky, *Consultora independiente, Ed. M., Universidad de Harvard*

2.1. INTRODUCCIÓN



La necesidad de señalar la gran diferencia en la igualdad de oportunidades desde los primeros años de vida es tanto una responsabilidad moral fundamental, como una inversión crítica para el futuro social y económico de todas las sociedades. Como tal, es una tarea convincente que requiere de enfoques estratégicos y una extensa colaboración

¹ Este capítulo fue adaptado de "The Neurobiology of Early Childhood Development and the Foundation of a Sustainable Society" por J. Shonkoff y que aparecerá próximamente en el libro "Starting Right: The Future of ECCE" de la UNESCO. Aparece aquí con permiso de la UNESCO.

un buen comienzo ayuda a los niños a desarrollar las competencias necesarias para hacer frente a la sociedad de manera exitosa, logrando contribuir con el tejido social y en el desarrollo económico de la sociedad a la que pertenecen. Por lo tanto, mientras se progresa en la reducción de la mortalidad infantil, particularmente en los países más pobres que enfrentan la carga más grande de potencial humano insatisfecho, el fracaso para hacer frente a las condiciones que ponen en peligro el futuro bienestar de los niños, debilita gravemente el desarrollo económico y social buscado por todas las naciones (Myers, 1992; Keating y Hertzman, 1999; Marmot, 2005; Victora *et al.*, 2003).

A pesar de que el establecimiento de prioridades para mitigar los impactos de la pobreza, la discriminación y/o la violencia en los niños no es una tarea simple para ningún país, la fuerte y creciente base de conocimiento en las ciencias biológicas y sociales puede informar sobre innovadoras estrategias que impacten a las amenazas de la supervivencia infantil y a su bienestar, y que mejoren los resultados adultos, de maneras que no existían hace apenas una década. En un país como México, en donde ocho de cada diez ciudadanos son considerados pobres o con acceso deficiente a la educación, a la salud, a la vivienda y/o al seguro social (CONEVAL, 2013), esto no se puede perder de vista. Ahora bien, para poder utilizar, de manera efectiva, la base de conocimiento científico como marco para desarrollar mejores políticas y programas, es fundamental entender la serie de principios básicos que guían el proceso del desarrollo temprano.

2.2. CONCEPTOS BÁSICOS EN EL DESARROLLO TEMPRANO

Los siguientes conceptos están basados en décadas de rigurosa investigación en la neurociencia, la biología molecular, el desarrollo psicológico y la economía de la formación del capital humano. Los mismos se han formulado por el Consejo Científico Nacional en el Desarrollo Infantil; una colaboración multi-disciplinaria, multi-universitaria diseñada para lograr que la ciencia de la primera infancia y del desarrollo temprano del cerebro puedan influir en la toma de decisiones públicas en Norte América (National Scientific Council on the Developing Child, 2007). Establecido en el 2003, el Consejo se compromete a un enfoque basado en la evidencia para la construcción de políticas públicas sustentadas en la voluntad pública, que trasciendan al partidismo político y que reconozca las responsabilidades complementarias de la familia, la comunidad, el espacio de trabajo y el gobierno para promover el bienestar de todos los niños.

El cerebro se va desarrollando a través del tiempo y una proporción substancial de éste se construye durante los primeros años de vida

La arquitectura del cerebro en desarrollo es construida a través de un proceso en curso que inicia antes del nacimiento, continúa en la edad adulta y se establece en una base ya sea fuerte o frágil para la salud, el aprendizaje y la conducta posterior. En la construcción de una casa, el proceso obedece a una secuencia



predecible: inicia sentando las bases, marcando los cuartos e instalando el sistema eléctrico, y continúa con una progresiva incorporación de rasgos distintivos que, con el tiempo, van reflejando la individualidad de la casa. De forma similar, la arquitectura del cerebro es construida en una sucesión de “periodos sensibles” donde cada uno se relaciona con la formación de circuitos que se asocian con habilidades específicas. Una base sólida en los primeros años de vida aumenta la probabilidad de resultados positivos, una base frágil aumenta las probabilidades de dificultades posteriores (Shonkoff y Phillips, 2000; Dawson y Fischer, 1994; Nelson, 2000; Nelson y Bloom, 1997).

La interacción de los genes y las experiencias moldea, literalmente, los circuitos de un cerebro en desarrollo

Este proceso está profundamente influenciado por la capacidad de los adultos significativos en la vida del niño para responder apropiadamente. Durante el mismo periodo, la arquitectura evolutiva del cerebro se compone por circuitos neuronales altamente integrados (ej. las conexiones entre las células del cerebro) que se forman bajo la influencia continua de la genética y el ambiente. Es decir, los genes determinan cuándo se forman los circuitos en el cerebro y las experiencias moldean dicha formación. Este proceso de desarrollo es impulsado por una auto-iniciada e innata unidad que empuja hacia la competencia, que depende de una apropiada aportación sensorial (ej. a través de la audición y la visión) y de relaciones interpersonales estables para construir un sano circuito en el cerebro.

“Mutualidad y reciprocidad” son los términos que los científicos utilizan para describir este proceso de “servir y devolver”, a través del cual los niños buscan la interacción mediante conductas como el balbuceo, las expresiones faciales y las palabras. Los adultos responden con una recíproca vocalización y gestos, y el proceso continúa de ida y vuelta como en un partido de tenis o voleibol. Las experiencias que viven los niños con las personas significativas a su alrededor tienen una influencia fundamental en la estructura y función de su cerebro. Estas relaciones comúnmente inician en la familia, pero muy a menudo involucran a otros adultos que juegan un rol importante en sus vidas. (Shonkoff y Phillips, 2000; Champagne *et al.*, 2003; Greenough y Black 1992; Liu *et al.* 2000; Meaney, 2001; Pianta *et al.*, 1997; Reis *et al.*, 2008; Thompson, 1999).

La habilidad engendra habilidad, así como los cerebros se construyen de manera jerárquica —de abajo hacia arriba—, con una complejidad cada vez mayor en la construcción de los circuitos y en las habilidades adaptativas que emergen a través del tiempo

El cerebro se construye en una secuencia ordenada, asociada con la formación de circuitos que influyen habilidades específicas. Una vez que el circuito cerebral está listo y operando, se estabiliza y participa en la construcción de conexiones que se desarrollarán más adelante. Los circuitos cerebrales que procesan la información básica son conectados antes que aquellos que procesan información más compleja. Los circuitos de mayor nivel se construyen sobre circuitos de menor nivel, y la adaptación a niveles mayores es más difícil si los circuitos de nivel menor no fueron construidos o conectados de manera apropiada. Paralelo a la construcción de circuitos cerebrales, habilidades cada vez más complejas se construyen sobre la base de capacidades más básicas y fundamentales que las que las preceden (Cunha *et al.*, 2005; Knudsen, 2004; Knudsen *et al.*, 2006).

Las competencias cognitivas, emocionales y sociales están inextricablemente entrelazadas: El aprendizaje y la conducta, así como la salud mental y física, están altamente relacionadas a lo largo de la vida

El cerebro es un órgano extraordinariamente integrado y sus múltiples funciones operan de manera muy coordinada. Todas nuestras capacidades humanas se desarrollan a través de un proceso que es simultáneo y profundamente conectado entre sí. Así, el bienestar emocional, la competencia social y las habilidades cognitivas emergentes se afectan entre sí, y juntas son los ladrillos y el cemento que conforman la base para el desarrollo humano (Shonkoff y Phillips, 2000; Emde y Robinson, 2000; McCartney y Phillips, 2006). Por ejemplo, la adquisición del lenguaje oral depende no solamente de una adecuada audición, de la habilidad para diferenciar sonidos y de la capacidad para relacionar significado a ciertas palabras, depende también de la habilidad de concentración, de poder poner atención e involucrarse de manera significativa en la interacción social. Además, tanto la salud emocional como las habilidades sociales y las capacidades cognitivas/lingüísticas que emergen en los primeros años de vida son prerrequisitos importantes para el éxito

en la escuela, la comunidad y en el futuro espacio de trabajo. La evolución en la arquitectura del cerebro y el sistema inmunológico interactúan también de manera significativa en los procesos de maduración, influenciando así todas las áreas que intervienen en el desarrollo y la salud.

El estrés crónico/tóxico en los primeros años de vida puede dañar al cerebro en desarrollo, y a otros sistemas, con altas posibilidades de provocar problemas en el aprendizaje y en las relaciones sociales que durarán toda la vida, así como una gran susceptibilidad a enfermarse

Si bien es cierto que los niveles manejables de adversidad son formativos y promueven el crecimiento, es importante diferenciar los retos positivos a las amenazas significativas para la salud, y el desarrollo a largo plazo, que requieren de una intervención. Cuando se educa a los tomadores de decisiones de política educativa, el Consejo Científico Nacional en el Desarrollo Infantil considera importante orientar sobre la biología de la adversidad, con el fin de lograr diferenciar el estrés al que se enfrentan los niños (ej. conocer extraños o recibir vacunas) de las amenazas significativas que requieren de una intervención (ej. el abuso, el rechazo, o la frecuente exposición a la violencia).

Ante las amenazas, el cuerpo responde con un aumento en el ritmo cardíaco, en la presión arterial y en los niveles de estrés hormonal. Cuando los sistemas de respuesta al estrés de un niño pequeño son activados en un ambiente en donde hay buenas relaciones de apoyo con los adultos, estos efectos fisiológicos son amortiguados por las respuestas de afrontamiento adaptativas y son restaurados a sus niveles básicos, lo que conduce a un desarrollo de competencias sanas para el manejo del estrés a lo largo del tiempo. Sin embargo, si la activación del sistema de respuesta al estrés es excesiva y de larga duración, y las relaciones protectoras son nulas en la vida del niño, entonces los circuitos cerebrales en desarrollo se pueden interrumpir; y algunos sistemas fisiológicos (por ej. el cardiovascular y el inmunológico) pueden verse afectados, causando repercusiones para toda la vida.

En el esfuerzo de comunicar esta ciencia de manera efectiva, el Consejo creó una taxonomía simple de tres categorías de la experiencia de estrés —positivo, tolerable, y tóxico— para referirse a la expresión

fisiológica de la respuesta del mismo y no a las causas específicas del estrés.

- **Estrés Agudo o Positivo** - Se caracteriza por moderados y cortos incrementos en el ritmo cardíaco, presión arterial, glucosa sérica y la circulación de hormonas tales como el cortisol y las citoquinas inflamatorias. Los precipitantes incluyen desafíos como tratar con la frustración, la adaptación a un nuevo entorno de cuidado y otras experiencias normativas. La característica principal de este tipo de estrés es que es un aspecto importante en el desarrollo saludable, que se experimenta en un contexto estable y de apoyo que facilitan las respuestas adaptativas logrando restaurar el sistema de respuesta al estrés al punto de partida.
- **Estrés Tolerable** - Se refiere al estado fisiológico que pueda perturbar la arquitectura del cerebro (ej. a través del daño inducido por cortisol de los circuitos neuronales en el hipocampo o en la corteza pre-frontal), pero que está amortiguada por relaciones de apoyo que facilitan el afrontamiento adaptativo. Precipitantes incluyen la muerte o la enfermedad seria de un familiar, la carencia de un hogar o vivienda, los desastres naturales o la violencia en la comunidad. La característica que define a este tipo de estrés es el apoyo brindado por los adultos cercanos, que ayuda a restaurar la respuesta del cuerpo al estrés a su punto de partida. De esta manera se previenen daños neuronales que pudieran tener consecuencias de largo plazo, tales como el desorden del estrés post-traumático.
- **Estrés Tóxico** - Se refiere a la activación fuerte, frecuente y/o prolongada de los sistemas de respuesta al estrés y a la ausencia de una amortiguación protectora dada por el apoyo estable de un adulto. Los factores de riesgo más importantes incluyen la pobreza extrema, un maltrato físico y/o emocional recurrente, descuido crónico, depresión maternal severa, abuso de sustancias por parte de los padres y violencia familiar. La característica que define al estrés tóxico es que perturba la arquitectura del cerebro, afecta de manera adversa a otros órganos y conduce a sistemas de manejo de estrés que establecen umbrales relativamente sensibles, que persisten durante toda la vida. De esta manera, aumenta el

riesgo de enfermedad o trastorno relacionado con el estrés, así como la mala regulación del comportamiento y daño cognitivo hasta bien entrada la edad adulta.

Aunque la biología detrás de estas distinciones tiene todavía que validarse empíricamente su base conceptual se sostiene sobre principios científicos bien establecidos (National Scientific Council on the Developing Child, 2005). Dos documentos recientes de la Academia Americana de Pediatría (AAP) subrayan la importancia del vínculo entre la adversidad temprana y daños posteriores en la salud y el desarrollo. El primero, un reporte técnico de la AAP, describe la ciencia fundamental del

La plasticidad y la habilidad del cerebro para modificar la conducta disminuyen con el tiempo

Dicho de manera simple, hacer las cosas de forma correcta desde la primera vez, en lugar de tratar de arreglarlas después, es menos costoso tanto para los individuos como para la sociedad en general. Mientras el cerebro en maduración se especializa en asumir funciones cada vez más complejas, también se vuelve menos capaz de reorganizarse y adaptarse a nuevos e inesperados retos. Una vez que el circuito se “instaló”, se estabiliza con la edad, dificultando su alteración posterior. Los científicos usan el término “plasticidad” para referirse a la capacidad del cerebro para adaptarse y



estrés tóxico y concluye que muchas enfermedades en los adultos deben ser vistas como desórdenes en el desarrollo que inician en los primeros años de vida (Shonkoff *et al.*, 2012). El segundo documento, una directiva establecida de la AAP impulsa a la comunidad de pediatría a “enfocarse en las intervenciones e inversiones de la comunidad que reduzcan las amenazas externas para un sano desarrollo cerebral” (Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health *et al.*, 2012). Publicados en 2012, estos dos textos marcan la primera vez en la historia que esta gran organización estadounidense de pediatras, que se preocupan por los infantes, niños, adolescentes y adultos jóvenes, destaca la importancia del tema del estrés crónico como uno que requiere de atención urgente.

cambiar. La plasticidad está en su estado máximo en la infancia y disminuye con la edad.

Aunque las “ventanas de oportunidad” para el desarrollo de habilidades y la adaptación conductual puedan permanecer abiertas por muchos años, tratar de modificar la conducta o construir nuevas habilidades sobre la base de circuitos cerebrales que no fueron debidamente instalados cuando se formaron por primera vez, requiere de mucho más trabajo y es mucho más costoso. Para el cerebro la noción de “más costoso” quiere decir que se necesitan cantidades mayores de energía metabólica para compensar circuitos que no se desempeñan de la manera esperada (Knudsen, 2004; Knudsen *et al.*, 2006; Hensch, 2005; Lüscher *et al.*, 2000; Malenka y Nicoll, 1999; Martin *et al.*, 2000).

2.3. ENTENDIENDO LOS IMPACTOS DE LA ADVERSIDAD EN UNA EDAD TEMPRANA

Para entender mejor las formas en las cuales la supervivencia, el crecimiento, la enseñanza y la salud se interrelacionan y son quebrantadas de manera significativa por la adversidad, es esencial comprender el rol crítico que juega el cerebro en la interpretación y la regulación de las respuestas neuroendócrinas, autonómicas e inmunológicas que se producen ante situaciones de estrés. En otras palabras, el cerebro es el centro de control principal del cuerpo que influye tanto en las respuestas fisiológicas como conductuales ante las posibles amenazas y el desarrollo de las habilidades de enfrentamiento a la adversidad (McEwen, 1998). Además, el cerebro no es solo el motor de los cambios fisiológicos en los otros órganos, sino que también es, en sí mismo, foco del estrés crónico tanto físico como psicológico. Por lo tanto, cambia tanto en su estructura como en su función cuando responde a una amenaza significativa (McEwen, 2007).

La biología de la adversidad demuestra que el estrés significativo, iniciando en el útero y continuando a través de los primeros años, puede provocar muerte temprana y/o producir impactos de efecto duradero en la arquitectura y funcionamiento del cerebro. Los mismos se asocian con variaciones posteriores en la sensibilidad al estrés, en el aprendizaje, en las relaciones interpersonales, en alteraciones de la salud y en la velocidad del envejecimiento. Los cambios inducidos por el estrés han sido bien documentados en múltiples regiones del cerebro, con un extenso trabajo enfocado en el hipocampo (especializado en circuitos asociados con la memoria simple), en la amígdala (encargada de mediar el miedo y la agresión), y en la corteza prefrontal (que dirige funciones ejecutivas como la planificación, solución de problemas y la autorregulación). Estos cambios involucran remodelación de la estructura y conectividad neuronal inducida por el estrés, la cual puede alterar varias respuestas fisiológicas y conductuales, incluyendo la ansiedad, la agresión, la flexibilidad mental y la memoria, entre otros procesos (McEwen, 2007). Cuando los sistemas de respuesta al estrés se sobre activan durante los primeros años de vida, los mismos se programan para adaptarse a un ambiente que se “espera” se mantenga a salvo. Como resultado, el umbral para la activación es menor y la extremadamente sensible naturaleza de los resultados de respuesta al estrés conduce a mayor riesgo para

el comportamiento excesivamente rígido y, frecuentemente, agresivo.

El vínculo entre adversidad significativa en la infancia y el riesgo aumentado para desórdenes físicos y mentales posteriores, se ha documentado de manera extensa (Shonkoff *et al.*, 2009; Anda *et al.*, 2006; Edwards *et al.*, 2003; Felitti *et al.*, 1998). Un bajo peso al nacer y un bajo crecimiento en la infancia, por ejemplo, están asociados con varios desórdenes metabólicos (Lau *et al.*, 2011). Los niños que son maltratados, descuidados o que presentan desnutrición son más propensos a sufrir cardiopatía como adultos (Barker, 2002; Caspi *et al.*, 2006; Dong *et al.*, 2004; Huxley *et al.*, 2000; Laurén *et al.*, 2003) y presentan también mayor riesgo ante una variedad de conductas dañinas para la salud como fumar o consumir drogas, así como depresión y ansiedad (Bennet y Gunn, 2006; Horwitz *et al.*, 2001; Rutter *et al.*, 2006; Schilling *et al.*, 2007).

La exposición repetida y temprana a la adversidad puede conducir también a problemas emocionales, a la disminución en la memoria de trabajo y en la flexibilidad cognitiva y a un pobre autodomínio que puede resultar en efectos negativos en la preparación escolar. Los niños pequeños que experimentan cargas de múltiples estresores económicos y sociales, normalmente ingresan al preescolar con niveles más bajos de desarrollo de lenguaje (Paxson y Schady, 2005; Hart y Risley, 1995), junto con mayores dificultades emocionales relacionadas con el miedo y la ansiedad, conductas disruptivas, alteraciones en la función ejecutiva y de autorregulación, y con un rango de dificultades categorizadas como problemas conductuales, problemas de aprendizaje, déficit de atención y desorden de hiperactividad (DADH), o problemas de salud mental (Shonkoff y Phillips, 2000).

Los niños que crecen en familias o comunidades de nivel socioeconómico bajo, también suelen ser particularmente vulnerables biológicamente y presentan un mayor riesgo a enfermedades y alteraciones en el desarrollo. Algunos investigadores tienen la hipótesis de que esta asociación puede ser el resultado de un estrés excesivo relacionado con factores de riesgo elevados en los barrios; tales como crimen, violencia, edificios o establecimientos abandonados y servicios municipales inadecuados (Evans, 2004). Los niños que se encuentran en desventaja económica también tienden a vivir en una casa amontonada, ruidosa, carente de agua limpia

y sanidad, y que se caracteriza por defectos estructurales, por ejemplo techos con goteras, infestación de roedores y acondicionamiento inadecuado (Evans *et al.*, 2001); asimismo, están expuestos a más contaminación proveniente del tráfico, de emisoras industriales y a padres y/o tutores que fuman (Evans, 2004). En promedio, estos niños también experimentan menos y menor calidad de responsabilidad parental (Hart y Risley, 1995) y es más probable que experimenten conductas conflictivas y punitivas por parte de los padres (Evans, 2004; Dodge *et al.*, 1994; McLoyd, 1998). La carga acumulativa de estas condiciones adversas crea repetidas interrupciones tanto fisiológicas como emocionales, que pueden tener efectos duraderos en la salud y el desarrollo.

Este tipo de diferencias socioeconómicas estampadas en las experiencias emocionales, cognitivas y sociales de los niños se han vinculado a múltiples influencias en el desarrollo del cerebro, particularmente a aquellas áreas relacionadas más estrechamente con la regulación de emociones y con la conducta social, con la capacidad de razonamiento y con la capacidad de respuesta ante el estrés (McEwen, 2007). Los niños de estratos socioeconómicos más bajos son más propensos a mostrar una aumentada activación de los sistemas de respuesta al estrés (Lupien *et al.*, 2000; Lupien *et al.*, 2001). Algunos estudios recientes sugieren que las diferencias en la prestación de cuidados relacionados con el ingreso y la educación —por ejemplo, la receptividad en la interacción entre padres e hijos— pueden alterar la maduración de áreas específicas, como la corteza pre-frontal (Farah *et al.*, 2006). Modelos animales de cambios en circuitos cerebrales relacionados con el estrés muestran que tales modificaciones pueden persistir en la edad adulta, alterando estados emocionales, la capacidad de toma de decisiones, y procesos corporales que contribuyen al abuso de sustancias, agresión, obesidad, estabilidad emocional y otros desórdenes relacionados con el estrés (Isgor *et al.*, 2004; Kaufman, 2007).

Finalmente, sin devaluar las posibles consecuencias a lo largo de la vida de la adversidad en la infancia, es esencial que quienes diseñan las políticas públicas comprendan la medida en la que los circuitos cerebrales están especializados para determinados aspectos de aprendizaje (particularmente en relación con el desarrollo de las habilidades de la función ejecutiva en la corteza pre-frontal), con la finalidad de poder

continuar haciendo adaptaciones que respondan a nuevas experiencias en la edad adulta. Es también importante notar que los cambios en circuitos cerebrales maduros requieren esfuerzos altamente enfocados y excepcionales niveles de atención. Dicho de manera sencilla, es más fácil y mucho más efectivo construir circuitos cerebrales sanos desde el inicio, que tratar de arreglarlos después, sin olvidar tampoco que nunca es tarde para invertir en el remedio.

2.4. UN MARCO INTEGRADO PARA PROMOVER UN DESARROLLO SALUDABLE

El rápido crecimiento del conocimiento científico sugiere nuevas estrategias para promover el desarrollo saludable de los niños, mediante la reducción de los efectos nocivos de la adversidad significativa en los sistemas biológicos en vías de desarrollo. Con este objetivo en mente, un modelo lógico instructivo podría utilizarse para guiar inversiones más efectivas en la primera infancia. El modelo se guía por cuatro dimensiones interrelacionadas que, en conjunto, constituyen un nuevo marco para la mejora de los resultados en la salud, el aprendizaje y el comportamiento a lo largo de la vida. Estas cuatro dimensiones incluyen: (1) la biología de la salud, (2) las bases de un desarrollo saludable que promueva una adaptación biológica, (3) las competencias de los que cuidan a los niños (padres, parientes, maestras) y de la comunidad para fortalecer estas bases, y (4) políticas públicas y privadas que mejoren las competencias de la comunidad y de los que cuidan a los niños (ver Figura 2.1).

2.4.1 Biología de la salud

La biología de la salud se define por los avances en la ciencia que explican cómo las experiencias y las influencias del ambiente “se meten por debajo de la piel” e interactúan con predisposiciones genéticas que después resultan en varias combinaciones de adaptaciones fisiológicas e interrupciones que afectan los resultados en el aprendizaje, en la conducta y en el bienestar físico y mental durante toda la vida. Como ya se ha descrito anteriormente, en la primera infancia se lleva un veloz desarrollo tanto en el cerebro como en muchos sistemas biológicos que son críticos para la salud. Cuando estos sistemas se construyen de manera adecuada en los primeros años de vida, las experiencias y el ambiente del niño tienen fuertes influencias

tanto en el desarrollo inmediato como en el funcionamiento subsecuente; estos efectos pueden aparecer temprano y ser magnificados más adelante, cuando los niños llegan a la adolescencia y a la adultez. Algunos han comparado el estado de la evolución de la salud de un niño en sus primeros años con el lanzamiento de un cohete al espacio: porque pequeñas fallas que ocurran poco después del despegue, pueden afectar de manera considerable toda su trayectoria (Coe y Lubach, 2003).

2.4.2 Bases del desarrollo saludable

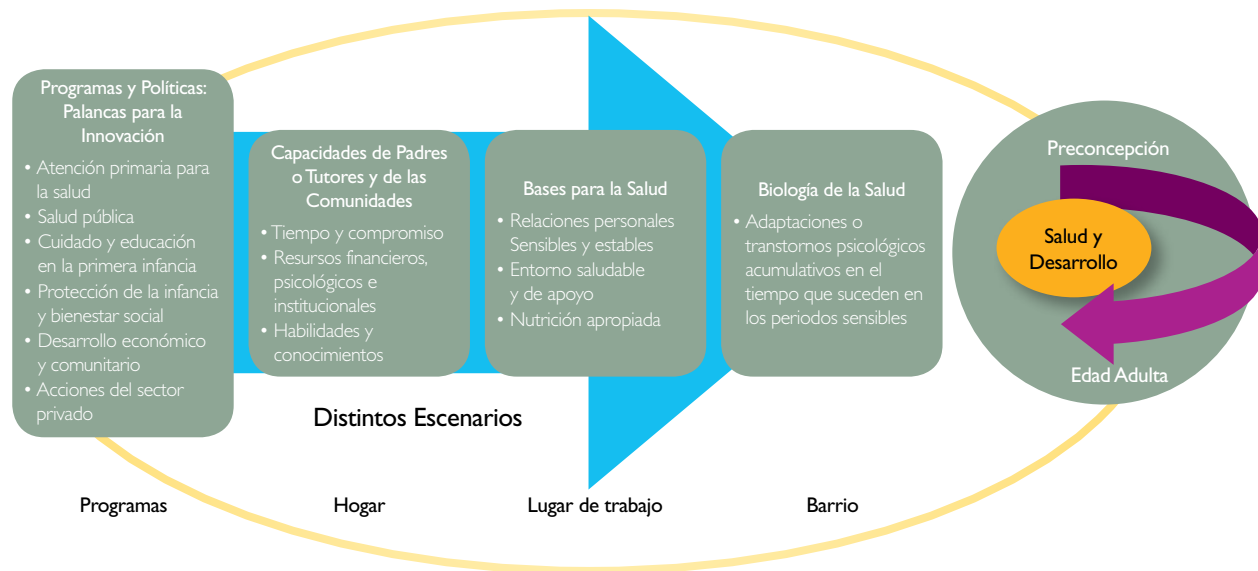
Las bases del desarrollo saludable están enfocadas en tres áreas de influencia que establecen un contexto a través del cual las primeras raíces del bienestar florecen o se dañan. La primera es la importancia de un ambiente estable y sensible en las relaciones personales. Ésta subraya el grado de importancia de las interacciones consistentes, enriquecedoras y protectoras de los niños con los adultos para mejorar el aprendizaje y la auto-regulación de la conducta y ayudarles a desarrollar competencias de adaptación y sistemas de respuesta al estrés bien regulados. La segunda

área consiste en ambientes seguros y de apoyo, tanto físicos como químicos, cuya construcción resalte la importancia de los espacios físicos y emocionales libres de toxinas y miedo, espacios que permitan la exploración activa sin riesgo a daños y que provean apoyo a las familias educadoras. La tercera área de influencia se enfoca en la necesidad de una sana y apropiada nutrición, la cual enfatice la importancia de la ingesta de alimentos que promuevan la salud, empezando con el estado nutricional de las futuras mamás antes de la concepción y continuando en los primeros años de crecimiento y desarrollo del niño. Estas tres importantísimas bases invitan a una aclaración adicional, como se describe a continuación.

El ambiente de las relaciones personales

Los infantes humanos son únicos en su periodo prolongado de extrema dependencia del cuidado de un adulto y de su protección para la supervivencia y desarrollo sano. El cuidado que los niños reciben, ya sea por parte de los padres, por miembros de la familia, por vecinos o por cuidadores profesionales, sienta las bases para el desarrollo de una amplia gama de procesos biológicos básicos que soportan los patrones de sueño-vigilia, la

FIGURA 2.1. DIAGRAMA DEL MODELO DE SALUD PARA TODA LA VIDA



Fuente: Adaptado del Centro para el Niño en Desarrollo de la Universidad de Harvard (2010).

atención, la regulación de las emociones y, en última instancia, todo el funcionamiento psicosocial (Morris *et al.*, 2007; Scaramella y Leve, 2004). El cuidado estable, sensible y enriquecedor en los primeros años de vida está asociado también con una mejor salud física y emocional, menos problemas de conducta, mayor aprovechamiento educativo, empleo más productivo y menos contacto con servicios sociales y de justicia criminal en la edad adulta (Schweinhart *et al.*, 2004; Heckman, 2007). En términos biológicos, el ambiente de las relaciones personales del niño puede afectar, a largo plazo, los resultados en su salud emocional, la regulación de los sistemas de respuesta al estrés, el sistema inmunológico y el establecimiento temprano de conductas relacionadas con la salud.

Una manera importante en que el cuidado sensible tiene efectos duraderos en el bienestar físico y mental es a través de la formación de vínculos fuertes y positivos entre los niños y los adultos significativos en su vida. Los niños con un apego seguro muestran emociones más positivas y menos ansiedad en la primera infancia y tienen más facilidad para establecer relaciones con los maestros y con compañeros de clase (Cassidy, 1988; Bohlin *et al.*, 2000). Los patrones de apego que se desarrollan en los primeros años tienen influencia en la salud mental y el funcionamiento psicológico durante la infancia y hasta la edad adulta (Thompson, 1999; Cassidy, 1988; Crowell *et al.*, 1999).

Padres o tutores que atraviesan por depresión pueden ser particularmente incapaces de responder de manera apropiada a un niño durante este importante periodo, en el que las bases de apego y relaciones personales se desarrollan (Ashman *et al.*, 2008; Maughan *et al.*, 2007). Esta falta consistente de capacidad para responder de manera apropiada interrumpe lo que se conoce como la interacción de "servir y regresar" o "ida y vuelta" entre los niños y los adultos, que es fundamental para el desarrollo sano de la arquitectura del cerebro. Cuando las respuestas apropiadas faltan, esto puede conducir a un rango de resultados pobres, incluyendo problemas de salud físicos y mentales (Center on the Developing Child, 2009).

Ambientes físicos sanos y de apoyo

Los ambientes inseguros son no únicamente una amenaza para el bienestar físico inmediato de los niños, también ponen en peligro su desarrollo y salud a futuro.

Estas amenazas pueden manifestarse de diferentes maneras, muchas de las cuales responden de forma efectiva a las acciones preventivas que simplemente esperan la voluntad política requerida para difundir su implementación.

- **Exposición a sustancias químicas.** Las toxinas ambientales representan una amenaza significativa ante los sistemas biológicos inmaduros. Exposiciones de bajo nivel, antes o poco después del nacimiento, producen daños de impacto y duración significativos en comparación con una exposición a niveles químicos más altos, ya sea en la infancia tardía o en la edad adulta (Hertz-Picciotto *et al.*, 2008). Al mismo nivel de exposición, embriones, fetos y niños absorben dosis mayores de toxinas con relación a su peso corporal, que los adultos, la cual es otra razón por la que los efectos adversos son mayores en el periodo prenatal y primeros años de vida, cuando los procesos de desarrollo están en marcha. De todos los sistemas orgánicos del cuerpo, el cerebro es especialmente vulnerable a la toxicidad del ambiente, aun las más pequeñas heridas pueden producir efectos significativos en la salud, el aprendizaje y la conducta a futuro. Las exposiciones a sustancias químicas a temprana edad también pueden provocar cambios en otros órganos y tejidos, resultando en malformaciones estructurales y mayor susceptibilidad a enfermedades que pudiesen transmitirse a la siguiente generación (Grandjean *et al.*, 2008). Por ejemplo, la exposición prenatal al dietilstilbestrol (DES), un medicamento prescrito para muchas mujeres embarazadas hasta la década de los 70, se ha relacionado con cánceres reproductivos en mujeres jóvenes cuyas madres fueron medicadas durante el embarazo (Hatch *et al.*, 1998). En contraste con el largo periodo de latencia en el que logran observarse efectos adversos para la mayoría de las exposiciones químicas, las consecuencias en la salud provocadas por ciertas toxinas son evidentes desde mucho antes. Un ejemplo es la ingesta de plomo; factor de riesgo para los déficits cognitivos a lo largo de la vida. Esto sucede, en gran parte, porque el plomo altera la regulación de neurotransmisores del desarrollo del sistema simpático en el cerebro (Cleveland *et al.*, 2008). Aunque la mayoría de la exposición al plomo está relacionada con

pintura hecha a base de plomo, tierra y polvo (Dozier y Peloso, 2006), se han detectado problemas recientes con productos diversos, incluyendo, por ejemplo, juguetes contaminados (Weidenhamer, 2009).

- **El entorno construido** - El peligro a la exposición de toxinas químicas como una amenaza ambiental para la salud infantil es fácil de comprender. Aún así, hay cada vez más evidencia de que la manera en que se diseña, construye y mantiene el entorno físico de un niño también puede afectar de manera significativa y aumentar el riesgo de enfermedades, discapacidades y lesiones (Cummins y Jackson, 2001). Más allá de la seguridad en el hogar y en los ambientes de cuidado infantil, el entorno “construido” ofrece oportunidades múltiples para influir en los comportamientos relacionados con la salud. La disponibilidad de opciones de comida para una alimentación sana ilustra un importante ejemplo. Esto se puede observar en comunidades urbanas de bajos recursos con menor presencia de tiendas y/o mercados que ofrezcan un surtido sano en sus alimentos, tales como fruta o verdura fresca. Estas comunidades son propensas a tener

tiendas de comida rápida, alimentos baratos y licores, lo que termina afectando y debilitando a una buena nutrición (Morland *et al.*, 2002). Los barrios diseñados con parques recreativos, espacios verdes, banquetas y parques infantiles alejados del tráfico ofrecen a los niños y a sus familias la oportunidad de jugar y socializar con amigos y con otros padres o tutores, así como promover una mayor actividad física, reducir las lesiones para los niños peatones, e incrementar vínculos sociales (Cohen *et al.*, 2007). Los niños que viven en tales comunidades tienden a ser físicamente más activos y a tener menor riesgo de obesidad que aquellos que viven en barrios con menos instalaciones recreativas (Davison y Lawson, 2006; Kerr, 2007). Estas instalaciones también influyen las interacciones sociales a través de las cuales las personas pueden reunirse y desarrollar un sentido mutuo de confianza y responsabilidad tanto por la comunidad como por sus habitantes, que a menudo conlleva una voluntad por parte de los ciudadanos para intervenir en nombre del bien común (Cohen *et al.*, 2008; Evans, 2006). Este fenómeno de interacción social a nivel barrio o colonia se le conoce



como “eficacia colectiva” o capital social. Se ha vinculado a tasas menores de obesidad infantil (Cohen *et al.*, 2006), mejor salud mental en los adultos (Araya *et al.*, 2006) y reducción de crimen (Sampson *et al.*, 1997). Así, las leyes de urbanismo que influyen en la construcción de un entorno pueden ejercer un impacto significativo en el bienestar de los niños y sus padres o tutores, lo que ayuda a la salud de la comunidad en general.

Nutrición sana y apropiada

La salud se ve influenciada por la nutrición en todas las etapas de la vida —desde la nutrición de la madre antes de la concepción, durante el embarazo, en la alimentación temprana y el destete (fin de la leche materna)—, hasta la dieta y la actividad durante la infancia y edad adulta. La ingesta adecuada de macronutrientes (proteína, carbohidratos y grasas) y micronutrientes



(vitaminas y minerales) es particularmente importante en los primeros meses y años de vida, cuando el crecimiento del cuerpo y el desarrollo del cerebro son más rápidos que durante cualquier otra etapa. En este contexto, la nutrición sirve de ejemplo sobre cómo la edad temprana afecta y contribuye a los patrones de desarrollo de la salud a través del tiempo. Los niveles de hambre severa y desnutrición persisten en muchos de los países más pobres del mundo y, hasta en los países con ingresos más altos, la inseguridad alimentaria sigue siendo un problema para ciertos sectores de la población debido a falta de recursos económicos. Dicho esto, la epidemia creciente de obesidad infantil y adulta en todo el mundo está empezando a recibir cada vez más atención pública.

La relación entre la nutrición y el sano desarrollo en la infancia está ampliamente entendida. Sin embargo, el grado en que el estado nutricional de las mujeres embarazadas puede influir en el crecimiento y en la salud de su hijo a largo plazo es menos apreciado. La nutrición materna inadecuada durante la gestación se asocia con una serie de resultados desfavorables, incluyendo la obesidad en la infancia y en la edad adulta, la hipertensión posterior y enfermedades cardiovasculares (Barker, 2004; Gluckman y Hanson, 2006). Cuando las madres no reciben las calorías y los nutrientes adecuados durante el embarazo, sus fetos se adaptan a la necesidad de “arreglárselas” con menos recursos nutricionales. Esta respuesta es favorable si el ambiente postnatal ofrece muy pocas calorías. Sin embargo, si el ambiente postnatal ofrece el acceso a suficientes nutrientes, la adaptación previa del infante se vuelve un problema y predispone a los niños a la obesidad y otras enfermedades de excesos porque se prepararon para un mundo de escasez y sus sistemas de regulación del metabolismo se programan para conservar calorías (Gluckman y Hanson, 2006). Los niños que nacen con muy bajo peso también presentan elevada resistencia a la insulina y otros cambios que los ponen en riesgo de diabetes (Cutfield *et al.*, 2006).

La nutrición materna también afecta al desarrollo del sistema inmune fetal e infantil ya que la adversidad de la desnutrición puede estimular la secreción de hormonas de estrés en la madre, perjudicando el desarrollo de la glándula del timo en el feto (Langley-Evans y Carrington, 2006). La glándula del timo es importante puesto que juega un papel clave en el desarrollo del sistema inmune mediante la incubación de las células inmunes inmaduras.

La disminución de tamaño del timo en la infancia se asocia con tasas más altas de infección y mortalidad (Moore *et al.*, 2006). De hecho, un timo más pequeño se vincula a una respuesta pobre del sistema inmune desde el periodo neonatal hasta la adolescencia (Moore *et al.*, 2006; McDade *et al.*, 2001). Como resultado, los adultos que experimentaron desnutrición prenatal e infantil son diez veces más propensos a morir a causa de una infección (Moore *et al.*, 2006).

En la esfera de la salud pública, los esfuerzos exitosos para mejorar la nutrición de la madre, aun antes de la concepción, han tenido efectos favorables sobre la salud de las mujeres embarazadas y sus hijos. Por ejemplo, mantener niveles adecuados de ácido fólico en las mujeres, durante la edad reproductiva, tiene consecuencias importantes para el embarazo y la salud del recién nacido (Eicholzer *et al.*, 2006). Con la fortificación del ácido fólico en los alimentos, los defectos del tubo neuronal se reducen de un veinte a un treinta por ciento (Grosse *et al.*, 2005; Su y Arab, 2001). Sin embargo, la deficiencia de hierro y los niveles inadecuados de vitamina A y D siguen siendo problemas de salud importantes para muchos niños que necesitan mayores niveles de estos nutrientes para apoyar el crecimiento de las células de la sangre, de los huesos y de otros tejidos. Este tipo de deficiencias en la edad temprana pueden provocar impactos nocivos en el desarrollo y comportamiento cognitivo, motor, socio-emocional y neurofisiológico; además puede conducir a condiciones médicas crónicas como la osteoporosis, el asma y la diabetes (Beard, 2003; Lozoff y Georgieff, 2006; Huh y Gordon, 2008).

2.4.3 Capacidades de los padres o tutores y de la comunidad

Con las capacidades de los padres y/o tutores y de la comunidad, el marco se enfoca en las habilidades que tienen los miembros de la familia, el capital social del barrio, el personal de los centros para niños, las asociaciones de voluntarios y los espacios de trabajo de los padres para jugar un papel importante en el fortalecimiento de las bases de un desarrollo saludable.

Las múltiples e interrelacionadas capacidades de los padres y/o tutores y de las comunidades son promotoras fundamentales de las bases del bienestar del niño. Así, las políticas públicas y los programas diseñados para mejorar la salud y el desarrollo infantil serán

más eficientes si se refuerzan estas capacidades. La influencia de los padres y/o tutores y de la comunidad se manifiesta en una amplia gama de escenarios y contextos incluyendo barrios, espacios de trabajo, guarderías, clínicas de salud y, por supuesto, el hogar. Cuando las capacidades de los padres y/o tutores y de la comunidad se refuerzan las unas a las otras de manera positiva, las bases son fuertes. Cuando funcionan con propósitos cruzados o colectivamente en la dirección equivocada, la salud infantil se ve amenazada y el futuro de la sociedad se encuentra en peligro.

Capacidades de los padres y/o tutores

Debido a que los niños se desarrollan en un entorno de relaciones, es sumamente importante que, en sus interacciones con los niños, los adultos sean capaces de responder apropiada y consistentemente. Todos los padres de familia y otros adultos (tanto dentro como fuera de la familia) ofrecen un rango de competencia al cuidado y apoyo de los niños pequeños, que incluye: (1) tiempo y compromiso (la naturaleza y la calidad del tiempo que pasamos con los niños); (2) recursos tanto financieros (capacidad económica de comprar bienes y servicios) como psicológicos, emocionales y sociales (salud mental y física para un estilo de crianza); y (3) habilidades y conocimiento (capital humano adquirido con educación, capacitación e interacción con profesionales de la infancia, así como experiencias personales) (Brooks-Gunn *et al.*, 1995). La documentación sobre la influencia significativa que representan estas capacidades en la salud y el desarrollo infantil se provee a lo largo de este capítulo.

El hecho de que la mayoría de los niños de todo el mundo viva actualmente en familias que luchan para lograr estabilidad económica, ofrece un claro ejemplo de la importancia de esta cuestión. Las presiones y las exigencias de hacer malabarismos con la crianza de los hijos y las responsabilidades de trabajo, junto con otros cambios en la estructura familiar y los roles sociales, conducen a una tensión considerable en el tiempo de crianza de los hijos y otras capacidades de los padres y/o tutores a lo largo del espectro socioeconómico (Halfon *et al.*, 2002). Dicho esto, la mayoría de las políticas públicas y los programas para familias con niños pequeños se centran ya sea en la educación de los padres o en el apoyo financiero para las personas con ingresos limitados. El hecho de que se ponga relativamente poca atención en la resolución

de problemas sobre la falta de tiempo y/o de recursos psicológicos que abruma a muchos padres en todas las clases sociales, representa una amenaza al sano desarrollo de muchísimos niños, especialmente aquellos que pertenecen a familias y comunidades de nivel socioeconómico bajo y a aquellos padres que tienen hijos con necesidades especiales.

Capacidades de la comunidad

Así como los niños se desenvuelven en un ambiente de relaciones personales, las familias funcionan dentro de un entorno físico y social que es influenciado por las condiciones y capacidades de las comunidades donde viven. En el contexto de las capacidades de la comunidad, el compromiso es evidente cuando los resultados del desarrollo y salud de los niños son monitoreados y la responsabilidad para su promoción es aceptada y asignada, por ejemplo, mediante la aplicación de leyes y reglamentos que afectan el bienestar del niño. Los recursos a nivel comunitario incluyen servicios y organizaciones dedicadas a la promoción del desarrollo saludable de los niños, así como la disponibilidad de estructuras de apoyo, tales como parques, guarderías, escuelas y programas que funcionan después de horarios escolares. Finalmente, las habilidades de la comunidad incluyen las capacidades tanto políticas como organizacionales para alcanzar ciertas metas estratégicas (Mayer, 2002). Así, las capacidades al nivel de la comunidad pueden ir desde la aplicación de las

normas para requerir el uso de asientos de seguridad para niños en los automóviles, a la disponibilidad de alimentos accesibles y nutritivos o la presencia de líderes y organizaciones locales que pueden incitar la acción colectiva.

Las comunidades varían ampliamente en su compromiso colectivo, en sus recursos y en sus habilidades. Por ejemplo, aunque haya una fuerte evidencia de la relación entre el cuidado infantil de calidad y los resultados positivos en la salud y el desarrollo infantil, no todas las comunidades tienen el mismo nivel de recursos para asegurar el acceso a opciones de calidad. Por otra parte, a pesar de que los problemas de asequibilidad y el acceso al cuidado infantil de calidad son temas importantes para los barrios de bajos ingresos, también representan un reto significativo para las comunidades de ingreso medio en las que ambos padres trabajan, pero no califican para los subsidios públicos (Leventhal y Brooks-Gunn, 2000).

En resumen, aunque padres de familia y/o tutores como individuos y la comunidad como un todo pueden influenciar las bases de la salud y el desarrollo infantil, no tienen las mismas capacidades. Cuando los recursos necesarios no están disponibles, las políticas públicas y programas efectivos pueden completar esas necesidades al construir las capacidades menos desarrolladas o ausentes. Los niños sanos son criados por personas y comunidades, no por el gobierno o por servicios



profesionales, pero las políticas públicas y las intervenciones basadas en evidencias pueden hacer una gran diferencia cuando los padres y/o tutores y las comunidades necesitan asistencia. Para señalar necesidades insatisfechas, también es importante notar los impactos potenciales que puedan tener acciones del sector privado, más allá de los efectos de las políticas públicas. Nuevas y creativas estrategias en múltiples frentes representan contribuciones vitales y altamente promotoras al desarrollo de la comunidad y son capaces de generar mayor rentabilidad durante toda la vida.

2.4.4 Programas y políticas

Los programas y políticas de sectores tanto públicos como privados, fortalecen las bases del desarrollo sano a través de su capacidad de mejorar las competencias de padres y/o tutores y de las comunidades en múltiples escenarios en los que los niños se desarrollan. Las políticas relevantes incluyen acciones tanto legislativas como administrativas que afectan a los sistemas responsables de la salud pública, del cuidado infantil, de la educación temprana, de la protección de los niños y el bienestar social, la intervención temprana, la estabilidad económica de la familia (incluyendo el apoyo al empleo para los padres y asistencia social), el desarrollo de la comunidad y la vivienda, entre otros. También es importante destacar el papel que el sector privado puede desempeñar en el fortalecimiento de las capacidades de las familias para educar niños

sanos y competentes. Las políticas del ambiente de trabajo relacionadas con la licencia laboral después del nacimiento o adopción de un hijo, los horarios de trabajo flexibles y el tiempo libre para cuidar de un hijo enfermo o asistir a reuniones de la escuela, son algunos ejemplos.

Un enfoque multi-dimensional para construir las capacidades de los padres, tutores y comunidades para fortalecer las bases para la salud, el aprendizaje y el comportamiento durante el periodo prenatal y en los primeros años de infancia resulta prometedor. Con este objetivo en mente, dos enfoques para la inversión merecen atención. Primero, se deben asignar recursos suficientes para asegurar que todos los niños y familias elegibles sean atendidos por las políticas y programas existentes que incorporan factores de eficacia demostrada, pues fortalecen cada una de las tres bases de un desarrollo saludable. Segundo, una relativamente pequeña pero importante porción de los gastos deben ser invertidos en el diseño y pilotaje de enfoques nuevos y creativos que se basen en la ciencia rigurosa y se centren en lograr mayores impactos. La necesidad de intervenciones innovadoras a través del amplio rango de sectores importantes es particularmente relevante para los niños en riesgo de trastornos fisiológicos tempranos, pues establecen las bases para futuras alteraciones relacionadas con el estrés en la salud, el aprendizaje y el comportamiento de una amplia gama de sectores.



Es difícil, en solo un capítulo, hablar de la gran diversidad de los contextos en las políticas y programas en el mundo y entrar en los específicos de un país como México. Lo que es importante, sin embargo, es que los tomadores de decisiones en México analicen su propio contexto político y cultural y consideren cómo las políticas y programas pueden apoyar cada una de estas tres bases: (1) relaciones personales estables y sensibles; (2) entornos sanos y de apoyo; (3) y una nutrición sana. En conjunto, esto debe de cubrir el rango de los apoyos informales para la familia, los esfuerzos voluntarios de la comunidad, acciones del sector privado y servicios públicos.

2.5. UN LLAMADO A LA COLABORACIÓN E INNOVACIÓN

Dado el potencial del marco integrado que se presenta en este capítulo, para servir como base unificadora para una acción más efectiva, el Centro para el Niño en Desarrollo de la Universidad de Harvard encargó un estudio de comunicación para comprender mejor las maneras más efectivas para llevar la ciencia de la primera infancia y el desarrollo del cerebro al discurso político internacional. Los resultados de esta investigación subrayaron los desafíos y destacaron dos temas principales. Primero, hay un sentimiento compartido entre líderes a nivel internacional sobre la idea de que el desarrollo de los países es un sistema de “suma cero” de sectores discretos y competitivos, y que las áreas dominantes para los temas relacionadas con la infancia son salud, educación y derechos humanos. Esta naturaleza sectorial del escenario, tanto a nivel cognitivo como estructural, ofrece una explicación convincente de por qué es tan difícil incitar apoyo suficiente para el desarrollo de la primera infancia como un tema separado e independiente.

Segundo, hay un fuerte modelo de “jerarquía de necesidades” que domina el pensamiento entre las áreas y que indica que ciertos objetivos (ej. supervivencia, nutrición y seguridad física) deben ser atendidos antes que otras necesidades (ej. desarrollo infantil) se puedan considerar. Esta perspectiva agrava el problema de comunicación a través de una lógica poderosa que lleva a la conclusión de que no debemos dedicar más recursos al desarrollo de la primera infancia hasta

que hayamos cumplido con las metas específicas en los ámbitos de la supervivencia infantil y la seguridad física. (Kendall-Taylor y Baran, 2011; Arvizu *et al.*, 2011).

A pesar de los retos descritos anteriormente, la investigación realizada apunta a múltiples oportunidades para presentar el desarrollo infantil como un asunto importante de educación, de salud y de derechos humanos mediante la incorporación de una perspectiva de desarrollo dentro de la programación existente en estos sectores. Las implicaciones de este enfoque sugieren una prometedora y nueva dirección para la comunidad global de la primera infancia: la construcción de una argumentación fuerte con base científica para la inversión estratégica dentro de cada uno de los tres sectores dominantes enfocados en la infancia, a diferencia de esfuerzos actuales por generar apoyo para la creación de un nuevo y distintivo sector enfocado exclusivamente en las necesidades de los niños en la primera infancia (Kendall-Taylor y Baran, 2011).

Este enfoque estratégico, combinado con el marco teórico integrado y científico, ofrece una nueva manera de conceptualizar las políticas y prácticas a través de múltiples sectores que se dirigen a los orígenes infantiles de la salud y del desarrollo, y que durarán para toda la vida. Dentro de este contexto, dos estrategias interrelacionadas merecen la atención. La primera es el argumento convincente para una mayor inversión en las políticas y programas de vanguardia que se demuestren efectivos. La segunda es la imperiosa necesidad de aprovechar los avances en la ciencia de la primera infancia y el desarrollo temprano del cerebro, para estimular el diseño y pilotaje de nuevas estrategias de intervención que logren impactos pioneros para los niños y la sociedad, y que superen los efectos de nuestros mejores esfuerzos existentes.

Al final del día, una población sana y bien educada, comunidades seguras y con buen funcionamiento, y una sociedad próspera y autosuficiente, serán cosechadas por aquellas naciones que realicen inversiones basadas en evidencia para lograr el desarrollo saludable de sus miembros más jóvenes. Hoy, México tiene la oportunidad de ser una de esas naciones y avanzar en una agenda de la primera infancia innovadora que coloque al país a la vanguardia de la política social y de desarrollo.

Referencias

- Anda RF, Felitti VJ, y Bremner JD. (2006). "The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology". *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186.
- Araya, R., Dunstan, F., Playle, R., Thomas, H., Palmer, S., y Lewis, G. (2006). "Perceptions of social capital and the built environment and mental health". *Social Science Medicine*, 62, 3072-3083.
- Arvizu, S., Simon, A., y Kendall-Taylor, N. (2011). "Where is early childhood development on the international child advocacy agenda?" *FrameWorks Institute*.
- Ashman, S. B., Dawson, G., y Panagiotides, H. (2008). "Trajectories of maternal depression over 7 years: Relations with child psychophysiology and behavior and role of contextual risks". *Development and Psychopathology*, 20, 55-77.
- Barker, D. J. (2002). "Fetal programming of coronary heart disease". *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 13(9), 364–368.
- Barker, D. J. (2004). "The developmental origins of adult disease". *Journal of the American College of Nutrition*, 23, 588S-595S.
- Barth, R. P., Scarborough, A., Lloyd, E. C., Losby, J., Casanueva, C., y Mann, T. (2008). *Developmental Status and Early Intervention Service Needs of Maltreated Children*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation.
- Beard, J. (2003). "Iron deficiency alters brain development and functioning". *Journal of Nutrition*, 133, 1468S-72S.
- Bennet, L., y Gunn, A. (2006). "The fetal origins of adult mental illness". *Wintour E, Owens J, eds. Early Life Origins of Health and Disease*. New York, NY: Springer Science and Business Media.
- Bohlin, G., Hagekull, B., y Rydell, A. (2000). "Attachment and social functioning: A longitudinal study from infancy to middle childhood". *Social Development*, 9, 24-39.
- Brooks-Gunn, J., Brown, B., Duncan, G., y Moore, K.A. (1995). "Child development in the context of family and community resources: An agenda for national data collections". *National Research Council and Institute of Medicine*. Washington, DC: National Academy Press.
- Caspi A, Harrington H., Moffitt T.E., Milne B.J., y Poulton, R. (2006). "Socially isolated children 20 years later: Risk of cardiovascular disease". *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(8), 805–811.
- Cassidy, J. (1988). "Child-mother attachment and the self in six-year-olds". *Child Development*, 59, 121-134.

Center on the Developing Child at Harvard University. (2009). "Maternal depression can undermine the development of young children". *Working paper no. 8*. Disponible en: http://developingchild.harvard.edu/resources/reports_and_working_papers/working_papers/wp8/

Champagne, F., Francis, D., Mar, A., y Meaney, M. (2003). "Variations in maternal care in the rat as a mediating influence for the effects of environment on development". *Physiology and Behavior*, 79, 359-371.

Cleveland, L. M., Minter, M. L., Cobb, K. A., Scott, A. A., y German, V. F. (2008). "Lead hazards for pregnant women and children: Part 1: Immigrants and the poor shoulder most of the burden of lead exposure in this country. Part 1 of a two-part article details how exposure happens, whom it affects, and the harm it can do". *American Journal of Nursing*, 108(10), 40-49, quiz 50.

Coe, C. L., y Lubach, G.R. (2003). "Critical periods of special health relevance for Psychoneuroimmunology". *Brain, Behavior and Immunity*, 17, 3-12.

Cohen, D. A., Finch, B. K., Bower, A., y Sastry, N. (2006). "Collective efficacy and obesity: The potential influence of social factors on health". *Social Science & Medicine*, 62, 769-778.

Cohen, D. A., Inagami, S., y Finch, B. (2008). "The built environment and collective Efficacy". *Health Place*, 14, 198-208.

Cohen, D. A., McKenzie, T. L., Sehgal, A., Williamson, S., Golinelli, D., y Lurie, N. (2007). "Contribution of public parks to physical activity". *American Journal of Public Health*, 97, 509-514.

Commission on Growth and Development. (2008). "The Growth Report: Strategies for Sustained Growth and Inclusive Development". Washington, DC: The World Bank.

Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, Garner, A., y Shonkoff, J. (2012). "Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: Translating developmental science into lifelong health". *Pediatrics* 129:e224-e231.

Cheung Y.B., Cueto, S., Glewwe, P., Grantham-McGregor, S., Richter, L., Strupp, B., y the International Child Development Steering Group (2007). "Child development in developing countries 1: Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries". *Lancet*, 369, 60-70.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL]. (2013). "Comunicado de Prensa No.003". *Dirección de Información y Comunicación Social*. México, DF: México.

Crowell, J., Treboux, D., Y Waters, E. (1999). "The adult attachment interview and the relationship questionnaire: Relations to reports of mothers and partners". *Personal Relationships*, 6, 1-18.

Cummins, S. K., y Jackson, R. J. (2001). "The built environment and children's health". *Pediatric Clinics of North America*, 48, 1241-52.

Cunha, F., Heckman, J., Lochner, L., y Masterov, D. (2005). "Interpreting the evidence on life cycle skill formation". Working Paper No. 11331. National Bureau of Economic Research. Cambridge, MA.

Cutfield, W. S., Jefferies, C. A., y Hofman, P. L. Perinatal. (2006). "Influences on the endocrine and metabolic axes during childhood". En P. Gluckman y M. Hanson (Eds.), *Developmental origins of health and disease* (pp. 206-222). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Davison, K. K., y Lawson, C. T. (2006). "Do attributes in the physical environment influence children's physical activity?" *A review of the literature. The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 3, 19.

Dawson, G., y Fischer, K. (Eds.). (1994). *Human behavior and the developing brain*. New York, NY: Guilford Press.

Dodge, K. A., Pettit, G. S., y Bates, J. E. (1994). "Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems". *Child Development*, 65, 649-665.

Dong, M., Giles, W., Felitti, V. et al. (2004). "Insights into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experiences study". *Circulation*, 10(13), 1761-1766.

Dozier, M., y Peloso, E. (2006). "The role of early stressors in child health and mental health outcomes". *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(12), 1300-1301.

Edwards, V., Holden, G., Felitti, V., y Anda, R. (2003). "Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study". *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453-1460.

Eichholzer, M., Tonz, O., y Zimmermann, R. (2006). "Folic acid: A public-health Challenge". *Lancet*, 367, 1352-1361.

Emde, R., y Robinson, J. (2000). "Guiding principles for a theory of early intervention: A developmental-psychoanalytic perspective". En J. Shonkoff y S. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed.) (pp. 160-178). New York: Cambridge University Press.

Evans, G. W. (2006). "Child development and the physical environment". *Annual Review of Psychology*, 57, 423-451.

Evans, G. W. (2004). "The environment of childhood poverty". *American Psychologist*, 59(2), 77-92.

Evans, G. W., Saltzman, H., y Cooperman, J. (2001). "Housing quality and children's socioemotional health". *Environment and Behavior*, 33, 389-399.

Farah, M. J., Shera, D. M., Savage, J. H., et al. (2006). "Childhood poverty: specific associations with neurocognitive development". *Brain Research*, 1110(1), 166-174.

Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., et al. (1998). "Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study". *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.

Gluckman, P., y Hanson, M. (2006). "The conceptual basis for the developmental origins of health and disease". En P. Gluckman y M. Hanson (Eds.), *Developmental origins of health and disease* (pp. 33-50). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Grandjean, P., Bellinger, D., Bergman, A., et al. (2008). "The Faroes statement: Human health effects of developmental exposure to chemicals in our environment". *Basic Chemical Pharmacology and Toxicology*, 102(2), 73-75.

Greenough, W., y Black, J. (1992). "Induction of brain structure by experience: Substrates for cognitive development". En M. Gunnar y C. Nelson (Eds.), *Developmental behavior neuroscience*. Vol. 24, (pp. 155-200). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Grosse, S. D., Waitzman, N. J., Romano, P. S., y Mulinare, J. (2005). "Reevaluating the benefits of folic acid fortification in the United States: Economic analysis, regulation, and public health". *American Journal of Public Health*, 95, 1917-1922.

Halfon, N., McLearn, K. T., y Schuster, M. A. (Eds.). (1995). *Child Rearing in America: Challenges facing parents with young children*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Hart, T., y Risley, T. R. (1995). *Meaningful differences in the everyday experience of young American children*. Baltimore, MD: Brookes Publishing.

Hatch, E. E., Palmer, J. R., Titus-Ernstoff, L., et al. (1998). "Cancer risk in women exposed to diethylstilbestrol in utero". *The Journal of the American Medical Association*, 280, 630-634.

Heckman, J. J. (2007). "The economics, technology, and neuroscience of human capability formation". *Proceedings of the National Academy of Science*, 104, 13250-13255.

Hensch, T. (2005). "Critical period plasticity in local cortical circuits". *Nature Reviews Neuroscience*, 6, 877-888.

Hertz-Picciotto, I., Park, H. Y., Dostal, M., Kocan, A., Trnovec, T., y Sram, R. (2008). "Prenatal exposures to persistent and non-persistent organic compounds and effects on immune system development". *Basic & clinical Pharmacology & Toxicology*, 102, 146-154.

Horwitz, A., Widom, C., McLaughlin, J., y White, H. (2001). "The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: a prospective study". *Journal of Health and Social Behavior*, 42(2), 184-201.

Huh, S. Y. y Gordon, C. M. (2008). "Vitamin D deficiency in children and adolescents: Epidemiology, impact and treatment". *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders*, 9, 161-170.

Huxley, R., Shiell, A., y Law, C.. (2000). "The role of size at birth and postnatal catch-up growth in determining systolic blood pressure: a systematic review of the literature". *Journal of Hypertension*, 18(7):815–831.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2013). *Encuesta Nacional de Victimización y percepción sobre seguridad pública 2013* (Boletín de Prensa, 390/13). Aguascalientes: México.

Isgor, C., Kabbaj, M., Akil, H., y Watson, S. J. (2004). "Delayed effects of chronic variable stress during peripubertal-juvenile period on hippocampal morphology and on cognitive and stress axis functions in rats". *Hippocampus*, 14(5), 636-648.

Kaufman, D., Banerji, M. A., Shorman, I., et al. (2007). "Early-life stress and the development of obesity and insulin resistance in juvenile bonnet macaques". *Diabetes*, 56(5), 1382-1386.

Keating, D., y Hertzman, C. (1999). "Developmental Health and the Wealth of Nations: Social, Biological and Educational Dynamics". New York, NY: The Guilford Press.

Kendall-Taylor, N. y Baran, M. (2011). *Finding a place for early child development in the hierarchy of needs*. Washington, DC: FrameWorks Institute.

Kerr, J. (2007). "Designing for active living among children". San Diego, CA: Active Living Research, Robert Wood Johnson Foundation. Retrieved from: <http://www.rwjf.org/files/research/builtdesign.pdf>.

Knudsen, E. (2004). "Sensitive periods in the development of the brain and behavior". *Journal of Cognitive Neuroscience*, 16, 1412-1425.

Knudsen, E., Heckman, J., Cameron, J., y Shonkoff, J. (2006). "Economic, neurobiological and behavioral perspectives on building America's future workforce". *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 103, 10155-10162.

Langley-Evans, S. C. y Carrington, L. J. (2006). "Diet and the developing immune System". *Lupus*, 15, 746-752.

Lau, C., Rogers, J., Desai, M., y Ross, M. (2011). "Fetal programming of adult disease: implications for prenatal care". *Obstetrics & Gynecology*, 117(4), 978–985.

Laurén, L., Järvelin, M., Elliott, P., et al; EUROBLCS Study Group (2003). "Relationship between birthweight and blood lipid concentrations in later life: evidence from the existing literature". *International Journal of Epidemiology*, (5), 862–876.

Leventhal, T., y Brooks-Gunn, J. (2000). "The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes". *Psychological Bulletin*, 126, 309-337.

Liu, D., Diorio, J., Day, J., Francis, D., y Meaney, M. (2000). "Maternal care, hippocampal synaptogenesis and cognitive development in rats". *Nature Neuroscience*, 3(8), 799-806.

- Lozoff, B., y Georgieff, M. K. (2006). "Iron deficiency and brain development". *Seminars in Pediatric Neurology*, 13, 158-165.
- Lupien, S. J., King, S., Meaney, M. J., y McEwen, B. S. (2001). "Can poverty get under your skin? Basal cortisol levels and cognitive function in children from low and high socioeconomic status". *Development & Psychopathology*, 13, 653-676.
- Lupien, S. J., King, S., Meaney, M. J., y McEwen, B. S. (2000). "Child's stress hormone levels correlate with mother's socioeconomic status and depressive state". *Biological Psychiatry*, 48(10), 976-980.
- Lüscher, C., Nicoll, R., Malenka, R., y Muller, D. (2000). "Synaptic plasticity and dynamic modulation of the postsynaptic membrane". *Nature Neuroscience*, 3, 545-550.
- Malenka, R., y Nicoll, R. (1999). "Long-term potentiation: A decade of progress". *Science*, 285, 1870-1874.
- Marmot M. (2005). "Social determinants of health inequalities". *Lancet*, 365(9464):1099–1104.
- Martin, S., Grimwood, P., y Morris, R. (2000). "Synaptic plasticity and memory: An evaluation of the hypothesis". *Annual Review of Neuroscience*, 23, 649-711.
- Maughan, A., Cicchetti, D., Toth, S. L., y Rogosch, F. A. (2007). "Early-occurring maternal depression and maternal negativity in predicting young children's emotion regulation and socioemotional difficulties". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 685-703.
- Mayer, S. (2002). "Building community capacity: How different groups contribute. Effective Communities Project". Retrieved from: http://www.effectivecommunities.com/pdfs/ECP_GroupContribution.pdf
- McCartney, K., y Phillips, D. (Eds.). (2006). *The handbook of early childhood development*. Oxford, UK: Blackwell.
- McDade, T. W., Beck, M. A., Kuzawa, C. W., y Adair, L. S. (2001). "Prenatal undernutrition and postnatal growth are associated with adolescent thymic function". *Journal of Nutrition*, 131, 1225-1231.
- McEwen, B. S. (2007). "Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain". *Physiological Review*, 87(3), 873–904.
- McEwen, B. S. (1998). "Protective and damaging effects of stress mediators". *New England Journal of Medicine*, 338(3), 171–179.
- McLoyd, V. C. (1998). "Socioeconomic disadvantage and child development". *American Psychologist*, 53(2), 185-204.
- Meaney, M. (2001). "Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations". *Annual Review of Neuroscience*, 24, 1161-1192.

- Moore, S. E., Collinson, A. C., Tamba N'Gom, P., Aspinall, R., y Prentice, A. (2006). "Early immunological development and mortality from infectious disease in later life". *Proceedings of the Nutrition Society*, 65, 311-318.
- Morland, K., Wing, S., y Diez Roux, A. (2002). "The contextual effect of the local food environment on residents' diets: The atherosclerosis risk in communities study". *American Journal of Public Health*, 92, 1761-1767
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., y Robinson, L. R. (2007). "The role of family context in the development of emotional regulation". *Social Development*, 16(2), 361-388.
- Myers, R. (1992). *The Twelve Who Survive: Strengthening Programmes of Early Childhood Development in the Third World*. New York, N.Y.: Routledge.
- National Scientific Council on the Developing Child. (2005). "Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain". Working Paper No. 3. Disponible en: http://developingchild.harvard.edu/library/reports_and_working_papers/wp3/
- National Scientific Council on the Developing Child. (2007). *The Science of Early Childhood Development: Closing the Gap Between What We Know and What We Do*. Disponible en: http://developingchild.harvard.edu/library/reports_and_working_papers/science_of_early_childhood_development
- Nelson, C., y Bloom, F. (1997). "Child development and neuroscience". *Child Development*, 68, 970-987.
- Nelson, C. (2000). "The neurobiological bases of early intervention". En J. Shonkoff y S. Meisels, (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed.) (pp. 204-227). New York, NY: Cambridge University Press.
- Paxon, C., y Schady N. (2005). "Cognitive development among young children in Ecuador: the roles of wealth, health and parenting". World Bank Policy Research Working Paper 3605. Washington, DC: World Bank.
- Pianta, R., Nimetz, S., y Bennett, E. (1997). "Mother-child relationships, teacher-child relationships, and school outcomes in preschool and kindergarten". *Early Childhood Research Quarterly*, 12, 263-280.
- Reis, H., Collins, W., y Berscheid, E. (2000). "Relationships in human behavior and Development". *Psychological Bulletin*, 126, 844-872.
- Rutter, M., Kim-Cohen, J., y Maughan, B. (2006). "Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life". *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 47(3-4), 276-295.
- Sampson, R. J., Raudenbush, S. W., y Earls, F. (1997). "Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy". *Science*, 277, 918-924.

Scaramella, L.V., y Leve, L. D. (2004). "Clarifying parent-child reciprocities during early childhood: The early childhood coercion model". *Clinical Child and Family Psychology Rev*, 7, 89-107.

Schilling, E., Aseltine, R.H. Jr, y Gore, S. (2007), "Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey". *BMC Public Health*, 7, 30.

Schweinhart, L. J., Montie, J., Xiang, Z., Barnett, W. S., Belfield, C. R., y Nores, M. (2005). *Lifetime effects: The High/Scope Perry Preschool study through age 40*. Ypsilanti, MI: High/Scope Press.

Shonkoff, J. y Phillips, D., (Eds.) (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington, DC: National Academy Press.

Shonkoff, J., Boyce, W., y McEwen, B. (2009). "Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention". *JAMA*, 301 (21), 2252–2259.

Shonkoff, J., Garner, A., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics (2012). "The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress". *Pediatrics*, 129, e232–e246.

Shonkoff, J., Richter, L. Van der Gaag, J., y Bhutta, Z. (2012). "An integrated scientific framework for child survival and early childhood development". *Pediatrics* 129, e460–e472.

Su, L. J. y Arab, L. (2001). "Nutritional status of folate and colon cancer risk: Evidence from NHANES I epidemiologic follow-up study". *Annals of Epidemiology*, 11, 65-72.

Thompson, R. (1999). "Early attachment and later development". En J. Cassidy y P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 265-286). New York, NY: Guilford Press.

UNICEF-CONEVAL. (2012). *Pobreza y Derechos Sociales de niñas, niños y adolescentes en México, 2008-2010*. Distrito Federal: México.

Un Kilo de Ayuda [UKA]. (2013) *Estadísticas de desnutrición en México*. Disponible en: <http://www.unkilodeayuda.org.mx/nutricion/desnutricion/estadisticas/>

Victora, C., Wagstaff, A., Schellenberg, J., Gwatkin, D., Claeson, M., y Habicht, J.. (2003). "Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough". *Lancet*, 362(9379), 233–241.

Weidenhamer, J. D. (2009). "Lead contamination of inexpensive seasonal and holiday products". *Science of the Total Environment*, 407, 2447-2450.



3. Movilidad social e intervenciones tempranas¹

La movilidad social, en general, se refiere a los cambios que los individuos experimentan en su condición socioeconómica. En particular, se entiende que a mayor asociación entre orígenes y destinos, la movilidad social es menor; y por lo tanto, la desigualdad de oportunidades es mayor. En resumen, este concepto refleja la aspiración básica de una sociedad en la cual los méritos personales, y no las características físicas o socioeconómicas de origen de los individuos, determinan sus posibilidades de éxito.

Una sociedad que enfrenta baja movilidad social y desigualdad de ingreso, corta casi de tajo las posibilidades de desarrollo económico de sus integrantes en el futuro. Hertz *et al.* (2007) muestran que Latinoamérica, sistemáticamente, ha sido la región más inmóvil del planeta.² Lo anterior desilusiona si se considera que de igual forma y en términos de ingreso, Latinoamérica es la región más desigual del planeta.³

México no se encuentra exento de dicha caracterización. Como lo muestran los resultados del “Informe de Movilidad Social en México 2013: Imagina tu Futuro”, publicado recientemente por el Centro de Estudios Espinosa Yglesias (CEEY), el país se caracteriza por la concentración de la baja movilidad social en los extremos de la distribución socioeconómica donde, además, el extremo inferior está compuesto por población que vive en pobreza extrema.⁴ De hecho, México experimenta pobreza más allá del extremo inferior de la distribución. Según los resultados del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en 2012, 45.5% de la población del país vivía en dicha condición.⁵ Aunado a lo anterior, México es un país altamente desigual en lo que a realización socioeconómica se refiere. De acuerdo con datos de la OCDE (2011), México es el segundo

Autores:

Raymundo M. Campos-Vázquez, *El Colegio de México*
Cristóbal Domínguez Flores, *El Colegio de México*
Roberto Vélez Grajales, *Centro de Estudios Espinosa Yglesias*

3.1. INTRODUCCIÓN

Para cualquier individuo preocupado por la justicia social, la eficiencia económica y la cohesión social, la movilidad social es uno de los temas más importantes a los que ha de abocarse para la discusión sobre el desarrollo social. En ese sentido, en el presente capítulo se argumenta que el diseño e instrumentación de intervenciones tempranas adecuadas, puede convertirse en el primer motor de la movilidad social, ya que permitirá a las generaciones futuras desempeñarse de la manera más productiva posible.

¹ Agradecemos la asistencia de investigación de Claudia E. Fonseca y Rocío Espinosa.

² El estudio compara la correlación entre los grados de educación de padres e hijos como una medida de la “inmovilidad” en los países. Aunque México no está incluido en su estudio, sus patrones de movilidad social y desigualdad son similares a los observados en otros países en Latinoamérica, como se verá más adelante.

³ Según el *Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe 2010* preparado por el PNUD.

⁴ Para conocer los detalles del informe ver: Vélez Grajales, R., R. Campos Vázquez y J. E. Huerta Wong, *Informe de Movilidad Social en México 2013: Imagina tu futuro*, Centro de Estudios Espinosa Yglesias (ceey), 2013. Disponible en: http://www.ceey.org.mx/site/files/informe_mov_social_2013_1.pdf.

⁵ CONEVAL define la pobreza como la situación en la que un individuo sufre de al menos una carencia social (rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación). La pobreza extrema se define como la situación en la cual el individuo sufre de tres o más carencias.

país miembro de la organización con mayor nivel de desigualdad de ingreso.⁶

Tradicionalmente se menciona que la educación es el principal motor de la movilidad social. En ese sentido, el informe del CEEY anteriormente referido reporta que México ha experimentado mejoras absolutas en educación. Sin embargo, aunque no sucede lo mismo para los niveles básico y medio, el logro en educación media superior y superior sí está condicionado por el origen socioeconómico de las personas. Para romper con esta inercia, el informe propone “incrementar la calidad en el nivel de educación básica y media, no solamente para mejorar las competencias cognitivas de manera prospectiva, sino también para impulsar competencias de personalidad, tales como autoestima y habilidades sociales”. Y además, ampliar “[l]a cobertura en educación media superior y superior [l]as opciones limitadas de completar el ciclo educativo no sólo tienen que ver con la calidad en los primeros niveles de formación, sino también con las restricciones de espacios en los niveles altos” (*op cit.*: p. 20).

El enfoque de la política educativa en México se ha dirigido a resultados operacionales; a saber, hacia mejores calificaciones en pruebas estandarizadas, así como mejoras en infraestructura educativa. Si las causas originales de las diferencias entre los individuos ocurren de manera previa a la intervención pública, estas políticas tendrán, indudablemente, efectos limitados. Un nuevo enfoque de política pública educativa para México debe ser incluyente en el siguiente sentido: ha de buscar no sólo la excelencia en términos meramente académicos, sino de acuerdo con un enfoque integral. En consonancia con lo planteado por el informe del CEEY, resulta indispensable que los individuos aprendan habilidades sociales y que desarrollen capacidades cognoscitivas.

Al contrario de lo que la sabiduría popular tiende a considerar, el carácter, las habilidades sociales y las cognoscitivas no son una dotación inicial inmutable determinada por la genética. Como Heckman y Kautz argumentan: “el desarrollo de habilidades es un proceso dinámico... Los niveles de habilidades cognoscitivas y de carácter en cualquier edad dependen de los niveles de estas habilidades en el pasado e inversiones previas” (Heckman y Kautz, 2013, pp. 6-7).

Para lograr mejores resultados, el presente capítulo propone que una manera más efectiva de superar los problemas de baja movilidad social radica en la incorporación de acciones de intervención temprana. Convencionalmente, el Estado interviene en diferentes ciclos de vida del individuo. Hay que señalar, sin embargo, que la intervención de mayores rendimientos es la temprana. La razón es muy sencilla: la mayor ventaja que presenta es su naturaleza estructural de inversión, en lugar de una remedial. La literatura reciente en economía y psicología ha mostrado que las intervenciones sobre niños recién nacidos y en su



⁶ México presenta un coeficiente de GINI de 0.48, muy lejano al del siguiente país en la clasificación, Turquía, con un índice de 0.41, y únicamente superado por el 0.49 de Chile.

primera infancia, pueden tener efectos muy positivos sobre sus posibilidades de desarrollo socioeconómico en la madurez, especialmente en niños que viven en situaciones vulnerables. Estas intervenciones no deben limitarse únicamente a los infantes. Los padres y la inversión privada, así como la pública, influyen poderosamente en la capacidad de los individuos de generar habilidades más allá de la capacidad cognoscitiva.

3.2. LITERATURA PREVIA

La intervención de los padres en la educación de los hijos, el acceso de éstos a los servicios de salud y la formación de habilidades no cognoscitivas puede disminuir el efecto negativo de un entorno económico deficiente. La intervención directa sobre los niños en edad temprana puede tener efectos muy positivos.

a) Educación

Se trata de uno de los principales promotores de movilidad social ascendente. Como señala Becker: “[las]

inversiones en capital humano son unas de las maneras más efectivas de elevar a los pobres a niveles decentes de ingreso y salud” (Becker, 1995, p. 13). No obstante, la literatura reciente muestra que la mera integración escolar de la población es solo el primer paso para lograr verdadera igualdad de oportunidades. Si las deficiencias en habilidades sociales y cognoscitivas tienen un origen previo a la actividad escolar, la capacidad de la educación formal como equalizador social es mucho más limitada de lo que comúnmente se considera. Lo anterior debido a que los niños, ya en edad escolar, desarrollan diferencias en habilidades que son complementarias a las cognoscitivas. Las intervenciones tempranas pueden ayudar a eliminar dichas diferencias. Asimismo, las intervenciones tempranas en materia educativa sobre niños en edad preescolar, pueden tener efectos muy poderosos en su vida adulta. Estudios sobre programas públicos de intervención temprana han mostrado que estos tienen consecuencias positivas y muy significativas sobre el grado educativo, empleo, ingreso, salud y menor actividad delictiva.⁷

⁷ Véase Heckman et al. (2010).



De manera similar, el nivel de participación de los padres en el proceso de aprendizaje de los niños desde la primera infancia, puede tener efectos significativos de largo plazo sobre el logro escolar de los hijos. Esta mayor participación se refleja en menores problemas de comportamiento entre niños de familias más vulnerables (Kingston *et al.*, 2013).

El gran reto de las intervenciones tempranas, sin embargo, es el poco movimiento en los niveles de movilidad educativa y las relaciones educación-ingreso. Vellymalay (2012), en un estudio en la India, muestra que los padres con mayor nivel educativo inculcan mayores aspiraciones académicas a sus hijos. Asimismo, tienden a utilizar más y mejores estrategias para asegurar un excelente desempeño escolar. De manera complementaria, de Coulon *et al.* (2011) concluyen que los hijos de padres con mayores habilidades aritméticas y de lectura, se desempeñan mejor en las pruebas cognitivas. En el mismo sentido, Robertson y Reynolds (2010) muestran que niños provenientes de familias con perfiles caracterizados por alto capital humano y participación en la educación de los niños, son más propensos a tener niveles de educación mayores que otros niños.

b) Salud y nutrición

Contar con acceso a la salud y a la alimentación nutritiva desde la infancia es determinante para las opciones de movilidad social. Una condición de carencia en estas dimensiones durante el embarazo y en los primeros años de vida del individuo, puede tener efectos catastróficos en las posibilidades futuras de superación. En lo que se refiere a nutrición, ejemplos como la gran hambruna china entre 1959 y 1961, muestran que un choque de este tipo durante la infancia se relaciona con un mayor riesgo de analfabetismo y desempleo en la vida adulta.⁸ Deary *et al.* (2005) han encontrado que para Escocia, la habilidad cognoscitiva y la estatura –un indicador del estatus nutricional de las personas–, se asocian con cambios de posición en el estatus socioeconómico.

En lo que se refiere al acceso a servicios de salud, este puede disminuir las significativas diferencias en capacidad cognoscitiva y habilidades sociales observadas en los niños en condiciones menos favorables. Al mismo tiempo, vivir en un entorno poco salubre o con acceso

limitado a los servicios de salud puede condicionar las capacidades cognitivas futuras. Barreca (2010) argumenta que en Estados Unidos, niños menores de un año que de alguna manera se encontraron expuestos a la malaria, por ejemplo, tienen niveles significativamente menores de logro educativo, además de niveles menores de ingreso.

Al igual que la educación, el buen estado físico de los padres puede determinar la salud e ingreso monetario de los niños en el futuro. Andrew y Ruel (2010) encuentran que la enfermedad de los padres afecta la riqueza y el legado financiero de los hijos. Al analizar la persistencia intergeneracional de la transmisión de salud, Bhalotra y Rawlings (2011) encuentran una relación positiva entre la salud de la madre y el estado de salud del niño, con efectos probablemente significativos incluso en la vida adulta.

c) Habilidades

La personalidad puede considerarse como un conjunto de habilidades que, como tales, pueden modificarse y fomentarse. Comúnmente se pone énfasis en las habilidades cognitivas, sin embargo, las habilidades de cada individuo van más allá de eso: disciplina, motivación, auto-control, poder de relacionarse con los demás, etc. El entorno familiar juega un papel determinante en la generación y fomento de esas habilidades que son valoradas en el mercado laboral y la vida social. La literatura económica y psicológica ha reconocido que el carácter y la capacidad cognoscitiva no son rasgos inmutables de la personalidad de los individuos, son habilidades que se fomentan y, de tenerse, se incrementan con aprendizaje.

Si bien es cierto que en las solicitudes laborales los resultados académicos arrojan información importante a empleadores sobre los conocimientos básicos de quien requiere un puesto de trabajo, no se trata más que una parte de las habilidades necesarias para tener éxito en el ambiente laboral. Heckman y Kautz (2012) muestran que las pruebas de rendimiento no miden de manera precisa rasgos suaves, como las habilidades de personalidad. La perseverancia, la sociabilidad y la curiosidad, entre otras, son altamente valoradas por los empleadores. Los investigadores, a su vez, han mostrado que éstas son constantes sin importar en qué situación se encuentre la persona, pero no lo son con el paso del tiempo. Asimismo, de alguna manera predicen –y de forma certera– los resultados en la vida adulta.

⁸ Véase Almond *et al.*, (2007).

Las habilidades sociales y cognitivas pueden ser impulsadas desde la primera infancia con efectos importantes en la movilidad social en el futuro. Gertler *et al.* (2013) han mostrado que la estimulación temprana psico-social tiene efectos muy trascendentes en los ingresos futuros. En Jamaica, por ejemplo, un grupo de niños de bajos ingresos recibió visitas de trabajadores de salud por dos años. Pasados 20 años, se encontró que los ingresos promedios de los ahora adultos, se habían incrementado en 42%.

La participación de los padres y el entorno familiar juegan un papel central en la formación de habilidades valiosas para una vida económica exitosa. Cuhna y Heckman (2006) muestran que las inversiones de los padres suelen ser más eficaces en el aumento de habilidades no cognitivas. Lo anterior pesa de manera especial: la literatura psicológica muestra que las habilidades no cognitivas promueven la formación de las cognitivas. Dai y Heckman (2013) enseñan que, en China, por ejemplo, la presencia de hermanos mayores tiene efectos significativos sobre las habilidades cognitivas de los niños. Los hermanos mayores son un motor positivo para las habilidades matemáticas de los hermanos menores. De igual forma, las hermanas mayores contribuyen al éxito en el aprendizaje del inglés como segunda lengua.

Por esta razón, intervenciones encaminadas a fomentar un mejor entorno familiar para la generación de habilidades cognitivas y de personalidad, pueden ser de vital importancia para incrementar la movilidad social. Doyle *et al.* (2013) estudian el impacto de inversiones concentradas en mejorar la conducta de los padres y el entorno familiar. En Irlanda, y bajo una muestra de un programa de visitas a domicilio enfocado principalmente en los padres de familia (*Preparing for Life*), los autores concluyeron que estos programas pueden, de hecho, ayudar a compensar los déficits en habilidad de crianza dentro de un plazo corto.

3.3. INTERVENCIONES TEMPRANAS EN MÉXICO

México es un país que presenta condiciones para la aplicación de programas de intervención temprana. La baja movilidad social y los altos niveles de desigualdad, combinados con las deficientes políticas de mejora en la calidad educativa, hacen de México un lugar donde

las intervenciones tempranas pueden tener efectos muy positivos y de largo plazo. Si se desea incrementar las posibilidades de la población vulnerable para lograr éxito socioeconómico, las intervenciones tempranas pueden funcionar como un mecanismo de prevención ya que pueden evitar que aparezcan las deficiencias observadas una vez que los niños inician su educación. Aunado a lo anterior, esta clase de intervenciones tiene más efectos positivos: los niños con mayores habilidades cognitivas y de carácter, tendrán mayores medios para aprovechar eficientemente las inversiones ya realizadas en infraestructura educativa y en mejoras en metodología pedagógica.

México ha realizado programas de intervención temprana principalmente en materia de salud. Tal es el caso de *Arranque Parejo en la Vida* (APV). El programa, iniciado en 2001, se centra en lograr la cobertura universal y condiciones igualitarias de atención para mujeres embarazadas y en situación de parto, así como para sus hijos durante los primeros dos años de vida. El programa ha sido parcialmente exitoso pues ha logrado reducir la mortalidad materna; sin embargo, es casi imposible que cumpla con la Meta del Milenio, a saber: reducir un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015.⁹ Otro programa relacionado es el *Seguro Popular*. Se trata de un sistema de cobertura voluntaria de servicios de salud para personas en situación de desempleo o que trabajan por cuenta propia. La evaluación realizada por el CONEVAL muestra que el programa no tuvo efecto en la condición de salud de la población objetivo. De acuerdo con ella, el *Seguro Popular* tiene una mala distribución de médicos y los niveles de espera para una consulta ambulatoria son extremadamente altos. Esto ocasiona que su impacto como política temprana de salud sea muy reducido.¹⁰

El programa *Oportunidades* —el principal para el combate a la pobreza en el país— de manera indirecta funciona como uno de intervención temprana, ya que incluye paquetes y la participación de los padres en sesiones informativas de salud. Además, cuenta con complementos alimenticios a menores entre los 6 y 23 meses de edad, así como a mujeres en periodo de lactancia. Desde 2010, las familias con niños de 0 a 9

⁹ El sitio <http://www.objetivosdesarrollodemilenio.org.mx/> incluye información sobre las diferentes metas del milenio y su grado de avance para 2015.

¹⁰ Véase CONEVAL (2013).

años reciben un apoyo monetario bimestral con el fin de fortalecer su desarrollo.

Aunque el programa de salud y los apoyos en alimentación son importantes para evitar problemas en la primera infancia —mismos que retrasan y debilitan el desarrollo de habilidades cognitivas y sociales de los niños—, dichas intervenciones no se han complementado de manera concreta con programas educativos para padres más allá de las pláticas de salud. Aunado a lo anterior, el programa *Oportunidades* ha tenido una limitada incidencia en la situación de pobreza en el corto plazo, especialmente en sectores muy

cognoscitivas. Esto podría ser el resultado de la actual colaboración entre *Oportunidades* y el Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE).

Los programas de intervención temprana en México no requieren únicamente de una focalización en los recién nacidos o los niños en edad previa a la escolar. La literatura sobre intervenciones tempranas ha puesto un punto claro: la influencia de los padres sobre el futuro desempeño socioeconómico de los niños es determinante. Esta influencia comienza antes de que el niño nazca, durante el periodo del embarazo. Desgraciadamente, los programas de intervención



vulnerables, como las zonas rurales. Campos Vázquez *et al.* (2013) han mostrado que un hogar rural, después de ser identificado por el programa, tardaría de 24 a 32 años en dejar su situación de pobreza. La necesidad de intervenciones cuyos efectos puedan observarse en un plazo más corto resulta elemental para disminuir los efectos negativos de la mala alimentación y de una crianza deficiente. El programa *Oportunidades* podría beneficiarse si incluye, entre sus condiciones, un programa ambicioso de educación para padres de familia donde se resalte la importancia de las habilidades no

temprana en materia educativa son prácticamente desconocidos por el público general. CONAFE tiene programas que buscan involucrar a los padres de forma activa en el proceso de aprendizaje de sus hijos, en la educación básica e inicial. El programa de *Educación Comunitaria* busca involucrar a los miembros de la comunidad mediante su intervención organizada en las decisiones de carácter educativo. Aunque sea un modelo inclusivo, su intervención puede ser tardía, ya que comienza con la educación básica.

La Secretaría de Educación Pública (SEP) cuenta con el *Programa Nacional de Educación Inicial* que se centra en la atención educativa de infantes entre los 0 y 3 años. Según datos de la SEP, un millón doscientos mil infantes recibieron educación inicial en el país en 2009. Esta cobertura es baja si consideramos que la población entre 0 y 3 años en México en 2005, era de 8 millones según el Censo de Población. Además, los menores en el programa están concentrados principalmente en el Distrito Federal y el Estado de México. Un aspecto a resaltar es que el programa carece de información organizada que permita medir el impacto de la educación temprana y la eficacia de las estrategias educativas utilizadas.

En resumen, si los rezagos en habilidades de carácter y cognitivas ocurren en los primeros años de vida, antes siquiera de asistir a la escuela, las inversiones en infraestructura educativa y mejoramientos de programas académicos se limitarán a efectos menores. Si a un niño no se le fomentan habilidades como disciplina, auto-control y buen juicio, es difícil que intervenciones futuras —como mejorar una escuela o implementar programas de reinserción social— tengan altos retornos.

La agenda de posibles mejoras e intervenciones tempranas nuevas es amplia. En cuestión de salud, México requiere incrementar su cobertura efectiva de este servicio. Si bien el programa *Oportunidades* y el ya extinto programa *Arranque Parejo en la Vida* han tenido resultados positivos sobre la salud de la población beneficiaria, es necesario un esfuerzo mayor con respecto a la igualdad de oportunidades de niños pequeños. Son necesarias políticas de seguimiento para infantes en sus primeros años de vida en materia de salud para asegurar que los niños no sufran desigualdades cognitivas ocasionadas por desnutrición, pobre atención médica o por la exposición a un ambiente insalubre.

La planeación de intervenciones tempranas en México requiere avances sustanciales, principalmente en materia educativa. Las mejoras en movilidad social son posibles a través de la educación de los padres. Como la literatura previa ha sugerido, la capacidad de los padres para motivar a sus hijos y utilizar estrategias efectivas de aprendizaje, puede ser trascendental para generar mayor movilidad social. La crianza efectiva de los hijos también es una habilidad y, como tal, se fomenta, se aprende y se mejora con la experiencia. Incentivos para padres que participen en programas de educación inicial

en las regiones más rezagadas del país, pueden ser un paso inicial para mejorar las estrategias de crianza y la participación de los padres en la educación de los hijos una vez que éstos inicien su educación formal.

3.4. CONCLUSIONES

Una sociedad altamente móvil es aquella que ha logrado sus objetivos de justicia social, eficiencia y cohesión social, donde el mérito de los individuos es el principal causante de su éxito socioeconómico, es decir de progreso social y económico. Desgraciadamente, Latinoamérica —y México como parte de ella— ha mostrado tener niveles muy bajos de movilidad social así como educación deficiente, alta desigualdad en el ingreso, acceso limitado a los servicios de salud y altos niveles de pobreza. Las políticas en México para combatir la desigualdad y la pobreza, han tenido resultados positivos pero menores de los esperados en el largo plazo. Una posible explicación de estas diferencias es que los factores que generan estos resultados se afianzan previamente a los intentos de intervención pública y, por lo tanto, las políticas *a posteriori* tienen efectos muy limitados.

Las intervenciones tempranas son políticas de prevención; se enfocan en la generación de habilidades cognitivas y de carácter que no solo ayudan a los individuos a aprovechar de forma eficiente el sistema educativo, sino que son parte de un proceso dinámico de generación de habilidades. Las ventajas, sobra decirlo, se extienden a la edad madura. La literatura psicológica y económica ha mostrado que las intervenciones tempranas en materia educativa y de salud tienen efectos positivos en el logro académico, empleo e ingreso.

Los programas antes mencionados que se han implementado en México, han tenido un alcance limitado. Los encargados de la política pública no han aplicado programas más progresivos, ni han buscado mejorar el entorno familiar a través de la enseñanza no solo de los hijos sino de los mismos padres. Educar a los padres sobre cómo fomentar en sus hijos las actitudes positivas desde el nacimiento, puede ayudar a romper la tendencia actual de inmovilidad social. Lo anterior —enfaticemos— puesto que al darles las habilidades cognitivas y de carácter, se potencia su éxito en su futura vida laboral.



Referencias

Almond, D., Edlund, L., Li, H., y Zhang, J. (2007). "Long-Term Effects of the 1959-1961 China Famine: Mainland China and Hong Kong". *Working Paper 13384*, NBER.

Almond, D., Hoynes, H., y Whitmore Schazzenbach, D. (2011). "Inside the War on Poverty: The Impact of Food Stamps on Birth Outcomes". *The Review of Economics and Statistics*, 93(2), 387-403.

Andrew, M., y Ruel, E. (2010). "Intergenerational Health Selection in Wealth: A First Look at Parents' Health Events and Inter-Vivos Financial Transfers". *Social Science Research*, 39(6), 1126-1136.

Barreca, A. (2010). "The Long-Term Economic Impact of in Utero and Postnatal Exposure to Malaria". *Journal of Human Resources*, 45(4), 865-892.

Becker, G. (1995). "Human Capital and Poverty Alleviation". *Working Paper 52*, Human Resources Development and Operations Policy.

Bhalotra, S., y Rawlings, S. (2011). "Intergenerational Persistence in Health in Developing Countries: The Penalty of Gender Inequality?". *Journal of Public Economics*, 95(3), 286-299.

Bharadwaj, P., Loken, K., y Neilson, C. (2013). "Early Life Health Interventions and Academic Achievement". *American Economic Review*, 103(5), 1862-1891.

Bozzoli, C., Deaton, A., y Quintana-Domeque, C.. (2007). "Child Mortality, Income and Adult Height". *Working Paper 12966*, NBER.

Campos-Vázquez, M. R., Chiapa, C., Huffman, C., y Santillán, A. (2013). "Evolución de las condiciones socioeconómicas de los hogares en el programa Oportunidades". *El Trimestre Económico*, 80(1), 77-111.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL]. (2012). *Medición de la pobreza 2012*. Disponible en <http://www.coneval.gob.mx/medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Pobreza%202012/Pobreza-2012.aspx>

_____. (2013). *Informe de la evaluación específica de desempeño 2012-2013. Valoración de la información de desempeño presentada por el programa Seguro Popular*. Disponible en http://portal.salud.gob.mx/codigos/columnas/evaluacion_programas/pdf/EED1213_SPSS_SE.pdf

de Coulon, A. Meschib, E., y Vignoles, A. (2011). "Parents' Skills and Children's Cognitive and Non-Cognitive Outcomes". *Education Economics*, 19 (5), 451-474.

Cuhna, F., y Heckman, J. (2006). "Formulating, Identifying and Estimating the Technology of Cognitive and Noncognitive Skill Formation". *The Journal of Human Resources*, 43(4), 738-782.

Dai, X., y Heckman, J. (2013). "Older Sibling's Contribution to Young Child's Cognitive Skills". *Economic Modelling*, 35, 235-248.

Deary, I., Taylor, M., Hart, C. et al. (2005). "Intergenerational Social Mobility and Mod-Life Status Attainment: Influences of Childhood Intelligence, Childhood Social Factors, and Education". *Intelligence*, 33(5), 455-472.

Doyle, O., Harmon, C., Heckman, J. et al. (2013). "Measuring Investment in Human Capital Formation: An Experimental Analysis of Early Life Outcomes". *Working Paper* 19316, NBER.

Gertler, P., Heckman, J., Pinto, R. et al. (2013). "Labor Market Returns to Early Childhood Stimulation: A 20 Year Follow-up to an Experimental Intervention in Jamaica". *Working paper* 19185, NBER.

Heckman, J., y Kautz, T. (2012). "Hard Evidence on Soft Skills". *Labour Economics*, 19, 451-464.

_____. (2013). "Fostering and Measuring Skills: Interventions that Improve Character and Cognition". *Working Paper* 19656, NBER.

Heckman, J., Pinto, R., y Savelyev, P. (2013). "Understanding the Mechanism Through Which An Influential Early Childhood Program Boosted Adult Outcomes". *American Economic Review*, 103(6), 2052-2086.

Hertz, T., Jayasundera, T., Piraino, P., et al. (2007). "The Inheritance of Educational Inequality: International Comparisons and Fifty-Year Trends". *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy*, 7(2). Art. 10.

Hoynes, H., Page, M., y Huff Stevens, A. (2011). "Can Targeted Transfers Improve Birth Outcomes? Evidence from the Introduction of the WIC Program". *Journal of Public Economics*, 95, 813-827.

Kingston, S., Yen Huang, K., Calzada, E., et al. (2013). "Parental involvement in education as a moderator of family and neighborhood socioeconomic context on school readiness among young children". *Journal of Community Psychology*, 41(3), 265-276.

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos [OCDE] (2011). *Factbook 2011: Economic, Environmental and Social Statistics*. Disponible en: <http://www.oecd-ilibrary.org/sites/factbook-2011-en/03/05/01/index.html?itemId=/content/chapter/factbook-2011-31-en>

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD] (2010). *Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe 2010*. Costa Rica: Editorama.

Reynolds, A., Temple, J., y Ou, S. (2010). "Preschool Education, Educational Attainment, and Crime Prevention: Contributions of Cognitive and Non-Cognitive Skills". *Children and Youth Services Review*, 32, 1054-1063.

Robertson, D., y Reynolds, A. (2010). "Family Profiles and Educational Attainment". *Children and Youth Services Review*, 32, 1077-1085.

Subsecretaría de Educación Básica. (2010). *Programa de fortalecimiento a la educación temprana y el desarrollo infantil: Informe ejecutivo*. Disponible en http://basica.sep.gob.mx/inicial/pdf/conocenos/des_infantil.pdf

Vélez Grajales, R., Campos Vázquez, R., y Huerta Wong, J. (2013). *Informe de Movilidad Social en México 2013: Imagina tu futuro..* Disponible en http://www.ceey.org.mx/site/files/informe_mov_social_2013_1.pdf

Vellymalay, S. K. (2012). "A Study of the Relationship Between Indian Parents' Education Level and their Involvement in their Children's Education". *Kajian Malaysia*, 29(2), 47-65.



4.

¿Cómo afectan las guarderías en las decisiones laborales de madres? El caso de México!

Las deficiencias en el cuidado de los niños pueden tener grandes repercusiones negativas en una sociedad; este tipo de situaciones tienden a ser más pronunciadas en familias de bajos ingresos. De esta manera, la expansión de guarderías o instituciones de cuidado infantil de alta calidad puede tener un gran impacto en los países en vías de desarrollo. Por otro lado, las instituciones enfocadas en el desarrollo infantil no solo tienen impactos positivos sobre los niños, sino también sobre las madres pues han resultado ser un mecanismo efectivo para permitirles trabajar y, precisamente, este capítulo se enfocará sobre este tipo de beneficios.

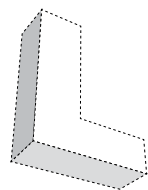
En los últimos 10 años, diversos países en Latinoamérica han presenciado un incremento importante en la participación laboral de las mujeres: por ejemplo, entre 1990 y 2011, Brasil ha incrementado en 23% su tasa de participación, México en 14%, Chile en 12%, y países en Centro América en 14% (World Development Tables, 2013).² Una mayor participación de la mujer en el mercado laboral beneficia a la igualdad de oportunidades entre géneros en el ámbito de trabajo y en el hogar, así como el crecimiento y desarrollo de un país. También existe evidencia de que las madres trabajadoras tienen impactos positivos sobre los procesos cognitivos de niños cuando son mayores de 3 años (Chin, 2012). Sin embargo, muchas mujeres en países en vías de desarrollo continúan enfrentándose a dificultades para entrar al mercado laboral. Una de las restricciones más importantes es el costo que implica el cuidado de los hijos, especialmente para quienes tienen hijos pequeños. Este capítulo analiza cómo los subsidios a guarderías reducen estas restricciones y aumentan la participación laboral de las mujeres, así como sus ingresos. También describe los patrones observados en el mercado laboral de las mujeres con hijos pequeños, la evolución de las guarderías y los efectos encontrados en México comparado con otros países.

En muchas partes del mundo y para familias de diferentes ingresos, existe una mayor asignación de tiempo de la mujer a tareas del hogar y al cuidado de los hijos, y un menor tiempo asignado al trabajo en comparación con los hombres. Las diferencias entre géneros sobre el cuidado de los hijos son diversas: las mujeres en Suecia asignan 70% más tiempo al cuidado de los hijos que los hombres. Por el contrario,

Autora:

Gabriela Calderón. *Dirección General de Investigación Económica, Banco de México*

4.1. INTRODUCCIÓN



La inversión en el desarrollo infantil temprano ha sido considerada como una de las políticas públicas más importantes y con mayores retornos, y se ha establecido como una de las prioridades para instituciones internacionales (BID, 2008). El premio Nobel de Economía, James Heckman, ha realizado varios estudios donde muestra los grandes beneficios de invertir en el desarrollo cognitivo y en la personalidad en los niños pequeños, ya que esto puede reducir costos sociales en el largo plazo, tales como la inequidad, deserción escolar, delincuencia, desempleo y gastos en salud, entre otros (Heckman, 2011 y Heckman *et al.*, 2013).

¹ La autora agradece a Rosalina Arteaga por su excelente colaboración como asistente de investigación de este capítulo.

² Las tasas de participación laboral de las mujeres en la muestra del World Development Tables (2013) están restringidas para las mujeres mayores o iguales a 15 y menores a 60 años.

en Iraq las mujeres pasan hasta 10 veces más tiempo que los hombres cuidando a sus hijos (Duflo, 2012). En México, durante 2012, en las familias con hijos menores a 4 años, las mujeres asignaron más del doble del tiempo al cuidado de los hijos que los hombres y 3 veces más a tareas del hogar (ENOE, 2012). Estas enormes diferencias pueden afectar el desempeño y las decisiones laborales de las mujeres, así como la propia inversión en su capital humano. Muchas mujeres que buscan flexibilidad laboral para sus tareas en el hogar; por ejemplo, pueden inclinarse a trabajar como auto-empleadas o en el sector informal (Duflo, 2012). Estas diferencias en la asignación de tiempo en el cuidado de los hijos y del hogar pueden disminuir con el desarrollo económico; por ejemplo, el uso de

dentro del hogar que una mujer que no lo hace. Hay investigaciones que estudian cómo las oportunidades laborales de las mujeres, que les permiten tener opciones favorables de ingreso, reducen su umbral de tolerancia al abuso dentro del matrimonio (Farmer y Tiefenthaler 1996, 1997; Lundberg y Pollak 1994; Tauchen *et al.* 1991). Es decir, en caso de separarse de su pareja, no resultaría una situación tan costosa en términos de ingreso y calidad de vida para mujeres que trabajan en comparación al resto, lo cual las lleva a ser menos tolerantes a situaciones de violencia. Por otro lado, se ha demostrado empíricamente que cuando las mujeres deciden sobre el gasto del hogar, se genera mayor inversión en la educación y en la salud de los hijos (Thomas, 1990; Duflo, 2003). De esta



tecnología, como los electrodomésticos, y el acceso a energía reducen el tiempo dedicado al hogar; y algunas políticas públicas, como las guarderías, pueden transformar la asignación de tiempo de las mujeres, aumentar las horas dedicadas al trabajo o al estudio y disminuir el tiempo en quehaceres domésticos y cuidado de los hijos.

Mientras más mujeres existan en el mercado laboral, se pueden esperar mejores condiciones tanto a nivel familiar como social. En general, una mujer que trabaja vive en mejores circunstancias y mayor equidad

manera, mujeres con mayores ingresos laborales pueden gastar más en sus hijos, lo cual favorece la equidad y las circunstancias dentro de la familia.

Una sociedad que tiene mayor número de mujeres trabajando, puede cambiar la percepción social e individual de las mismas. Más mujeres con mejores puestos refleja la existencia de un mercado laboral donde la mujer puede ser altamente compensada por sus habilidades y esto tiene importantes consecuencias en los comportamientos sociales y familiares. Por ejemplo, se ha demostrado que las inversiones de los padres en

sus hijos son muy sensibles a los retornos que esperan de dicha educación (Duflo, 2012). De esta manera, podría haber una mayor inclinación de los padres a motivar a una hija a que curse una carrera universitaria, si perciben que puede tener la capacidad de generar el mismo ingreso que un hijo varón. Por otro lado, si las propias mujeres saben e internalizan que pueden obtener mayores ingresos si estudian más, también tendrían mayores incentivos para invertir más tiempo en estudiar y adquirir mayor preparación y experiencia laboral, lo que les permite estar mejor calificadas para el trabajo. Esto, en el largo plazo, puede generar reducciones en el diferencial de salarios, educación y ocupaciones; es decir, una reducción en la inequidad de género en diferentes dimensiones. Finalmente, el aumento en la participación laboral de las mujeres no solo provee de beneficios en términos de equidad de género, sino también en desarrollo económico. Más mujeres trabajando implica una sociedad con una fuerza laboral más amplia, lo cual genera mayor crecimiento y desarrollo para el país. El beneficio es, pues, individual, familiar, social y nacional.



La evidencia académica no es concluyente sobre si es mejor cuidar a los propios hijos o dejarlos en una guardería o cualquier otro tipo de cuidado no-maternal. Los resultados varían dependiendo de la calidad y duración del cuidado no-maternal y la calidad en el cuidado de los niños que las mismas madres ofrecen. El cuidado infantil no-maternal de alta calidad puede ser un mecanismo para aumentar la equidad de procesos cognitivos y habilidades psicológicas y de comportamiento entre diferentes estratos socio-económicos. Existen varios estudios realizados en Latinoamérica que encuentran efectos positivos en procesos cognitivos y habilidades psicológicas de este tipo de cuidado no-maternal (Behrman *et al.*, 2003; Attanasio y Vera-Hernández, 2004). En países desarrollados como Canadá, donde los padres están altamente educados, se ha encontrado que los niños que asisten a guarderías aumentaron sus niveles de ansiedad y agresividad, y disminuyeron algunos indicadores de salud. En Estados Unidos, estudios que han analizado los efectos sobre niños que viven en familias marginadas y que asistieron a un programa preescolar de alta calidad, han encontrado efectos positivos grandes y duraderos en los procesos cognitivos y psicológicos de los niños (Heckman *et al.*, 2013). También existe evidencia de que los niños que no son tan pequeños, como aquellos de 3 años de edad, se benefician al tener a una mamá trabajando fuera del hogar (Chin, 2011). Otros estudios, en Estados Unidos, han encontrado efectos negativos del desempeño de niños que asisten a guarderías en pruebas estandarizadas (Bernal y Keane, 2011). Sin embargo, hay que resaltar que las pruebas estandarizadas para niños muy pequeños pueden tener un margen de error importante.

En síntesis, la evidencia no es concluyente en cuanto a los beneficios del cuidado infantil externo (guarderías, etc.) para niños menores de 3 años. El tipo de efecto parece depender del tipo de cuidado maternal que reciben los hijos: si es muy bueno, los niños pequeños probablemente estén mejor al cuidado de su madre, si no es tan bueno, probablemente estén mejor en un centro de atención infantil de alta calidad. Para niños mayores de tres años, por lo general se encuentran efectos positivos de este tipo de cuidado cuando los centros son de alta calidad.

En Estados Unidos, la reducción en los costos en el cuidado de los niños, junto con la disminución en las diferencias salariales entre géneros, fueron los factores

más importantes que afectaron el incremento en la participación laboral de las mujeres (Attanasio *et al.*, 2008). Dada la baja participación laboral de las mujeres con hijos pequeños y los altos efectos encontrados de este tipo de programa en las decisiones laborales de estas mujeres, se podrían esperar altos rendimientos económicos.

4.2. PARTICIPACIÓN DE LAS MUJERES CON HIJOS EN EL MERCADO LABORAL

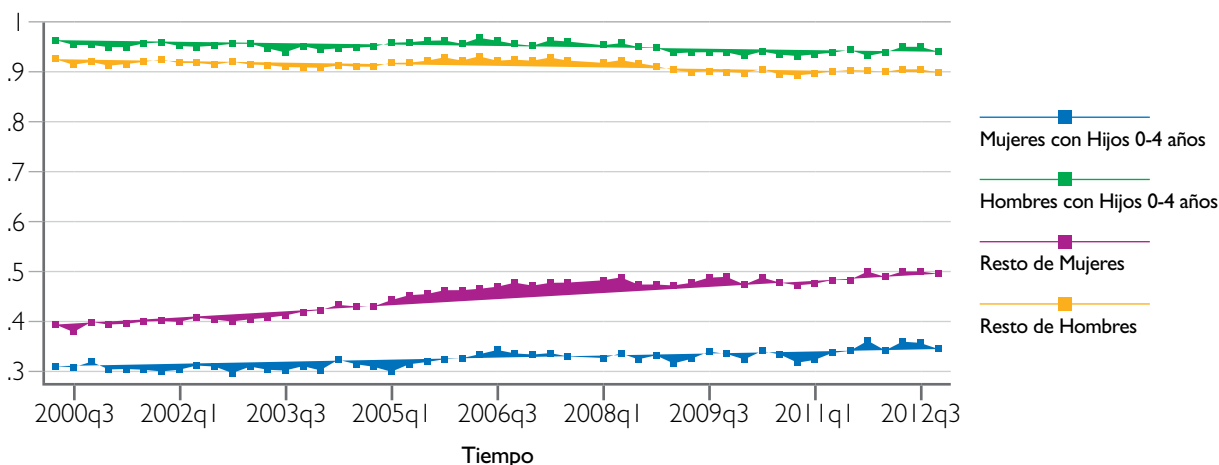
Las decisiones que toman las mujeres sobre cómo asignar su tiempo para el trabajo, descanso y el cuidado de los hijos, dependen de varios factores como su estado civil, número de hijos, ingreso laboral de su pareja, disposición de instituciones del cuidado infantil, entre otros. En esta sección se estudia la asignación de tiempo, el ingreso y la participación de las mujeres y hombres en el mercado laboral en México, entre 2000 y 2012, de acuerdo con su estructura familiar. Observaremos cómo las mujeres con hijos entre 0 y 4 años de edad están altamente especializadas en tareas del hogar y tienen baja participación laboral, comparadas con el resto de la población. En la siguiente sección analizaremos cómo la reducción de costos

en el cuidado no-maternal de los hijos puede generar cambios en estos patrones.

Las tendencias que se presentan en esta sección se crearon a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Empleo (ENE), desde el segundo trimestre del 2000 hasta el cuarto trimestre de 2004, y de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), desde el primer trimestre de 2005 hasta el cuarto trimestre de 2012. La muestra que se utiliza se restringe a los jefes(as) de familia y su pareja en el hogar, entre 16 y 60 años de edad. Todas las figuras muestran las tendencias de 4 grupos: i) mujeres con hijos entre 0 y 4 años de edad, ii) el resto de las mujeres (aquellas sin hijos entre 0 y 4 años), iii) hombres con hijos entre 0 y 4 años de edad y iv) el resto de los hombres (aquellos sin hijos entre 0 y 4 años). Las tendencias en el tiempo se muestran a través de los trimestres de cada año, y la notación utilizada para identificar el periodo de tiempo será presentado como el año seguido por el trimestre; e.g. 2000.q1 significa el primer trimestre del año 2000.

En México, más del 90% de los hombres entre 16 y 60 años de edad trabaja, mientras que menos de la mitad de las mujeres lo hace. En particular, la proporción de mujeres con hijos pequeños —es decir, con hijos de 0 a 4 años— que trabaja es muy baja y se ha mantenido en

GRÁFICA 4.1. PORCENTAJE DE TRABAJADORES (2000-2012)



Fuente: ENE, 2000.q2-2004.q4 y ENOE, 2005.q1 - 2012.q4.

Nota: Se definió "trabajador" según la clasificación que define a una persona ocupada de acuerdo al INEGI, que incluye a trabajadores subordinados y remunerados, empleadores, trabajadores por cuenta propia y trabajadores no remunerados.

ese promedio a lo largo de los años. Durante el 2000 (ver Gráfica 4.1), alrededor del 30% de mamás con hijos pequeños trabajaba mientras que el 40% del resto de las mujeres lo hacía. El incremento en el porcentaje de mamás con hijos pequeños trabajando ha sido muy lento y preocupante pues en 11 años (2001-2012) tan solo aumentó del 30.4% al 34.3% (aproximadamente 4 puntos porcentuales), mientras que el resto de las mujeres (las que no tienen hijos de 0 a 4 años) ya había alcanzado un 50% de participación para el 2012.

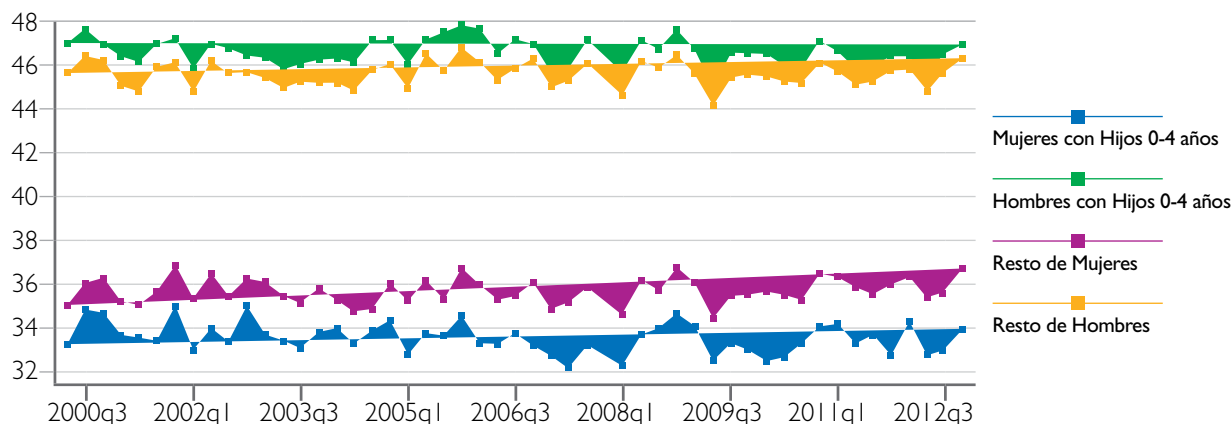
No solo hay grandes diferencias en la participación laboral entre hombres y mujeres sino también en el tiempo dedicado a actividades dentro y fuera del hogar. Las gráficas 2, 3 y 4 muestran claramente una alta especialización en las actividades en las parejas. Por ejemplo, en 2012, en una familia promedio donde ambos se encontraban trabajando y tenían hijos pequeños, los hombres trabajaban 12 horas más a la semana que sus esposas o parejas (ver Gráfica 4.2). Sin embargo, las mujeres asignaban alrededor de 16.7 horas más a la semana al cuidado de los hijos y 6.5 horas más al cuidado del hogar. Es interesante observar que las mujeres que laboran y tienen hijos, trabajan más en deberes –cuidado de los hijos, actividades laborales y cuidado del hogar– que los hombres con estas características. No solo en las familias con hijos pequeños se observa este tipo de especialización. En general, en

el resto de las familias, las mujeres asignan 20 horas más a la semana que los hombres en el cuidado del hogar y casi el doble del tiempo al cuidado de los hijos.

Como se puede apreciar en estas gráficas, cuando la mujer está muy enfocada en las labores del hogar y cuidado de los hijos, como es el caso de México, un programa que reduzca los costos del cuidado infantil podría beneficiar a muchas mujeres directamente así como a sus parejas e hijos, ya que podrían aumentar sus ingresos por trabajo remunerado o aumentar el tiempo dedicado a otras actividades, incluyendo descanso o mayor atención a sus hijos.

Existen muchas discusiones sobre los beneficios y los costos de dejar a los niños en las guarderías. Sin embargo, como ya se mencionó, los resultados de las investigaciones no son concluyentes, ya que mucho depende de los cuidados que los niños reciben en su hogar comparado con los cuidados que reciben en una guardería. Los sistemas de cuidado infantil que ayuden al desarrollo de las habilidades cognitivas y de personalidad de los niños, más allá de lo que pudieran recibir en su hogar, llevan a mejores resultados educativos en los niños y menor propensión a incurrir en actividades delictivas (Heckman, 2011; Heckman *et al.*, 2013). Para países en vías de desarrollo como México, existe un gran potencial para tener impacto de largo

GRÁFICA 4.2. HORAS DEDICADAS AL TRABAJO (2000-2012) CONDICIONADO A LAS PERONAS OCUPADAS



Fuente: ENE, 2000.q2-2004.q4 y ENOE, 2005.q1 - 2012.q4.

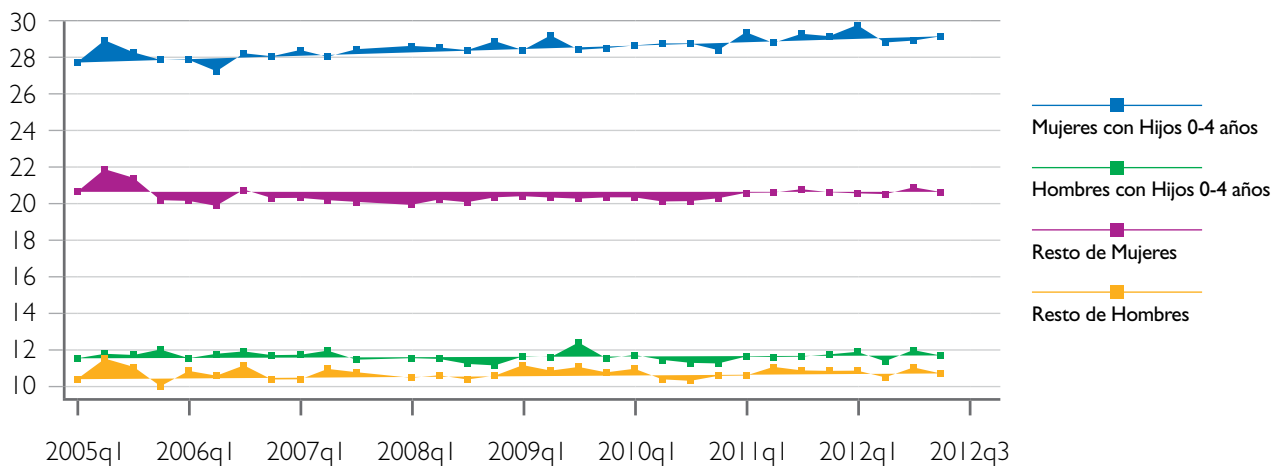
Nota: La ENE y la ENOE definen "horas dedicadas al trabajo" como horas trabajadas a la semana. Esta variable está en función de aquellos que pertenecen a la Población Económicamente Activa (PEA) y que están ocupados de forma plena; es decir, que reciben un salario.

plazo a través de un sistema de alta calidad del cuidado infantil, especialmente para las familias de bajos recursos y con bajos niveles educativos.

En México, como en otros países, el ingreso laboral del hombre es considerablemente mayor al de la mujer (ver Gráfica 4.5) aunque el ingreso por hora no se

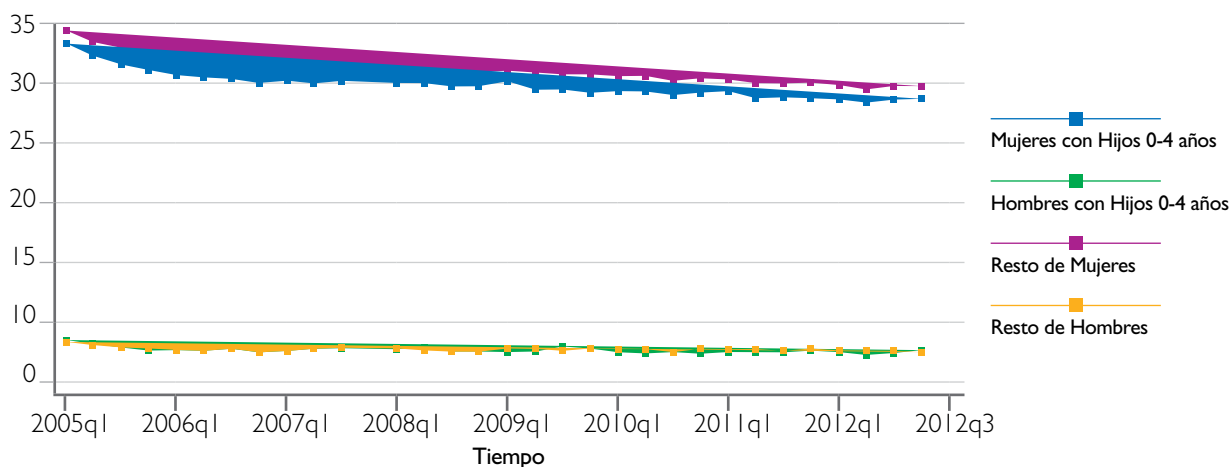
diferencia considerablemente entre género. Algunos economistas han desarrollado teorías para explicar estas diferencias. Por ejemplo, Juhn *et al.* (1991) argumentan que los hombres pudieran recibir mayores salarios, debido a que cuentan con mayor educación y experiencia laboral, es decir, están más calificados para el trabajo. Otros estudios, además de indicar que

GRÁFICA 4.3 HORAS DEDICADAS A LA SEMANA AL CUIDADO DE LOS HIJOS (2005 – 2012)



Fuente: ENOE, 2005.q1 - 2012.q4.

GRÁFICA 4.4. HORAS DEDICADAS AL CUIDADO DEL HOGAR (2005 – 2012)



Fuente: ENOE, 2005.q1 - 2012.q4.

existen diferencias en la experiencia laboral y el nivel educativo, enfatizan que muchos hombres trabajan más horas y se enfocan a ocupaciones que generan, por sí mismas, mayores salarios. También, en el largo plazo, las empresas tienen menor riesgo de perder un trabajador hombre ya que, por ejemplo, las mujeres pueden decidir embarazarse. Finalmente, también hay varios estudios que observan discriminación laboral hacia las mujeres (ver Blau y Kahn, 2007 para una revisión completa de la literatura). Otra explicación para estas diferencias en el ingreso laboral tiene que ver con la división de trabajo. Si las mujeres dedican más tiempo a las tareas del hogar y al cuidado de los hijos, en relación con los hombres, entonces su productividad en el trabajo puede disminuir y esto afecta su ingreso laboral (Becker, 1985).

En México, al parecer, gran parte de las diferencias salariales entre géneros proviene de las horas dedicadas al trabajo. Es decir, en promedio los hombres y las mujeres ganan aproximadamente lo mismo por hora, así que la diferencia en el ingreso laboral mensual se debe, principalmente, a que las mujeres trabajan menos horas (ver Gráfica 4.5). Becker (1985) indica que una mínima diferencia salarial o un mínimo indicio de discriminación en el ámbito laboral contra la mujer, puede generar una división de trabajo extrema. Es posible que este tipo de mecanismo sea lo que esté generando la

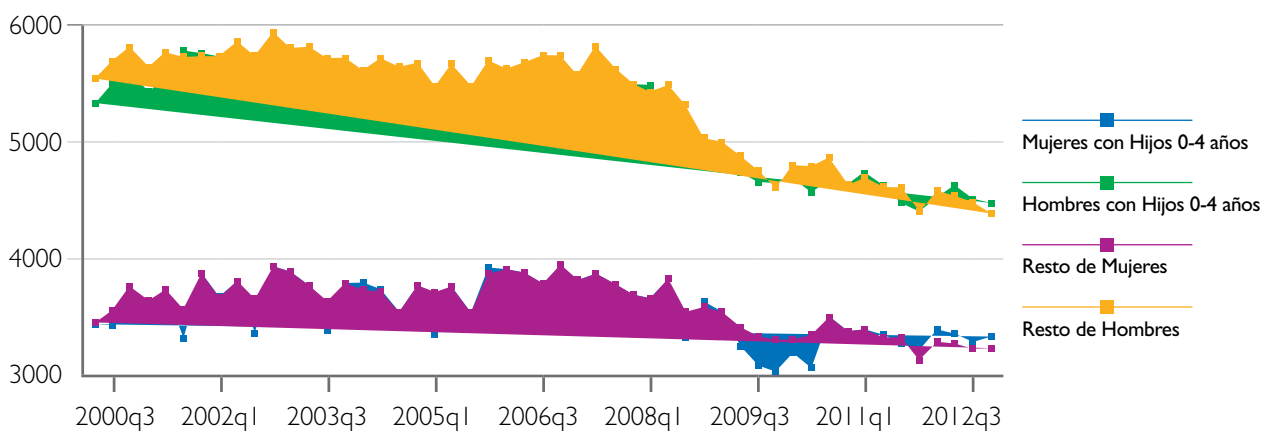
acentuada división del trabajo en México, a pesar de que los salarios por hora no sean tan dispares.

Un buen programa de desarrollo infantil podría traer grandes beneficios en el largo plazo, especialmente si el desarrollo en las habilidades cognitivas y de personalidad es mayor que las recibidas en el hogar. Por otro lado, las actuales tendencias en el uso del tiempo en actividades dentro y fuera del hogar, así como el ingreso laboral promedio esperado, nos indican que muchas mujeres podrían verse altamente beneficiadas por un subsidio en guarderías. A continuación veremos cómo un subsidio a guarderías puede disminuir el costo en el que incurren las mujeres en el cuidado de los hijos, e incentivar a algunas de ellas a la entrada en el sector laboral.

4.3. EL EFECTO DEL SUBSIDIO EN GUARDERÍAS SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LAS MADRES

A lo largo de la historia se han implementado diferentes tipos de programas que disminuyen el costo del cuidado de los hijos. El ejemplo más sencillo es la creación de nuevos espacios de guarderías subsidiadas en lugares donde no existía este tipo de servicio. Otro

GRÁFICA 4.5. INGRESO LABORAL MENSUAL PERCIBIDO (2000-2012)



FUENTE: ENE, 2000.Q2-2004.Q4 Y ENOE, 2005.Q1 - 2012.Q4.

Nota: El ingreso laboral mensual fue deflactado con base en el Índice Nacional de Precios al Consumidor normalizado a pesos del 2011.

ejemplo más común es la creación o el aumento del subsidio de este servicio en lugares donde ya existen guarderías. Durante la reforma fiscal de 1971-1972, en Estados Unidos se implementaron políticas más sofisticadas que permitían deducciones fiscales al gasto en guarderías solo para mujeres que trabajaban un determinado número de horas. En España, durante el 2007, se introdujo el sistema de transferencias directas para aquellas mujeres que tuvieran recién nacidos. También otros países han extendido la oferta de escuelas preescolares públicas, la cual reduce el costo del cuidado de los hijos.

En general, cada una de estas políticas públicas produce diferentes efectos en las decisiones de las mujeres para entrar al mercado laboral y en las horas trabajadas para aquellas que ya se encontraban trabajando. La magnitud del efecto también depende del contexto en el que se vive en cada país y de la situación que enfrenta cada mujer. Por ejemplo, mujeres que son jefas de familia o responsables del ingreso de su hogar, son más propensas a trabajar más o a utilizar guarderías cuando reciben un subsidio para utilizar estos servicios.

Se han propuesto diversos modelos económicos para comprender mejor las decisiones de las mujeres al enfrentarse a una reducción del costo del cuidado de sus hijos por una persona externa o instituciones (Heckman, 1974; Michalopolus *et al.*, 1992; Calderón, 2013). Imaginemos una mujer que se enfrenta a un subsidio de guardería y que tiene la opción de trabajar fuera del hogar o no (no importa si el trabajo es formal o informal). Se podría pensar que la mujer estará más satisfecha si puede dedicarse tanto a sus hijos, como a otras actividades (no laborales). Es posible pensar también que la calidad de la atención hacia sus hijos pequeños sería mayor entre más tiempo pase la madre con ellos, ya que puede dedicar tiempo a enseñarles, conversar con ellos, jugar, etc.

Sin embargo, si lo importante es la calidad de la atención y la interacción, es posible suponer que otra persona pudiera también hacerlo. En este sentido, el desarrollo de los niños dependerá de qué tan buena sea esta atención, cuidado y estimulación que recibe el niño o niña en una guardería o al cuidado de una persona externa. La madre puede decidir reducir el tiempo asignado al cuidado de sus hijos y pagar una cuota para cubrir el cuidado de éstos y, de esta manera, aumentar su tiempo para otras actividades. Si el

cuidado no-maternal de sus hijos le resulta muy caro, tan caro que a pesar de trabajar fuera del hogar no pueda pagarlo, entonces puede resultar más costoso que ella misma cuide a sus hijos en lugar de trabajar fuera del hogar. Sin embargo, si esta madre se enfrenta a un subsidio de una guardería, entonces le resultaría más favorable ponerse a trabajar o dedicar ese tiempo a otras actividades (incluyendo descansar) y la lógica consiste en que le sale más barato hacerlo.

Dicho de otra manera, mientras más barato sea pagarle a alguien más para que cuide a los hijos, más difícil es para la mujer decidir no trabajar o no asignar ese tiempo a otras actividades. Sin embargo, las mujeres tienen reacciones diferentes frente a la existencia de guarderías y otras formas de subsidiar el cuidado de los niños. Dichas reacciones dependen de su contexto económico, los ingresos que potencialmente recibirá en su trabajo fuera del hogar y la importancia que le da a cuidar ella misma a sus hijos, así como la utilidad que deriva de dedicar tiempo a otras actividades.

A continuación se describen algunos de los resultados de investigaciones que utilizan métodos rigurosos para aislar el efecto de programas que reducen el costo del cuidado de los hijos, como las guarderías y estancias infantiles. En general, la mayor parte de los mejores estudios indican que sí existe un aumento en la participación laboral cuando se reduce el costo del cuidado de los hijos, la diferencia entre éstos proviene de la magnitud encontrada y del tipo de población que analizan. Este capítulo no entra en detalle sobre las metodologías utilizadas; sin embargo, todos los artículos citados a continuación realizan un considerable esfuerzo para aislar el efecto de los programas.³

Entre los estudios que logran aislar y medir el impacto en la participación laboral de las madres, se encuentra el artículo de Gelbach (2002) y Baker *et al.* (2008). El primero estima la probabilidad de que una madre entre a trabajar cuando tiene la posibilidad de dejar a sus hijos de 5 años en un kínder. El estudio encuentra efectos sustanciales especialmente cuando el niño más chico de la familia es el que entra al kínder. Las estimaciones

³ Muchos de los resultados se presentan en cambios de puntos porcentuales, por ejemplo, si en promedio 10% de las mujeres trabajan, entonces un subsidio que aumenta en 2 puntos porcentuales se refiere a que cambia del 10% al 12%. También algunos estudios hablan sobre cambios en la media; siguiendo el mismo ejemplo, un aumento de 2 puntos porcentuales cuando el 10% trabajaba en un inicio, representa un 20% ($=2/10$) de incremento sobre la media.

indican que las mujeres solteras cuyo hijo más chico tiene 5 años de edad, incrementan la probabilidad de estar empleadas en 5 puntos porcentuales (10% sobre la media), incrementan las horas trabajadas en 5 puntos porcentuales (16% sobre la media) y en un 24% el ingreso laboral. Para las mujeres casadas, se muestra un incremento en medidas de participación laboral entre 6 y 15 por ciento sobre la media.

El estudio de Baker *et al.* (2008) analiza una gran expansión en la provisión de guarderías—para niños menores de 4 años— y de kínder público—para niños de 5 años— que ocurrió en Quebec, Canadá. El porcentaje del uso de guarderías incrementó en 14 puntos porcentuales o casi un 30% sobre la media observada antes de la introducción de la política. La participación laboral de las madres se incrementó aproximadamente 7.7 puntos porcentuales o, de manera equivalente, un 14.5% sobre la media. También encuentran que hay un mayor incremento en el uso de guarderías que en la participación laboral y su interpretación consiste en que muchas familias, donde ambos padres se encontraban trabajando, dejan de utilizar a parientes para el cuidado de sus hijos y comienzan a utilizar las guarderías.

En general, los estudios realizados en Estados Unidos indican que las mujeres solteras son más propensas que las casadas a aumentar sus horas de trabajo y a entrar a trabajar ante un subsidio de guarderías (Tekin, 2004; Cascio, 2009). También se observa que las mujeres con menor educación deciden entrar más fácilmente al mercado laboral ante un subsidio para el cuidado de sus hijos (Anderson y Levine, 2000). Es interesante encontrar estudios donde actualmente, en Estados Unidos, no se encuentran efectos en la participación laboral de las mujeres (Fitzpatrick, 2010). Posiblemente se deba a que las reacciones para entrar a trabajar, ante una reducción en precios, son bajas en poblaciones donde la mayor parte de las mujeres ya se encuentra trabajando.

En Argentina expandieron la disposición de centros de enseñanza a nivel pre-escolar para los hijos (entre 3 y 5 años) de mujeres entre 18 y 49 años, a través del programa *Construcción de Escuelas Preescolares*. Entre 1994 y 2000, el programa logró generar 175,000 escuelas aproximadamente; lo que significó un incremento de casi el 18%. Berlinski y Galiani (2007) evalúan los efectos de esta gran expansión y encuentran un aumento en 7.5 puntos porcentuales en la inscripción

de los niños a estas escuelas y una alta tasa de adaptación, por parte de las familias beneficiarias, a las nuevas instalaciones así como un incremento de 7 a 14 puntos porcentuales en la probabilidad de que las madres puedan emplearse (equivalente entre 18% y 36% sobre la media). Estos resultados asumen que hay pleno uso de las instalaciones por los niños elegibles.

En Colombia, el programa *Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar*, implementó un sistema para cuidar a niños pequeños donde una de las madres de la comunidad se responsabiliza del cuidado y de la alimentación (financiada por el gobierno) de un grupo de niños. Esta madre seleccionada recibe una pequeña cuota al mes—lo que equivale a \$4 dólares— por parte de los padres que usan este servicio. Attanasio y Vera-Hernández (2004) encuentran un aumento en la participación laboral de las madres que utilizaron este servicio entre 12 y 37 puntos porcentuales y un incremento de 75 horas trabajadas al mes.

De acuerdo a la información obtenida, no existen resultados empíricos robustos que muestren que la respuesta de las mujeres depende de la calidad de los centros. Los estudios expuestos en esta sección muestran que, en general, para diferentes poblaciones y países, una proporción importante de las madres con hijos pequeños entra al mercado laboral ante la presencia de guarderías subsidiadas o de bajo costo. Dado el alto impacto que tienen los programas de desarrollo infantil en los niños y sus efectos duraderos, es esencial que el gobierno, al implementar este tipo de programas, ponga especial énfasis en su calidad.

4.4. LA EXPANSIÓN Y LOS EFECTOS DE LAS GUARDERÍAS EN MÉXICO

En México, durante 2009, aproximadamente el 80% de los niños menores de 6 años eran cuidados por su madre, el 1% asistía a una guardería privada, el 2.6% iba a una guardería pública y el 10.8% eran cuidados por un familiar (IMSS, 2012).⁴ Estas cifras indican el poco acceso que existe tanto a guarderías privadas como públicas. Para la familia promedio resulta muy costoso pagar una guardería privada (ver Figura 6). Por ejemplo, en 2008, de acuerdo a los datos de la

⁴ El resto eran cuidados por "otros".

Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), las familias que asumen un gasto por el cuidado de los hijos pagan en promedio 975 pesos mensuales, que equivale al 4.2% del ingreso para el quinto decil⁵ de acuerdo a la distribución del ingreso de las familias mexicanas en ese año. Dado que no todos tienen acceso a familiares para que cuiden de sus hijos, y pocos tienen acceso a pagar una guardería privada, resulta de suma importancia la provisión de guarderías públicas o subsidiadas de calidad.

El gobierno de México proporciona servicio de guarderías principalmente a través del ISSSTE, IMSS y el Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras (EI). Especialmente las guarderías del ISSSTE y del IMSS enfrentan una restricción de espacios disponibles, lo cual se refleja en largas listas de espera. A continuación se presenta cómo han evolucionado, a través del tiempo, los espacios disponibles de guarderías y en cuáles regiones se han ubicado. El enfoque se hará solamente para las estancias infantiles del IMSS y de EI debido a la disponibilidad de los datos. Sin embargo, el número de estancias infantiles manejadas por el ISSSTE es considerablemente menor.⁶

⁵ El quinto decil del ingreso (o la mediana) se refiere al punto donde los ingresos de la familia la sitúan por encima de la mitad de los ingresos de las familias mexicanas exactamente.

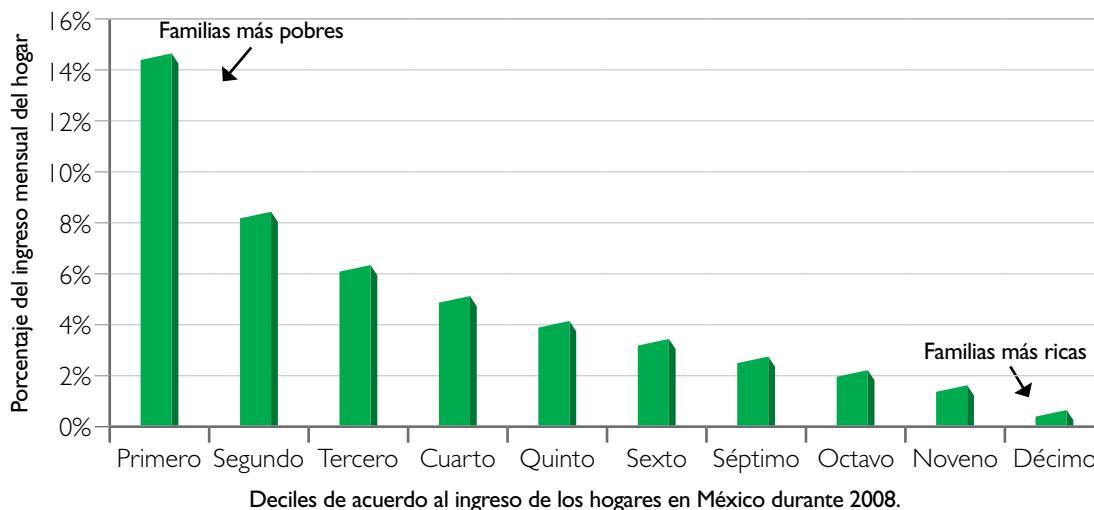
⁶ Durante el 2004, el número de guarderías manejadas por el ISSSTE era 275 mientras que el IMSS manejaba 1,565 (INEGI, 2009).

Antecedentes de los programas del cuidado infantil en México

En 1973, el Congreso aprueba algunas reformas a la Ley del Seguro Social. Entre ellas, se introduce la prestación de servicios de guarderías como parte de la seguridad social y es así como comienzan a proveer servicios las guarderías del IMSS. Como se puede observar en la Gráfica 4.7, la expansión inicial de guarderías de esta institución fue lenta y pasan aproximadamente 25 años para proveer 100,000 espacios para atender a hijos de mujeres que trabajan en empresas que ofrecen seguridad social para sus trabajadores, es decir, mujeres que trabajan en el sector formal. En 2000 se comienza a observar una aceleración en la expansión. Sin embargo, no ha sido suficiente para reducir el número de solicitudes pendientes: en 2000 se observaban aproximadamente 44,214; para 2011 había 43,532 solicitudes pendientes (IMSS, 2012). Esto se debe al aumento importante en la demanda de guarderías, generado por el incremento en la participación laboral de las mujeres.

Es importante aclarar que las madres que tienen acceso a las guarderías del IMSS deben estar trabajando, tener acceso a seguridad social y sus hijos deben tener entre 45 días y cuatro años de edad. Los hombres viudos o divorciados que tienen la custodia de sus

GRÁFICA 4.6. PORCENTAJE DEL COSTO DE UNA GUARDERÍA SOBRE EL INGRESO MENSUAL DE LOS HOGARES



Nota: La figura se realizó con cálculos propios del autor; usando la ENIGH 2008.

hijos y que cumplen con las condiciones anteriores, también pueden utilizar el servicio. Ante un escenario donde las guarderías privadas resultan caras y donde las guarderías públicas son poco accesibles, resulta fácil predecir la alta demanda que tendría el servicio de otro tipo de guardería pública.

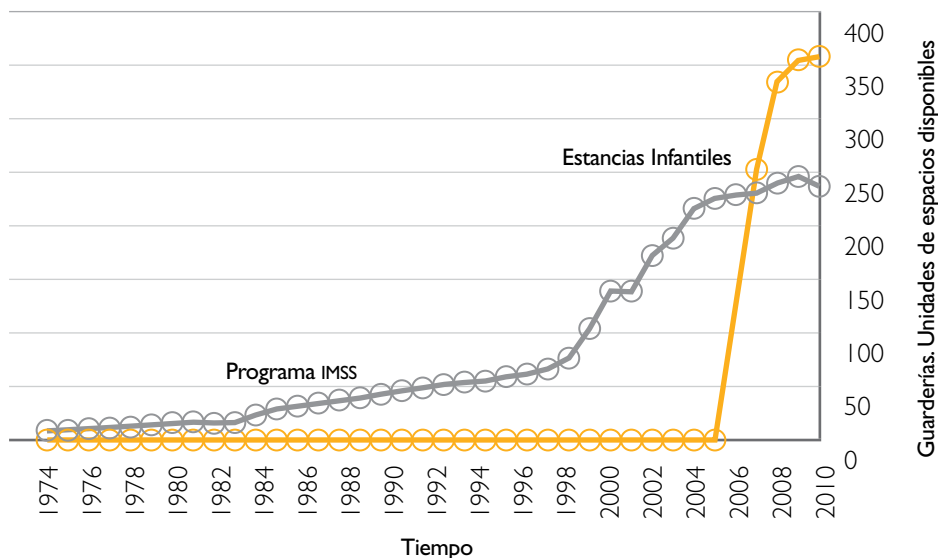
Ante la falta de espacios en las guarderías para el mercado laboral formal y para atender a personas que se encontraban en el sector informal o que no trabajaban, en 2007 se introduce el *Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras* (EI) operado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). La principal población objetivo son las mujeres con niños mayores a 1 año y menores a 4 años de edad,⁷ viviendo en hogares que no superaran 6 veces el salario mínimo y que no tengan acceso a guarderías del IMSS (Reglas de Operación, 2007). El objetivo del programa es apoyar a mujeres que trabajan, buscan empleo, se encuentran estudiando, así como a los padres solos con el fin de facilitarles la búsqueda de trabajo, ofrecerles mayor disponibilidad de tiempo para “acceder y permanecer en

el mercado laboral”, así como “disminuir la vulnerabilidad de los hogares en los que la jefatura de una familia con niños recae en una madre trabajadora” (Reglas de Operación, 2007). Este programa se alinea con algunos objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, tales como i) facilitar la integración de las mujeres al mercado laboral, ii) elevar la productividad de las personas para que cuenten con mejores opciones de empleo y iii) garantizar igualdad de oportunidades (Reglas de Operación, 2010).

En 2007, el gobierno federal presenta una convocatoria donde se subsidia la creación de guarderías a personas que desean instalar una y pertenecer a la red EI, bajo el cumplimiento de ciertos requisitos como tener cursos de capacitación para su personal, contar con seguros de accidentes personales, contar con instalaciones adecuadas, proveer dos comidas al día, entre otros. De acuerdo con las Reglas de Operación del 2007, el gobierno federal puede transferir hasta 35 mil pesos a una guardería de EI para equipar el inmueble y 20 mil pesos adicionales, si es necesario, después de un año de estar operando. Las mujeres que hicieron uso de los servicios de las guarderías de EI, recibieron subsidios entre 700 y 450 pesos mensuales, transferidos directamente a la guardería en la

⁷ Había algunas excepciones donde se aceptaban a niños de 1 a 5 años con 11 meses de edad, en los casos en que contarán con alguna discapacidad.

GRÁFICA 4.7. EXPANSIÓN DE GUARDERÍAS PÚBLICAS



Fuente: Datos Administrativos.

Nota: La tendencia de EI muestra datos hasta el segundo trimestre del 2010.

que se encontraban inscritos sus hijos. Como se puede apreciar en la Gráfica 4.7, la expansión de El fue acelerada. Para finales de 2007, el programa supera el número de espacios disponibles que aquellos ofrecidos a las guarderías del IMSS.

A pesar de que en número de espacios de guarderías, El fue mayor que el IMSS, su cobertura relativa al número de niños potenciales que pueden atender ha sido menor. Una manera de medir la cobertura de guarderías es crear un índice donde se divide el número de espacios totales en un municipio, entre el número de niños elegibles para ese programa. Para el caso del IMSS, los niños elegibles se definieron como aquellos entre 1 y 4 años de edad cuya madre tenía seguridad social del IMSS y para el caso de El fueron aquellos niños, con el mismo rango de edad, cuyas madres no tenían acceso a estos beneficios. Se utiliza el CENSO de Población y Vivienda en 2010 para generar esta fracción. Este índice aproxima la posibilidad de que un niño pueda tener acceso a una guardería en un municipio. En la Gráfica 4.8 se muestra el promedio observado de este índice, hasta junio del

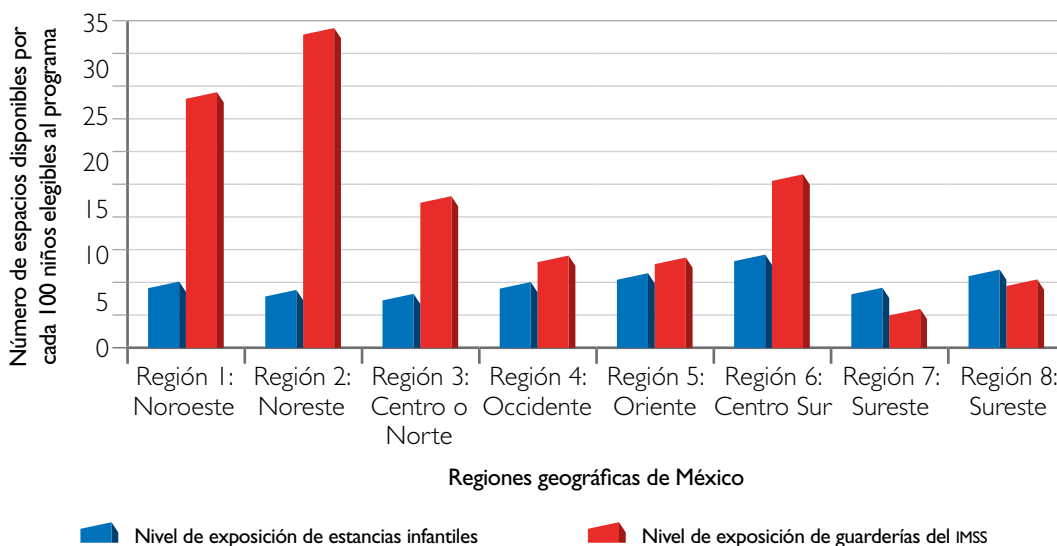
2010, en distintas regiones del país; los estados que comprenden cada región están indicados debajo de la gráfica.

Observamos que los niños de las regiones del norte tienen mayor posibilidad de tener acceso a una guardería cuando su mamá trabaja en el sector formal, que aquellos niños en estas condiciones pero que viven en regiones del sur. Por otro lado, el programa de El ha tenido mayor cobertura en relación con los niños elegibles en la región Centro Sur, Oriente y Sureste. Podemos observar que, en promedio, para cada municipio en distintas regiones del país, El no puede atender a más del 10% de la población elegible, mientras que el IMSS, para unas regiones, cubre en promedio a casi el 35% de la población, pero en otras a menos del 5%.

Los efectos de guarderías en el mercado laboral de las mujeres en México

En México, como en otros países, subsidiar servicios enfocados al desarrollo infantil resulta caro y, en muchas ocasiones, el pago por cada espacio disponible para el

GRÁFICA 4.8. NÚMERO DE ESPACIOS DE GUARDERÍAS DISPONIBLES RELATIVO AL NÚMERO DE NIÑOS ELEGIBLES



Nota: Esta figura presenta el número de guarderías relativo al número de niños —o nivel de exposición— entre 1 y 4 años de edad que son elegibles para el programa de El y para las guarderías del IMSS. Las figuras presentan el promedio observado del nivel de exposición de todos los municipios en cada región, para junio del 2010. Los niños elegibles para el IMSS son aquellos niños que tienen una madre que trabaja y tiene beneficios de Seguridad Social, es decir, trabaja en el sector formal. Los niños elegibles para El son aquellos cuya madre no tiene beneficios de Seguridad Social, es decir, no trabajó o trabaja en el sector informal. Las regiones están compuestas de la siguiente manera: Región 1- Baja California, Baja California Sur; Sonora, Chihuahua, Sinaloa y Durango. Región 2- Nuevo León, Tamaulipas y Coahuila. Región 3- Zacatecas, San Luis Potosí, Guanajuato, Aguascalientes y Querétaro. Región 4- Nayarit, Jalisco, Colima y Michoacán. Región 5- Veracruz, Hidalgo, Puebla y Tlaxcala. Región 6- Estado de México, Distrito Federal y Morelos. Región 7- Guerrero, Oaxaca y Chiapas. Región 8- Yucatán, Quintana Roo, Campeche y Tabasco.

cuidado de un niño resulta mayor que el ingreso laboral las mujeres con hijos pequeños. Implementar un sistema de subsidios de guarderías implica un aumento en el gasto del gobierno y para financiarlo, podrían aumentar impuestos, eliminar otros programas gubernamentales o aumentar los ingresos federales a través de otros medios. Es de suma importancia analizar cuál ha sido el efecto de las guarderías en México y contabilizar si los beneficios superan los costos del programa.

No existe un documento de investigación publicado que evalúe de manera apropiada el impacto de las guarderías del IMSS. Es por esto que la presente sección se enfocará en describir los resultados de los efectos encontrados por el programa EI, basado en Ángeles *et al.* (2011) y Calderón (2013).

Calderón (2013) estima diversos efectos del programa EI sobre las decisiones laborales de las mujeres y de los hombres. En resumen, encuentra un aumento en la participación laboral de las mujeres, un aumento en su ingreso laboral y una disminución en la probabilidad de cambio en su trabajo. También concluye que este tipo de programa le permite a las parejas de las mujeres que se encuentran trabajando, asumir mayor riesgo para ir en busca de mejores trabajos. En particular, se encontró que las mujeres que sí concurren al programa, aumentaron su participación en el trabajo en 8.4 puntos porcentuales. Aproximadamente el 34.5% de las mujeres de interés para el estudio, trabajaban en el último trimestre del 2006. Esto implica que hubo un aumento del 24% sobre la media. El artículo también muestra que el incremento en el ingreso laboral de estas mujeres fue del 19.8%.

Este estudio también encuentra que por cada hora que reducen en el cuidado de los hijos, las mujeres con niños pequeños aumentan sus ingresos laborales en 70 pesos reales en promedio (base 2008), gracias al programa EI. También hubo una reducción de 4 horas a la semana en el cuidado de los hijos (promediando mujeres que tomaron el programa y aquellas que no). Lo anterior sugiere que con una población aproximada de 3.5 millones de estas mujeres, el ingreso laboral generado por el programa al mes sería aproximadamente de 980 millones de pesos reales (base 2008). Si en 2012 hubo un presupuesto ejercido para este programa aproximado de 3 mil 130 millones de pesos⁸

⁸ 3,130 millones de pesos aproximadamente equivale a 2 mil 650 millones de pesos reales (base 2008).

(Primer Informe de Gobierno, 2013) y asumiendo que los efectos se sostienen para ese año, entonces tomaría 2.7 meses para que la economía vuelva a recuperar ese gasto. Analizando los efectos a nivel nacional, se calcula que el programa elevó la participación laboral de mujeres con hijos pequeños en aproximadamente 1.5 puntos porcentuales. Como se mostró en la sección 2, la población de mujeres que tiene hijos entre 0 y 4 años de edad entre el 2000 y 2012, aumentó únicamente 4 puntos porcentuales. Un 37% de este crecimiento puede ser explicado por la expansión del programa EI.

Por otro lado, Ángeles *et al.* (2011) también generan una evaluación del programa EI. Este estudio utiliza una submuestra de las mujeres participantes y la compara con algunas que se encuentran en lista de espera. La submuestra está seleccionada pues las mujeres que utilizan y se encuentran en lista de espera tienen posiblemente características no-observables que las hacen inclinarse por el uso de este servicio. Por ejemplo, dentro de la muestra, el 84% de las mujeres trabaja, pero de las mujeres elegibles para este tipo de programa, aproximadamente el 34% se encontraba trabajando, es decir, no son representativas. Los resultados entre Calderón (2013) y Ángeles *et al.* (2011) no son equiparables pues la muestra es diferente.

En relación con la participación laboral, los autores encuentran que el mayor impacto del programa recae en las madres titulares del programa; El aumenta en un 17.8 puntos porcentuales su probabilidad de tener empleo (o un aumento de 21% sobre la media), así como el tiempo que le pudiesen dedicar al trabajo (es decir, las madres titulares podrían dedicar 6 horas semanales más al trabajo). Sin embargo, para aquellas personas que cuidan a los niños y que no son sus madres (ej. abuelos, tíos, hermanos, etc.) no se encontraron efectos significativos en su participación laboral ni en las horas que le dedican al trabajo. Tampoco encuentran suficiente evidencia de que las madres participantes estén optando por Estancias Infantiles que cobran menos, lo cual es una *proxy* de menor calidad.

Otros estudios han descubierto magnitudes similares en los efectos. Los efectos encontrados en programas para Estados Unidos y Canadá son entre 5 y 14 puntos porcentuales (Gelbach, 2002; Berger y Black, 1992 y Baker *et al.*, 2008). En Argentina se encontraron efectos entre 7 y 14 puntos porcentuales cuando

se crean centros de enseñanza a nivel pre-escolar (Berlinski y Galiani, 2007). En Colombia, Attanasio y Vera-Hernández (2004) encuentran un efecto grande de 31 puntos porcentuales en la probabilidad de trabajar. Los efectos encontrados en México son muy cercanos a los estimados para programas en Estados Unidos y Canadá, y son menores a los encontrados en países como Argentina y Colombia. Esto posiblemente se debe a que hay una mayor proporción de mujeres trabajando, lo cual induce a que también haya una mayor inclinación a comenzar a trabajar, especialmente para aquellas madres que se sentían restringidas a entrar al mercado laboral debido a que tenían que cuidar a sus hijos.⁹

Ángeles *et al.* (2011) también concluyen que hay efectos negativos sobre la salud del desarrollo infantil gracias al programa *El Niño Creciendo*. Los autores encuentran un aumento de 17 puntos porcentuales en la probabilidad de enfermarse. Es posible que esto se deba a que hay más contacto con otros niños. Por otro lado, para los niños cuya madre trabajaba antes de utilizar el programa *El Niño Creciendo*, se encontraron efectos positivos en su comunicación y en la diversidad de la dieta. Para los niños cuya madre no trabajaba antes de *El Niño Creciendo*, se observaron efectos positivos en el comportamiento individual-social. Estos resultados son muy importantes ya que indican que existen efectos positivos tanto para los niños como para las madres, y es importante subrayar que los efectos sobre el desarrollo de los niños son permanentes (Heckman *et al.*, 2013).

4.5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIÓN DE POLÍTICA PÚBLICA

Las mujeres en México están altamente especializadas en labores no remuneradas dentro del hogar y el cuidado de los hijos, mientras que los hombres trabajan considerablemente más horas en el mercado laboral. Para aquellas con hijos pequeños —entre 0 y 4 años de edad—, el tiempo dedicado a las actividades dentro del hogar es aún mayor que el resto de las mujeres. Además, el salario por hora de las mujeres que

trabajan fuera no es muy diferente ni al resto de las mujeres ni al resto de los hombres. Algunas de estas mamás posiblemente no entrarían a trabajar aun con un subsidio de guardería, ya sea porque prefieren cuidar personalmente a sus hijos o porque el mercado laboral no les podría ofrecer un salario suficientemente elevado. Sin embargo, existen muchas mujeres que preferirían trabajar si tuvieran los suficientes recursos para pagar una guardería o si encontraran este tipo de servicio más accesible, gracias a un subsidio. Esto se pudo observar al analizar los diferentes efectos de los subsidios en guarderías, sobre el mercado laboral de las madres.

En México, para aquellas mujeres que sí utilizaron el servicio se estima que hay un aumento de 8.4 puntos porcentuales en la participación laboral. Si aproximadamente el 34.7% de las mujeres que utilizaron la guardería trabajaba antes de recibir el subsidio, esto significaría que alrededor del 43% de este grupo de mujeres trabajaría posterior a una caída en los precios. Este efecto es similar a lo encontrado en investigaciones realizadas para programas de Estados Unidos y Canadá, y menor a los encontrados en Colombia y Argentina. Sin embargo, los efectos son altos e indican que para muchas mujeres, el no tener un sistema accesible —en términos de su costo— donde puedan cuidar a sus hijos, es una restricción importante para no entrar a trabajar.

A pesar que el gobierno de México ha realizado un gran esfuerzo por aumentar el número de espacios disponibles, aún se observan un gran número de mujeres en lista de espera para utilizar servicios de guarderías del IMSS. También observamos que, en promedio, los municipios hasta el primer semestre del 2010, tan sólo cubren el 10% de la población elegible para el programa *El Niño Creciendo*. Todo esto nos indica que existe una parte de la población que no ha estado, ni está, cubierta.

Diferentes estudios han encontrado distintos efectos sobre la salud y el desarrollo infantil de los niños cuando asisten a una guardería. Sin embargo, los resultados dependen de la calidad del cuidado que reciben en estas instituciones y con su madre. Para el caso del programa *Estancias Infantiles* en México, los efectos en comunicación, comportamiento y diversidad de dieta para ciertos sub-grupos de niños son positivos. Esto indica que en México este tipo de programas presentan

⁹ Durante el 2012, en Argentina aproximadamente 55% de las mujeres entre 15 y 64 años trabajaban y en Colombia 59% lo hacían, mientras que en México sólo el 48% trabajaban. Fuente: World Development Report (2013).



un gran potencial para generar beneficios de largo plazo, tanto en el desarrollo infantil de los niños como en la participación e ingresos laborales de la mujer.

“... El nivel de empleo, la calidad de los trabajos y el acceso que tienen los pobres a una oportunidad de ingresos decentes, son determinantes cruciales para la reducción de pobreza” (Duflo, 2012). Políticas públicas como el subsidio a las guarderías, permiten a muchas mujeres tener la oportunidad de buscar mejores empleos, permanecer o entrar al mercado laboral e incrementar sus ingresos. En México, dada la alta especialización en labores domésticas de la mujer con hijos pequeños, un subsidio a guarderías les permite obtener más tiempo para buscar mejores oportunidades

laborales o dedicarse a otras actividades, como el descanso o actividades de enriquecimiento personal que les permitan ofrecer más horas de calidad a su familia. Finalmente, las guarderías de adecuada calidad pueden generar efectos altos y muy duraderos en la sociedad a través del desarrollo cognitivo y de personalidad de los niños (Heckman *et al.* 2013). De esta manera, los posibles resultados sobre el ingreso del hogar, la educación de la madre, mayor atención a los niños y un mayor desarrollo cognitivo y de personalidad de los hijos, podrían ser efectos complementarios, lo cual posiblemente coloca al subsidio y acceso a instituciones de desarrollo infantil como una de las mejores inversiones en políticas públicas que un gobierno podría implementar.

Referencias

- Ángeles, G., Gadsen, P., Galiani, S., Gertler, P., Herrera, A., Kariger, P., y Seira, E. (2011). *Evaluación de Impacto del Programa Estancias Infantiles para apoyar a madres trabajadoras*. Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas.
- Attanasio, O., Low, H., y Sanchez-Marcos, V. (2008). "Explaining Changes in Female Labor Supply in a Life-Cycle Model". *American Economic Review*, 98 (4).
- Attanasio, O., y Vera-Hernandez, V. (2004). "Medium and Long Run Effects of Nutrition and Child Care: Evaluation of a Community Nursery Program in Rural Colombia". *Institute for Fiscal Studies*, Documento de Trabajo, 04/06.
- Baker, M., Gruber, J., y Milligan, K. (2008). "Universal Child Care, Maternal Labor Supply, and Family Well-Being". *Journal of Political Economy*, 116(4).
- Becker, G. (1993). *A Treatise on the Family*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Berlinski, S., y Galiani, S. (2007). "The Effect of a Large Expansion of Preprimary School Facilities on Preschool Attendance and Maternal Employment". *Labour Economics*, 14.
- Bernal, R., y Keane, M. P. (2011). "Child Care Choices and Children's Cognitive Achievement: The Case of Single Mothers". *Journal of Labor Economics*, 29(3).
- Banco Interamericano de Desarrollo [BID] (2008). "The \$ 10 Billion Question: Which Investments Work Best?". *Ideas for Development in the Americas*, 15.
- Blau, D., y Kahn, L. (2007). "The Gender Pay Gap: Have Women Gone as Far as They Can?". *Academy of Management Perspective*, 21.
- Calderón, G. (2012). "What is Good for the Goose is Good for the Gender: The Effects of Child Care Provision in Mexico". *PovGov Documento de Trabajo*. Disponible en http://cddrl.stanford.edu/publications/childcare_provision_in_mexico/
- Cascio, E. U. (2009). "Maternal Labor Supply and the Introduction of Kindergartens into American Public Schools". *Journal of Human Resources*, Universidad de Wisconsin, 44(1).
- Connelly, R. (1992). "The Effect of Child Care Costs on Married Women's Labor Force Participation". *Review of Economics and Statistics*, 74(1).
- Connelly, R., y Kimmel, J. (2003). "Marital Status and Full-Time/Part-Time Work Status in Childcare Choices". *Applied Economics*, 35 (10).
- Duflo, E. (2003). "Grandmothers and Granddaughters: Old-Age Pensions and Interhousehold Allocation in South Africa". *World Bank Economic Review*, 17(1).
- _____. (2012). "Women Empowerment and Economic Development". *Journal of Economic Literature*, 50(4).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. *Encuesta Nacional de Empleo (ENE): 1995-2004*. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE): 2005-2012*. <http://www.inegi.org.mx>

Fitzpatrick, D. (2010). "Preschoolers Enrolled and Mothers at Work? The Effects of Universal Prekindergarten". *Journal of Labor Economics*, 28(1).

Farmer A., y Tiefenthaler, J. (1996). "Domestic violence: the value of services as signals". *American Economic Review*, 86(2).

Farmer A., y Tiefenthaler, J. (1997). "An economic analysis of domestic violence". *Review of Social Economy*, 55(3).

Gelbach, J. (2002). "Public Schooling for Young Children and Maternal Labor Supply". *American Economic Review*, 92 (1).

González, L. (2013). "The effect of a Universal Child Benefit on Conceptions, Abortions, and Early Maternal Labor Supply". *American Economic Journal: Economic Policy*, 5(3).

Heckman, J. (1974). "Effects of Child-Care Programs on Women's Work Effort". *Journal of Political Economy*, 2(2).

Heckman, J. (2011). "The Economics of Inequality: The Value of Early Childhood". *American Educator*.

Heckman, J., Pinto, R. y Savelyev, P. (2013). "Understanding the Mechanisms Through Which an Influential Early Childhood Program Boosted Adult Outcomes". *American Economic Review*, 103(6).

Herbst, C. M. (2010). "The labor supply effects of child care costs and wages in the presence of subsidies and the earned income tax credit". *Review of Economics of the Household*, 8(2).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2009). *Mujeres y Hombres en México 2009*. (13a ed.). México.

Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] (2012). *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2011-2012*. (1a ed.) México.

Juhn, C., Murphy, K.M., y Pierce, B. (1991). "Accounting for the slowdown in black-white wage convergence", en M. Kosters (Ed.), *Workers and their wages*. Washington, DC: AEI Press.

Kimmel, J. (1998). "Child Care Costs as a Barrier to Employment for Single and Married Mothers". *Review of Economics and Statistics*, 80(2).

Lundberg S., y Pollak, R. (1994). "Noncooperative bargaining models of marriage". *American Economic Review*, 84(2).

Peña Nieto, E. (2013). "1er Informe de Gobierno: 2012-2013". Disponible en: www.presidencia.gob.mx.

Secretaría de Desarrollo Social [SEDESOL]. (2007). "Reglas de Operación del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, para el ejercicio fiscal 2008". En Diario Oficial de la Federación (DOF). México.

Secretaría de Desarrollo Social [SEDESOL]. (2009). "Reglas de Operación del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, para el ejercicio fiscal 2009". En Diario Oficial de la Federación (DOF). México.

Tauchen, H.V., Witte, A., y Long, S. (1991). "Domestic violence: a non-random affair". *International Economic Review*, 32(2).

Thomas, D. (1990). "Intra-household Resource Allocation: An Inferential Approach". *Journal of Human Resources*, 25(4).

World Bank (2013). "World Development Report 2013 on Jobs Statistical Tables". Disponible en: <http://data.worldbank.org/data-catalog/wdr-2013-jobs>



5. **Gastar para aprender.**
Un primer acercamiento al gasto en la infancia temprana

México, como son: ¿cuánto gastamos y en qué? ¿es suficiente? ¿es equitativo? No pretendemos hacer un análisis exhaustivo; nuestro objetivo es ofrecer un marco conceptual del buen gasto y un repaso de la situación actual del gasto en primera infancia que pueda servir como base para una discusión más amplia de qué y cómo debe ser nuestra inversión en la primera etapa de la vida.

5.1. EL BUEN GASTO

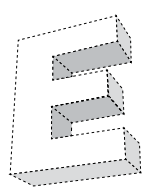
En *(Mal)Gasto: El Estado de la Educación en México 2013* (Mexicanos Primero, 2013), evidenciamos cómo el derecho a aprender se viola sistemáticamente dada la catástrofe que es el financiamiento de la educación básica en México y detallamos seis características para ir del (mal)gasto a un “buen gasto”. En primer lugar, y central a nuestra visión, un gasto eficaz debe apoyar la construcción de comunidades de aprendizaje —“espacios” donde “las personas que la[s] conformen puedan desarrollarse integralmente, más de lo que sería esperable por su situación social, económica y cultural” (p. 36)— como el centro del sistema educativo. Esto significa asegurar la presencia de personas y fomentar el desarrollo de relaciones de aprendizaje entre ellos; otorgar lo suficiente para la operación cotidiana, así como para la infraestructura y el equipamiento; y brindar un sistema de acompañamiento (curricular, pedagógico, administrativo) continuo.

Cabe destacar que una comunidad de aprendizaje va más allá de la concepción tradicional de un lugar que se llama escuela y personas con roles como maestros y alumnos; es un espacio que puede ser un centro educativo formal o no, creado por personas que pueden tener roles institucionalizados o no. Cuando se trata de nuestras niñas y niños más pequeños, por ejemplo, las personas dentro de las familias llegan a tener especial relevancia como miembros de una comunidad de aprendizaje.

El buen gasto también es equitativo, proporcionando más recursos a los que más los necesitan. Los recursos públicos se deben distribuir con justicia —entre estados, entre ámbitos urbanos y rurales, entre contextos de más o menos marginación y entre personas con más o menos recursos— para que todas y todos tengan las mismas oportunidades para desarrollarse. El gasto participativo cuenta con mecanismos para promover

Autora:

Jennifer L. O’Donoghue, Mexicanos Primero



El gasto público es uno de los principales instrumentos de política pública en países democráticos. En el caso de la infancia temprana, el uso (o no) de los recursos públicos habla del compromiso del Estado con su obligación de garantizar el derecho de nuestra población más joven a una educación, entendido como el derecho a aprender y a desarrollarse plenamente. Este derecho ha sido reconocido por acuerdos internacionales —desde el Marco de Acción de Educación para Todos hasta la Convención de los Derechos del Niño— y cada vez tiene más apoyo dentro de América Latina, así como en el mundo (Ancheta Arrabal, 2012; Ancheta Arrabal y Lázaro, 2013).

En este capítulo buscamos dar respuesta a algunas preguntas sobre el gasto en la infancia temprana en

la participación amplia en todos los momentos del proceso; esto implica abrir y multiplicar espacios de participación –a nivel federal, estatal y local– para que padres de familia, maestros, cuidadores y educadores y ciudadanos en general puedan proponer y cuidar el gasto. Un gasto eficiente requiere de orden y seguimiento en el proceso presupuestario, desde la planeación y la programación hasta la evaluación y la rendición de cuentas. Este trabajo se agiliza cuando el gasto es transparente, cuando creamos sistemas y normas para hacer accesible y pública la información sobre el proceso de presupuestación, así como la distribución y el uso de los recursos. En último lugar, pero no de menor importancia, el buen gasto es honesto; cuenta con reglas claras, sistemas de denuncia e investigación de irregularidades y una cultura que sanciona las malas prácticas. El gasto destinado al derecho de nuestras niñas y niños nunca debe ser desviado para enriquecer a adultos.

En resumen, el buen gasto educativo debe ser evaluado como una inversión en el ejercicio efectivo del derecho a aprender. Este punto es central; en vez de un enfoque en el presupuesto –los recursos aprobados, los servicios proveídos– hacemos hincapié en el gasto, el dinero que llega a personas y el efecto de esto en su desarrollo. Aun cuando no contamos con los datos para analizar la eficacia del gasto en primera infancia, no debemos dejar de pensar en esto como la meta a seguir.

5.2. EL GASTO EN LA INFANCIA TEMPRANA EN MÉXICO

Antes de entrar a un análisis del gasto en primera infancia, hay dos consideraciones a tomar en cuenta. Primero, solo una parte de las niñas y niños de cero a cinco años están escolarizados, por lo que hay que ir más allá de las cifras sobre gasto educativo. Algunos estudios internacionales, por ejemplo, recopilan información sobre el gasto en “cuidado” para niñas y niños menores a tres años y en “educación” para los de tres a cinco años (por ejemplo, OCDE, 2013). Otros manejan una visión más integral de infancia temprana que contempla el gasto en cuanto a cuatro grupos de derechos fundamentales de esta población, con sus correspondientes “ámbitos”: el derecho a la supervivencia engloba la salud, la nutrición y alimentación y la asistencia social; el derecho al desarrollo incluye la educación, el deporte, la recreación y la cultura; el derecho a la protección se refiere a la protección contra el abuso, la violencia, la explotación y la discriminación; y el derecho a la participación contempla los temas de información, medios de comunicación y participación ciudadana (UNICEF, 2011). En este trabajo, utilizaremos las dos perspectivas, la primera para establecer puntos de comparación con otros países y la segunda para indagar más a fondo cómo se gasta en México.

Segundo, la inversión en primera infancia puede ser de carácter público o privado. Los recursos públicos brindados a programas y servicios para atender a la



infancia temprana pueden venir del nivel federal, estatal o municipal y de diferentes sectores, entre ellos salud, educación, desarrollo social y seguridad. El gasto privado incluye los recursos destinados a la educación y atención de las niñas y niños entre cero y cinco años que provienen de las familias, las organizaciones privadas (comunitarias, religiosas, de sociedad civil, empresariales, etc.) y las agencias internacionales.

A nivel mundial existe una gran variedad de modelos de gasto en primera infancia pero, en la mayoría de los países, la inversión privada juega un papel importante (OIT, 2012). En México, el gasto privado en primera infancia es considerable. Según un estudio publicado por el Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE; Pérez Martínez, 2010), la aportación anual privada que en total hacen las familias mexicanas por escuela (por medio de “cuotas”) en escuelas preescolares públicas varía entre 1,805 pesos en preescolares indígenas hasta 17,193 pesos en rurales y 93,451 pesos en escuelas en contextos “urbano favorable”. De hecho, los padres son la principal fuente de financiamiento de los servicios básicos, la infraestructura, el mobiliario y los materiales didácticos en más de la mitad de las escuelas preescolares públicas a nivel nacional. Además, los organismos internacionales brindan importantes apoyos económicos a la primera infancia en México. Nada más en los periodos 1993 a 1996 y 2001 a 2007, por ejemplo, México recibió más de 175 millones de dólares del Banco Mundial para financiar un proyecto de educación para la población mexicana más joven. (Belfield, 2006).

El gasto público en infancia temprana y el privado son interdependientes. Sin embargo, en este capítulo nos limitamos a un análisis del gasto público. Por un lado, el

gasto privado es difícil de determinar (Belfield, 2006); implica no nada más calcular la cantidad gastada, sino también el costo de oportunidad para las familias de no contar con la participación de algunos de sus miembros en el mercado laboral, en general de las mujeres (madres, tías, abuelas, primas) que dejan oportunidades económicas fuera de la casa por cuidar a los más pequeños, y el valor económico para bienes y servicios donados. Por otro lado, el gasto público desempeña un papel importante en la consecución de los objetivos nacionales. No nada más señala el compromiso del Estado con el tema, sino también motiva a la población a trabajar a favor de prioridades y metas públicas (Gobierno de Nueva Zelanda, 2012). Pero más importante aún, ponemos bajo la lupa el gasto público porque es crítico para el ejercicio pleno y equitativo del derecho de las niñas y niños mexicanos. El gasto público en primera infancia determina en gran parte —por bueno o por malo— las oportunidades de desarrollo en la población infantil más vulnerable y, por ende, es una cuestión fundamental de equidad.

5.3. ¿CUÁNTO GASTAMOS EN PRIMERA INFANCIA EN MÉXICO?

En términos de gasto en niños de cero a cinco años, México gastó 6,589 dólares por cada niño durante esta etapa de su vida en 2009 (OCDE, 2013a). Esta cantidad es la más baja de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Para dar una idea comparativa, Chile, Polonia y Corea, países con un Producto Interno Bruto (PIB) per cápita entre 1.3 y 2.2 veces mayor al de México en 2009, gastaron entre 1.7 y 3 veces más por niño (ver Tabla 5.1).

TABLA 5.1. INVERSIÓN EN PRIMERA INFANCIA (0-5 AÑOS) EN MÉXICO Y OTROS PAÍSES, 2009.

País	PIB per cápita (USD)	Gasto por niño (USD)
México	\$7,691	\$6,589
Chile	\$10,120	\$11,263
Polonia	\$11,295	\$12,411
Corea	\$16,959	\$19,524

Fuente: Elaboración propia con datos de OCDE, 2013a y Banco Mundial, 2014.

Además, contrario a lo que se aprecia en México, la inversión por niño en primera infancia fue más grande en estos tres países que su PIB per cápita.

Sin embargo, dada la variación en los niveles de desarrollo económico entre países, puede ser más informativo reportar el gasto público en primera infancia no como cantidades en dólares, sino como porcentaje del PIB o en relación con el gasto público en otras etapas de la infancia, como la media (de 6 a 11 años) o la tardía (de 12 a 17 años). Asimismo, una perspectiva longitudinal nos ofrece una idea del crecimiento –o no– del compromiso al desarrollo en la primera infancia.

Un estudio del gasto público en cuidado y educación para niños de 0 a 5 años nos da información comparativa sobre la magnitud de la inversión en estos servicios a nivel internacional (OCDE, 2013b). México gastó 0.6% del PIB en cuidado infantil y educación para la infancia temprana en 2009. De los 39 países de la OCDE en ese año, México se encontró en el lugar 18, ligeramente por debajo del promedio de 0.7%, y al mismo nivel que Letonia, Chile, Lituania, Australia y España (OCDE, 2013b).¹ Los países que más invierten en esta etapa de la infancia son los escandinavos –Islandia (1.7%), Dinamarca y

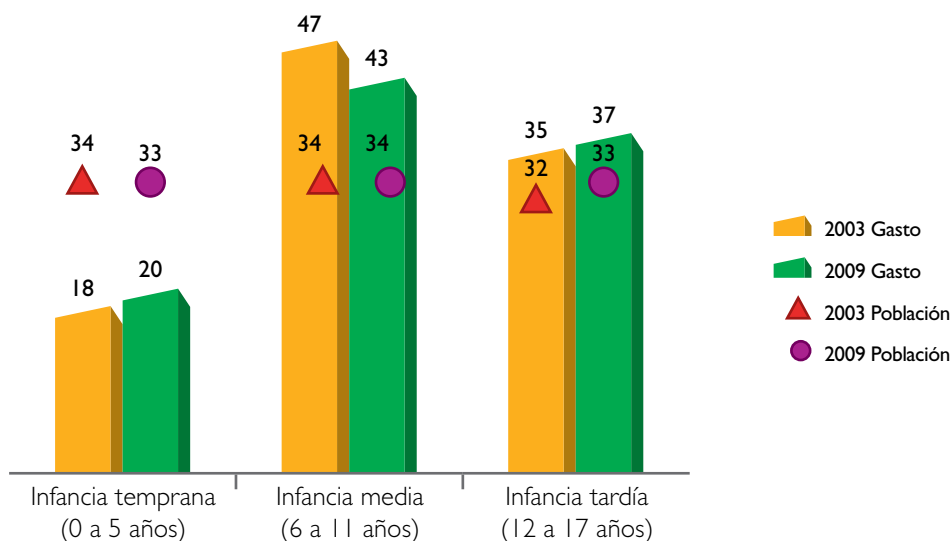
Suecia (1.4%), Noruega (1.2%) y Finlandia (1.1%)– así como el Reino Unido y Francia (1.1%). Los que menos gastan son Grecia (0.1%), Canadá y Suiza (0.2%) y Polonia (0.3%).

Desde 1998 hasta la fecha, la inversión en servicios de cuidado y educación para la primera infancia en México como porcentaje del PIB se ha duplicado, aunque se mantiene por debajo del promedio internacional, pasando de 0.3% a 0.6%, (alcanzó 0.7% en 2003 y 2008). Este avance es ligeramente más rápido del promedio de los 35 países de la OCDE, pero ha crecido menos de la mitad del promedio de países como el Reino Unido, Corea y Chile.

Si consideramos el gasto público en infancia temprana en relación con el gasto en la infancia media o tardía, vemos una tendencia internacional de destinar menos a las niñas y niños más pequeños. Entre 2003 y 2009, se puede identificar una tendencia más o menos estable de invertir 25% de los recursos de la infancia en las niñas y niños de cero a cinco años, 35% en los de seis a 11 años y 40% en los de 12 a 17 años. En México, sin embargo, así como en Chile y Dinamarca, se destina más a la etapa media, aunque en los últimos seis años el crecimiento en el gasto ha sido más rápido en la infancia temprana y tardía que en la media (ver Gráfica 5.1).

¹ Este gasto únicamente incluye cuidado infantil y educación preescolar.

GRÁFICA 5.1. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN INFANCIA POR ETAPAS EN MÉXICO, 2003 Y 2009



Fuente: Elaboración propia con datos de OCDE, 2013a y -CONAPO, 2014.

Las proporciones de gasto público no corresponden necesariamente con la distribución poblacional por edad, siendo esta casi la misma en las distintas etapas, quizá con ligeramente más niños en las etapas tempranas y media (Ver Gráfica 5.1). Aunque la distribución del gasto no tendría por fuerza que corresponder con la distribución poblacional por edades —después de todo ciertos servicios pueden ser más caros que otros—, sí llama la atención que entre todos los niveles, el desfase más grande entre gasto y distribución poblacional es en la primera infancia.

Las diferencias apreciables en la Gráfica 5.1 son aún más marcadas en el análisis propio que realizamos con datos de 2012 (ver metodología al final de este capítulo). Cuando se considera el gasto público federal en los ámbitos de salud, nutrición, asistencia social, educación, deporte, cultura y protección, la inversión en la infancia temprana solo llega a 14.4% del gasto total en infancia (ver Tabla 5.2).

5.4. ¿GASTAMOS LO SUFICIENTE EN PRIMERA INFANCIA EN MÉXICO?

Hasta la fecha, no contamos con evidencia contundente sobre la cantidad óptima que un país debe invertir en su población más joven. Sin embargo, el *benchmark* internacional es de un gasto igual o superior a 1% del Producto Interno Bruto (PIB) (Bennett, 2008). Si lo utilizamos como criterio, consideraríamos que el gasto en la infancia temprana en México es insuficiente.

Otros autores sugieren que para evaluar la “suficiencia” de la inversión en primera infancia hay que analizar no nada más su cantidad sino también la equidad de su distribución (Belfield, 2006). La pregunta debe ser; entonces, si todos tienen oportunidades para desarrollarse plenamente en esta primera etapa de la vida. Si no, entonces debemos gastar más. Este tipo de análisis también pide un gasto estratégico: focalizar los recursos a niñas y niños de familias de bajos recursos o viviendo

TABLA 5.2. INVERSIÓN PÚBLICA FEDERAL EN INFANCIA POR ÁMBITO DE DERECHO, 2012

Derecho	Ámbito de Derecho	Infancia temprana (0 a 5)	Infancia media y tardía (6 a 17)
Derecho a la Supervivencia	Salud	8.2%	91.8%
	Nutrición y Alimentación	37.6%	62.4%
	Asistencia Social	83.5%	16.5%
Derecho al Desarrollo	Educación	10.4%	89.6%
	Deportes, recreación y cultura	0.0%	100.0%
Derecho a la Protección	Protección contra abuso, violencia, explotación y discriminación	16.6%	83.4%
Gasto total		14.4%	85.6%

Fuente: Elaboración propia con datos de SHCP, 2012.

Nota: Las categorías y ámbitos vienen de UNICEF, 2011. El derecho a la participación se omitió de la tabla porque no se encontró ningún programa federal en México que atienda este derecho para los niños menores de 6 años.

en regiones o comunidades marginadas. Un estudio del gasto en primera infancia en 19 países en América Latina, África, Asia y Europa, por ejemplo, encontró que es más baja la probabilidad de que las y los pequeños viviendo en áreas rurales y en familias con menos seguridad económica, accedan a programas de desarrollo infantil temprano (Belfield, 2006). El autor concluyó que de un lado hay menos acceso en comunidades rurales, y del otro, los servicios tienden a ser de más baja calidad.

Asimismo, podemos ver la distribución del gasto en infancia temprana por edades. Este tipo de análisis cobra mayor relevancia en el caso mexicano, donde a partir de los tres años las niñas y niños se incorporan al sistema de educación básica. Dado el tamaño del gasto en la educación básica (Mexicanos Primero, 2013), vale preguntar; ¿qué proporción del gasto en primera infancia se concentra en la población de tres a cinco años?

La Tabla 5.3 revela contrastes preocupantes: dos terceras partes del gasto en primera infancia en México se concentra en los últimos años de esta etapa: en las niñas y niños de cuatro y cinco años. Si incluimos también a las niñas y niños de tres años, llega a componer

86% del gasto en infancia temprana. En 2009, esta diferencia significó un gasto público anual por niño en México de 1,879 dólares por cada año entre los tres y los cinco años comparado con uno de 318 dólares por cada año durante los primeros tres años de vida (OCDE, 2013b).

Las diferencias entre el gasto en niños de 0 a 2 y de 3 a 5 años surgen de las bajas tasas de participación de los niños más pequeños en los servicios formales de educación y cuidado infantil, así como de seguridad social (i.e. licencias de maternidad y paternidad, etc.), México tiene, por ejemplo, la tasa de participación en el cuidado formal de niños de 0 a 2 años más baja de los países de la OCDE: 5.8% vs. 31.2% (OCDE, 2011). Y los que están dentro de este sistema reciben un cuidado mucho menos personalizado: los centros de desarrollo infantil en México (estancias infantiles, guarderías, etc.), tienen en promedio 28.3 niños por educador; comparado con un promedio internacional de 14.7 (OCDE, 2010).

Este sesgo a los niños mayores en México refleja tendencias a nivel internacional. De 38 países con datos, 25

TABLA 5.3. DISTRIBUCIÓN DE GASTO EN PRIMERA INFANCIA EN MÉXICO POR EDAD, 2009.				
Edad	% de gasto infantil ¹	% de gasto en primera infancia ¹	% PIB ²	Tasa de crecimiento 2003 a 2009
Prenatal	0%	0%	n.d.	0.0
0	1%	3%	0.1%	2.6
1	1%	4%		3.7
2	1%	7%		6.0
3	4%	20%	0.5%	2.9
4	6%	29%		1.5
5	7%	37%		1.4
Total	20%	100%	0.6%	1.8

Fuente: Elaboración propia.

¹ Estos datos provienen de OCDE, 2013a. Contempla gasto público en prestaciones, exenciones tributarias, cuidado, educación y "otros beneficios" que incluyen apoyos y subsidios para niños.

² Estos datos provienen de OCDE, 2013b. Incluye gasto público en cuidado formal para niños menores a 3 años y educación preescolar para niños de 3 a 5 años.

gastan más en la segunda mitad de la primera infancia que en los primeros años. Únicamente diez dan más a las niñas y niños más pequeños; entre ellos destacan los países escandinavos: Noruega, Suecia, Islandia (0.9%), Finlandia (0.8%) y Dinamarca (0.7%) (OCDE, 2013b). En México, como en muchos países del mundo, hemos visto un empuje fuerte —e importante— para expandir la educación preescolar. Pero al mismo tiempo, encontramos, en casi todos los países del mundo, una demanda de servicios para menores de tres años que es muy superior a la oferta (OCDE, 2010). Debemos asegurarnos de que en el esfuerzo por abrir espacios educativos a nivel preescolar, no perdamos de vista el derecho al desarrollo de la población aun más joven.

5.5. ¿EN QUÉ GASTAMOS EN PRIMERA INFANCIA EN MÉXICO?

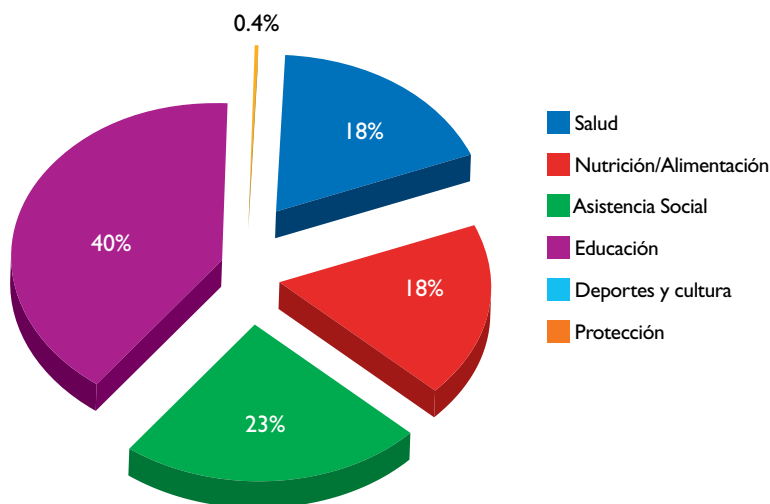
El gasto en primera infancia toma diferentes formas y se aplica a diferentes ámbitos de la vida de las niñas y niños. A nivel internacional, por ejemplo, se divide en prestaciones como subsidios monetarios por maternidad y licencias por maternidad y paternidad, así como exenciones tributarias, cuidado, educación y “otros beneficios”, que incluyen apoyos y subsidios para niños. La tendencia mundial es de gastar más en prestaciones y cuidado (47% y 43% respectivamente) y menos en

educación (3%) (OCDE, 2013a). En México, la proporción que se gasta en prestaciones es mucho más baja (16%) que en el mundo, mientras que la proporción de lo que se gasta en cuidado (74%) y educación (8%) es superior al promedio internacional.

Como mencionamos anteriormente, existen otros sistemas, más integrales, para clasificar la distribución del gasto en primera infancia. Con base en la propuesta de UNICEF (2011), y como parte de nuestros análisis para este capítulo, calculamos la inversión en seis diferentes ámbitos relevantes al derecho a la supervivencia (salud, nutrición, asistencia social), al desarrollo (educación, deportes y cultura), así como a la protección contra abuso, violencia, explotación y discriminación. De los 45.2 mil millones de pesos (mmdp) destinados a la infancia temprana en 2012, 18 mmdp se gastaron en programas educativos, 10.4 mmdp en asistencia social, 8.3 mmdp en salud y otros 8.3 mmdp en nutrición (ver Gráfica 5.2).

Si agrupamos estos gastos por derechos, vemos que el gasto está orientado principalmente al derecho a la supervivencia (ver Gráfica 5.3); esto es particularmente cierto en el caso de las niñas y niños menores de tres años, dado que casi la totalidad del gasto en educación apoya a la educación preescolar para la población con tres a cinco años. El sesgo al asistencialismo evidente en el gasto en infancia temprana debe ser un foco

GRÁFICA 5.2. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO FEDERAL EN PRIMERA INFANCIA POR ÁMBITO



Fuente: Elaboración propia con datos de SHCP (2012).

rojo; el derecho de las niñas y niños más pequeños a la educación obliga al Estado a priorizar el gasto para el desarrollo integral en la primera infancia.

5.6. HACIA UN BUEN GASTO EN INFANCIA TEMPRANA EN MÉXICO

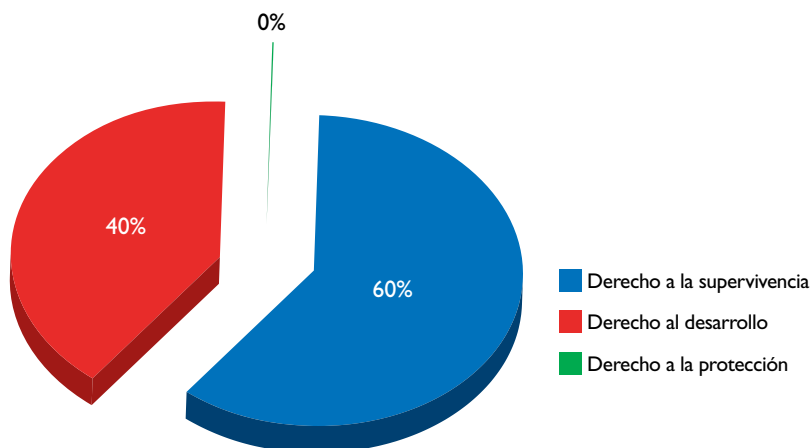
De varios campos viene un llamado para aumentar el gasto en primera infancia en México (Ancheta Arrabal y Lázaro, 2013; Belfield, 2006; OCDE, 2010, 2011; OIT, 2012). Nuestros propios análisis sugieren que el gasto en esta etapa, y sobre todo en los primeros tres años de vida, es bajo. Sin embargo, como en el estudio de *(Mal)Gasto*, nuestra propuesta no es sencillamente gastar más, sino también invertirlo mejor. El derecho de las niñas y niños más jóvenes exige un gasto estratégico, un “buen gasto”.

- **Gasto eficaz:** Un *trade off* comúnmente mencionado en la literatura educativa es el que se da entre la cobertura y la calidad. El gasto eficaz se refiere a las dos cosas. El financiamiento de la infancia temprana es (o debe ser) una inversión en el desarrollo de las niñas y niños del país. Pero no es suficiente abrir más “espacios”; hay que asegurar

su calidad. El gasto debe asegurar la presencia y la participación de personas (niñas y niños, padres y otros adultos); asimismo, debe proveer condiciones materiales suficientes y un sistema que apoye a los esfuerzos de las personas, con un enfoque especial en estrategias pedagógicas. México tendría que duplicar su inversión en primera infancia para alcanzar los estándares internacionales en materia de gasto y poder estar al nivel propicio para alcanzar el desarrollo de los ciudadanos.

- **Gasto equitativo:** Los recursos públicos deben ser utilizados para ajustar las diferencias en las oportunidades entre los sectores más vulnerables y los más aventajados que ya reciben una inversión de tipo privado. La mejor estrategia de financiamiento podría ser la focalización: identificar a las personas y comunidades que más necesitan y hacer una inversión intensiva en ellas. Con base en el análisis presentado aquí, la población de cero a tres años requiere de atención especial.
- **Gasto participativo:** Lo más recomendable no es necesariamente que el Estado provea todos los servicios de primera infancia, sino que active a padres y otros actores ya involucrados en el tema, en aras de lograr un gasto más participativo y eficaz. Un gasto participativo involucraría a más actores en el diseño y aplicación del financiamiento. Además, se deben considerar opciones como financiar la

GRÁFICA 5.3. INVERSIÓN PÚBLICA FEDERAL EN PRIMERA INFANCIA POR DERECHO, 2012



Fuente: Elaboración propia con datos de SHCP (2012).

participación tanto de profesionales como de padres de familia y otras personas y organizaciones ya presentes en las comunidades (Ver por ejemplo, el modelo de financiamiento en Nueva Zelanda; Ministerio de Educación de Nueva Zelanda, 2013). Estos esquemas deben fomentar la colaboración entre los varios actores, no la competencia.

- **Gasto eficiente:** Puede ser que el mejor uso del gasto público en la primera infancia sea en la regulación, monitoreo y creación de estándares de calidad (Belfield, 2006). La idea no es homogeneizar el servicio, sino tener una instancia del Estado responsable que sirva como punto de referencia y de convergencia, que catalice la acción coordinada de padres de familia, de organizaciones comunitarias y de instancias públicas.
- **Gasto transparente:** En nuestro intento por documentar el gasto en primera infancia en

México, nos topamos con la falta de datos. Para tener un buen gasto, se necesita información pública, accesible y confiable sobre: cómo gastamos, en qué gastamos, en quiénes gastamos, cuándo gastamos y cuáles han sido los resultados de ese gasto.

- **Gasto honesto:** Se sobreentiende que para ser eficaz, equitativo y eficiente, el gasto tiene que ser honesto, libre del desvío y la corrupción que plagan al sistema de educación básica.

En México tenemos la necesidad así como la oportunidad de fomentar un buen gasto en la infancia temprana, que apoye al derecho de nuestra población más joven a un desarrollo pleno. Si podemos tomar las lecciones de un sistema roto, como es la educación básica, es decir, si podemos aprender a gastar bien, gastaremos para aprender desde los primeros años de vida.

CUADRO 5.1. NOTA METODOLÓGICA

Para conocer la inversión que realiza el Gobierno Federal para atender a la infancia temprana, se identificaron a aquellos programas federales que de alguna manera benefician a los niños de entre 0 y 5 años de edad y, posteriormente, se calculó el porcentaje del gasto ejercido registrado en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal (SHCP, 2012) en cada programa que se destina a ellos.

Se consideró que un programa federal beneficia a la primera infancia si otorga algún bien o servicio a los niños de 0 a 5 años de forma directa (ej. Programa de Fortalecimiento a la Educación Temprana y el Desarrollo Infantil), indirecta (ej. Programa de Abasto Rural a cargo de DICONSA) o a los agentes que actúan en beneficio de ellos (ej. Programa Asesor Técnico Pedagógico y para la Atención Educativa a la Diversidad Social, Lingüística y Cultural).

Para calcular el porcentaje de gasto en cada programa que está destinado a la primera infancia, se utilizaron 5 métodos. El primero consistió en identificar aquellos programas que están enfocados a atender a la primera infancia exclusivamente, por lo que el 100 % de su gasto está dirigido a los niños menores de 6 años. El segundo tomó como referencia los padrones de beneficiarios que permitieron identificar con precisión el número de niños de 0 a 5 años como porcentaje del total de beneficiarios.

Aunque el segundo método hubiera sido el ideal para calcular los ponderadores de todos los programas identificados que atienden solo en parte a los niños menores de 6 años, la limitada información disponible sobre los beneficiarios de estos motivó el uso de tres métodos alternativos. El primero empleó alguna encuesta con

representatividad a nivel nacional y por edad para hacer el cálculo correspondiente. Tal es el caso de la ENSANUT 2012, que permitió estimar el gasto del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, Programa de Apoyo Alimentario y el Programa de Abasto Social de Leche a cargo de Liconsa. Por otra parte, se calculó el número de escuelas preescolares como proporción del total de escuelas beneficiarias para el caso de los programas educativos que focalizan escuelas. Y, finalmente, se empleó el cálculo de la población potencial de 0 a 5 años como porcentaje del total para aquellos programas que no publican padrones de beneficiarios desagregados (en la mayoría de estos casos solo se encontraron los padrones de entidades beneficiarias). Este mismo método también se utilizó para los Fondos de Aportaciones Federales (ej. FAEB, FASSA y FAM) ya que financian en parte las labores y tareas de las entidades federativas, por lo que cuantifican a los beneficiarios como estados.

Agradecemos a Fundación Idea, en especial a Marco López Silva y Anitzel Merino Dorantes, por su orientación y ayuda para calcular el gasto federal en primera infancia.



Referencias

Ancheta Arrabal, A. (2012). "El desarrollo y seguimiento de las políticas para la educación y atención de la primera infancia en el contexto europeo". *Perfiles Educativos*, 35(140), 134-148.

Ancheta Arrabal, A., y Lázaro, L. M.. (2013). "El Derecho a la Educación y Atención de la Primera Infancia en América Latina". *Educación XXI*, 16(1), 105-122. DOI: 10.5944/educXXI.16.1.719

Banco Mundial (2014). "Data Indicators". Disponible en: <http://data.worldbank.org/indicator>

Belfield, C. R. (2006). "Financing Early Childhood Care and Education: An International Review". Paper comisionado para el *EFA Global Monitoring Report 2007, Strong Foundations: early childhood care and education*. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001474/147443e.pdf>

Bennett, J. (2008). *Benchmarks for Early Childhood Services in OECD Countries*. Working Paper UNICEF Innocenti Research Centre, 2008(02), 105.

Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2014). "Indicadores Demográficos Básicos: 1990-2010". Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indicadores_Demograficos_Basicos_1990-2010

Nueva Zelanda, Ministerio de Educación (2013). "How the ministry funds services". En *The Early Childhood Education Handbook*. Disponible en: <http://www.lead.ece.govt.nz/ManagementInformation/Funding/FundingHandbook.aspx>

Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (2012). "Un buen comienzo: La educación y los educadores de la primera infancia". Informe preparado para el *Foro de diálogo mundial sobre las condiciones del personal de la educación de la primera infancia*, 22-23 de febrero de 2012. GDFECE/2012. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_dialogue/@sector/documents/meetingdocument/wcms_171720.pdf

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OECD]. (2013a). "Public spending by age of children", Indicador PF1.6, OECD Family Database. Disponible en: www.oecd.org/social/family/database. [consulta: febrero de 2014]

_____. (2013b). "Public spending on childcare and early education,(Indicador PF3.1)", *OECD Family Database*. Disponible en: www.oecd.org/social/family/database. [consulta: febrero de 2014]

_____. (2011). *Haciendo mejor para las familias en México*. Disponible en: <http://www.oecd.org/centrodemexico/medios/47707163.pdf> [consulta: febrero 2014]

_____. (2010). "Early Childhood Education and Care". *Education Today 2010: The OECD Perspective*. Paris: OCDE.

Pérez Martínez, M. G. (coord.). (2010). *La Educación Preescolar en México: Condiciones para la enseñanza y el aprendizaje*. México, DF: Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación [INEE].

Secretaría de Hacienda y Crédito Público [SHCP]. (2012). *Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2012*. Disponible en: http://www.apartados.hacienda.gob.mx/contabilidad/documentos/informe_cuenta/2012/ [consulta: enero 2014].

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2011). *Inversión pública en la infancia y la adolescencia en México*. (Versión actualizada 2008-2011). México: UNICEF.



6.

México, ¿un país apropiado para la niñez?
Las políticas y programas de atención a la primera infancia

que sus padres, familia y cuidadores decidan darle y de cómo decidan dárselo. Si cuenta con padres y familia que lo apoyen, nutran y protejan tendrá grandes posibilidades de desarrollarse adecuadamente. Si, por el contrario, vive en un ambiente de abandono, abuso, bajos niveles de estimulación y nutrición inadecuadas, sus posibilidades de alcanzar su máximo potencial se verán severamente restringidas. Está literalmente, acorralado. En contextos de vulnerabilidad, pobreza y de grandes desigualdades sociales esto por desgracia, sucede con demasiada frecuencia.

En este contexto, los programas que promueven el desarrollo infantil temprano tienen la posibilidad de marcar la diferencia. En México existe una plétora de programas de salud, educación y combate a la pobreza que tienen como objetivo promover aspectos clave del desarrollo infantil. Dichos programas pueden ser provistos por el sector público, privado o por una combinación de ambos. En su mayoría, se centran en lograr una nutrición adecuada, prevenir enfermedades y proveer asistencia social. Si lo están logrando o no, es una pregunta no contestada en la mayoría de los casos.

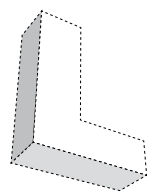
En este capítulo revisaremos los principales programas públicos cuyo objetivo tiene que ver con elementos del desarrollo infantil temprano (DIT) en México. También resaltaremos algunas experiencias importantes desde la sociedad civil y de alianzas público-privadas. No es nuestra intención hacer una revisión completa de esta literatura, ni de la oferta de programas dirigidos a apoyar el DIT. Otras revisiones recientes como Myers *et al.* (2011), Araujo *et al.* (2013) o UNICEF (2010) contienen información más detallada al respecto. En esta sección nos concentramos en resaltar algunos programas e iniciativas, tanto a nivel federal como estatal, que merecen especial atención cuando hablamos de asegurar el derecho de los niños a un adecuado desarrollo en sus primeros años.

Asimismo, presentaremos los principales retos en materia de coordinación e integración que tiene la política pública de primera infancia en México, contrastándola con algunas experiencias innovadoras a nivel internacional. El ya conocido problema de la “tramitología” y la necesidad de navegar por un entorno programático muchas veces confuso e ineficaz para los usuarios, cobra especial relevancia cuando se trata de niños pequeños. Con frecuencia los padres y/o cuidadores de niños pequeños tienen que transitar por un laberinto

Autores:

Lucrecia Santibañez, *Mexicanos Primero*
Angélica Rivera, *Mexicanos Primero*
Marco López Silva, *Fundación IDEA*
Anitzel Merino Dorantes, *Fundación IDEA*

6.1. INTRODUCCIÓN



Los primeros años de la vida de las personas constituyen una etapa crítica. Si durante esa etapa el niño no se desarrolla adecuadamente, las consecuencias negativas pueden ser de largo plazo. Desafortunadamente para los niños, este periodo clave en su desarrollo coincide con el momento en el que se encuentran en su mayor condición de vulnerabilidad. Un recién nacido no habla, no camina, no se puede dar a entender y, sin embargo, requiere de amor, atención, protección, cuidados, buena nutrición y estimulación para poder crecer y desenvolverse. El niño pequeño depende casi exclusivamente de lo



burocrático para acceder a los servicios públicos en una etapa de la vida donde los niños no pueden esperar. No es lo mismo perder 3, 6, o 9 meses durante el primer año de vida, que perderlos en la etapa adulta.

El objetivo con este capítulo es presentar los huecos que percibimos tanto en el enfoque como en la oferta programática, y resaltar el papel de las organizaciones de la sociedad civil en este esfuerzo. Concluimos con algunas consideraciones sobre cómo lograr una mejor coordinación de servicios, de manera que el niño quede en el centro, y se fortalezcan las capacidades de sus cuidadores, padres de familia y comunidades para poder atenderlo de la mejor manera posible en los años cuando más lo necesita.

6.2. OFERTA PÚBLICA DE PROGRAMAS PARA FOMENTAR EL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

Nuestra categorización de los principales programas públicos que atienden el desarrollo infantil temprano en México está hecha con base en el reporte de Myers y coautores (2011), comisionado y publicado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Nuestra categorización sigue la clasificación propuesta por J. Shonkoff:

1. *Bases para un desarrollo saludable.* Programas que ofrecen atención especializada para detectar y atender directamente problemas individuales de salud, nutrición, y desarrollo.

2. *Fortalecimiento de Capacidades de Padres/ Cuidadores y Comunidades*

- Programas que fortalecen capacidades de padres y cuidadores, y los apoyen para mejorar sus condiciones de vida y adoptar estilos de crianza que propicien el desarrollo de los niños durante sus primeros años.
 - Apoyo monetario a las familias (i.e. transferencias monetarias condicionadas).
 - Apoyo en especie (alimentación, materiales, infraestructura).
 - Apoyo educativo y de acompañamiento (prácticas de crianza, escuela para padres, programas de salud mental).
- Programas que fortalecen capacidades de las comunidades para crear ambientes propicios para el desarrollo infantil temprano fuera del hogar.
 - Guarderías, estancias infantiles, centros de desarrollo infantil que combinan atención con actividades continuas de desarrollo.
- Programas de estimulación oportuna, educación inicial y preescolar (en centros formales o fuera del hogar).

Los siguientes dos cuadros muestran la oferta de programas públicos en México que atienden cada una de estas áreas para niños de 0-6 años.¹ Casi todos estos programas forman parte de la oferta pública que se diseña y opera centralmente, con representación federal en los estados, los cuales son los encargados de

¹ En algunos casos los programas cubren un rango de edad mayor o menor. Los programas cubren niños hasta la edad pre-primaria (antes de los 6 años).

brindar el servicio al derechohabiente o usuario final. Muchos estados tienen sus propias iniciativas. En este capítulo discutiremos algunas de ellas, aunque cabe resaltar que hay mucha menos información disponible de forma pública y accesible sobre programas a nivel estatal.

Asimismo, se presentan ejemplos que ilustran los estándares internacionales en cada una de estas categorías. Cabe resaltar que algunos programas tienen objetivos múltiples y pueden atacar una o más áreas de las aquí descritas. Para simplificar la presentación, el programa se clasifica dentro de su área prioritaria o mayoritaria de acción. Por ejemplo, el *Programa de Educación Inicial no Escolarizada (PEI)* para padres de CONAFE tiene componentes para promover el apego seguro en los niños, lo cual entraría dentro de bases para un desarrollo sustentable –entorno adecuado de relaciones personales. Sin embargo, lo clasificamos dentro del programa de prácticas de crianza por considerar que el programa tiene un enfoque más amplio desde la perspectiva de la educación inicial.

La mayoría de los programas incluidos en la Tabla 6.1 se enfoca en prevenir, detectar y atender enfermedades y reducir la mortalidad materna e infantil. Además, hay una oferta importante de programas de abasto alimentario, suplementación, promoción de buenos hábitos de nutrición. Algunos programas de esta lista como *Arranque Parejo en la Vida* actualmente ya no están en operación. Para una descripción completa de estos programas ver Myers *et al.* (2011).

Algunos de los programas incluidos en la Tabla 6.1 tienen elementos fuertemente ligados al DIT, aunque persiguen también otros propósitos. Tal es el caso del sub-programa *Piso Firme* de SEDESOL, que ayuda a construir pisos de cemento en viviendas que previamente contaban con piso de tierra. El diseño de este programa se derivó de estudios sobre los beneficios sobre la salud y el rendimiento escolar de los niños de contar con pisos de cemento y no tierra en el hogar (Cattaneo *et al.*, 2009)

En algunos ámbitos la Tabla 6.1 se percibe una escasez de oferta en áreas que la literatura considera

TABLA 6.1. BASES PARA UN DESARROLLO SALUDABLE

	Ejemplo / Estándar	Principales Programas Públicos en México
Salud adecuada	<ul style="list-style-type: none"> Programas de seguro médico público o accesible 	<ul style="list-style-type: none"> IMSS-Oportunidades Arranque parejo en la vida Seguro Médico para una Nueva Generación Campañas de vacunación Programa de salud indígena Estrategia de desarrollo infantil (Sector Salud)
Nutrición suficiente y apropiada	<ul style="list-style-type: none"> Nutrición adecuada de la madre (prenatal) y suplementos de micronutrientes Programa de apoyo a la lactancia materna Consumo adecuado de micronutrientes 	<ul style="list-style-type: none"> Oportunidades Programa de Abasto Social de Leche- Liconsa (PASL) Programa de Apoyo Alimentario (PAL) Programa de Abasto Rural (Diconsa) Seguridad social – salud (IMSS, ISSSTE) Desayunos escolares (DIF)
Entorno físico seguro y de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> Ambientes libres de riesgos químicos tóxicos Entorno de vivienda y cuidado seguro Existencia de parques, centros comunitarios para el esparcimiento de los niños 	<ul style="list-style-type: none"> Piso firme

Fuente: Elaboración Propia

importantes para promover las bases para un desarrollo saludable de los niños pequeños. Por ejemplo, hay pocos programas o sub-programas (fuera de *Piso Firme*) que se dedican específicamente al desarrollo de entornos de vivienda seguros para los niños, o de parques y esparcimiento orientados a la primera infancia. Hay diversos programas orientados a la población en general que podrían beneficiar a los niños pequeños en este ámbito. Sin embargo, no son programas que específicamente tengan como objetivo el DIT y por lo tanto no los contamos dentro de este listado.

En la Tabla 6.2 se presenta la oferta de los principales programas a nivel federal que tienen como objetivo específico lograr fortalecer las capacidades de cuidadores y comunidades. Para una revisión más detallada, consultar Myers *et al.* (2011).

Como se mencionó anteriormente, la etapa más crítica del desarrollo del niño coincide con su etapa de

mayor vulnerabilidad. El eventual desarrollo de los niños pequeños depende en gran medida de la disponibilidad de recursos familiares, y las decisiones tomadas (o no tomadas) por sus padres, familias, cuidadores y comunidades. En la medida en que estas personas y grupos tengan mayores recursos disponibles y una mejor capacidad para criarlos y apoyarlos, el niño logrará un mejor desarrollo.

Como se puede apreciar en la Tabla 6.2, los programas en esta categoría están orientados a servicios de cuidado infantil (guarderías y estancias infantiles) y a servicios de educación preescolar. En el caso de las guarderías y estancias, éstas proveen del servicio a una población minoritaria del país, con una participación importante de poblaciones que forman parte del mercado laboral formal y que tienen acceso a seguridad social del Estado. En el caso del preescolar, la cobertura es de casi el 90% lo que significa que estos servicios se ofrecen a la gran mayoría de niños de 3, 4 y 5 años.

TABLA 6.2. FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES: PADRES Y/O CUIDADORES Y COMUNIDADES

	Ejemplo / Estándar	Oferta de Programas Públicos en México
Prácticas de crianza	<ul style="list-style-type: none"> Prácticas que promuevan el apego seguro, relaciones de apoyo y hábitos saludables 	<ul style="list-style-type: none"> Programa de Educación Inicial no Escolarizado para Padres (CONAFE) Programa de becas para madres jóvenes embarazadas
Apoyo económico	<ul style="list-style-type: none"> Licencias de maternidad (empleados formales) Becas, subsidios 	<ul style="list-style-type: none"> Subsidios a maternidad (IMSS, ISSSTE) Oportunidades (apoyos complementarios a niños pequeños)
Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> Programas y apoyo para promover la salud mental de la madre, de los padres y cuidadores 	
Ambientes de relaciones personales	<ul style="list-style-type: none"> Educación y apoyo desde el embarazo para lograr un apego seguro con el niño pequeño Relaciones personales saludables y de apoyo al niño en su hogar y comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> Programa de Educación Inicial no Escolarizado para Padres (CONAFE)
Cuidado infantil y educación inicial	<ul style="list-style-type: none"> Guarderías, estancias infantiles de calidad Programas de estimulación oportuna (0-2 años) Educación inicial 3 y 4 años 	<ul style="list-style-type: none"> Programa de Estancias Infantiles (SEDESOL) Guarderías IMSS, ISSSTE Subsidios a maternidad (IMSS, ISSSTE) CONAFE (vía cursos para padres) Centros de Desarrollo Infantil (CENDI) y Centros Infantiles Comunitarios (CEI) (SEP), Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil (CADI) y Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil Comunitario (CADIC) (DIF)
Educación preescolar	<ul style="list-style-type: none"> Preescolar universal 4 y 5 años 	<ul style="list-style-type: none"> Preescolar general, comunitario e indígena (3-5 años)
Parques, espacios públicos	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de parques en barrios, banquetas, espacios verdes, áreas comunitarias de juego 	

Fuente: Elaboración Propia

Por el lado de los padres, el PEI de CONAFE es un esfuerzo nacional que llega a cientos de miles de padres, pero que no alcanza a cubrir sino al 31% de quienes podrían beneficiarse de este servicio.² Por otro lado, no encontramos programas a nivel federal que tengan como objetivo principal mejorar los ambientes de relaciones personales, aunque cabe resaltar que algunos programas como *Arranque Parejo en la Vida*, programa actualmente inoperante, sí incluía un componente de apego seguro. Tampoco encontramos programas cuyo objetivo específico fuera atender la salud mental de las madres, y padres, a pesar de que está ampliamente documentado que los padres con problemas de salud mental, depresión o que ellos mismos han estado expuestos a modelos de crianza muy negativos, exhiben atributos y circunstancias de vida que están fuertemente asociados con prácticas de crianza negativas y entornos familiares difíciles para el sano desarrollo del niño (Baydar et al., 1998).

En el ámbito de parques y espacios públicos, prácticamente en todos los rincones del país pueden encontrarse este tipo de lugares con beneficios para toda la población, incluyendo a los niños pequeños. Sin embargo, no hay un programa o política que articule la provisión de estos espacios en función de lograr un desarrollo integral del niño pequeño y que pueda monitorear si la oferta de espacios y sus características está acorde con la demanda.

Oferta estatal

La mayor parte de la oferta de programas y servicios públicos se da a nivel federal. Sin embargo, en casi todos los estados existen iniciativas que merecen especial mención porque resaltan lo que se puede hacer a partir de esfuerzos locales (ver Tabla 6.3). Sin embargo, en la mayoría de los casos los programas estatales tienden a tener un alcance moderado y a estar supeditados a las prioridades de la actual administración, lo que limita su continuidad.

TABLA 6.3. PROGRAMAS E INICIATIVAS ESTATALES SELECCIONADAS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA

Nombre	Objetivo	Beneficios y apoyos
Estado de México		
<i>Atención a Menores de Cinco Años (Centro de Atención y Vigilancia Nutricional a Menores de Cinco Años – CAVIN)</i>	Brindar atención a menores de 5 años desnutridos y no escolarizados. El programa opera en 27 municipios del estado, así como en la zona sur de Mazahua, Estado de México.	A partir de los resultados obtenidos de estudios antropométricos, se focalizan a los niños menores de 5 años que presenten desnutrición y se les entrega, a sus madres, una despensa, un suplemento alimenticio y, hasta este año, una fórmula láctea. ³ Este apoyo se brinda mensualmente y de manera gratuita. Asimismo, CAVIN y el programa <i>Atención a Menores de Cinco Años</i> ofrecen cursos de capacitación que, en primera instancia, se dirigen a los DIF municipales y a los promotores para que, a través de estos, la información relacionada con la importancia de una nutrición sana, tanto en la madre como en el infante, llegue a las mamás de los niños beneficiados. <i>Un Kilo de Ayuda</i> ha colaborado, con CAVIN, en la impartición de estos cursos de capacitación.

² Este cálculo se realizó dividiendo en número de niños atendidos en el 2012 y un estimado de la población potencial utilizando datos de ENSANUT 2012. La población potencial corresponde al número total de niños que viven en localidades que registran altos niveles de marginación y rezago social, considerando el indicador definido por el CONAPO y por el CONEVAL. Los datos sobre la población de padres atendidos por CONAFE (aprox. 440,000) fueron tomados de <http://www.conafe.gob.mx/foroeducacioncomunitaria/Documents/diagnostico.pdf>

³ Derivado de los lineamientos establecidos por el DIF Nacional, la fórmula láctea se eliminará de la “canasta de apoyo” que este programa brindaba. Lo anterior responde a que se busca incentivar la lactancia materna y, con ella, mejorar las condiciones de desnutrición del menor.

TABLA 6.3. PROGRAMAS E INICIATIVAS ESTATALES SELECCIONADAS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA

Nombre	Objetivo	Beneficios y apoyos
<i>Programa de Desarrollo Social Futuro en Grande</i>	Prevenir el embarazo en mujeres jóvenes menores de 20 años. Sin embargo, su población objetivo son las mujeres menores de 20 años en estado de gestación o que son madres de uno o más hijos y que se encuentran en condiciones de pobreza multidimensional.	El programa brinda, a las beneficiarias, una canasta alimentaria de manera mensual, así como “canastillas de maternidad” que contienen productos básicos para el cuidado del bebé y de la madre. Por otro lado, Futuro en Grande ofrece Talleres de Orientación Integral en los que se imparten cursos de autoestima, proyecto de vida, planificación, etc. a las jóvenes beneficiarias y, en coordinación con el Instituto de Capacitación y Adiestramiento para el Trabajo Industrial (ICATI), el programa imparte cursos de capacitación para el trabajo que incluyen sesiones de bordado, corte y confección, repostería, entre otros.
<i>Atención Psicológica</i>	Promover, proteger y restaurar la salud mental de las mujeres y sus hijos que han sido víctimas de la violencia.	Orientación psicológica
Nuevo León		
<i>Programa Jefas de Familia</i>	Mejorar la calidad de vida de las madres solteras, separadas o viudas, así como de sus familias, que viven en pobreza y que son el sostén de su hogar. La población objetivo del programa son mujeres de 17 a 50 años que son jefas de familia y que tienen hijos menores de 15 años a su cargo.	Asistencia médica y psicológica; apoyo alimentario y en especie; becas educativas y capacitación para el trabajo, apoyo alimentario, talleres de desarrollo humano y apoyo económico en especie, entre otros.
<i>Programa de Atención a los Riesgos Psicosociales en Prevención del Embarazo en Adolescentes</i>	Brindar atención a jóvenes sobre sexualidad responsable, los riesgos y consecuencias de un embarazo temprano, y la gestación. La población objetivo son adolescentes entre 12 y 17 años de edad que pueden estar en proceso de gestación o contar con algún hijo.	Taller de prevención del embarazo adolescente; taller prenatal y postnatal (cuidados durante el embarazo y la atención adecuada del bebé).
Guanajuato		
<i>Programa de Orientación Familiar - Escuela para Padres.</i>	Este programa tiene como objetivo principal fortalecer la estructura familiar a través de enseñar mejores prácticas de convivencia intrafamiliar. La población objetivo no es específica como tal: las sesiones son difundidas, vía medios impresos o por viva voz, en instituciones públicas y en escuelas y todo aquél que esté interesado en asistir a éstas es bienvenido; la mayoría de los asistentes son padres de familia, pero han llegado a asistir jóvenes e incluso niños.	Talleres y actividades sobre prácticas de crianza adecuadas; incluyendo temas de afectividad, proyecto familiar, autoestima, comunicación y resolución de conflictos, entre otros. El equipo de trabajo de <i>Escuelas para Padres</i> se conforma por psicólogos y facilitadores quienes brindan 6 sesiones, de hora y media cada 8 días, enfocadas a mejorar la convivencia entre los miembros del hogar y a resaltar la importancia de los valores familiares.

TABLA 6.3. PROGRAMAS E INICIATIVAS ESTATALES SELECCIONADAS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA

Nombre	Objetivo	Beneficios y apoyos
Distrito Federal: Iztapalapa		
<i>Programa Cocotzin de Ayuda para la Capacitación de Personas Responsables del Cuidado en el Hogar de los Niños de 0 a 5 años.</i> ⁴	Potencializar el desarrollo integral y armónico de los niños, mediante la participación activa de las personas que estaban a cargo de su crianza; éstas podían ser sus padres, tutores o familiares. La población objetivo para recibir capacitación era, para 2012, de 13,455 responsables del cuidado de los niños de 0 a 5 años de edad, aproximadamente, en la Delegación Iztapalapa.	Capacitación a los responsables del cuidado de los niños de 0 a 5 años, por medio de la impartición de talleres que cubrían los siguientes temas: estimulación temprana, nutrición, combate a la violencia familiar y seguimiento del crecimiento y desarrollo de la niñez. Además de esto, Cocotzin brindaba una ayuda económica de \$300.00 trimestrales a las madres jefas de familias responsables en el hogar del cuidado de los niños de 0 a 5 años, para facilitar el traslado al lugar en donde se desarrollaban los talleres.
Distrito Federal: Iztacalco		
<i>Bebé Sano Mamá Feliz.</i>	Contribuir al fortalecimiento de la salud de los bebés de 0 a 18 meses de edad comprometiendo a las madres beneficiarias a que tengan al corriente la cartilla de vacunación del bebé y asistiendo a talleres que fomenten la estimulación del mismo y el cuidado de la familia, así como el control de natalidad y salud sexual y reproductiva. ⁵	Un paquete de nutrición y productos básicos para los menores; los cuales contribuirán a disminuir la condición de vulnerabilidad, con un aporte nutricional de calidad en sus primeros meses de vida.

Fuente: Elaboración Propia

La mayoría de los programas que se resaltan en la tabla anterior, surgieron entre 2005 y 2013. Esto significa que los esfuerzos estatales son relativamente recientes o, bien, que la mayoría son temporales y no alcanzan a sobrevivir los cambios de administraciones. Estas iniciativas locales pueden representar un paso importante en beneficio de los niños menores de 6 años, sobre todo aquellas en áreas la Tabla los programas federales (ej. maternidad adolescente o salud mental de los padres). Sin embargo, la inversión que se realiza va de mediana a modesta, por lo que muchos niños, madres y familias a quienes les resultarían muy útiles no obtienen el servicio. Por ejemplo, hay programas estatales que atienden cerca del 15% de su población potencial (por ej. *Programa de Jefas de Familia* de Nuevo León), mientras que otros apenas llegan al 2% (por ej. CAVIN del Estado de México).

A nivel estatal también existen esfuerzos para coordinar iniciativas de manera inter-sectorial, compartiendo información, recursos y actividades. A continuación presentamos dos iniciativas que se apoyan de una cartilla de seguimiento, basada en el neurodesarrollo en Durango y en los servicios disponibles en el D.F., para atender y detectar necesidades en los primeros años de vida.

Durango: La cartilla del neurodesarrollo⁶

En Durango, las autoridades diagnosticaron que el 60% de las alteraciones en el desarrollo de la primera infancia no se detectaban a tiempo. Además, la entidad notaba altos índices en niveles de discapacidad de aprendizaje y trastornos de conducta en los niños. Para atender estos problemas, la Secretaría de Salud del estado, en el 2007, desarrolló la cartilla de neurodesarrollo cuyo

⁴ El último año de operación del programa fue 2012.

⁵ Gaceta Oficial del Distrito Federal. Fecha de publicación 30 de enero de 2014, pp. 6-7.

⁶ Fuente: Entrevista realizada a la Dra. María Esther Lara Caballero, marzo 2014.

propósito es detectar alteraciones del desarrollo en la primera infancia y ser un instrumento de sensibilización para las familias, sobre el autocuidado y el desarrollo infantil. En el 2009 se aprobó en el estado una ley que exige la obligatoriedad, a las instituciones correspondientes, de brindar ese instrumento a los ciudadanos. La cartilla se produce en español y en lengua tepehuana.

La Cartilla de Neurodesarrollo se implementó en conjunto con el Registro Civil; en cualquier registro civil se otorga, de manera gratuita, esta cartilla junto con la de vacunación. También se otorga por medio del DIF estatal. Se buscó también la participación de medios de comunicación y organizaciones de la sociedad civil para su difusión. La estrategia gozó de una amplia aceptación por parte de la población. Las autoridades percibieron mejoras en el desarrollo de los niños, pero la estrategia no fue formalmente evaluada. Actualmente ya se dejó de imprimir y únicamente se siguen entregando este tipo de cartillas en el Hospital General a los niños que nacen en esa institución.

Distrito Federal: La cartilla de servicios⁷

En Junio de 2013 entró en vigor la Ley de Atención Integral para el Desarrollo de las Niñas y los Niños en Primera Infancia en el Distrito Federal. Esta ley tiene por objeto beneficiar a los niños desde su nacimiento hasta los seis años cumplidos, a quienes se les expide una cartilla de servicios. Un principio rector de la ley es el interés superior del niño, lo que implica dar prioridad al bienestar de los niños en su primera infancia ante cualquier otro interés que vaya en su perjuicio. La Ley busca reconocer su vulnerabilidad por la etapa de la vida en que se encuentran y la necesidad de una acción concertada de la autoridad para su cuidado. Los rubros que incluye esta ley son desarrollo físico y salud, nutrición, desarrollo cognitivo psicosocial, así como protección y cuidado a la primera infancia.

La cartilla de servicios que expide el D.F., tanto en papel como en forma electrónica, contiene datos personales del niño y de su padre, madre o tutor; la lista de servicios proporcionados por la Administración Pública a favor de los niños en primera infancia; información acerca de la primera infancia y metas importantes

de desarrollo en cada etapa, así como los servicios contenidos en la misma y los medios para acceder a estos. La Cartilla tiene cuatro ejes: (1) desarrollo físico y salud, (2) nutrición, (3) desarrollo cognitivo y (4) protección y cuidado. El trámite es gratuito. La cartilla se obtiene en los Centros de Desarrollo Comunitario del DIF-DF. A partir del 2014 se espera que cada niño nacido reciba una cartilla física así como electrónica, personalizada, al realizar su trámite de registro civil.

Oferta por parte de organismos no gubernamentales, sociedad civil y particulares

En la promoción del DIT, el sector privado juega un papel muy importante. En todo el mundo, una gran proporción de servicios y programas de cuidado infantil, preescolares y programas de atención a padres y mujeres embarazadas



⁷ Fuente: Cartilla de Servicios para niñas y niños en Primera Infancia de 0 a 6 años (2013). Consejería Jurídica y de Servicios Legales del Distrito Federal.

son brindados y operados por organizaciones no gubernamentales, incluyendo asociaciones religiosas o, bien, por particulares (Myers, 2000). Siguiendo la definición empleada por Myers (2000), definimos al “sector privado” como aquel que incluye organizaciones sociales de diversos tamaños, con y sin fines de lucro, de corte religioso y no religioso como por ejemplo: empresas, ONGs, fundaciones y organizaciones filantrópicas, grupos comunitarios y ciudadanos, iglesias así como individuos.

Además de operar centros de cuidado infantil, lugares de estimulación oportuna y educación para padres,

centros de salud o preescolares, las organizaciones de la sociedad civil y privadas pueden jugar un papel importante en la abogacía por un ambiente legal y de política más conducente a la elaboración y operación de programas públicos efectivos, así como servir como facilitadores y educadores de padres con énfasis en visitas domiciliarias y centros comunitarios (Myers, 2000).

Hacer un mapa de los servicios de desarrollo infantil temprano provistos por particulares, incluyendo aquellos de abogacía, es difícil al no existir un registro de este tipo de organizaciones o una red actualizada y activa

CUADRO 6.1. PROVISIÓN DE SERVICIOS DE NUTRICIÓN, SALUD Y ESTIMULACIÓN OPORTUNA: LA EXPERIENCIA DE UN KILO DE AYUDA Y SU INTEGRACIÓN CON OPORTUNIDADES

Un Kilo de Ayuda es un programa que busca incidir en el desarrollo integral de los niños: desarrollo físico, mental y emocional. Se concentra en seis ejes: vigilancia nutricional, detección de anemia, educación nutricional (incluyendo promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida), paquete nutricional, evaluación del neurodesarrollo y agua segura. El programa se fundó en 1999 y actualmente atiende a casi 48,000 niños en más de 780 comunidades del país. Los servicios se brindan en conjunto con el DIF estatal en Chiapas, Estado de México, Oaxaca y Yucatán. El programa opera bajo el esquema de donación en el que participan todos los sectores de la sociedad mexicana: desde sociedad civil, pequeñas y medianas empresas, hasta grandes cadenas comerciales.

El programa realiza mediciones de peso, aplica pruebas de hemoglobina para la detección de anemia y provee cursos de educación nutricional a los padres y en las comunidades. Finalmente, a través del Modelo de Atención a Niños de Alto Riesgo (NAR), el programa busca tratar y recuperar a niños con indicadores bajos en peso-talla. El programa provee a los beneficiarios, de cartillas de seguimiento de fácil uso, donde los promotores de Un Kilo de Ayuda registran las mediciones y pruebas realizadas a los niños y las comparan contra las curvas normales de crecimiento.

A partir de diciembre de 2013, Un Kilo de Ayuda, en conjunto con el programa Oportunidades, provee de servicios de medición así como una

cartilla para dar seguimiento a la evolución física de más de 3,000 niños menores de 5 años en zonas de alta prevalencia de desnutrición infantil y anemia en Chiapas.

Fuente: www.unkilodeayuda.org.mx



que las agrupe de manera formal.⁸ La Tabla 6.4 da una idea del tipo de servicios que se brindan, pero no es ni por mucho una lista que represente la totalidad de la oferta por parte del sector privado. Presentamos

⁸ Al respecto existe la Red por los Derechos de la Infancia en México, aunque sus esfuerzos no se centran exclusivamente en la primera infancia <http://www.derechosinfancia.org.mx/index.php>

aquí una selección de organizaciones con más de 10 años de existencia y con trabajo en distintas áreas.

Aquí es importante resaltar que muchos de los programas ofrecidos por organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil, al igual que los programas del sector público, no cuentan con evaluaciones

TABLA 6.4. SELECCIÓN DE ORGANIZACIONES DEL SECTOR PRIVADO ENFOCADAS EN EL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO CON MÁS DE 10 AÑOS DE EXISTENCIA

Nombre (año de fundación)	Categoría	Población Atendida / Audiencia	Descripción
Fundación Tarahumara José A. Llaguno (1995)	Nutrición infantil	Niños menores de 5 años habitantes de la Sierra Tarahumara	Reducir la incidencia de desnutrición infantil mediante el reparto mensual de un complemento alimenticio, el monitoreo del estado nutricional para la detección y tratamiento oportuno de los casos de desnutrición, y capacitaciones a promotores comunitarios y padres de familia sobre nutrición, el monitoreo del estado nutricional y alternativas para la producción de alimentos.
Un Kilo de Ayuda (1999)	Nutrición y evaluación	Niños menores de 5 años en 7 estados	Busca erradicar la desnutrición infantil en México por medio de un programa integral que mide, interviene y modifica conductas.
Yo Quiero Yo Puedo (IMIFAP) (1985)	Prácticas de crianza, salud y nutrición	Madres embarazadas, padres de familia, bebés	La modalidad “darte pecho, jugar contigo y acostarte boca arriba” de este programa promueve la lactancia materna exclusiva y las prácticas de crianza positivas y saludables.
Fundación Juconi (1989)	Prácticas de crianza	Niñas y niños de 0 a jóvenes, y sus familias	Busca prevenir la violencia en el hogar a través del acompañamiento a las familias durante el juego y la interacción con los niños pequeños, favoreciendo el desarrollo de ambientes y vínculos seguros y mejores herramientas de crianza.
Child Fund (Fondo para niños de México) (1948)	Estimulación oportuna y atención a mujeres embarazadas	Niños de 0 a 6 años en 7 estados	Programa de Estimulación Oportuna: Se trabajan cuatro áreas de desarrollo: motricidad gruesa, motricidad fina, lenguaje y nivel cognoscitivo.
Proyecto DEI (1988)	Estimulación oportuna y atención a mujeres embarazadas	Niños pequeños y mujeres embarazadas, facilitadores	Modelo de atención a las familias con niños pequeños, desde el embarazo y a lo largo de los primeros años de vida mediante estimulación oportuna, grupos de padres y facilitación de vínculos afectivos con el bebé. Tiene un programa de formación de facilitadores.
Ririki, Intervención Social (2002)	Derechos de los niños, investigación y evaluación	Niños y niñas y sus familias, tomadores de decisiones, políticos	Programa para la defensoría de derechos humanos, construcción de capacidades y acciones y programas sociales y educativos.
Melel Xojobal (1997)	Derechos de los niños	Niños indígenas de 0 - 6 años en Chiapas	Impulsar la participación social y política de las niñas, niños y jóvenes indígenas para hacer cumplir sus derechos.
ACUDE, Hacia una cultura democrática (2001)	Derechos de los niños, investigación y evaluación	Niños y niñas, tomadores de decisiones, políticos	Investigación sobre primera infancia y desarrollo infantil, preescolar e indicadores de bienestar.

Fuente: Elaboración Propia

independientes que permitan determinar sus efectos. Un área importante donde el sector privado pudiera apoyar, es proveyendo los fondos para realizar este tipo de evaluaciones de programas piloto e innovaciones que después puedan ser replicadas a mayor escala por el sector público o por otros organismos de la sociedad civil.

6.3. EFECTOS DE LOS PROGRAMAS PÚBLICOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA

Llama la atención que la gran mayoría de los programas públicos que promueven el DIT carecen de evaluaciones de impacto o de evaluaciones que permitan conocer mejor los pormenores de su implementación, y cuyos resultados estén públicamente disponibles (Myers, 2011; CONEVAL, 2014). Es posible que existan programas que han sido evaluados internamente por sus respectivas dependencias, en cuyo caso los resultados no estarían reportados aquí. De cualquier forma, dada la importancia del tema, se esperaría que el gobierno invirtiera en más y mejores esfuerzos de evaluación para mejorar este tipo de programas y apoyar la rendición de cuentas por parte del sector público.

Nuestra revisión de los estudios disponibles acerca de los programas presentados en este capítulo nos lleva a concluir que:

- Los beneficiarios de los servicios de educación inicial no escolarizada (PEI) que brinda el CONAFE tienen percepciones positivas sobre los efectos que el programa tiene en el desarrollo de los niños (autoestima, habilidades de comunicación y sociales, entre otras), así como sobre prácticas positivas de crianza. Las madres que participan del programa también se perciben a sí mismas como más informadas, seguras y competentes. Una evaluación de impacto realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) encontró que, en promedio, los padres participantes sí realizaron más actividades de estimulación que los adultos que no participaron en el programa. Sin embargo, dichas actividades no parecieron traducirse en beneficios significativos sobre el desarrollo de niños de entre 3 y 5 años. Para los niños más pequeños, entre 0 y 18 meses, sí se encontraron algunos efectos positivos del programa sobre indicadores de desarrollo.
- Los programas de asistencia alimentaria (PAL, *Oportunidades*-CONAFE) y de apoyo económico (*Oportunidades*) parecen tener beneficios significativos sobre el estado nutricional de los niños y el acceso a servicios médicos preventivos.
- Las campañas de vacunación han logrado aumentar la cobertura de vacunas y la reducción de enfermedades prevenibles.
- El programa *Estancias Infantiles* (EI) de SEDESOL ha tenido efectos positivos en el empleo de las madres y, por lo tanto, en los ingresos familiares



promedio de dichas familias. Una evaluación realizada por investigadores del INSP, y otros, observó efectos positivos modestos sobre indicadores de desarrollo en los niños siempre y cuando hayan recibido el servicio al menos 6 meses.

Lo anterior representa un avance y las evaluaciones sugieren importantes lecciones aprendidas. El PEI de CONAFE, por ejemplo, se modificó significativamente a partir de las evaluaciones realizadas con el fin de mejorar la entrega de servicios. *Oportunidades* ha tenido también importantes mejoras, al igual que *Estancias Infantiles*. Sin embargo, queda todavía mucho por hacer. La existencia de estados en México, como Chiapas y Guerrero, donde según la ENSANUT de 2012 más del 20% de los niños sufren de desnutrición crónica, y estados como Campeche y Guanajuato donde alrededor de 1 de cada 5 niños de 0 a 5 años sufre de anemia moderada, indica el largo camino que queda por recorrer.

En la categoría de cuidado infantil, las tasas de participación para los menores de tres años son aun considerablemente bajas, de alrededor de 6%, comparado con una media del 31% de la OCDE.⁹ El acceso a servicios de cuidado de alta calidad y asequibles, es esencial para facilitar el empleo de las madres o los padres. Un informe del Consejo Nacional de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Infantil preparado a finales del 2013, reveló que aun que la gran mayoría (87%) de los centros cumple con la regulación actual, una proporción importante que representa a más de 15 mil guarderías y centros de cuidado infantil a cargo de diferentes dependencias del sector público, no cumplen con la regulación.

Incluso en el sector salud, donde se concentra una gran parte de los programas, la evidencia apunta a que si bien ha habido importantes avances en materia de salud preventiva, todavía existen retos importantes para lograr que las personas se acerquen a las instancias de salud en la etapa temprana de crecimiento de los niños. Un estudio reciente señaló que las personas en comunidades rurales y marginadas suelen acudir al servicio médico cuando ya presentan una enfermedad avanzada (López Silva *et al.*, n.d.)

Existen dos limitaciones que impiden un seguimiento y monitoreo constante sobre los efectos del papel del

Estado en promover y asegurar un adecuado DIT: la falta de información oportuna y la falta de evaluación sistemática. En cuanto a la información, uno de los grandes retos en el papel del Estado para promover el DIT estriba en la necesidad de aumentar la periodicidad, ampliar, compartir y aprovechar mejor la información que se genera de los programas existentes.

A pesar de que el CENSO de Población provee de muchos datos útiles sobre tamaño y características demográficas de la población infantil, pobreza, y carencias sociales, esfuerzos más periódicos y enfocados como la ENSANUT, existen únicamente para el sector salud. En educación hay información sobre preescolar generada por SEP e INEE incluyendo resultados de aprendizaje y características de los establecimientos y servicios escolares. Sin embargo, no hay un sistema de información e indicadores específicos para dar seguimiento y atención a los niños pequeños y a sus familias en términos de su preparación para la escuela y para aprender.

La falta de datos sobre otras dimensiones importantes del desarrollo infantil, como el neuro desarrollo, el desarrollo socio-emocional, indicadores de abandono, violencia y maltrato, información sobre prácticas de crianza e información sobre participación en educación inicial y la transición hacia el preescolar y la primaria, no permite un monitoreo más integral del desarrollo de los niños. Un referente podría ser la medición de la pobreza realizada por el CONEVAL con datos de diversas fuentes y que permite identificar y monitorear tendencias en la población en situaciones de pobreza. La falta de información dificulta una adecuada focalización de los programas, una mejor adaptación de los mismos a las necesidades locales, por parte de estados y municipios, y un seguimiento de los esfuerzos realizados.

El segundo problema identificado tiene que ver con la falta de evaluación que permita un proceso de aprendizaje sobre lo que funciona y lo que no parece funcionar bien. La mayoría de los programas que revisamos no cuentan con evaluaciones externas que permitan entender a fondo cuestiones de implementación y responder preguntas clave como cuál debe ser la intensidad óptima de atención de estos programas, bajo qué condiciones se puede prestar un mejor servicio, cómo pueden estos programas incorporar contextos culturales y sociales diversos aprovechando los recursos locales de manera más efectiva, sin detrimento de lograr una calidad mínima, entre otros.

⁹ <http://www.oecdbetterlifeindex.org/es/countries/mexico-es/>

6.4. LA POLÍTICA PÚBLICA EN LA PRÁCTICA: ENFOQUES Y SEGOS

La política pública en México refleja las concepciones que se han tenido a nivel gubernamental sobre el DIT y la mejor manera de fomentarlo. La oferta de programas existentes es una manifestación de las prioridades gubernamentales a la hora de destinar recursos. Con base en una revisión exhaustiva realizada por Myers et al. (2011), además de nuestro propio análisis, hemos identificado los siguientes enfoques, los cuales han creado un sesgo en las políticas de DIT en México:

Un vínculo directo entre políticas de DIT y el empleo asalariado

Aunque la tendencia reciente ha ido a la baja, todavía una gran parte de las políticas de desarrollo infantil temprano, especialmente las que tienen que ver con cuidado infantil, se proveen a través de prestaciones laborales para empleados en el sector formal (i.e. servicios de seguridad social contributivos). Esto deja fuera a una parte importante de la población que no está asegurada.

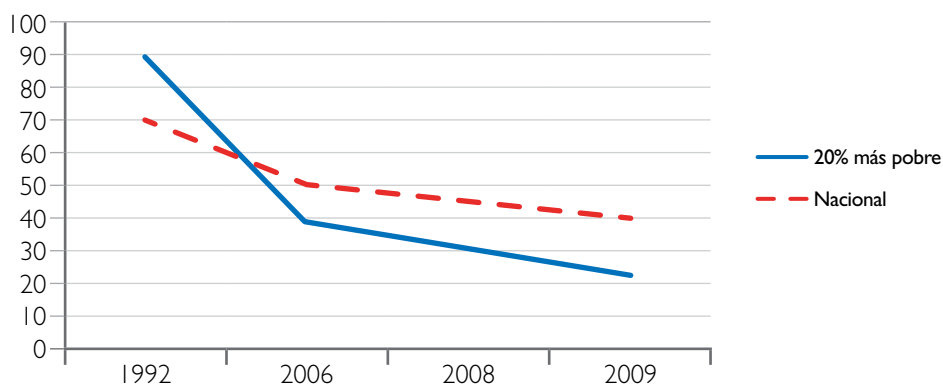
El fenómeno de la informalidad ha limitado las posibilidades de las políticas públicas de seguridad social

para beneficiar a la población en general. Por ello, en las últimas dos décadas, el aumento en el acceso a servicios de seguridad social no contributivos, es decir, no ligados al empleo en el sector formal, ha sido significativo. Este aumento ha sido particularmente importante para el 20% más pobre de la población mexicana (Gráfica 6.1). Mientras que casi el 90% de dicho grupo estaba sin cobertura de programas sociales ni seguridad social en 1992, ahora únicamente el 22% está en esas condiciones. A nivel nacional, el aumento en cobertura también ha sido significativo. Si bien casi el 70% de la población estaba sin cobertura de programas sociales o seguridad social a inicios de la década de los 90, ahora únicamente el 40% no tiene acceso. A pesar de los avances continúa habiendo un número considerable de personas que, por sus condiciones socio-económicas, podrían beneficiarse de estos servicios.

Énfasis en curar y prevenir enfermedades

El énfasis en la política de salud en México se ha puesto en curar y prevenir enfermedades. La perspectiva de “desarrollo” no ha estado presente y, en particular, el desarrollo psicosocial no ha constituido una dimensión importante para el sector (Myers et al., 2011). Además, hay pocos esfuerzos de detección y prevención

GRÁFICA 6.1. POBLACIÓN SIN COBERTURA DE PROGRAMAS SOCIALES O SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO, 1992-2009¹⁰



Fuente: Myers et al., 2011 con datos de CONEVAL, 2011.

¹⁰ Los siguientes programas se incluyen en este cálculo: Reducción de enfermedades prevenibles por vacunación, Caravanas de Salud, Seguro Popular, Seguro Médico para una Nueva Generación, Programa IMSS-Oportunidades, Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas, Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, Programa de Abasto Social de Leche a cargo de Liconsa, Programa de Abasto Rural a cargo de Diconsa, Programa de Apoyo Alimentario, Programa de Albergues Escolares Indígenas, Programa 70 y más, Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, Programa de Empleo Temporal, Programa de Apoyo al Empleo.

oportunas de condiciones que no se manifiestan de inmediato en lo físico. Un niño aparentemente sano en lo físico, con frecuencia no llega con el pediatra sino cuando ya los padres sospechan que puede haber un retraso cognitivo. Para entonces, el niño tiene tres o cuatro años, no habla o no puede responder a instrucciones sencillas, y ha desperdiciado tiempo valioso en términos de lograr su potencial de neurodesarrollo. De hecho, no fue sino hasta el 2012 que el programa *Oportunidades* comenzó a aplicar una prueba de desarrollo neurocognitivo como parte de su batería de instrumentos de medición en salud.

Enfoque centralizado, con poca participación a nivel estatal y municipal en el diseño de los programas, detección de necesidades y monitoreo de resultados

Es común escuchar la frase de que “para educar a un niño hace falta una aldea”. En México, sin embargo, la mayor participación pública en programas de primera infancia se da lo más alejado posible de la aldea: a nivel federal. Al igual que la leche fortificada y las vacunas, los servicios de desarrollo infantil temprano tanto para el niño como para sus familias, fluyen desde el centro.

La centralización tiene ventajas, por ejemplo, aprovechar economías de escala a la hora de proveer servicios y diseñar materiales u otros recursos. Sin embargo, la necesidad de brindar la atención a lo largo del país, muchas veces en zonas marginadas y de difícil acceso geográfico, dificulta la provisión de servicios. Aunado a esto, las familias enfrentan carencias económicas y de infraestructura para trasladarse a comunidades más grandes, en donde se ofrecen los servicios que necesitan. Por lo tanto, en las comunidades más apartadas, donde los servicios de atención a la primera infancia son muy necesarios, con frecuencia se tiene que recurrir a alternativas como preescolares comunitarios y *Caravanas de Salud*, con las limitaciones de atención que implican. Asimismo, las instituciones enfrentan dificultades para encontrar personal que esté dispuesto a trabajar o trasladarse a comunidades aisladas.

La diversidad de creencias, modos de vida y lengua, así como la dispersión geográfica en muchos estados del país, hace necesaria una atención a nivel estatal y municipal que pueda atender este tipo de diferencias de manera efectiva, además de culturalmente sensible y apropiada. Pero el campo local no es donde se percibe la mayor “acción” de política pública. De hecho, el nivel

local es operativo de la política diseñada centralmente. En lugar de buscar entender la diversidad y aprovecharla, se ha encontrado que a nivel local, la “cultura” o los usos y costumbres se utilizan reiteradamente para explicar tanto las deficiencias en la atención, como el desinterés de las familias por ciertos servicios (y por brindar atención a sus hijos) (López Silva *et al.*, n.d.).

Por lo general, la participación de los municipios en la atención de la infancia temprana no es uniforme; se materializa de diferentes formas y depende del interés que tengan las autoridades en turno. En el estudio de López Silva *et al.*, los entrevistados señalaron que hay casos en los que los municipios se involucran activamente; por ejemplo, hacen gestiones para solicitar apoyos de programas estatales, proporcionan un espacio para desarrollar las sesiones de educación inicial, adquieren ambulancias o cubren el sueldo de un médico adicional. Pero también hay casos en los que la autoridad municipal prefiere dedicar los recursos a acciones con mayor visibilidad, como la provisión de infraestructura de uso general. Como consecuencia, la atención al desarrollo de la niñez depende de las preferencias y prioridades de cada administración municipal (López Silva *et al.*, n.d.).

Falta de mecanismos e indicadores para asegurar la calidad de los servicios, especialmente los que se entregan en comunidades rurales y marginadas

Este modelo de provisión centralizada (a través de equipos estatales de las dependencias federales) enfrenta serios retos para asegurar la calidad en la prestación de los servicios, especialmente en las zonas más remotas, donde los niños y sus familias requieren mayor apoyo y acompañamiento, pero incluso en zonas urbanas. Como se discutió anteriormente, un informe reciente encontró que 13% de los centros de cuidado infantil a cargo del sector público a nivel nacional incumplían la regulación actual sobre seguridad, aulas, servicios e instalaciones. En ese mismo reporte se recomienda trabajar para construir “un andamiaje institucional adecuado para la coordinación estrecha [entre autoridades]”, que permita la vigilancia estricta de los criterios “aplicables en materia de seguridad y protección civil” (SEGOB, 2013).

Muchos programas dirigidos a niños pequeños dependen crucialmente de promotoras locales o jóvenes de las comunidades, que constituyen el eslabón final de la

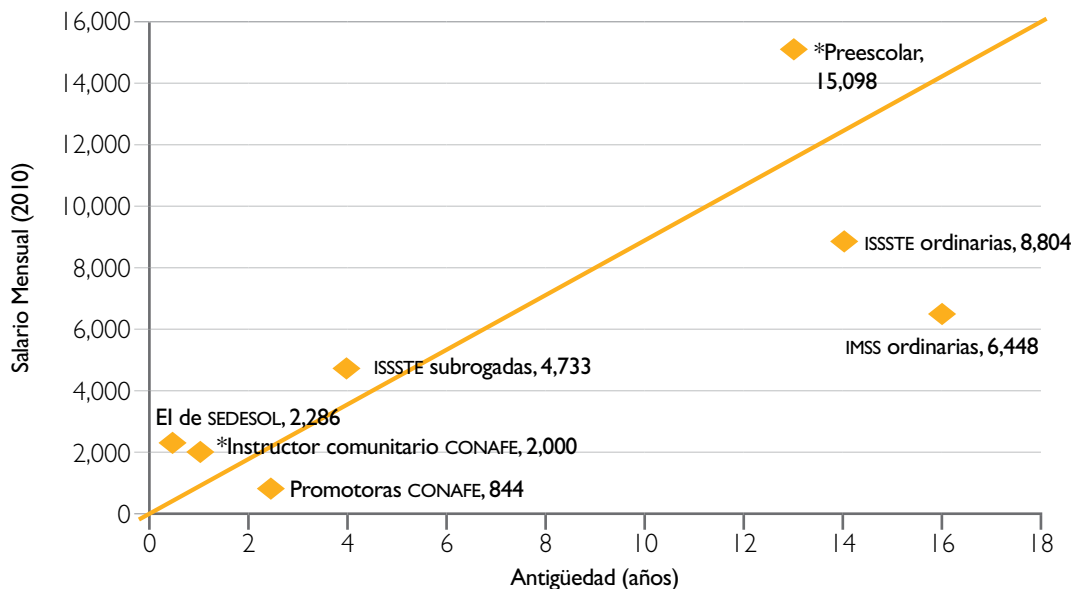
cadena entre el programa y los beneficiarios. En muchos casos, estos eslabones finales no cuentan con la necesaria preparación, capacitación, certificaciones e incluso remuneración para llevar a cabo su labor de manera continua y satisfactoria. En el caso de las promotoras de CONAFE, por ejemplo, la compensación económica oscila entre los 800 y 1,000 pesos mensuales. La capacitación, aunque intensiva (hasta 120 horas en algunos años) se da “en cascada”, comenzando con el nivel nacional, después estatal hasta llegar al regional que es al que asisten las promotoras. El resultado es una especie de “teléfono descompuesto” donde no queda muy claro si lo que inicia en un primer nivel, termina de la misma forma en el último.

Cuando hay estabilidad en las promotoras, el programa funciona mejor (CIESAS, 2008), pero con un 30% estimado de rotación en las promotoras, el esfuerzo necesario de capacitación y monitoreo es enorme. Además, los programas federales no parecen aprovechar las tecnologías de información, incluyendo tecnologías móviles, para poder monitorear a las poblaciones más

difíciles de acceder. En cuanto a la remuneración, no hay un estudio que nos permita saber si lo que perciben las promotoras de CONAFE es poco o mucho aunque una comparación con los salarios de otros proveedores de servicios parecidos, nos da una idea del diferencial (ver Gráfica 6.2).

El modelo PEI de CONAFE, implementado a muy bajo costo, tiene como consecuencia una gran heterogeneidad en su implementación: si la promotora o el encargado de supervisar desempeña bien su labor, el programa parece funcionar muy bien, pero si la promotora no se desempeña de manera satisfactoria o se tiene que ausentar por cualquier razón, el programa desaparece de la comunidad (CIESAS, 2008). Resulta un tanto desconcertante que el principal programa orientado a fortalecer las capacidades de los padres de familia, mujeres embarazadas, cuidadores y comunidades en zonas rurales, capacidades de las que el desarrollo del niño pequeño depende crucialmente, se sostiene casi exclusivamente de un servicio semi-voluntario.

GRÁFICA 6.2. SALARIO MENSUAL PROMEDIO DE EDUCADORES Y ASISTENTES EN PROGRAMAS DE CUIDADO Y EDUCACIÓN INICIAL



Fuente: Gerhart, R. (2013). “Servicios públicos de cuidado infantil en México: una propuesta para medir su calidad”. CIDE: Documento de trabajo, con datos solicitados vía IFAI. Para preescolar, salarios estimados por el INEE (2010) en “Condiciones de la Oferta en Preescolar: La implementación del PEP 2004”.

*Aunque estos programas no son de cuidado infantil ni de educación inicial, su datos se incluyen para comparación.

Por ello, diversos estudios han señalado la importancia de reforzar a las promotoras de CONAFE, tanto en su capacitación como en su remuneración (CIESAS, 2008). En este punto no se trata de exigir que las promotoras cuenten con estudios universitarios o de educación formal, necesariamente. Sí se trata de darles la capacitación, acompañamiento y en algunos casos la certificación de que conocen, saben y pueden lograr cambios importantes en las prácticas de crianza y las capacidades de los padres a su cargo (ver Cuadro 6.2.).

En el caso de los programas de cuidado infantil, aunque los requisitos de escolaridad para las cuidadoras y encargadas son mayores, también hay disparidades en las capacitaciones y apoyo que reciben. La supervisión y monitoreo es igualmente insuficiente, o no se lleva a cabo de la misma forma en todas partes. La consecuencia es un servicio de cuidado infantil (ya sea en modalidad pública o mixta) poco estandarizado (SEGOB, 2013). El trágico caso de la Guardería ABC en Sonora es un ejemplo de lo que puede suceder cuando eslabones débiles en esta cadena se rompen.

Sobre el tema de aseguramiento de la calidad, desde el 2011, con la aparición de la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil, probablemente se pondrá más atención al respecto, aunque todavía falta ver cómo se instrumentará la ley. Pero tanto en la ley como en los esfuerzos de regulación y supervisión a nivel estatal, el modelo de supervisión está relacionado más con Protección Civil que con la parte pedagógica o de desarrollo, incluso para aquellos servicios que están incorporados a la Secretaría de Educación Pública (López Silva *et al.*, n.d.).

En este respecto, es importante un esfuerzo más amplio, con alcances mayores que busque que los servicios provistos a los niños y sus familias cumplan con su diseño, y logren tener un impacto positivo. Esto va desde asegurar que los eslabones clave de la cadena (promotores de educación inicial, de salud, trabajadores sociales, médicos en los centros de salud, maestras de preescolar) estén debidamente remunerados, apoyados y capacitados para poder exigir un alto nivel

CUADRO 6.2. FORMANDO FACILITADORES PARA ATENDER A NIÑOS PEQUEÑOS Y MADRES DESDE LA COMUNIDAD: “PROYECTO DEI” Y “DE 0 A 3”

Desde hace más de 17 años, el Proyecto DEI y DEI Comunidad se enfocan en atender a familias con niños pequeños desde el embarazo y durante sus primeros años de vida. Una parte importante del modelo se centra en formar y certificar a facilitadores que puedan llevar a cabo, de manera efectiva, actividades con madres embarazadas, bebés y niños pequeños. Estas actividades incluyen la facilitación de vínculo con los bebés, masaje y contención, y estimulación oportuna, entre otras.

El reto actual que enfrentan los proveedores de este tipo de atención y servicios, consiste en la profesionalización de facilitadores y promotores, para que su trabajo sea de calidad, incida y marque la diferencia en las familias.

En Alianza con “De 0 a 3”, institución hermana, y ChildFund, Proyecto DEI está llevando a cabo un proceso de certificación de los agentes educativos, buscando su profesionalización. La metodología de capacitación, además de cognitiva, es lúdica, vivencial y práctica, con música y dinámicas. Busca que tanto los agentes educativos como los padres de familia vivan en carne propia el juego y la música, recuperando “su niñ@ interior” para que de esta manera puedan relacionarse con su pequeño de forma más natural. La risa, el juego y la alegría son engranes del programa por el impacto que tienen en el cerebro y en el corazón de los niños y sus familias.

Fuente: Ana Serrano y Beatriz Torre. Para conocer más ver proyectodei.org, deicomunidad.org.mx, childfundmexico.org.mx, y deceroatres.org.mx



de compromiso y calidad en el servicio, hasta generar indicadores y procesos que permitan un adecuado monitoreo de los esfuerzos, así como una retroalimentación hacia todos los niveles del programa por parte de los actores que se encuentran a nivel de cancha.

Baja prioridad de la educación inicial y estimulación oportuna, así como de los servicios enfocados a fortalecer capacidades de los padres y cuidadores

Como se describe en el Capítulo 5 de este libro, en México se invierte desproporcionadamente menos en los niños más pequeños y en fortalecer las capacidades de sus padres. Esto significa que menos recursos se destinan a expandir la participación de los niños pequeños en programas de cuidado infantil, a prestaciones para nuevos padres, y a programas de educación inicial.

En general, los servicios de salud mental y acompañamiento para padres de familia y cuidadores tampoco parecen tener un lugar prioritario, ni siquiera un lugar específico dentro de una estrategia más amplia de apoyar a los padres de familia y cuidadores y fortalecer sus capacidades, y el entorno de relaciones donde se desenvuelve el niño. La salud mental en los padres de familia es especialmente importante en zonas urbanas y marginales, donde hay mayor riesgo de hacinamiento, estrés y/o adicciones que traen consigo problemas que impactan negativamente en el desarrollo de los niños pequeños.

Asimismo, se invierte relativamente poco en educación inicial, estimulación oportuna, y educación y apoyo para padres. Como ya vimos, el modelo más grande de educación para padres (el provisto por CONAFE) finca la mayor parte de las responsabilidades en los hombros de las comunidades que aportan mucho trabajo voluntario (Myers et al., 2011).

Ausencia de políticas integradoras y coordinación para atender efectiva y oportunamente el desarrollo infantil temprano

En el 2011, después de la tragedia de la Guardería ABC, se promulgó la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil. Dicha ley está enfocada sobre todo en el aseguramiento de la calidad y las condiciones de seguridad en los servicios de cuidado infantil provistos por el Estado. La Ley contiene algunos elementos que pudieran manifestar

una visión más amplia de los servicios y programas que son el foco del DIT.¹¹

La Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil establece un Consejo Nacional cuyo objetivo es promover y coordinar mecanismos interinstitucionales con las dependencias y entidades que lo conforman. El Consejo Nacional está presidido por la Secretaría de Salud e integrado por los titulares de la Secretaría de Gobernación, de Desarrollo Social, de Educación Pública, del Trabajo y Previsión Social; el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia; Institutos de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, Seguro Social, de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas; representantes del sector obrero y empresarial; y el Instituto Nacional de las Mujeres y la Comisión Nacional de los Derechos Humanos como los invitados permanentes a las sesiones. El Consejo ha sesionado en tres ocasiones y ha producido un diagnóstico sobre el estado que guardan los centros de atención públicos y mixtos a nivel nacional. Este diagnóstico fue publicado en noviembre de 2013.

Además de la Ley General, desde el 2000 existe una política nacional de la infancia, aunque esta define infancia como de 0 a 17 años.¹² A raíz de esta ley nacional, algunos estados han promulgado sus propias leyes y políticas específicas de atención a la primera infancia, aunque no todos las tienen.¹³ A pesar de esta legislación, no existe ni a nivel federal ni estatal, un único lugar que se dedique exclusivamente a buscar hacer visibles a los niños más pequeños y garantizar sus derechos. El DIF cumple muchas de estas funciones, pero no se dedica exclusivamente a los niños menores de 6 años. Recientemente UNICEF se pronunció por impulsar una nueva “Ley de la Infancia” a nivel nacional

¹¹ Para mayor descripción sobre la ley, consultar capítulo sobre cuidado infantil y educación inicial en este libro.

¹² Esta ley se llama “Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes” publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de mayo de 2000. Tiene como objetivo “garantizar a niñas, niños y adolescentes la tutela y el respeto de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución”. Esta ley marca la creación de un Programa Nacional para la Atención de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia, a cargo del Sistema Nacional DIF. Este programa nacional es el que se encarga de financiar los programas estatales que buscan beneficiar a los niños y sus familias, algunos de los cuales están descritos a lo largo de este capítulo.

¹³ El D.F. cuenta con la Ley de Atención Integral para el Desarrollo de las Niñas y los Niños en Primera Infancia en el Distrito Federal promulgada en el 2013.

que permita “contar con un instrumento legal y amplio que acabe de manera integral con las deficiencias y rezagos que se viven en el tema del derecho de los niños a vivir una vida sana, plena y libre de violencia”.¹⁴

Tanto la Ley General como la Política Nacional promulgada en el 2000 son avances importantes. Pero aún falta mucho por hacer. La falta de integración y articuladores contribuye a la persistencia de problemas importantes de coordinación, tanto dentro de las instituciones como entre ellas y distintos niveles de gobierno. Dichos problemas llevan a la duplicidad de esfuerzos y a un uso ineficiente de los recursos (López Silva *et al.*, n.d.). En ocasiones, diferentes dependencias recaban información socio-económica que podría ser compartida para identificar a la población con necesidades específicas (por ejemplo, niños que no cuentan con acta de nacimiento). Asimismo, de haber padrones de beneficiarios, estos no se contrastan entre los diferentes programas para detectar posibles duplicidades.

También hace falta mayor coordinación entre federación y estados en lo que corresponde a la oferta estatal. Por ejemplo, algunos programas de nutrición a nivel estatal que proveen despensas, quizá podrían enfocarse más bien en dar seguimiento nutricional, ya que probablemente los beneficiarios de estos programas califiquen también para programas de alimentación ofrecidos por DIF o por la Secretaría de Salud.

En otros casos, la regulación es tan extrema que impide a ciertas familias, que lo necesitan, acceder a servicios complementarios. Por ejemplo, hasta hace muy poco las familias beneficiarias de *Oportunidades* no podían acceder a los servicios del programa *Estancias Infantiles* a pesar de cumplir con los requisitos de elegibilidad. Solo hasta diciembre de 2013, la SEDESOL emitió reglas de operación para *Estancias Infantiles* que establecieron por primera vez una coordinación e intercambio de información con el programa *Oportunidades*. Queda todavía pendiente observar cómo se operacionalizará esta coordinación y se traducirá en un proceso efectivo para las madres de *Oportunidades*, ya que muchas de ellas no tienen los medios suficientes para cubrir el copago (la cuota mensual que es responsabilidad de la familia del niño) para inscribirse en una estancia del programa.

¹⁴ Entrevista con representante en México de UNICEF, 3 de Marzo, 2010. Publicada en periódico “La Crónica”.

Los retos de acceder a los servicios de desarrollo infantil de manera oportuna: percepciones de los padres de familia en zonas rurales y marginadas

La consecuencia de un sistema público de atención a la primera infancia desarticulado, es un proceso difícil de navegar para las familias que podrían ser beneficiarias de diversos programas y que tienen dificultades para trasladarse a los lugares de inscripción y realizar todos los trámites necesarios. Algunas familias simplemente se pierden en el intento.

Por ejemplo, casi todos los programas sociales requieren que el niño cuente con su acta de nacimiento. Sin embargo, de acuerdo con la Red por los Derechos de la Infancia en México, únicamente el 82% de los niños y niñas que nacieron en 2011 fueron registrados de manera oportuna, es decir, que el registro se realizó durante los primeros doce meses de vida. Esto significa que el 18% de los niños menores de un año en el país no cuentan con registro de nacimiento. Oficialmente, son invisibles. En algunos estados, esta cifra es mucho mayor: 44% (Chiapas), 40% (Guerrero), 26% (Morelos, Oaxaca) y 23% (Veracruz) (REDIM, 2013).

La siguiente narración corresponde a una experiencia “compuesta”, retomando las opiniones típicas expresadas por personas entrevistadas en las cabeceras municipales de siete de los municipios con menor Índice de Desarrollo Humano de México. A las personas entrevistadas se les solicitó información sobre elementos importantes de las políticas públicas para atender a los niños pequeños, tales como el acceso a programas públicos; la facilidad o dificultad —y la importancia— de obtención de documentos de identidad.¹⁵

“Un día vino una promotora del Programa Oportunidades y me dijo que mi familia podría recibir los apoyos de este programa. Había escuchado que daban dinero y también que dan pláticas sobre cómo cuidar a los niños, sobre qué comer y sobre cómo cuidar la salud, a las que hay que ir porque si no, no me van a dar el apoyo. Pero había un problema, me pidieron el acta de nacimiento de toda la familia y mi hija más chiquita no tenía.

¹⁵ Esta sección fue escrita por Marco Lopez Silva y Anitzel Merino, de Fundación IDEA. Esta experiencia proviene de López Silva *et al.*, n.d., publicación que resume los resultados de un estudio realizado por Fundación IDEA para UNICEF durante 2013.



También me visitó una promotora de educación inicial y me dijo que podía inscribir a mi hija chiquita a las pláticas que da el CONAFE porque se van a instalar aquí en la comunidad. Pero pasa lo mismo que con Oportunidades, te piden el acta de nacimiento. Además, no estaba segura de querer ir porque los del CONAFE no te dan apoyo como los de Oportunidades para que lleves a los niños a la escuela o al doctor. Pero bueno, yo sí quiero que mi hija tenga una mejor vida que yo, y pues es importante que aprenda cosas, por eso sí quise ir a esas clases de CONAFE, y además mi esposo me dio permiso.

Aquí en la comunidad no nos pudieron dar el acta. Entonces tuvimos que caminar unas dos horas a la localidad grande más cercana, pero ahí tampoco nos dieron el acta porque mi hija tiene más de un año de edad y yo sólo tengo una constancia que me dio la partera. Entonces tuve que pagar el pasaje para ir a la cabecera municipal y que nos dieran una constancia de inexistencia, que costó más de 150 pesos y después ya el acta, que costó casi igual que la constancia. Todo esto salió muy caro, pero no hubo de otra.

Los del CONAFE dieron sesiones por varios meses y fue muy interesante y estábamos contentas. Las clases eran en casa de una de las señoras, porque no hay un lugar

asignado por el municipio para esa actividad. La maestra que también es de la localidad, nos enseñó cómo hablarles y cantarles a los niños, cómo bañarlos y hacerles juguetes con botellas de plástico. Pero luego algunas señoras dejaron de participar porque no nos daban suficiente material y ellas querían más juguetes. Entonces el grupo tuvo que cerrar porque ya quedábamos muy poquitas.

Después de eso quise seguir con la educación de mi hija. Traté de averiguar pero en la comunidad nadie sabía y me mandaron al DIF a preguntar. Yo no sabía que el DIF hacía más cosas además de dar una despensa de vez en cuando. No me pudieron ayudar mucho y anduve preguntando a varias personas. Entonces mejor fui a la localidad de al lado a preguntar. Allá me dijeron que hay un preescolar indígena de la SEP pero me tengo que esperar a que mi hija cumpla 3 años para que pueda ir. Pero cuando vaya voy a tener que caminar mucho cada día para ir a llevar, hasta que crezca un poco y se pueda ir sola. Así que mientras nos quedamos sin clases tendré que seguir llevando a mi hija a trabajar al campo conmigo, que es un poco peligroso, pero si no me la llevo se quedaría solita en la casa.

La otra semana noté que mi hija se sentía mal, ya no quería comer y no estaba jugando. La llevé al centro de salud, pero eran después de las 2 pm y ya no había nadie.

Al día siguiente no estaba el doctor pero sí una enfermera. Me dijeron que no tenían medicinas para curarla y que tenía que irme al hospital regional o esperarme al siguiente lunes para que viniera el doctor. Mejor me la llevé. El transporte para eso me costó mucho, pero tenía que hacerlo. Lo bueno fue que ya tenía el Seguro Popular, porque cuando te dan Oportunidades te inscriben. De todas formas, eso es más fácil, en los hospitales ponen módulos para que uno lleve sus papeles y se registre.

El doctor vio a mi hija y me dijo que iba a estar bien, pero tenía que darle unas medicinas, pero no tenían todas las que necesitábamos ese día, así que tuve que regresar al siguiente día por ellas. Como no podría regresar a la casa, porque ya era tarde y para no pagar más pasajes, me quedé en un albergue que hay a un lado del hospital”.

El laberinto de la tramitología y la falta de documentos básicos no es un problema exclusivo de México. De hecho, en algunos países como Chile, India y Brasil se han implementado esquemas de “ventanilla única” para solucionar los problemas de coordinación inherentes a un servicio multisectorial, como es el desarrollo de la primera infancia.

Hay diversos modelos de ventanilla única que buscan solucionar los problemas de falta de coordinación e integración de servicios para poblaciones vulnerables. Algunos modelos se apoyan en alianzas público-privadas para facilitar el contacto local e integrar esfuerzos. Hay modelos que se apoyan fuertemente en tecnologías de información, mientras que algunos otros se apoyan en un modelo más tradicional de visitas familiares y acompañamiento. A continuación describimos dos modelos innovadores recientes.¹⁶

Kentucky, Estados Unidos

Bajo el supuesto que lo que no se mide no se atiende, el estado de Kentucky, en Estados Unidos, produce anualmente un perfil de la primera infancia llamado “Early Childhood Profile” para cada uno de los condados (municipalidades) del estado.¹⁷ Este reporte produce información oportuna y resumida que los

¹⁶ Ambas descripciones se elaboraron con información de Diane Taieb y Valérie Schmitt. “Where do we stand on the PEOPLE service?” International Labour Organization, Phnom Penh, Enero 31, 2012. Disponible en: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=28521>

¹⁷ Disponible en <http://kcews.ky.gov/Reports/EarlyChildhoodProfile/EarlyChildhood2014.aspx>

municipios y distritos escolares al interior del estado puedan diseñar sus propias estrategias para asegurar que cada niño llegue al kínder (a los 5 años) con las capacidades y aptitudes para aprender. Los reportes incluyen información sobre la calidad y disponibilidad de servicios de cuidado infantil, resultados sobre las pruebas para medir el nivel cognitivo y académico de los niños antes de comenzar el preescolar, y tasas de participación en preescolar, en servicios de asistencia social así como indicadores demográficos y económicos de las familias. El objetivo del reporte anual es que cada niño en Kentucky entre a la escuela listo para aprender, que cada padre de familia sepa lo que su niño necesita para estar listo para la escuela, y que cada comunidad pueda organizarse para apoyar a sus niños pequeños de la manera que mejor les parezca.

Chile Solidario: Un contrato entre hogares y gobierno

Este programa de transferencias monetarias condicionadas (similar a *Oportunidades*) se creó en 2002 con el objetivo de apoyar a las familias más necesitadas. Coordina esfuerzos de cinco ministerios: Salud, Educación, Desarrollo Social, Agricultura y Trabajo, así como de la Fundación para el Desarrollo y Promoción de las Mujeres. Cuenta con la innovación de proveer a cada familia de un apoyo psico-social de largo alcance. Durante 2 años las familias son visitadas por un trabajador o trabajadora social que les acompaña y da seguimiento con base a un “Contrato de Familia”. Las visitas se realizan con una frecuencia promedio de una vez por mes. Los trabajadores sociales facilitan y promueven el acceso de las familias a un paquete integral de servicios que le sea especialmente necesario dadas su condiciones y planes. Los trabajadores sociales también sirven como vínculo con los municipios y estados para retroalimentar sobre la oferta de servicios, las percepciones de los usuarios y la demanda no cubierta por servicios existentes y adicionales. Al final de los 2 años, los trabajadores sociales desarrollan una estrategia de salida del programa una vez que se han cumplido 53 condiciones mínimas, agrupadas en 7 pilares: educación, salud, trabajo, dinámica familiar, vivienda, documentación-identificación e ingreso.

Diversos países han enfrentado el reto de lograr una mejor articulación de los servicios para la primera infancia. Chile, India y Brasil ha implementado exitosamente esquemas de “ventanilla única” para solucionar los problemas de

coordinación inherentes a un servicio multisectorial, como es el desarrollo de la primera infancia. Chile y Colombia han desarrollado reformas de muy alto nivel para mejorar la coordinación intersectorial a través de políticas como Chile Crece Contigo o de la estrategia colombiana De Cero a Siempre. Chile es un caso especialmente notable por la importancia que se le dio al tema de la primera infancia, desde la Presidencia del país. Durante esta época se crea la política integral de atención a la infancia, Chile Crece Contigo, con carácter de ley nacional ver Cuadro 6.3).

Siguiendo la experiencia internacional, las siguientes prácticas se recomiendan para lograr una mejor coordinación centrada en las personas y los beneficiarios (Taieb y Schmitt, 2012):

- Alianzas público-privadas (por ejemplo, subcontratar con ONGs) para la operación de oficinas en campo y la coordinación entre instancias.
- Una tarjeta digital o cartilla que asegure el acceso a programas de protección social y educativos.

- Contratos basados en desempeño y subsidios que permitan empoderar y generar capacidad en los niveles locales.
- Una visión de largo plazo de apoyo a las familias que incluya acompañamiento presencial o virtual por parte de promotores o trabajadores sociales y la existencia de un plan de trabajo familiar.
- Un mejor aprovechamiento de la infraestructura tecnológica, incluyendo soluciones móviles, para poner en contacto a los beneficiarios con una serie de servicios.

6.5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El periodo más crítico en el desarrollo de los seres humanos coincide con el periodo en el que se encuentran en su mayor condición de vulnerabilidad. En este contexto, los programas de apoyo al desarrollo infantil temprano tienen la posibilidad de marcar la diferencia y ayudar a cerrar brechas que, de otra forma, solo están destinadas a crecer.

CUADRO 6.3. CHILE CRECE CONTIGO

Chile Crece Contigo es un Sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor: “a cada quien según sus necesidades”. Su objetivo principal es acompañar y hacer un seguimiento personalizado a la trayectoria de desarrollo de los niños y niñas, desde el primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar en el primer nivel de transición o pre kinder (alrededor de los 4 o 5 años de edad). Dirigido a **toda** la población nacional (niños, niñas en primera infancia y sus familias), Chile Crece Contigo ofrece lo siguiente:

- Programa educativo masivo (colección de cartillas educativas de distribución nacional, programa semanal de radio, canal de TV, sitio web <http://www.crececontigo.gob.cl> y “Fono Infancia” (número 1800), entre otros)
- Programa de apoyo al desarrollo psicosocial (plan de salud personalizado para cada familia, educación para la madre embarazada y su pareja, atención en el parto, fortalecimiento de la lactancia, paquete de “Apego Seguro” (ropa, cojín para lactancia, cuna, etc.), controles de salud para recién nacido y madre, entre otros)
- Prestaciones diferenciadas de acuerdo a las características particulares de los niños y niñas (acceso gratuito a jardín infantil de jornada extendida y acceso gratuito a sala de cuna o modalidad equivalente para hogares del 60% más vulnerable, acceso a Chile Solidario a familias elegibles, acceso a jardín infantil de jornada parcial para todos, y subsidios familiares para familias elegibles, entre otros)

Fuente: Gobierno de Chile, <http://www.crececontigo.gob.cl>



En México hay una gran diversidad de programas del sector público y privado para atender a la niñez durante sus primeros años de vida. Sin embargo, se perciben algunos retos importantes. Para comenzar, la oferta de servicios públicos es centralizada, con programas sobre todo enfocados en prevención de enfermedades y asistenciales, y con retos importantes de implementación y aseguramiento de la calidad.

A pesar de la amplia diversidad geográfica y cultural del país y la dispersión poblacional, los estados y municipios juegan un papel menor en la promoción del DIT, aunque esto varía por estado. Sin embargo, la mayoría de los programas observados todavía son diseñados y operados a nivel federal. Es común que las diferentes dependencias federales, así como los programas, tengan figuras locales que interactúan con las familias. Esto ayuda a difundir la información pero crea un problema para las familias al no existir una “Ventanilla Única” o una política nacional bien articulada y difundida.

Por el lado del sector privado, hay programas que han realizado acciones importantes en materia de nutrición, salud, prácticas de crianza y defensoría de los derechos de los niños. Algunas organizaciones tocan temas que el sector público ha dejado desatendidos, o llegan a poblaciones que no han recibido suficientes servicios con el sentido de urgencia que merecen. Sin embargo, la mayoría parecen ser esfuerzos aislados con poca comunicación y coordinación entre ellos que los ayude a potenciar resultados. Por otro lado, se perciben también esfuerzos importantes para lograr una mejor coordinación con el sector público a través de coordinación de iniciativas y actividades, o bien, a través de alianzas público-privadas. El sector privado y filantrópico podría jugar un papel importante evaluando programas e iniciativas piloto innovadoras y con un diseño sólido, para después buscar replicar experiencias exitosas ya sea por parte de ONGs con alcance nacional, o por parte del sector público.

El tema de la falta de coordinación para atender efectiva y oportunamente a la población que lo necesita, no es menor. Requiere que las instancias gubernamentales a todos los niveles compartan información, recursos y lecciones aprendidas, integren registros, y generen indicadores y datos que permitan una evaluación y monitoreo de las diversas iniciativas. Por el lado de las iniciativas de la sociedad civil, también sería recomendable una mayor articulación de las iniciativas

de los organismos de la sociedad civil para difundir, compartir y aprender de sus prácticas y experiencias en campo. Recientemente se han observado esfuerzos importantes para lograr una mejor coordinación, sobre todo desde el programa con instancias de salud (IMSS), educación (CONAFE) y el sector privado (*Un Kilo de Ayuda*).

Un instrumento que podría ayudar a articular los distintos servicios y enfoques consistiría en que cada niño que nace en México cuente con una Cartilla de Desarrollo, Salud y Nutrición ya sea integrada con la Cartilla de Vacunación o independiente. De esta forma, se le podría dar seguimiento y diagnóstico oportuno a cualquier problema que surja, además de servir como material de información para los padres y familias sobre qué deben esperar en cada etapa del desarrollo del niño, a qué programas pueden ser elegibles, y a quién o dónde pueden acudir si detectan problemas. Un esquema de Ventanilla Única y la adopción de una política nacional operativa a más alto nivel (al estilo “Chile Crece Contigo”) para la provisión de servicios de DIT aseguraría la oportunidad de la atención, algo especialmente importante en esta etapa de los niños donde 6 o 12 meses pueden marcar la diferencia.

Finalmente, es imprescindible asegurar la calidad de los servicios, especialmente aquellos que se prestan de manera descentralizada y por parte de miembros de las propias comunidades. En materia de cuidado infantil provisto en establecimientos externos al hogar, es impostergable lograr que todos los establecimientos cumplan con la reglamentación mínima de seguridad, higiene y calidad en los servicios o enfrenten severas sanciones. En cuanto a la provisión de servicios de DIT por miembros de las comunidades, este mecanismo de atención tiene la gran ventaja de aprovechar recursos cercanos a las comunidades que conocen a los niños y sus familias, y con quienes hay ya vínculos de confianza existentes. Sin embargo, para que funcione bien, los promotores y facilitadores deben contar con los conocimientos necesarios para realizar su labor, y ser compensados y apoyados de forma adecuada para que puedan hacer su trabajo de manera sostenida y efectiva. Dejar elementos clave de los programas de desarrollo infantil temprano en manos de personas bien intencionadas y entusiastas, pero con baja remuneración, poco monitoreo, y escaso apoyo y acompañamiento, no es una estrategia que le dé al desarrollo infantil temprano la importancia que merece.

Referencias

Ángeles, G., Gadsden, P., Galiani, S., Gertler, P., Herrera, A., a y Seira, E. (2012). *The Impact of Daycare on Maternal Labour Supply and Child Development in Mexico*. México: CIEE.

Araujo, M. C., López-Boo, F., y Puyana, J. M. (2013). *Panorama sobre los servicios de desarrollo infantil en América Latina y el Caribe*. BID.

Banco Interamericano de Desarrollo [BID]. (2014). *Wealth Gradients in Early Childhood Cognitive Development in Five Latin American Countries*. BID.

Calderón, G. (2012): "What is Good for the Goose is Good for the Gender: The Effects of Child Care Provision in Mexico", *PovGov Documento de Trabajo*. Disponible en: http://cddrl.stanford.edu/publications/childcare_provision_in_mexico/

Consejo Nacional de Fomento Educativo [CONAFE]. (2012): *Libro Blanco: Estrategias de Intervención Pedagógica para Mejorar la Calidad de los Aprendizajes con Equidad*. México: CONAFE.

Comisión Investigadora. (2010). *Informe Preliminar sobre el Ejercicio de la Facultad de Investigación 1/2009*. México: Suprema Corte de Justicia de la Nación. Disponible en: http://www2.scjn.gob.mx/fi12009/Documentos/Informes/Informe_Preliminar_Comision_ABC.pdf

Engle, P., Black, M., Behrman, J., Cabral de Mello, M., Gertler, P., Kapiriri, L., Martorell, R., y Young, M. (2007). "Child development in developing countries 3". *The Lancet*, 369, 229-242.

Fernald, L., Neufeld, M., Barton, L., Schnaas, L., Rivera, J., y Gertler, P. (2005). "Parallel deficits in linear growth and mental development in low-income Mexican infants in the second year of life". *Public Health Nutrition*, 2(9), 178-186.

Figuroa, J. L. (2013). "Distributional effects of OPORTUNIDADES on early child development". *Documento de Trabajo de la Universidad de Ghent*.

Fuentes Alcalá, M. L. (coord.) (2012). "Índice de los Derechos de la Niñez Mexicana: 2012". México: CEIDAS.

Galván Lafarga, L. E. (coord.) (2008). *Informe Ejecutivo para Consejo Nacional de Fomento Educativo*. México: CIESAS.

Gerhart, R. (2013). "Servicios públicos de cuidado infantil en México: una propuesta para medir su calidad". *Series de Documentos de Trabajo- CIDE*.

Gertler, P., y Fernald, L. (2005). *Evaluación Externa de Impacto 2004: Impacto de mediano plazo del Programa Oportunidades sobre el desarrollo infantil en áreas rurales*. México: CIESAS.

Grantham-McGregor, S., Cheung, Y. B., Cueto, S., Glewwe, P., Richter, L., y Strupp, B. (2007). "Child development in developing countries 1". *The Lancet*, 369, 60-70.

Harris-Van Keuren, C., y Rodríguez, D. (2013). *Pautas para el Aprendizaje Temprano en América Latina y el Caribe*. BID.

InBrief (ND). "The Impact of Early Adversity on Children's Development", *InBrief Series*. Center on the Developing Child - Universidad de Harvard.

Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación [INEE]. (2010). *Condiciones de la Oferta en Preescolar: La implementación del PEP 2004*. México: INEE.

Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]. (2012). *Evaluación de impacto del programa de Educación Inicial no Escolarizada de CONAFE (PEI-CONAFE) en beneficiarios de Oportunidades*. México: INSP.

Ley de Atención Integral para el Desarrollo de las Niñas y los Niños en Primera Infancia en el Distrito Federal. Gaceta Parlamentaria de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal VI Legislatura. 25 de marzo de 2013.

Ley de Salud del estado de Durango. H. Congreso del Estado de Durango LXV Legislatura. Última actualización 15 de enero de 2013.

López Silva, M. A. (coord.), Merino, A., Uribe, I., Santibañez, L., y Figot, N. (n.d.) *Desarrollo Infantil Temprano en México: ¿Qué sucede?*. México: Fundación IDEA y UNICEF.

Myers, R. (2000). *Thoughts of the role of the "private sector" in early childhood development*. Washington, DC: Banco Mundial.

Myers, R., Martínez, A., Delgado M. A., Fernández, J. L., y Martínez, A. (2013). *Desarrollo infantil temprano en México: Diagnóstico y recomendaciones*. BID.

Naudeau, S., Kataoka, N., Valerio, A., Neuman, M., y Elder, K. (2011). *Investing in Young Children: An Early Childhood Development Guide for Policy Dialogue and Project Preparation*. Washington, DC: Banco Mundial.

Nonoyama-Tarumi, Y., y Ota, Y. (2010). *Early Childhood Development in Developing Countries: Pre-primary Education, Parenting, and Health Care*. UNESCO.

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos [OCDE]. *Better Life Index México*. Disponible en <http://www.oecdbetterlifeindex.org/es/countries/mexico-es/>

Ramírez, E., Ramos, M. L., y Hinojosa, G. (coords.). (2012). *Consultoría de Seguimiento de las Acciones Compartidas, Informe General*. México: CONAFE.

Red por los Derechos de la Infancia en México [REDIM]. Disponible en <http://www.derechosinfancia.org.mx/index.php>

Secretaría de Gobernación [SEGOB]. (2013). *Informe semestral de actividades correspondiente a 2012 del Consejo Nacional de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil*. Disponible en: <http://www.senado.gob.mx/?ver=sp&mn=2&sm=2&id=45369>

Secretaría de Educación Pública [SEP]. (2012). *Modelo de Atención con Enfoque Integral: Educación Inicial*. México: SEP.

Taïeb, D., y Schmitt, V. (2012). *Where do we stand on the PEOPLE service?* International Labour Organization, Phnom Penh. Disponible en: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=28521>

Turati, M. (2009). "Testimonios de la ignominia". *Revista Proceso*, 1706.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2005). "Los Primeros Pasos", *Vigía de los Derechos de la Niñez Mexicana*, 1(1), 3-11.

_____. (2009). *Una mirada hacia la infancia y la adolescencia en México*. México: UNICEF.

_____. (2010). *Los derechos de la infancia y la adolescencia en México: Una agenda para el presente*. México: UNICEF.

_____. (2011). *Inversión pública en la infancia y adolescencia en México*. México: UNICEF.

_____. (2012). *Informe Anual UNICEF México 2012*. México: UNICEF.

Un Kilo de Ayuda [UKA]. (ND). "Cuando un niño se nutre, México se desarrolla". México: UKA.

Walker, S., Wachs, T., Gardner, J., Betsy Lozoff, B. Wasserman, G., Pollitt, E., y Carter, J. (2007). "Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries". *The Lancet*, 369, 145-157.



7.1 ← Evaluación del desarrollo infantil en México

primera vez una locomotora de vapor (el cuerpo) que le acompañará durante todo el recorrido de la vida, para llegar al destino que deba de llegar. Durante los primeros cinco años no existen desviaciones o encrucijadas en el camino (que va trazado por los padres, familiares y cuidadores), esto con el fin de que el niño o la niña se puedan enfocar en conocer la locomotora para saber, entre otras cosas: dónde colocar la leña y así tener energía para el camino (alimentarse y adaptarse al entorno); cómo manejarla para poder decidir qué dirección tomar (aspectos motores), cómo poder entender las señales presentes en el camino y lo que le digan los conductores de otras locomotoras (comunicación), recordar cada proceso e ir aprendiendo lo que va viendo, escuchando, imaginando y pensando (aspectos cognitivos), aprender a convivir con otros conductores (interacción con pares), seguir las reglas y respetar límites (interacción con adultos) e ir aprendiendo cuál es su papel en el mundo (rol social), junto con la capacidad de valerse por sí mismo (autocuidado) y con responsabilidad personal. Todo esto transcurre en los primeros cinco años, para que a partir de los seis, y con todas estas habilidades ganadas, le permita tomar las decisiones correctas cuando haya encrucijadas en el camino, transitar sin afectar a los demás por respetar las reglas, e ir viendo el paisaje para poner atención a los detalles que le rodean para aprender, creer y convertir sus sueños en realidad” (Rizzoli-Córdoba, 2014).

Autores:

Antonio Rizzoli Córdoba, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Gabriel O’Shea Cuevas, Comisión Nacional de Protección Social en Salud

Daniel Aceves Villagrán, Componente Salud del Programa Oportunidades

Blanca Berenice Mares Serratos, Coordinación Estatal del Programa Oportunidades, Guanajuato

Liliana Martell Valdez, Coordinación Estatal del Programa Oportunidades, Coahuila

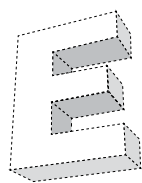
Víctor Vélez Andrade, Coordinación Estatal del Programa Oportunidades, Puebla

7.1. EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL EN MÉXICO¹

“El nacimiento de un ser humano es equiparable con una persona que está en una estación de trenes y aborda por

¹ Los autores dan un reconocimiento especial y agradecimiento por su invaluable participación en el desarrollo de las actividades que han dado lugar a la información presentada en este capítulo a las siguientes instituciones: a) Hospital Infantil de México Federico Gómez: Dirección General (José Alberto García Aranda, Judith Torres Mujica, Claudia Esmeralda Martínez González, Irene Solana Barbosa, Laura Elena García Ojeda) y María del Carmen Martínez García, Dirección de

7.1.1. Introducción



s por lo anterior que los cinco primeros años de vida son el periodo crítico durante el cual los niños aprenden a entender e interactuar con el mundo que los rodea, estableciendo las bases que les permitirán, en el futuro, abstraer los

Investigación (Onofre Muñoz Hernández, Evelyne Eugenia Rodríguez Ortega, Elías Hernández Ramírez y Ana Alicia Jiménez Burgos), Unidad de Investigación en Neurodesarrollo (Guillermo Buenrostro Márquez, Mariel Pizarro Castellanos, César Iván Baqueiro Hernández, Ximena Margain Ojeda, Marta Lia Pirola, Olga Susana Lira Guerra, Jessica Guadarrama Orozco, Guillermo Vargas López y Rocío del Carmen Córdoba García); b) Dirección General del Programa Oportunidades de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Fátima Adriana Antillón Ocampo, Joaquín Carrasco Mendoza, María Esther Valadez Correa y Jorge Carreón García); c) Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (Ariana Bernal Zamora, María Magdalena Solares Llamas y Amanda Mendoza Martínez), d) UNICEF-México (Marcelo Mazzoli, Paola Martínez y Rosa Wolpert) e) Banco Interamericano de Desarrollo (Caridad Araujo, Marta Rubio Codina, Ricardo Pérez Cuevas) y e) las Coordinaciones Estatales de Oportunidades (orden alfabético) de: Coahuila (Elías Humberto Muñoz Fuentes y Mónica Espinoza Aranda), Guanajuato (Eduardo Villalobos Grzybowicz, José Fabián Rangel Aguilar), Nuevo León (Mario Cerrillo Clavel y Elizabeth Silva Fuerte), Puebla (Carmen Campos Maldonado) y Tabasco (Doménica Puleo y Olivia Sánchez).

conceptos para ser independientes, poder resolver problemas, planear y alcanzar metas, tener una comunicación efectiva, establecer y mantener relaciones interpersonales adecuadas y ser responsables de sus actos; todo con el fin de contar con las herramientas necesarias para llegar a alcanzar su máximo potencial.

Para llegar a este punto, es importante que un niño cuente con vida, salud y alimentación como parte de su bienestar y como bases para desarrollarse, además de un ambiente propicio que satisfaga las necesidades de afecto, interacción social, comunicación, seguridad emocional, consistencia y acceso a las oportunidades para la exploración y descubrimiento (Myers, 2013). En este proceso existen dos dimensiones básicas: a) el ambiente en el que se desarrolla (incluyendo la familia, los espacios educativos y la comunidad) donde los determinantes sociales de la salud y el desarrollo de habilidades parentales es fundamental y b) las condiciones de salud del niño, que si no son identificadas y tratadas en etapas tempranas, pueden dificultar el proceso de desarrollo y alentar o evitar la ganancia progresiva de habilidades. Enfocarse de forma exclusiva en las personas en mayor desventaja (menor nivel socio-económico) no reducirá de forma suficiente las inequidades en salud, se requieren acciones universales con una escala e intensidad proporcional al nivel de desventaja (Marmot, 2010).

La detección temprana de problemas en el desarrollo es de suma importancia para el bienestar de los niños y sus familias, ya que permite acceder a un diagnóstico y tratamiento oportunos (Council on Children with Disabilities, 2006). La evaluación del desarrollo infantil es un proceso destinado a conocer y cuantificar el nivel de maduración alcanzado por un niño, comparado con su grupo de edad, para establecer un perfil individualizado sobre las fortalezas y debilidades de los diferentes dominios evaluados (Moragas, 2009). En el caso de confirmar la presencia de retraso o una desviación en el desarrollo, es necesario completar el proceso para caracterizar el problema y orientar su tratamiento para aplicar estrategias apropiadas a la situación individual que permitan disminuir en lo posible su impacto negativo en el desarrollo, posibilitando que los niños alcancen su máximo potencial (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2013).

En este capítulo haremos una descripción de la evaluación del desarrollo infantil actualmente empleada en México y presentaremos los hallazgos preliminares de uno de los primeros ejercicios a nivel nacional para identificar el nivel de desarrollo a través de la aplicación de una prueba de tamizaje. Presentaremos también los resultados de evaluación diagnóstica en los niños y niñas del país, identificados con riesgo de retraso.



7.1.2. Evaluación del desarrollo infantil

Cada persona tiene el derecho a alcanzar su máximo potencial y por ello, además de un ambiente adecuado, es necesario contar con una herramienta que monitoree el desarrollo de los niños, ya que esta evaluación sistemática permite:

- Igualdad en la oportunidad de detección.
- Equidad para que los niños en riesgo reciban la atención necesaria.
- Evaluar el impacto y realizar acciones de mejora continua.

Para evaluar el desarrollo existen dos tipos de pruebas:

- a) **Tamizaje:** Útil para identificar niños con problemas en el desarrollo al aplicarse a población aparentemente sana, para poder realizar, así, una detección oportuna. Permite identificar, en términos gruesos, diferentes niveles de desarrollo para aplicar estrategias apropiadas a la situación de cada persona, con atención especial a los que más necesitan.
1. Diversos estudios han demostrado que el juicio clínico del pediatra no es suficiente para identificar retraso en el desarrollo infantil, por lo que es muy importante emplear pruebas de tamizaje estandarizadas para detectar a estos pacientes (Rydz, 2005; Mackrides PS, 2011).
 2. Este tipo de pruebas deben de ser de aplicación fácil, rápida y no requerir de un personal con un alto nivel de especialización para su aplicación, por lo que son útiles para monitorear el desarrollo de todos los niños.²
- b) **Diagnóstica:** Las pruebas de esta categoría permiten cuantificar de forma fina el nivel de desarrollo. Son largas, de aplicación compleja, y requieren de un alto nivel de entrenamiento, por lo que se reserva su aplicación a niños identificados por la prueba de tamizaje con riesgo de retraso para confirmar el retraso en el desarrollo y caracterizar las áreas afectadas, lo que permite establecer una intervención o tratamiento específico para la causa del problema.³

² El lector interesado en conocer las características de las diferentes pruebas de tamizaje de desarrollo para menores de cinco años en Estados Unidos y Latinoamérica puede consultarlo en (Romo-Pardo B, 2012).

³ El lector interesado en conocer las características de las pruebas diagnósticas de uso habitual en la clínica puede consultarlo en el Capítulo 2:

7.1.2.1 Prueba Evaluación del Desarrollo Infantil “EDI”

Con el objetivo de poder identificar a los niños menores de cinco años con problemas en el desarrollo, la Dirección General del Programa Oportunidades (DGPO) de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud en 2010, encomendó a la Dra. Lourdes Schnaas Y Arrieta, del Instituto Nacional de Perinatología, el diseño de una prueba de tamizaje, a la cual se le denominó: Evaluación del Desarrollo Infantil o “EDI”. Durante 2011, el Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) llevó a cabo la validación de la prueba en una muestra de 438 niños de Chihuahua, Yucatán y Distrito Federal (Rizzoli-Córdoba A., 2013). A partir de la información obtenida, se reestructuró la prueba EDI para dar lugar a la versión actual, cuyas características generales se resumen en la Tabla 7.1.1. Las características más importantes son:

- Contar con ítems que requieren ser interrogados o corroborados a través de la observación del niño (se incluye en el manual de aplicación una breve descripción e ilustración para que pueda ser realizada de forma sistemática).
- Calcular la edad corregida (en caso de ser prematuros y menores de dos años), lo que permite evaluar, de forma adecuada, lo que debe hacer el niño para su edad corregida (real).
- Además de la evaluación de las áreas del desarrollo (donde se evalúan en todas las etapas las dimensiones: motora, comunicación, adaptativa, personal-social y cognitiva, las cuales se agrupan de la siguiente forma para hacer más fácil la evaluación: motora fina, motora gruesa, lenguaje, social y conocimiento), incluye la identificación de señales de alerta y factores de riesgo biológico que, de estar presentes de forma exclusiva, requerirá una aplicación más frecuente de la prueba. También incluye señales de alarma y exploración neurológica que, de estar presentes, identifican al niño automáticamente con riesgo de retraso y requeriría de una valoración adicional.
- Los materiales necesarios para la administración de los ítems de la prueba son fáciles de conseguir; y durante la capacitación se incluye como tema la dinámica de construcción de material, lo que

Diagnóstico de retraso en el desarrollo, del Manual para la Evaluación de Menores de Cinco Años con riesgo de Retraso en el Desarrollo (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2013).

TABLA 7.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA PRUEBA DE TAMIZAJE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL “EDI”

Instrumento de tamizaje creado y validado en México para detectar problemas en el desarrollo	
Idioma de la prueba / País	Español / México
Modalidad de evaluación	Preguntas a los padres y observación directa del niño
Ejes que se evalúan en la prueba	Factores de riesgo biológico, señales de alarma, señales de alerta, áreas del desarrollo, exploración neurológica
Dominios del desarrollo evaluados	Motor Grueso, Motor Fino, Lenguaje, Social-Adaptativo y Cognitivo
Rango de edad de aplicación	De un mes (edad corregida) a 60 meses
Edades obligatorias de aplicación	1, 6, 18, 30, 42 y 60 meses
Tiempo de administración	10 a 15 minutos
Personal que administra la prueba	Personal de salud previamente capacitado: Médico, enfermera, cualquier auxiliar del centro de salud
Momento de aplicación	Como parte de la consulta de niño sano
Posibles resultados	Verde: Desarrollo normal. Amarillo: Rezago en el desarrollo Rojo: Riesgo de retraso en el desarrollo

permite que estos tengan pertinencia cultural, al poder ser similares a los que se encuentran en la localidad.

II. Analizar las características de las diferentes pruebas diagnósticas del desarrollo para recomendar cuál es la más útil en el contexto del país.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y el Banco Mundial organizaron un panel de expertos nacionales e internacionales que se llevó a cabo los días 17 y 18 de febrero de 2012, con representación de todas las instituciones que tienen relación con la atención de los menores de cinco años, con los siguientes objetivos:

- I. Establecer la prueba de tamizaje más adecuada para identificar los problemas del desarrollo en el país a través de:
 - a) La revisión de las diferentes pruebas de tamizaje validadas en América.
 - b) El análisis del diseño, proceso y resultados de la validación de la prueba “Evaluación del Desarrollo Infantil”.
- I. Analizar los diagramas de flujo propuestos con base en los resultados de la prueba de tamizaje para los niños de México.

En esta reunión se determinó que la prueba EDI es el instrumento de tamizaje adecuado en el contexto de la población mexicana menor de cinco años, con sensibilidad y especificidad similares a otras pruebas de tamizaje disponibles en América (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2013). Desde noviembre de 2012, en la 1ª Reunión Nacional de Desarrollo Infantil, co-organizada por la Dirección General del Programa Oportunidades (DGPO) y el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) se capacitó a todo el país para utilizar en la población beneficiaria del *Seguro Popular y Oportunidades*, la prueba EDI para la evaluación del desarrollo infantil en todos los menores de cinco años. A partir de 2014 se estipula como un objetivo del componente de Desarrollo Infantil Temprano del *Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia*, la vigilancia del desarrollo de los niños y niñas menores de cinco años a través de la aplicación de la prueba EDI en las

edades estipuladas (Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, 2014).

7.1.3. Resultados de la Evaluación del Desarrollo Infantil en México

Durante 2013 inició la aplicación de la prueba EDI en la población menor de cinco años de las entidades federativas. El HIMFG junto con la DGPO fueron los encargados de verificar la adecuada réplica de la capacitación a través del acompañamiento y participación activa en los estados durante las capacitaciones. La evaluación e identificación de áreas de oportunidad se realizó de forma estandarizada, utilizando los formatos desarrollados para ese fin y que están disponibles junto con las cartas descriptivas y las presentaciones a ser utilizadas durante el curso en el Manual para la formación de facilitadores (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2013). El HIMFG colaboró con la estrategia brindando a las entidades federativas al menos un ejemplar por unidad de salud del Manual de Aplicación y un manual de formación de facilitadores para cada responsable jurisdiccional, encargado de la estrategia. Los materiales de aplicación fueron desarrollados por el personal aplicativo o brindado por la entidad federativa. Con esto se aseguró la disponibilidad de los materiales necesarios para la aplicación.

Nota Metodológica: Consideraciones sobre la muestra y valoración de la correcta aplicación de la prueba EDI por el personal operativo

Todas las gráficas de las siguientes secciones fueron elaboradas con la información de la base de datos proporcionada por las coordinaciones estatales del programa *Oportunidades* de las entidades federativas, y están en proceso de un análisis más detallado. Cabe resaltar que la aplicación de las pruebas no se llevó con base en una aleatorización a nivel de unidades de salud, razón por la cual no se puede considerar representativo ni de la población estatal, ni nacional o por tipo de localidad. Además, estos resultados provienen de pruebas que se aplicaron a los niños que acudían a control de niño sano a un centro de salud. Esto puede presentar un sesgo en la población bajo estudio ya que se evaluó a los niños que acuden a la unidad de salud, y esta condición pudiera ser diferente a la de aquellos niños que no acuden de forma rutinaria a control en la unidad de salud. Por lo tanto, los análisis que se presentan aquí deben considerarse

como resultados iniciales, que serán analizados a profundidad en el futuro.

Para evaluar la calidad de la aplicación de las pruebas, el HIMFG llevó a cabo el desarrollo y evaluación del modelo de supervisión de la correcta aplicación de la prueba EDI. Este estudio se realizó en los estados de Coahuila, Guanajuato y Tabasco y se contrató a personal médico (Guanajuato y Tabasco) o psicológico (Coahuila) de tiempo completo. Se les capacitó en el Distrito Federal y se estandarizó la aplicación de la prueba y la evaluación de la aplicación en campo, a través del uso de dos instrumentos diferentes:

- a) Estudio de sombra: evaluación simultánea de la concordancia entre la evaluación del personal aplicativo y el supervisor mientras este último, sin intervenir en la dinámica de evaluación, está presente en el consultorio.
- b) Re-aplicación de la prueba EDI a niños que se les hubiera aplicado la prueba en un lapso no mayor a dos semanas en la unidad de salud. Esta se realizó en la casa de los niños.

Adicionalmente, durante el periodo de estudio se realizaron visitas de acompañamiento para verificar la correcta evaluación por parte del personal encargado de la aplicación de los instrumentos. En el estudio de sombra se encontró concordancia en el 85.4% (n=329), siendo del 96% para niños con resultado verde, 80% para niños en rojo y 69.4% para los niños en amarillo. El grupo de edad con resultados más bajos fue el de cuatro meses (64%), seguido del de cinco a seis meses, con 78%. El resto de los grupos de edad tuvieron una concordancia mayor al 80%. En la evaluación a través de la re-aplicación de la prueba se obtuvieron resultados similares, con concordancias mayores al 80% excepto en el grupo de 12 a 14 meses que fue de 68%. El análisis para identificar los reactivos discordantes para desarrollar reforzamiento en la capacitación de los mismos, está en proceso.

Resultados de la evaluación del desarrollo en población abierta: Guanajuato

De febrero a diciembre de 2013, en el estado de Guanajuato se llevó a cabo la aplicación de la prueba EDI, por personal adecuadamente capacitado, a 29,484 niños menores de cinco años en 308 centros de salud distribuidos en las ocho jurisdicciones sanitarias del

estado. Del total de la población evaluada, el 54% fueron beneficiarios del programa *Oportunidades* y el resto (46%) del *Seguro Popular*. Por tipo de localidad, el 58% fue aplicado en medio urbano y el 42% en el rural, basado en la tipología de la unidad de salud especificada para las unidades de consulta externa donde se aplicó la prueba, en base al Catálogo de Clave Única de Establecimientos en Salud-CLUES, aunque solo el 18.3% fue aplicado en localidades de menos de 2,500 habitantes (rural disperso) y el 81.6% en localidades mayores a 2,500 habitantes (rural concentrado o urbano). En la distribución por edad, el 30.6% fue a niños menores de un año (uno a 11 meses 29 días), 18.7% de un año (13 a 23 meses 29 días), 17.1% de dos años (25 a 35 meses 29 días), 17.9% de tres años (37 a 37 meses 29 días) y 15.7% de cuatro años (37 a 59 meses 29 días).

De forma global, el 79.9% de los niños evaluados obtuvieron como resultado desarrollo normal (verde), 14.9% rezago en el desarrollo (amarillo) y el 4.2% riesgo de retraso en el desarrollo (rojo) (ver Gráfica 7.1.1).

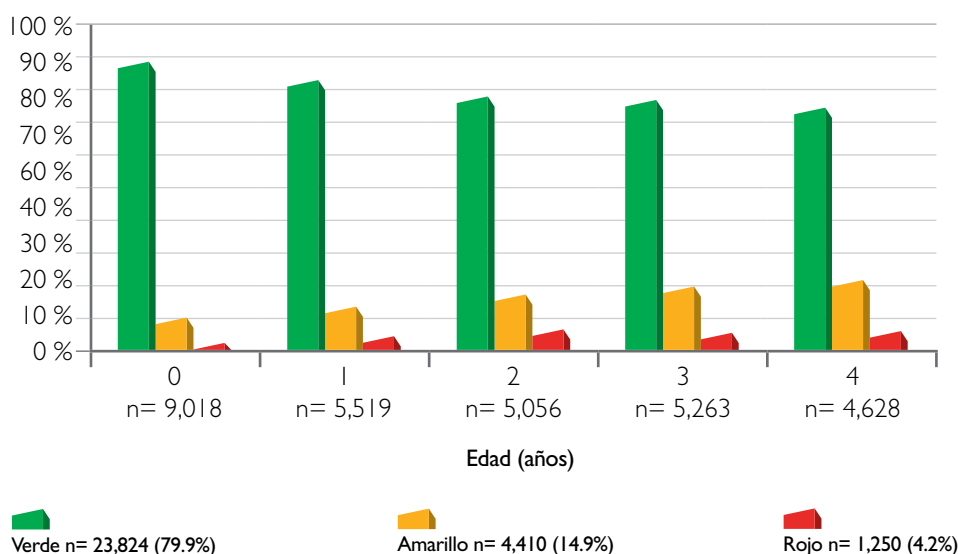
Estos resultados sugieren un incremento progresivo y significativo en los niños con rezago en el desarrollo (9.8% en menores de un año contra 20.7% en el grupo de cuatro años), y en el caso de los niños con riesgo de retraso, el número más alto de casos se

encontró en el grupo de dos años (5.9%), como se ilustra anteriormente. En todas las áreas del desarrollo evaluadas por la prueba, además de las señales de alarma, se mantiene este gradiente de forma significativa ($p \leq 0.0001$). La excepción es el eje de exploración neurológica donde no se observaron diferencias ni por grupo de edad, ni derechohabencia (*Seguro Popular* vs. *Oportunidades*), ni tipo de localidad, teniendo una prevalencia del 0.87%.

Análisis de los ejes de la prueba EDI afectados en los niños identificados con rezago en el desarrollo y riesgo de retraso en Guanajuato

Para esta sección se obtuvo la información de la base de datos de las pruebas aplicadas en el estado de Guanajuato, que incluye tanto a población beneficiaria de *Oportunidades* como de *Seguro Popular*. Se agruparon a los niños evaluados por año de edad (cero a cuatro), y se contabilizó el porcentaje del total de niños de cada grupo de edad que obtuvieron algún área o eje en amarillo o rojo. Cada niño con resultado final en amarillo podría llegar a tener una o más áreas en amarillo, de la misma forma un niño con calificación final en rojo podría tener una o más áreas o ejes en rojo. Por este motivo, la suma de los diferentes porcentajes por grupo de edad y categoría es diferente al reportado en

GRÁFICA 7.1.1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL (EDI) POR AÑO DE EDAD EN UNA MUESTRA DE 29,484 NIÑOS Y NIÑAS DEL ESTADO DE GUANAJUATO



el análisis global, además de que las señales de alarma funcionan como un candado de seguridad al evaluar, en gran medida, lo que corresponde a calificación en rojo en el eje de áreas del desarrollo. Únicamente se incluyeron en este apartado el total de pruebas para el cual se contaba, además del resultado final, la razón por la cual había obtenido esa calificación.

A continuación presentamos la información obtenida para la población urbana y rural. Para llevar a cabo esta división, se tomó como definición de población rural la obtenida de la aplicación de pruebas en las que se reporta que la unidad de salud atiende a localidades de menos de 2,500 habitantes. Esto implica que la muestra urbana contiene desde localidades semi-rurales de tamaño mediano, hasta grandes ciudades y zonas metropolitanas.

Población rural identificada con rezago en el desarrollo y riesgo de retraso.

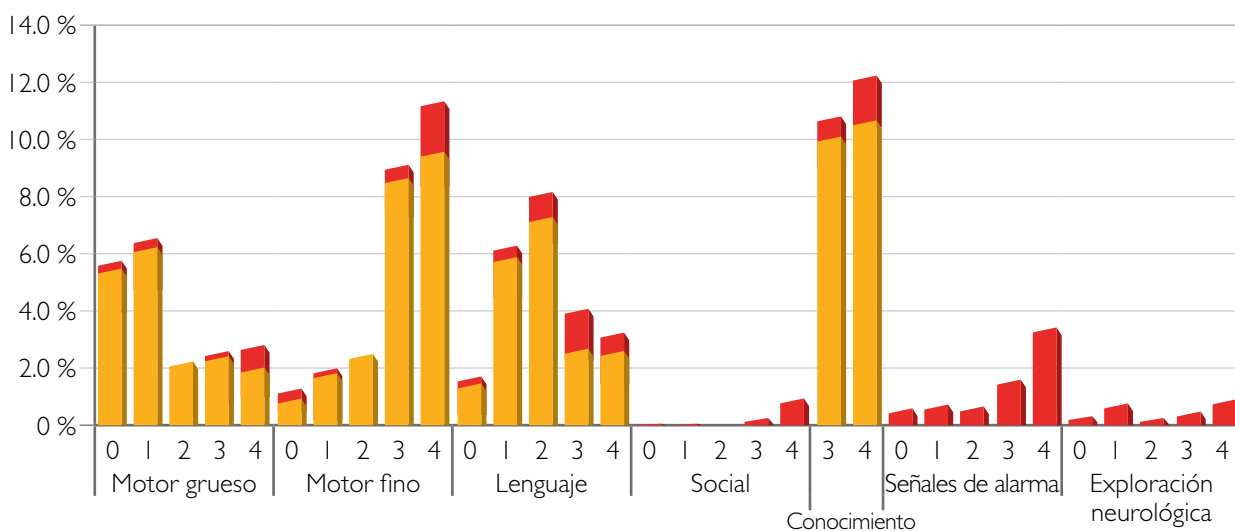
Los resultados presentados en la Gráfica 7.1.2 sugieren una mayor prevalencia de problemas en el área motora gruesa en los menores de dos años, comparado con los niños de dos a cuatro.

La gráfica anterior sugiere, además, un incremento significativo en el área motora fina de los dos a los tres años (de 2.6% a 8.8%). Esto se puede explicar por el hecho de que a partir de los tres años las preguntas del área motora fina de la prueba EDI están enfocadas a habilidades motoras perceptuales (dibujar, copiar figuras) que tiene una relación directa con el dominio cognitivo.

La prevalencia más alta de problemas en el área de lenguaje se observa a la edad de entre uno y dos años, periodo en el cual el niño inicia a hablar y a estructurar frases para comunicarse con los demás. Como ya se comentó anteriormente, el dominio cognitivo se evalúa durante todas las etapas desde el mes de vida, al incluirse dentro de preguntas de las diferentes áreas de desarrollo.

El área de conocimiento que solo aparece en los grupos tres y cuatro, únicamente incluye preguntas del subdominio de razonamiento y habilidades académicas, ya que percepción y conceptos, y atención y memoria se evalúan en preguntas en los otros ejes de la prueba. Es en este apartado donde se encuentra la prevalencia más alta de problemas. La prevalencia de

GRÁFICA 7.1.2. PORCENTAJE DEL TOTAL DE GRUPO DE EDAD CON RESULTADO DE ÁREAS DE DESARROLLO EN AMARILLO Y ROJO EN POBLACIONES MENORES DE 2,500 HABITANTES (“RURAL”) TOTAL



Fuente: Elaboración propia.

Nota: La muestra incluye 4,170 niños de la población que acudió a centros de salud en localidades “urbanas”, con la siguiente distribución por edad: 33.6% (1,403) son menores de un año, 22% (918) de un año, 16.5% (689) de dos años, 15.3% (639) de tres años y 12.5% (521) de cuatro años.

alteración en el eje de exploración neurológica permanece constante. El incremento en la prevalencia de señales de alarma en el grupo de cuatro años podría explicarse por un aspecto cultural, es decir, que en estas poblaciones muchos niños de 4 años no pueden decir su nombre y apellido.

Población urbana identificada con rezago en el desarrollo y riesgo de retraso

Para el caso de las poblaciones que acuden a centros de salud en zonas de más de 2 mil 500 habitantes (“urbanas”), que componen la muestra en el estado de Guanajuato, se observa un cambio aparente en la prevalencia por grupo de edad similar a lo descrito para la población “rural”, solo que con una magnitud mayor (ver Gráfica 7.1.3). La prevalencia de alteración en el eje de exploración neurológica permanece constante. El incremento en la prevalencia de señales de alarma en esta población, está asociada a la prevalencia de áreas en rojo en lenguaje o motor fino.

Los resultados anteriores sugieren que en estas muestras, las deficiencias detectadas en los dominios de desarrollo concernientes a lenguaje, motor fino y

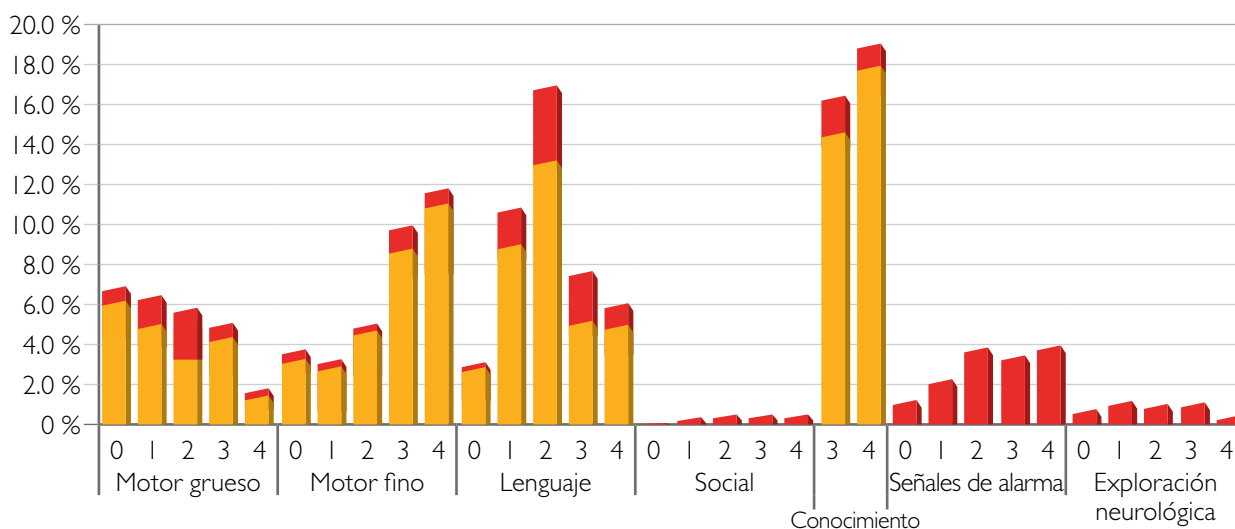
conocimiento se observan con mayor frecuencia en poblaciones que acudieron a centros de salud en zonas de más de 2 mil 500 habitantes. Esto podría representar a personas que viven en zonas urbanas, aunque hay que recalcar que estas poblaciones no son necesariamente representativas para el estado de Guanajuato, ni para zonas urbanas.

Resultados de desarrollo infantil en población beneficiaria de Oportunidades: Coahuila

Durante 2013, en el estado de Coahuila se aplicaron, por personal de psicología previamente capacitado de forma adecuada, 6,664 pruebas a niños desde un mes hasta un día antes de cumplir los cinco años de edad; todos, beneficiarios del programa *Oportunidades*. Esto se llevó a cabo al momento en que el niño sano acudía a sus visitas de control en un total de 104 unidades de salud (59.4%), incluyendo *Caravanas de Salud* y unidades móviles. El 68% habitaba en área urbana y 32% en área rural.

En la Gráfica 7.1.4 se muestran los resultados por grupo de edad. Los resultados corresponden al 85% del total de la población del estado, y fueron recopilados

GRÁFICA 7.1.3. PORCENTAJE DEL TOTAL DE GRUPO DE EDAD CON RESULTADO DE ÁREAS DE DESARROLLO EN AMARILLO Y ROJO EN LOCALIDADES MAYORES DE 2,500 HABITANTES (“URBANO”)



Fuente: Elaboración propia.

Nota: La muestra incluye 14,802 niños de la población que acudió a centros de salud en localidades “urbanas”, con la siguiente distribución por edad: 30.1% (4,454) son menores de un año, 18.5% (2,738) de un año, 17.1% (2,530) de dos años, 18.3% (2,706) de tres años y 16% (2,374) de cuatro años

en el 50% de las unidades de salud del estado pertenecientes a siete de las ocho jurisdicciones sanitarias.⁴

El análisis anterior sugiere que, entre beneficiarios de *Oportunidades* que acudieron a centros de salud en Coahuila y se les aplicó la prueba, hay un incremento significativo en los casos amarillos a partir del primer año, y después a partir de los 3 años. El porcentaje de casos en rojo se mantiene casi constante, excepto por un pequeño pico a los 2 años.

Al igual que con el análisis anterior, una limitante es que esta información no proviene de muestras aleatorias, de unidades ni de niños evaluados. Por ende, no se puede considerar representativa de la población de *Oportunidades*. Además, la mayor parte de las unidades en las cuales no se llevó a cabo la aplicación de la prueba están ubicadas en localidades rurales, por la falta de disponibilidad de transporte del personal aplicativo. Por lo tanto, es probable que la muestra presente un sesgo hacia localidades menos rurales.

Evaluación diagnóstica de niños mayores de 16 meses una vez identificados con riesgo de retraso en la prueba EDI: Puebla

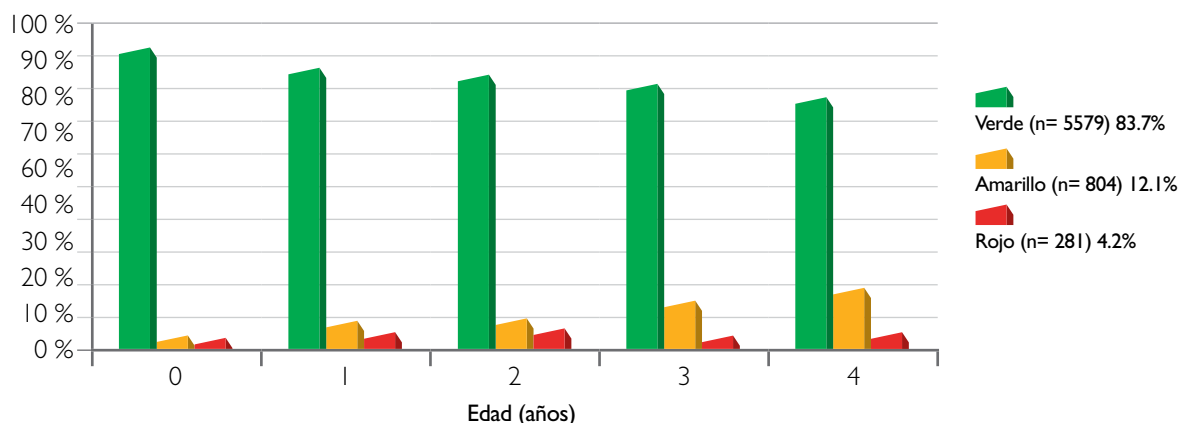
La evaluación diagnóstica a través del Inventario de Desarrollo Battelle 2ª Edición (IDB-2) en español,

⁴Un estudio de evaluación de la correcta aplicación (donde se incluyó al total de aplicadores de la prueba) obtuvo valores muy altos de concordancia (94.8% para el estudio de sombra y 96% en la re-aplicación).

como parte de Estrategia de Desarrollo Infantil, tuvo una duración de tres meses (septiembre a noviembre de 2013). Fueron evaluados 102 niños menores de cinco años (de 16 a 60 meses), identificados con riesgo de retraso (resultado en rojo) en la prueba de EDI, aplicada por personal de psicología que se encontraba laborando en 135 unidades de salud del estado de Puebla. La valoración fue priorizada: se consideró a los niños con dos o más áreas del desarrollo en rojo (el niño no realizaba ni las actividades que le correspondían por su grupo de edad, ni las del grupo de edad anterior). Todas las gráficas de esta sección fueron elaboradas con la información proporcionada por la Coordinación Estatal del Programa *Oportunidades* del Estado de Puebla, y corresponden a la tercera parte de los niños que se evaluarán para completar la muestra. Todas las pruebas realizadas fueron aplicadas por un solo psicólogo, capacitado y evaluado en la correcta administración de la prueba por el personal de la Unidad de Investigación en Neurodesarrollo del HIMFG.

De los cinco dominios evaluados en el IDB-2, el cognitivo es en el que se observó una mayor prevalencia de problemas. En este dominio, el 90% del total de la muestra tuvo algún nivel de afección (de normal bajo a retraso grave). Como se ilustra en la Gráfica 7.1.5, a partir de los tres años la mayor parte de los niños exhiben puntajes en el rango de retraso significativo (menor a 70). Este resultado aplica para todos los componentes de este dominio (falta de conceptos,

GRÁFICA 7.1.4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA EDI EN NIÑOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA *OPORTUNIDADES* EN EL ESTADO DE COAHUILA (N=6,664)



Fuente: Elaboración propia

de atención y de desarrollo de habilidades escolares, atención y memoria).

El dominio adaptativo que evalúa la capacidad de ser independiente y valerse por sí mismo, incluye dos

CUADRO 7.1.1. QUÉ HACER CUANDO SE PRESENTA UN RESULTADO DE RIESGO EN LA PRUEBA EDI

Sobre la evaluación diagnóstica en los pacientes que obtengan un resultado de riesgo de retraso (rojo) en el desarrollo en la prueba EDI, se recomienda lo siguiente:

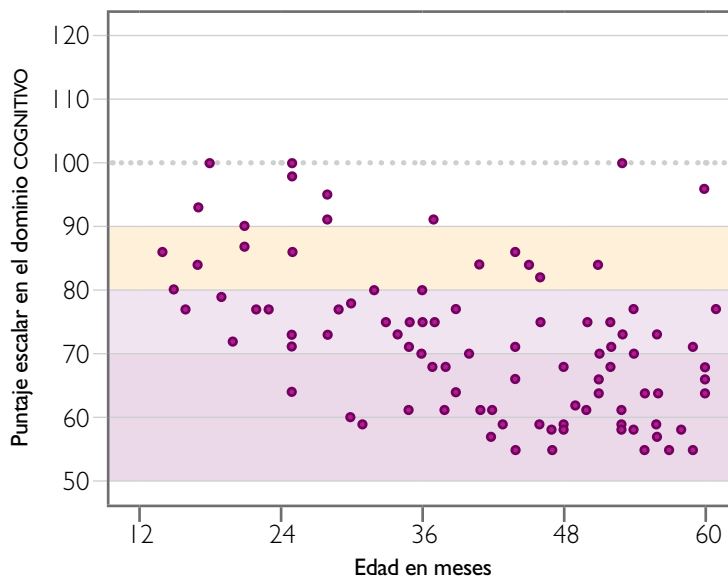
1. En los pacientes menores de 16 meses se debe descartar alguna causa médica que condicione el problema como primera opción, por lo que se debe referir a valoración por pediatría (el diagrama de flujo se describe en el manual para la aplicación de la prueba EDI).
2. En los pacientes mayores de 16 meses se recomienda la aplicación de una prueba diagnóstica con el propósito de establecer un perfil que pueda conducir a los niños a la mejor forma de manejo y atención (el diagrama de flujo se describe en el manual para la aplicación de la prueba EDI).
 - a) El Inventario de Desarrollo de Battelle 2.a edición en español (IDB-2), es el instrumento más adecuado para realizar el diagnóstico de retraso en el desarrollo, en el contexto actual del país.

- b) Según el IDB-2, un dominio es un área mayor del desarrollo. El inventario tiene cinco dominios: motor, comunicación, personal social, adaptativo y cognitivo. (Newborg, 2005) Cada dominio está dividido en subdominios que se definirían como ramas del desarrollo.
3. Todo niño a partir de los seis meses de edad, que reporte pérdida de las habilidades que en un momento tuvo (señal de alarma), deberá ser referido al neurólogo pediatra a cualquier edad.
4. En el caso de que no se tuviera disponibilidad del especialista indicado en los diagramas de flujo, podría ser valorado por el pediatra con capacitación en esa área o, en su defecto, por un médico de atención primaria con capacitación dirigida a esas áreas.

Fuente: Elaboración Propia



GRÁFICA 7.1.5. DISTRIBUCIÓN DEL PUNTAJE ESCALAR EN EL DOMINIO COGNITIVO DE NIÑOS Y NIÑAS DE UNO A CUATRO AÑOS QUE OBTUVIERON UN RESULTADO EN ROJO (RIESGO DE RETRASO) EN LA PRUEBA EDI POR EDAD*



Fuente: Elaboración propia

*La línea punteada representa la media (100), en amarillo se encuentran los niños con desarrollo normal bajo (CTD de 80-90), en rosa claro los niños con retraso moderado (CTD de 70-79) y en rosa intenso los niños con retraso significativo (CTD menor a 70).

presentan retrasos para su edad en diversas áreas, especialmente en las áreas de lenguaje y desarrollo cognitivo.

Un adecuado desarrollo en todas las áreas de los niños pequeños requiere, además de una nutrición adecuada, que se les hable, se les demuestre afecto y que exista un apego seguro. Estas actividades están disponibles para cualquiera, aunque requieren de un esfuerzo y educación por parte de los padres o cuidadores. Por otro lado, como se describió al hablar de la prueba EDI, la evaluación y eventual diagnóstico de un potencial retraso en el desarrollo tampoco requiere de materiales sofisticados o de una inversión sustancial en recursos por parte del médico. Sin embargo, requiere que los médicos y enfermeras estén al tanto de dichos problemas y que puedan detectarlos.

Los materiales de capacitación desarrollados para la prueba EDI, fueron desarrollados como parte de un convenio de colaboración por el Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) para la Dirección General del Programa *Oportunidades* (DGPO) de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, quien es propietaria de los derechos de autor de los mismos. Como parte de la colaboración con la estrategia y con previa autorización por parte de la DGPO,

el HIMFG llevó a cabo la reproducción de los manuales para que:

- a) Al menos cada una de las unidades de salud de todo el país cuente con un manual de aplicación (25 mil ejemplares reproducidos en total).
- b) Que cada responsable jurisdiccional, tanto de *Oportunidades* como del *Programa de Atención a la Infancia y Adolescencia*, tengan los materiales necesarios para llevar a cabo la capacitación en la aplicación de la prueba (se imprimieron mil ejemplares más versiones electrónicas).
- c) Reproducción de 2 mil ejemplares del manual complementario que funciona como material de estudio y apoyo. Copias de estos ejemplares se proporcionaron al Sistema DIF Nacional: mil ejemplares. Los indicadores utilizados para evaluar el desarrollo de los niños que acuden a estancias infantiles a partir de finales de 2013, están inspirados en ítems seleccionados de la prueba EDI y el manual permite al supervisor comprender y aplicar de forma correcta los ítems seleccionados.
- d) Reproducción de 5 mil ejemplares tanto del Manual de exploración neurológica (desarrollado como material de consulta para fortalecer destrezas de los médicos en la evaluación de los menores de



cinco años), como del Manual de evaluación de niños con riesgo de retraso (de consulta, donde se describen de forma rápida y sencilla los diagnósticos más comunes, aunado a tips de cuándo sospechar una determinada enfermedad, qué estudios se requieren para llegar al diagnóstico y qué hacer cuando se detecte; así como la descripción de las acciones del personal de psicología una vez que se aplique la prueba diagnóstica). Todo esto con el fin de hacerlos llegar a los pediatras y médicos de atención primaria para fortalecer su capacidad de atención oportuna a los niños identificados con riesgo de retraso.

Capacitar a todo el país y que la prueba se aplicara a todos los niños menores de cinco años de forma adecuada, requiere de mucho tiempo y dedicación, además de una investigación que permitiera el desarrollo de conocimiento sobre evaluación e intervenciones en el desarrollo infantil aplicables a la población, aunado al hecho de poder fungir como un vehículo (capacitación y desarrollo de competencias). Tomando esto como objetivo, gracias a la visión del Dr. José Alberto García Aranda como Director General del HIMFG, y del Dr.

Onofre Muñoz Hernández, Director de Investigación, se creó la Unidad de Investigación en Neurodesarrollo (UIN) en el HIMFG. Desde su creación en octubre de 2012 y hasta febrero de 2014, el personal de la UIN ha formado facilitadores, realiza capacitaciones con equipos estatales, incluyendo psicólogos, pediatras, residentes y otros, y monitorea y acompaña la aplicación de la prueba EDI.

Además de esto, la UIN está desarrollando, como parte de un convenio de colaboración con la DGPO y en colaboración con el Banco Interamericano de Desarrollo, el diseño del programa piloto del componente educativo a nivel comunitario para 2014. Este programa tiene como objetivo principal evaluar un modelo que permita desarrollar habilidades parentales y prácticas de crianza adecuadas en los padres y cuidadores, ya que la detección y atención oportuna es fundamental para que todos los niños estén en igualdad de condiciones. La única forma de llegar a cambiar al país es a través de la educación, teniendo siempre en mente que el desarrollo infantil inicia en el embarazo. Los niños no son el futuro, son el presente y, por lo tanto, es necesario unir fuerzas para poder mover y transformar a México desde la infancia.



Referencias

APA, A.P. (2005). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*, (4a ed.). España, Barcelona: Masson.

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia [CENSIA]. (2014). *Desarrollo Infantil Temprano: Lineamientos Técnicos*, (3a ed.). México, D.F.: Secretaría de Salud [SSA].

Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2013a). *Manual Complementario para la Aplicación de la Prueba Evaluación del Desarrollo Infantil "EDI"*, (1a ed.). México, D.F.: SSA.

_____. (2013b). *Manual para la Aplicación de la Prueba Evaluación del Desarrollo Infantil "EDI"*, (1a ed.). México, D.F.: SSA.

_____. (2013c). *Manual para la Evaluación de Menores de Cinco Años con Riesgo de Retraso en el Desarrollo*, (1a ed.). México, D.F.: SSA.

_____. *Manual para la Formación de Facilitadores en la Prueba Evaluación del Desarrollo Infantil "EDI"*, (1a ed.). México, D.F.: SSA.

Council on Children with Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatric, Bright Futures Steering Committee: Medical Home Initiatives for Children with Special Needs Project Advisory Committee. (2006). "Identifying Infants and Young Children with Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening. *Pediatrics*, 118, 205-420.

Días, D. (2005). "Dos Modelos para Identificar e Intervenir en los Problemas de Desarrollo Psicológico en los Niños con Síndrome de Down". *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala*, 8(1).

Gutiérrez, J. P. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: Resultados Nacionales*. México: Instituto Nacional de Salud Pública [INSP].

Mackrides, P, y Ryherd, S. (2011). "Screening for developmental delay". *American Family Physician*, 84, 544-549.

Michael, M. (2010). "Fair Society, Healthy Lives". *The Marmot Review*.

Moragas, C. (2009). "Evaluación del Desarrollo en Atención Temprana". *Revista Interamericana de Formación de Profesorado*, 23(2), 39-55.

Newborg, J. (2005). *Battelle Developmental Inventory*, (2a ed.). Estados Unidos, Illinois: Riverside Publishing.

Pallarés, J. A. (2011). "¿Sabemos qué es un trastorno? Perspectivas del DSM-V". *Revista de Neurología*, 52(S1), S59-S69.

Rizzoli-Córdoba, A., Schnaas-Arrieta, L., Liendo-Vallejos, S. et al. (2013). "Validación de un Instrumento para la Detección Oportuna de Problemas de Desarrollo en Menores de 5 años en México". *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 70(3), 195-208.

Rizzoli-Córdoba, A. (2014). "Cuento: Las vías del tren". En *Las Historia de Alguien Llamado Como tú*. México, D.F.

Myers, R. (2013). *Desarrollo Infantil Temprano en México: Diagnóstico y Recomendaciones*. BID.

Romo-Pardo, B., Vallejos-Liendo, S., Vargas-López, G., Rizzoli-Córdoba, A., y Buenrostro, G. (2012). "Pruebas de Tamizaje de Neurodesarrollo Global para Niños Menores de 5 años de Edad Validadas en Estados Unidos y Latinoamérica: Revisión Sistemática y Análisis Comparativo". *Boletín Médico Hospital Infantil de México*, 69(6), 450-462.

Rydz, D. (2005). "Developmental Screening". *Journal of Child Neurology*, 20, 4-21.

Weschler, D. (2011). *Escala Weschler de Inteligencia para los Niveles Preescolar y Primario – III*, (3a ed.). México, D.F.: Manual Moderno.



7.2 La nutrición como pilar de salud y desarrollo

Una buena nutrición (que se constituye de una dieta suficiente y equilibrada combinada con la actividad física regular) es un elemento fundamental de la buena salud (OMS, 2013).

Está ampliamente documentado el rol fundamental que juega la nutrición en el desarrollo y crecimiento de los preescolares. Este periodo de desarrollo comienza antes de la concepción, con el estado nutricional de la madre inmediatamente antes del embarazo (UNICEF, 2013). Posteriormente, una buena nutrición durante el embarazo puede optimizar la salud, reducir el riesgo de alteraciones al nacimiento, promover el crecimiento y desarrollo fetal óptimo, y prevenir problemas de salud crónicos en el niño (Skerret y Willet, 2010; Bojar *et.al.*, 2013; ADAF, 2008).

Enseguida, el periodo que va desde la concepción hasta los dos años de edad (primeros 1000 días de vida), es una etapa de crecimiento rápido donde se forman la sangre, el cerebro, los huesos y la mayor parte de los órganos y tejidos, así como el potencial físico e intelectual de cada persona (UNICEF, 2013). Por lo mismo, esta etapa representa una oportunidad única de brindar a los niños y niñas sólidas bases nutricionales e inmunológicas que necesitarán para el resto de sus vidas.

El inadecuado estado de nutrición y salud durante esta etapa tiene consecuencias de largo plazo; los déficit acumulados desde los primeros años son muy difíciles y costosos de revertir más adelante. La evidencia neurológica sugiere que esto es debido a que las funciones más importantes del cerebro se desarrollan en los primeros dos o tres años de vida, las cuales son influenciadas por el estado de nutrición. También se sabe que ciertas habilidades y actitudes adquiridas en los primeros años permiten acumular de manera más eficaz otros tipos de (nuevas) habilidades. Es evidente, pues, que la nutrición en la infancia juega un papel fundamental en el Desarrollo Infantil Temprano (DIT).

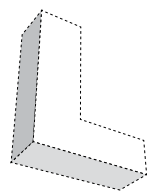
Este capítulo resalta la importancia de una adecuada nutrición, principalmente en momentos críticos de la vida, y hace una revisión de los efectos de la malnutrición por déficit (desnutrición) y por exceso (sobrepeso y obesidad), sus causas, consecuencias y distribución, así como un recuento de las políticas y programas federales implementados para solucionar

Autores:

Eduardo Thébar, Laura Villa, Thanya Labrada, Fabián Olvera y Katia Arceo, *Un Kilo de Ayuda, A.C.*

7.2. LA NUTRICIÓN COMO PILAR DE SALUD Y DESARROLLO

7.2.1. Introducción



La frase “somos lo que comemos” se utiliza con frecuencia para indicar que la composición de nuestros cuerpos depende en gran parte de lo que hemos consumido (FAO, 2013). En personas de todas las edades, una buena nutrición permite reforzar el sistema inmunitario, contraer menos enfermedades y gozar de una salud más robusta (OMS, 2013). La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la nutrición como la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo.

estas problemáticas que impactan el desarrollo infantil temprano (DIT).

Panorama de la nutrición en México

México enfrenta grandes retos en materia de nutrición infantil; la desnutrición, la anemia por déficit de hierro, el sobrepeso y obesidad son los problemas nutricionales que más afectan a la población infantil que, junto con el descenso en las prácticas de lactancia materna, ponen en riesgo el bienestar y desarrollo de los menores de 5 años.

A partir de décadas recientes, diversos países del mundo, incluido México, han experimentado cambios tanto demográficos como epidemiológicos entre su población, los cuales han estado acompañados de modificaciones en los patrones de alimentación. Se ha presentado también una sustitución de las enfermedades de tipo infeccioso (presentes principalmente en niños menores de 5 años) por las de tipo crónico (presentes principalmente en adultos) como hipertensión arterial, diabetes, cáncer y dislipidemias, entre otras (Barquera *et al.*, 2007; Oaliz-Fernández *et al.*, 2007). Paralelamente, se ha presentado un incremento sin precedentes de sobrepeso y obesidad en prácticamente todos los grupos poblacionales, afectando por igual a ambos sexos. De acuerdo a las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición, realizadas desde 1988, la presencia de sobrepeso y obesidad ha ido en incremento en prácticamente todos los grupos etarios, y su presencia es cada vez mayor en el grupo de menores de 5 años, en el cual, cerca del 10% tiene sobrepeso (Rivera-Dommarco *et al.*, 2013).

Además, este mismo grupo presenta graves problemas ligados con el déficit nutrimental como desnutrición y anemia, que a su vez se relacionan directamente con las prácticas de alimentación. La presencia de desnutrición crónica en menores de cinco años aún supera cuatro veces la prevalencia esperada para México, de acuerdo a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (De Onis, 2006). Esta afectación se incrementa entre niños que habitan en comunidades rurales y marginadas del país. Por su parte, la anemia está presente en el 23.3% (Gutiérrez *et al.*, 2012) de los menores de 5 años afectando mayormente al grupo de 12 a 23 meses (38.3%) (Gutiérrez *et al.*, 2012). La anemia tiene consecuencias graves sobre el desarrollo motor (Shafir *et al.*, 2008) e intelectual de

los niños (Gordon, 2003), y si no se corrige antes de los dos años, el daño es irreversible (Eden, 2005; Martins *et al.*, 2001; Madan *et al.*, 2011).

Desde la década de los 80, se reconoce la importancia de la lactancia materna en la prevención de morbilidad y, con ello, de malnutrición infantil, así como su importancia para lograr un desarrollo infantil óptimo. También hoy se reconoce su efecto protector contra el sobrepeso en etapas posteriores de la vida; sin embargo, en México su práctica presenta un declive importante a partir del año 2006.

El adecuado desarrollo infantil temprano se ve amenazado ante los diferentes problemas de nutrición que presentan los niños en edad preescolar. La doble carga de la malnutrición (desnutrición y sobrepeso), las deficiencias de micronutrientes (anemia) y el deterioro en la lactancia materna deben atenderse si se pretende alcanzar niveles óptimos en el desarrollo infantil. A continuación se hace un recuento de lo que engloba la malnutrición infantil en México, sus causas, sus tendencias y su implicación en el Desarrollo Infantil Temprano.

Desnutrición infantil

La desnutrición infantil tiene efectos adversos en el crecimiento, desarrollo mental, desempeño intelectual y desarrollo de capacidades (Black *et al.*, 2008; Martorell *et al.*, 2010; Victoria *et al.*, 2008). Su presencia es el resultado de múltiples factores biológicos y sociales (UNICEF, 1998), teniendo como causas inmediatas la inadecuada ingesta de alimentos y la presencia de enfermedades determinadas por factores como inadecuados servicios de salud o ambientes no saludables, acceso limitado a los alimentos en el hogar y cuidado deficiente de los niños y sus madres. En general, estos factores se encuentran relacionados con la inequidad en la distribución de los recursos en la sociedad (pobreza) (UNICEF, 1998).

La desnutrición puede manifestarse de diversas formas, y suele ser evaluada mediante el uso de indicadores antropométricos construidos a partir de mediciones de peso, longitud/talla y edad. Un niño puede ser demasiado pequeño para su edad (retraso en el crecimiento o baja talla o desmedro), tener un peso inferior al normal para su longitud/talla (emaciación), o bien tener un bajo peso para su edad (bajo peso). Un niño con bajo peso también puede presentar retraso

en el crecimiento, emaciación o ambos. Cada uno de estos indicadores refleja un determinado aspecto de la desnutrición. El peso es un indicador sensible de las carencias agudas, mientras que la longitud/talla refleja una exposición crónica de carencias nutricionales e infecciones. La emaciación se emplea como una pauta para determinar la desnutrición aguda grave.

Desnutrición infantil en México

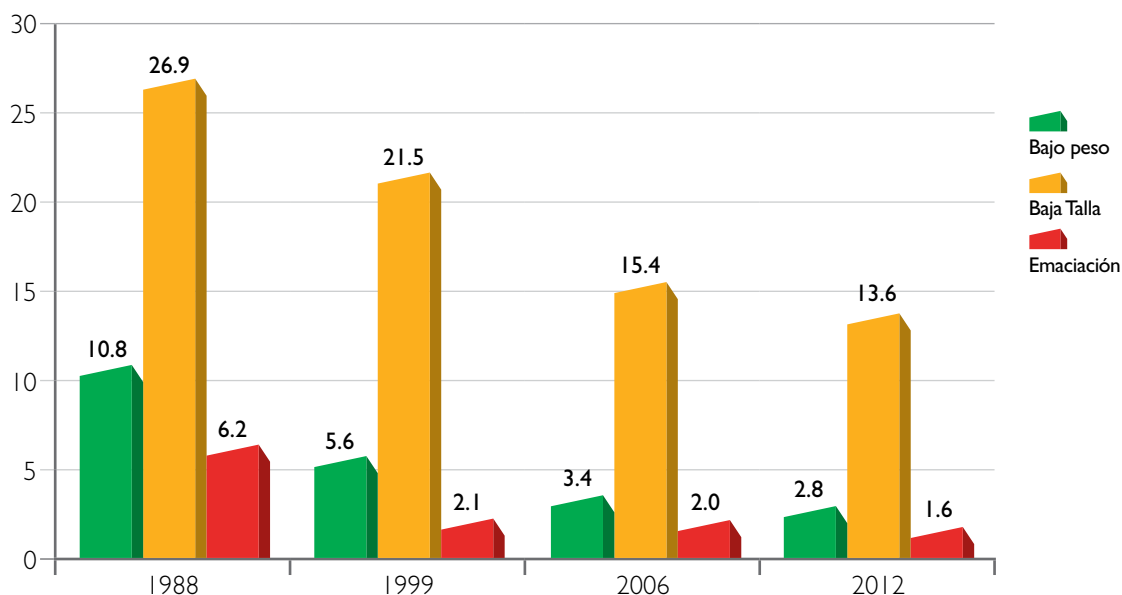
La desnutrición crónica o baja talla continúa siendo un problema de salud pública generalizado a nivel mundial. Se reporta que esta condición está presente en el 25.7% de los menores de 5 años (1 65 millones), es decir, la cuarta parte de los niños en el mundo presentan una talla menor a la esperada para su edad (Victoria *et al.*, 2008). A su vez, el bajo peso y la emaciación afectan a un alto porcentaje de niños mundialmente (Victoria *et al.*, 2008).

En México, la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ensanut 2012), reportó que el 13.6% (1.5 millones) de niños menores de 5 años presentan desnutrición crónica.

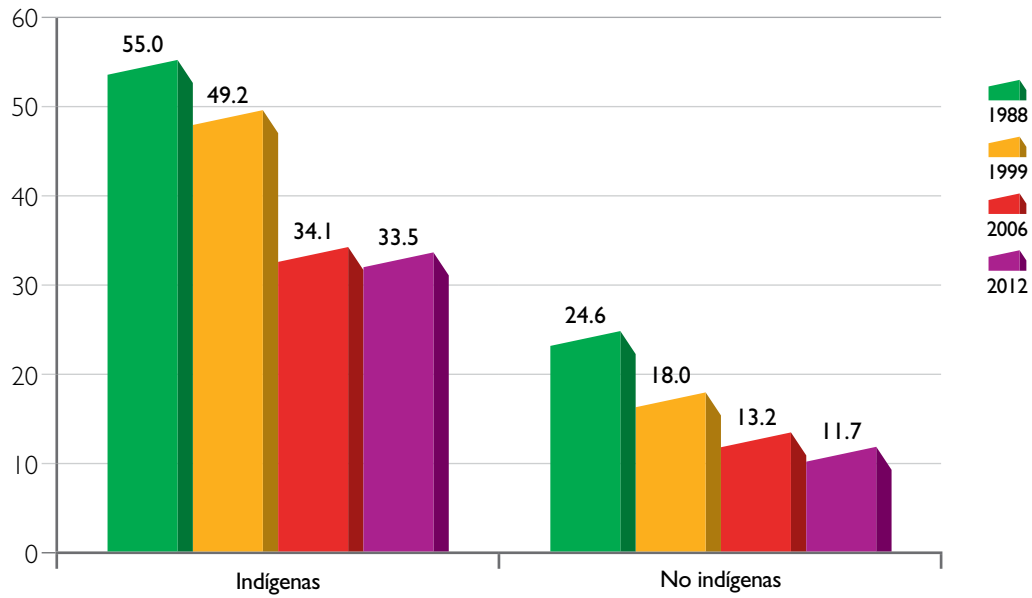
Encuestas de nutrición previas (1988, 1999 y 2006), reportaron que la baja talla continúa afectando en mayor medida a la región sur del país, a las zonas rurales y a la población indígena (Gráficas 7.2.1 y 7.2.2). De las cuatro regiones que conforman al país (Norte, Centro, Ciudad de México y Sur), la región sur comprendida por estados como Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Yucatán presenta la prevalencia más alta de desnutrición crónica desde hace 24 años (Gráfica 7.2.3).

En cuanto a la desnutrición aguda, definida como un peso para la talla inferior a -2 desviaciones estándar de la norma internacional, dejó de ser un problema de salud pública en el ámbito nacional (1.6%), (Gráfica 7.2.1). Sin embargo, el análisis por grupos de edad muestra que a lo largo de cuatro encuestas nacionales, la emaciación continúa ubicándose entre 3 y 5% (Gutiérrez *et al.*, 2012) (Gráfica 7.2.4) en los niños menores de un año de edad, superando así, a la prevalencia nacional. Debe resaltarse que la desnutrición aguda incrementa el riesgo de infección y muerte, en especial entre los niños que no son alimentados por el seno materno. En cuanto al bajo peso, afecta al 2.8% de los menores de 5 años (Gutiérrez *et al.*, 2012).

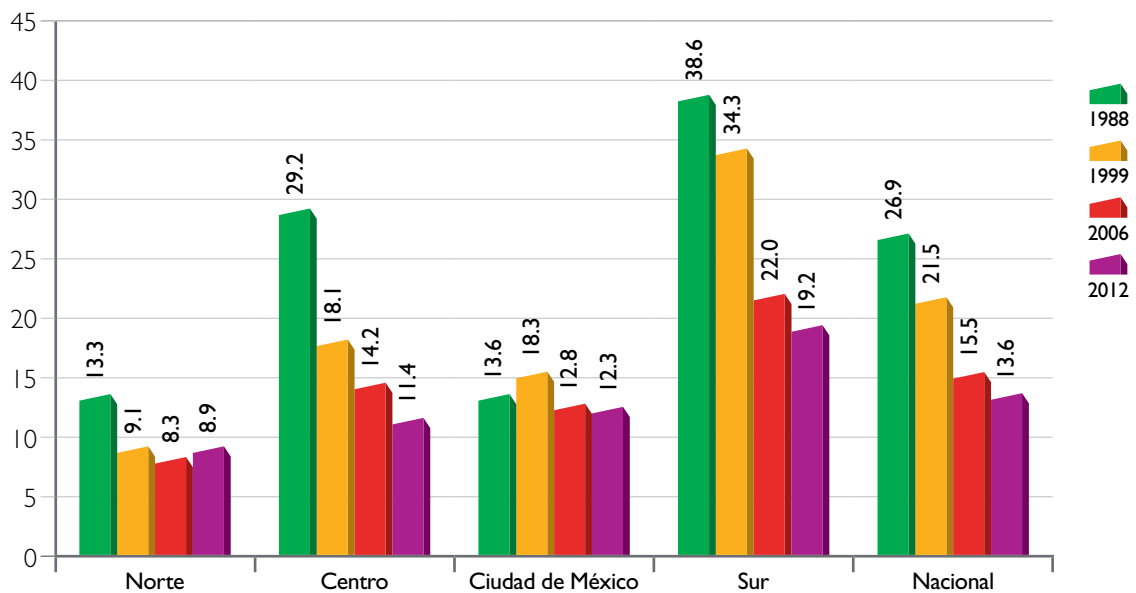
GRÁFICA 7.2.1. PREVALENCIA DE LAS TRES FORMAS DE DESNUTRICIÓN (BAJO PESO, BAJA TALLA Y EMACIACIÓN) EN MENORES DE 5 AÑOS



GRÁFICA 7.2.2. PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS EN 1988, 1999, 2006 Y 2012 EN HOGARES INDÍGENAS Y NO INDÍGENAS DE MÉXICO



GRÁFICA 7.2.3. PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN MENORES DE 5 AÑOS EN 1988, 1999, 2006 Y 2012 POR REGIÓN DE RESIDENCIA



La evolución en el tiempo de las prevalencias en las tres formas de desnutrición muestra que en un lapso de 24 años (1988-2012), la emaciación (bajo peso para la talla) y el bajo peso, disminuyeron a una cuarta parte de la prevalencia reportada en 1988, alcanzando así valores compatibles con poblaciones sin desnutrición (6.2% a 1.6% para emaciación y 10.8% a 2.8% para bajo peso) (Rivera-Dommarco *et al.*, 2013). Por otra parte, aunque la desnutrición crónica (baja talla) ha disminuido a la mitad en el mismo periodo de tiempo, continúa siendo elevada en el país (13.6%), y también al compararse con las prevalencias reportadas por países latinoamericanos de ingresos similares a México (Rivera-Dommarco *et al.*, 2013; Monteiro *et al.*, 2010). A su vez, las disminuciones de baja talla entre los grupos más pobres son inferiores a las reportadas en países como Brasil (Dietz, 1998). En Brasil, la desnutrición crónica pasó de 22.2% a 5.8% en 10 años (entre su región más pobre), es decir, presentó una disminución anual de 1.6 puntos porcentuales. En México la disminución más alta reportada a nivel nacional fue entre el periodo de 1999 a 2006, en el que se presentó la mayor disminución anual de desnutrición crónica (0.87 puntos porcentuales) (Rivera-Dommarco *et al.*, 2013; Monteiro *et al.*, 2010).



Un Kilo de Ayuda desarrolló el Ranking Nacional de Nutrición Infantil (RANNI), un instrumento dinámico con base en las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición 2006, 2012. El RANNI determina una posición entre los estados a partir de sus prevalencias de desnutrición crónica, anemia y lactancia materna exclusiva. El RANNI es congruente con lo reportado a nivel nacional, 13.6% (1.5 millones) de los niños menores de 5 años presentan baja talla para su edad.

Aunque México ha tenido avances en la lucha contra la desnutrición infantil, la desnutrición crónica aún es un reto importante y debe atenderse debido a los efectos adversos en la salud y en el desarrollo de capacidades que esta conlleva.

Desnutrición en los primeros 2 años de vida

Si bien la desnutrición acarrea diversas consecuencias sin importar el momento en que se presenta, existen etapas en las que la vulnerabilidad para que se desarrolle sea mayor y, que además, el daño generado sea irreversible. Hoy se sabe que entre el embarazo y los dos primeros años de vida es el periodo de mayor riesgo para que se manifiesten alteraciones en el crecimiento, deficiencias de ciertos micronutrientes y enfermedades comunes de la niñez (Alderman *et al.*, 2006; Haas *et al.*, 1995; Stein *et al.*, 2003), debido a que durante este tiempo se presentan las mayores necesidades nutricionales debido al rápido crecimiento y desarrollo del menor (Black *et al.*, 2008; Grantham-McGregor *et al.*, 2007; Martorell *et al.*, 2007).

Después de que un niño cumple dos años de edad, difícilmente se logra revertir la falla en el crecimiento (Martorell *et al.*, 1994). Las consecuencias inmediatas ocurridas por desnutrición incluyen alta morbilidad y mortalidad, así como retraso en el desarrollo motor y mental (Rice *et al.*, 2000). Las mejoras en el estado de nutrición después de los dos años de edad no suelen conllevar a la recuperación del potencial perdido. Diversos estudios muestran que la ganancia de peso durante los dos primeros años de vida (pero no después) se traduce en un mejor rendimiento escolar, subrayando así la importancia crítica de prevenir la desnutrición en esta etapa (Victoria *et al.*, 2010). Otros estudios muestran que pese a las mejoras en el entorno y la recuperación del crecimiento, los niños que han experimentado desnutrición grave durante los primeros dos años de vida presentan impedimentos

intelectuales irreversibles (Stoch *et al.*, 1976). Lo anterior fortalece la evidencia de que las intervenciones en desnutrición deben focalizarse durante los dos primeros años de vida.

Desnutrición, morbilidad y mortalidad

La desnutrición infantil es causa importante de discapacidad, morbilidad así como de mortalidad en el plano mundial. Tan solo en el 2006, la desnutrición fue responsable directa o indirecta de la muerte de un tercio de los 9.5 millones de muertes en menores de 5 años que ocurrieron en ese año (Black *et al.*, 2008; OMS, 2008).

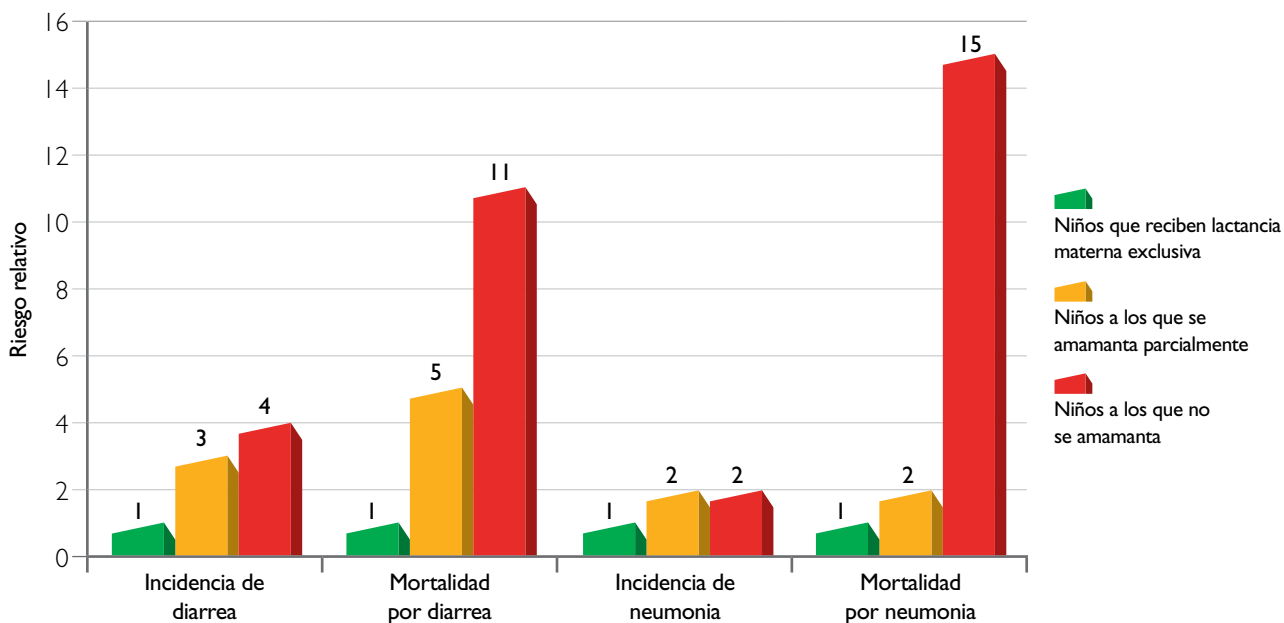
Los niños con desnutrición presentan limitaciones serias en las reservas de energía y nutrientes que interfieren en la capacidad de respuesta ante los cambios bioquímicos, hormonales, metabólicos e inmunes que desencadena el estado de infección (Minard y Kudsk, 2004; Bengmark y Gianotti, 2003). Por lo que la deficiencia de energía y nutrientes favorece la aparición de enfermedades infecciosas (Chandra, 2006), además

sus manifestaciones son más graves y la respuesta al tratamiento terapéutico es más tardía.

Las enfermedades infecciosas, como neumonía y diarrea que son frecuentes en niños con desnutrición e, incrementan su riesgo de muerte. Independiente de la severidad de la desnutrición, el riesgo de muerte está presente (Pelletier *et al.*, 1993; Pelletier *et al.*, 1994); el mayor riesgo lo presentan los niños con desnutrición moderada y severa. Por ejemplo, los niños que presentan diarrea y tienen desnutrición grave, moderada o leve (de acuerdo al indicador peso/edad), tienen 9.5, 3.4 y 2.1 veces más riesgo de morir, respectivamente, que un niño sin desnutrición (Black *et al.*, 2008) Otros estudios reportan un riesgo de mortalidad por diarrea 12.5 veces más alto en niños con desnutrición grave que en niños sin desnutrición (Caufield *et al.*, 2004). Este comportamiento también se observa para desnutrición aguda y crónica.

Hoy se sabe que el riesgo de mortalidad se ve incrementado cuando no se desarrollan adecuadas prácticas de lactancia materna, especialmente de

GRÁFICA 7.2.4. RIESGO RELATIVO DE INCIDENCIA Y MORTALIDAD DE DIARREA Y NEUMONÍA EN NIÑOS DE 0 A 5 MESES A LOS QUE NO SE AMAMANTA, A LOS QUE SE AMAMANTA PARCIALMENTE Y A LOS QUE NO RECIBEN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA



Fuente: Adaptado de Black *et al.*, "Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences", *Lancet*, vol. 371, núm. 9608, 19 de enero de 2008, págs. 243-260.

lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Una revisión de estudios disponibles encontró que el riesgo de muerte por diarrea en niños menores de 6 meses de edad, alimentados con lactancia materna parcial, fue 8.6 veces mayor en comparación con niños alimentados con lactancia materna exclusiva. Para aquellos que no recibieron lactancia materna, el riesgo fue 25 veces mayor (Gordon, 2003). Se estima que el logro de la cobertura universal de una lactancia materna óptima podría evitar, globalmente, el 13% de las muertes que ocurren en los niños menores de 5 años, mientras que las prácticas apropiadas de alimentación complementaria podrían significar un beneficio adicional del 6% en la reducción de la mortalidad en menores de 5 años (Eden, 2005).

Además, se ha documentado que los niños que tuvieron crecimiento restringido durante la gestación y los primeros dos años de vida, y que posteriormente incrementan rápidamente de peso presentan mayor presencia de hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares y enfermedades metabólicas en la edad adulta (Victoria et al., 2008).

Algunas teorías sugieren que esto ocurre porque los individuos o poblaciones expuestas a un consumo insuficiente de alimentos, desarrollan formas adaptativas para lograr un alto nivel de eficiencia en el uso de la energía y del depósito de grasa. Si se mantienen esas formas adaptativas cuando esos grupos logran disponer de alimentos en forma regular, puede presentarse un aumento en la prevalencia de sobrepeso y, con

ello, la subsecuente carga de enfermedades crónicas (Lucas et al., 1999).

La primera evidencia epidemiológica que relaciona la obesidad con la desnutrición o la ingestión reducida de alimentos, fue un estudio realizado en mujeres holandesas que vivieron durante la Segunda Guerra Mundial (Ravelli et al., 1976). Este estudio demostró un incremento en la incidencia de obesidad en hombres de 19 años, cuyas madres habían sufrido privación de alimentos durante la primera mitad del embarazo. Posteriormente un estudio realizado en mujeres de 50 años de edad, demostró que la desnutrición durante la etapa temprana del embarazo se asocia con un elevado índice de masa corporal (IMC) y un elevado índice cintura-cadera (Ravelli et al., 1999). Otros estudios han demostrado que la obesidad puede presentarse como una secuela de la desnutrición en etapas tempranas de la vida (Florêncio et al., 1991) como resultado de que la desnutrición generada por la restricción del aporte energético, promueve el aumento de reservas energéticas aun cuando la alimentación es insuficiente (Sawaya et al., 2003).

Los niños con desnutrición manifiestan alteraciones metabólicas tanto en órganos como en aparatos y sistemas. Estas alteraciones suelen presentarse para conservar la energía y mantener un metabolismo lento, el cual se mantiene aún después de la recuperación nutricional. Además, se ha reportado que cuando los niños se están recuperando de la desnutrición, existe un mayor almacenaje de grasa que de proteínas (Sawaya et al., 2003). Estas conclusiones han sido soportadas por diversos estudios (Sawaya et al., 2003).

CUADRO 7.2. I. DESNUTRICIÓN, INTELIGENCIA Y RENDIMIENTO ESCOLAR.



Aunque existen pocas investigaciones de seguimiento en niños que presentaron desnutrición en la infancia hasta la edad adulta, estas sugieren que existe una asociación entre la presencia de talla baja y la menor permanencia escolar y escolaridad en etapas posteriores de la vida (Chávez y Muñoz de Chávez, 2007) e incorporación tardía a la escuela (Habicht et al., 1999), además de altas tasas de reprobación y repetición del grado escolar y disminución en la tasas de graduación de primaria hacia secundaria (Habicht et al., 1999).

Desde 1999, la Encuesta Nacional de Nutrición reportó que el sobrepeso en niños de 2 a 4 años era motivo de preocupación, debido a que presentaba un incremento del 27% a partir de 1988 (IOM, 2007). Las siguientes encuestas nacionales de nutrición muestran que el sobrepeso se ha mantenido en ascenso y que además se presenta desde etapas muy tempranas de la vida. La reciente Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012) muestra que el 9.7% de los menores de 5 años ya presentan sobrepeso u obesidad (De Onis 2006) (Gráfica 7.2.5).

Estas tendencias son preocupantes por diversos motivos, entre ellos, que la obesidad en la infancia incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades de tipo crónico asociadas con la nutrición como enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, dislipidemias, intolerancia a la glucosa y diabetes mellitus tipo 2 (DM2), entre otras (Dietz, 1998; Reilly *et al.*, 2003; Barquera *et al.*, 2007). La DM2 y sus complicaciones son de las principales causas de mortalidad en México (Olaiz-Fernández *et al.*, 2007). Tan solo en el 2012, fue responsable de más de 85,000 muertes en adultos, lo que representó el 13.6% del total de las causantes de defunción (INEGI/SINAIS, 2008).

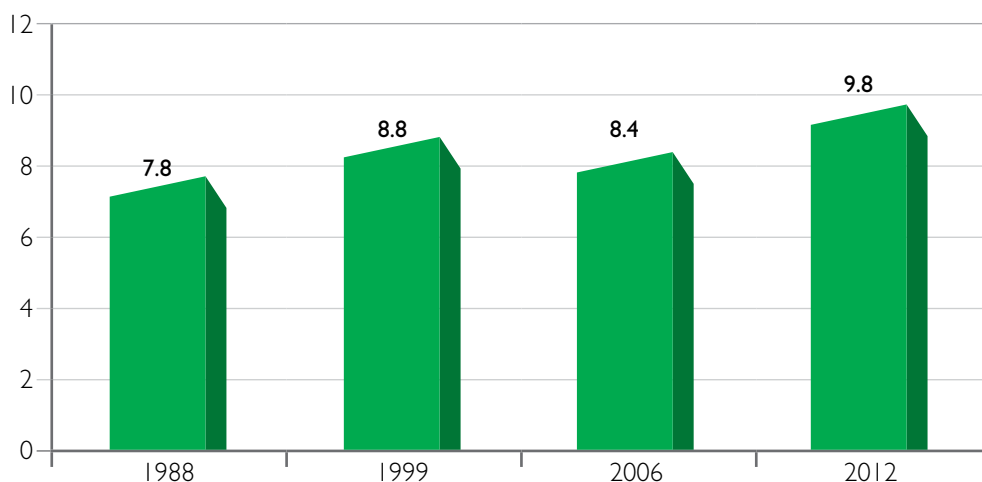
Además, la presencia de obesidad en la infancia incrementa el riesgo de padecerla en etapas posteriores

de la vida (Dietz, 1998; Must y Anderson, 2003; Must *et al.*, 1999); el riesgo de ser un adulto obeso es del doble en aquellos niños que presentan obesidad desde la niñez que en niños que no fueron obesos (Serdula *et al.*, 1993; WHO, 2003). Diversos estudios han reportado que, en promedio, una tercera parte de los niños que fueron obesos durante la edad preescolar (menores de 5 años) llegan a ser obesos en la edad adulta, y la mitad de los niños que fueron obesos en la edad escolar (5-11 años) lo son también en la edad adulta (Serdula *et al.*, 1993).

Sin embargo, el impacto de la obesidad infantil con el DIT ha sido poco estudiado, aunque se sabe que la obesidad en niños como en adolescentes tiene consecuencias inmediatas en aspectos tanto psicológicos como sociales, por ejemplo, la estigmatización por cuestiones físicas (Puhl y Latner, 2007; Mclean *et al.*, 2009).

Otro aspecto relevante, mediante el cual la obesidad afecta el desarrollo infantil, es su contribución a aminorar u obstruir el movimiento corporal de los niños. El movimiento es una herramienta de aprendizaje en los menores, y la presencia de sobrepeso u obesidad afecta al llamado sistema propioceptivo (relacionado con el movimiento físico). Este sistema está formado por los nervios ubicados en los músculos, ligamentos y articulaciones del cuerpo. Entre sus funciones más

GRÁFICA 7.2.5. TENDENCIAS EN LAS PREVALENCIAS DE SOBREPESO EN PREESCOLARES (MENORES DE 5 AÑOS) PARTICIPANTES DE LAS ENCUESTAS NACIONALES DE NUTRICIÓN DE 1988 Y 1999, Y LAS ENCUESTAS NACIONALES DE SALUD Y NUTRICIÓN DEL 2006 Y 2012, EN MÉXICO



importantes está la de coordinar las tensiones y estiramientos de los músculos para que el niño se mueva libremente. Con el sobrepeso, los impulsos nerviosos no son correctamente enviados, alterando la habilidad del equilibrio y el tono muscular, provocando falta de tonicidad, retrasos en la psicomotricidad (dominio de sus extremidades y labores finas) y deficiencias en la postura (García Pelufo, 2013). La obesidad infantil no solo afecta el aspecto físico del niño sino que limita su desarrollo integral.

Deficiencias de micronutrientes

Aunado a los problemas de sobrepeso, obesidad y desnutrición que afectan a un porcentaje importante de niños menores de 5 años, tanto a nivel mundial como nacional, aún no se ha logrado erradicar diversas deficiencias de micronutrientes, entre ellas, la deficiencia de hierro, principal causa de anemia en preescolares y en mujeres embarazadas.



La anemia está asociada con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad en mujeres embarazadas y niños pequeños (WHO, 2001). En las primeras se ha asociado con bajo peso al nacer, incremento en la mortalidad perinatal, mayor fatiga durante el parto, mayor tiempo de recuperación y mayor riesgo de presentar un parto prematuro. En los niños, su presencia está asociada con retardo en el crecimiento y en el desarrollo cognoscitivo, además de favorecer la aparición de infecciones. Cuando la anemia se presenta antes de los dos años de vida, puede afectar el crecimiento y desarrollo del cerebro (Macgregor, 1963; Scholl y Hediger, 1994; Bothwell y Charlton eds., 1981), ocasionando efectos negativos en el desarrollo físico, psicomotor e intelectual del niño (WHO/NHD, 2001). Y, subsecuentemente, cuando los niños se encuentran en edad escolar, su habilidad vocal y coordinación motora se ve disminuida, al igual que su rendimiento escolar (Pollitt 1990; Lozoff et al., 1987; Walter et al., 1989).

En México, el RANNI y la ENSANUT 2012 reportaron que la prevalencia de anemia en niños de 12 a 59 meses de edad es de 23.3% es decir, está presente en más de dos millones de niños en edad preescolar. Esta prevalencia incrementa en los niños de 12 a 23 meses de edad, en los cuales la anemia afecta a un 38.3%, es decir, prácticamente 2 de cada 5 niños menores de 5 años la presentan. En el caso contrario, el grupo etario de 48 a 59 meses de edad reporta la prevalencia más baja en preescolares, con un 13.7% (Gutiérrez et al., 2012). Además, los niños que habitan en comunidades rurales son mayormente afectados por la anemia (25.2%), al compararse con los niños que viven en localidades urbanas (22.6%).

Un análisis que recopila la información de las tres encuestas nacionales de nutrición (1999, 2006 y 2012), resalta que la presencia de anemia en preescolares (1-4 años) ha disminuido 8.3 puntos porcentuales (pp) a partir de 1999, presentándose la mayor disminución en el grupo de 12 a 23 meses de edad (16.6 pp) (Gráfica 7.2.6), el mismo grupo que ha presentado la mayor prevalencia en todas las encuestas (De la Cruz-Góngora et al., 2013). Sin embargo, aunque en el país la última encuesta de nutrición reporta la prevalencia de anemia más baja registrada durante las últimas décadas, su magnitud aún es muy elevada y estamos lejos de alcanzar prevalencias que la OMS ha definido como indicativas de un buen desempeño (De la Cruz-Góngora et al., 2013).

Hoy se reconoce que tanto la desnutrición como el déficit de algunos micronutrientes, incluido el hierro y el zinc, están asociados a cambios conductuales importantes en el niño, como déficit de atención, bajo nivel de actividad y reactividad, lo que puede interferir con el desarrollo normal del componente social y afectar el desarrollo del lenguaje. Estudios realizados en niños que presentan anemia, han encontrado alteraciones de los potenciales auditivos evocados, lo que hace suponer que este tipo de déficit interferirá con el componente perceptual del lenguaje, haciendo difícil la recepción de estímulos sonoros (Walter *et al.*, 1989).

Aunque en menor afectación, los preescolares en México presentan otro tipo de deficiencias de micronutrientes, que también repercuten en el desarrollo integral del niño. La deficiencia de vitaminas y minerales de mayor prevalencia en niños mexicanos es por hierro, zinc, vitamina A y ácido fólico, resultado de su baja ingestión en la alimentación o por problemas de absorción. La deficiencia de hierro está presente en más del 60% de los menores de 2 años, en el 50% de los niños entre 3 y 4 años y por arriba del 30% en el grupo de 5 a 11 años. La deficiencia de zinc se presenta

en el 30% de los niños de 1 a 4 años y en el 20% de los niños de 5 a 11 años. Finalmente, las concentraciones bajas de vitamina C están presentes en el 30 y 40% de los niños, respectivamente (González *et al.*, 2008).

El impacto de la deficiencia de micronutrientes en el desarrollo infantil está asociado con aspectos de salud así como de desarrollo físico. La deficiencia de diversos micronutrientes, entre ellos hierro, yodo y zinc, han sido vinculados con desviaciones en el desarrollo motor y cognitivo; otros estudios sugieren un papel importante en el desarrollo del lenguaje y rendimiento escolar (Madan *et al.*, 2011).

Estrategias para combatir la malnutrición infantil y favorecer el DIT

A lo largo del tiempo, han sido diversas las estrategias que se han implementado para la prevención y atención de la desnutrición materno infantil y, ahora también, para atender los problemas de sobrepeso y obesidad. La promoción de la lactancia materna, la adecuada alimentación complementaria, la suplementación con vitamina A y zinc, así como

GRÁFICA 7.2.6. COMPARACIÓN DE LA PREVALENCIA NACIONAL DE ANEMIA EN PREESCOLARES (12-59 MESES) A PARTIR DE ENCUESTAS NACIONALES EN MÉXICO, ENCUESTA NACIONAL DE NUTRICIÓN 1999, ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN 2006 Y 2012

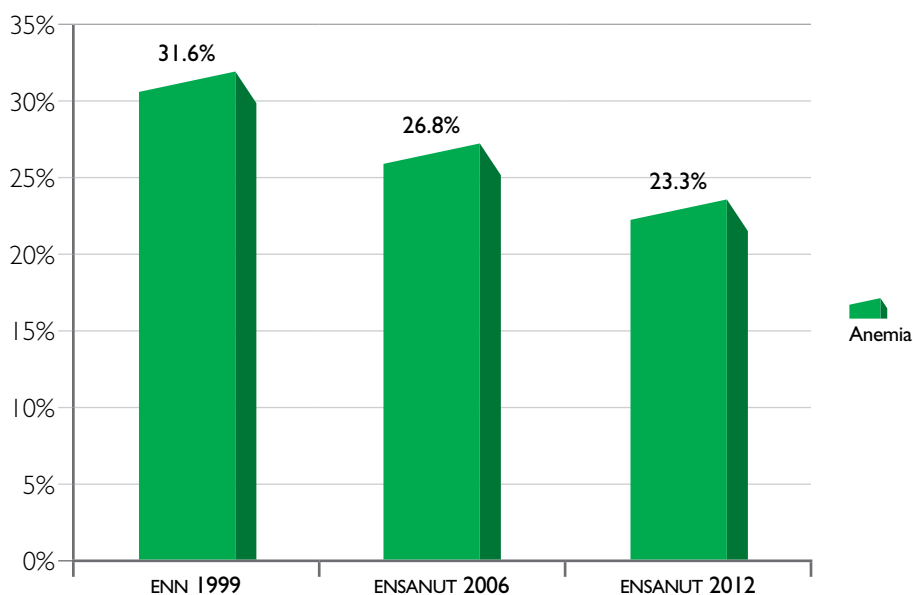


TABLA 7.2.1 INTERVENCIONES PRIORITARIAS PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

Intervención	Justificación/pruebas
<i>Nacimiento. Intervenciones para el lactante</i>	
La iniciación de la lactancia materna en la primera hora (incluyendo la alimentación con calostro)	Contribuye a la reducción de la mortalidad neonatal
<i>Menores de 6 meses</i>	
Lactancia materna exclusiva	Asegura la ingesta óptima de nutrientes y previene la enfermedad y mortalidad infantil
<i>De 6-23 meses. Intervenciones para el niño pequeño</i>	
Alimentación complementaria oportuna, adecuada, segura y apropiada (incluido un mejor uso de alimentos disponibles localmente, suplementos nutricionales basados en lípidos y alimentos complementarios enriquecidos)	Previene y reduce el bajo peso, el retraso en el crecimiento, la emaciación y la carencia de micronutrientes, y contribuyen a la supervivencia y el desarrollo; también contribuye a reducir la obesidad infantil
Lactancia materna	Proporciona una fuente importante de nutrientes; protege contra las infecciones
Consumo de sal yodada como sal de mesa y/o como sal apta para el consumo humano (utilizada en la preparación de alimentos)	Mejora el desarrollo del cerebro; previene carencias motoras y de audición
Tratamiento con zinc para la diarrea	Reduce la duración y la gravedad de la diarrea y los subsiguientes episodios. Reduce la mortalidad
Administración de suplementos de vitamina A y eliminación de parásitos	Contribuye a la reducción de la anemia, la carencia de vitamina A y la desnutrición, y a reducir la mortalidad infantil
Gestión de la desnutrición aguda grave	Contribuye a reducir la mortalidad infantil
Gestión de la desnutrición aguda moderada	Evita la progresión de la desnutrición aguda grave y contribuye a la reducción de la mortalidad infantil
Lavado de manos con jabón	Ayuda a reducir la diarrea y la desnutrición asociada
<i>De 24-59 meses. Intervenciones para el niño pequeño</i>	
Administración de suplementos de vitamina A y eliminación de parásitos	Contribuye a la reducción de la anemia, la carencia de vitamina A y la desnutrición, y a la reducción de la mortalidad infantil
Polvos de micronutrientes múltiples o alimentos enriquecidos para niños pequeños	Reduce la carencia de hierro y de zinc
Consumo de sal yodada como sal de mesa y/o como sal apta para el consumo humano (utilizada en la preparación de alimentos)	Mejora el desarrollo del cerebro; previene carencias motoras y de audición
Gestión de la desnutrición aguda grave	Contribuye a reducir la mortalidad infantil
Gestión de la desnutrición aguda moderada	Evita la progresión de la desnutrición aguda grave, y contribuye a la reducción de la mortalidad infantil
Lavado de manos con jabón	Ayuda a reducir la diarrea y la desnutrición asociada

Fuentes: Políticas y recomendaciones basadas en la OMS y otros organismos de las Naciones Unidas; publicaciones en The Lancet, Edmond, Karen M., et al., 'Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality', Pediatrics 2006(117); 3:3380-3386; Singh, Kiran, y Purnima Srivasta, 'The Effect of Colostrum on Infant Mortality: Urban-rural differentials', Health and Population 1992 (15)3-4; 94-100. Mullany, Lucas C., 'Breastfeeding Patterns, Time to Initiation and Mortality Risk Among Newborns in Southern Nepal', The Journal of Nutrition, 2008; 138:599-603; Ramakrishnan, Usha, 'Effects of Micronutrients on Growth of Children Under 5 Years of Age: Meta-analyses of single and multiple nutrient interventions', The American Journal of Clinical Nutrition, 89:2009; 191-203.

el tratamiento adecuado de la desnutrición grave son las intervenciones más prometedoras para la reducción de la mortalidad infantil y la futura carga de enfermedades relacionadas con la desnutrición (Zulfigar *et al.*, 2008). Estas intervenciones han demostrado que pueden prevenir cerca de un cuarto de la mortalidad infantil en niños menores de 36 meses de vida y reducir la prevalencia del retardo del crecimiento a los 36 meses de vida en aproximadamente un tercio, evitando así alrededor de 60 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) (Zulfigar *et al.*, 2008).

Dada la estrecha relación que hay entre la desnutrición y las infecciones, se deben considerar intervenciones para prevenir y tratar las mismas, lo cual contribuye a una mejor nutrición, así como a la reducción de la mortalidad infantil. Estas intervenciones incluyen la inmunización, la mejora de la higiene y del lavado de manos, el saneamiento (incluida la eliminación de la defecación al aire libre) y el acceso al agua potable, el uso de sales de rehidratación oral y zinc terapéutico para tratar la diarrea, la prevención y el tratamiento del paludismo, y el tratamiento de la neumonía con antibióticos.

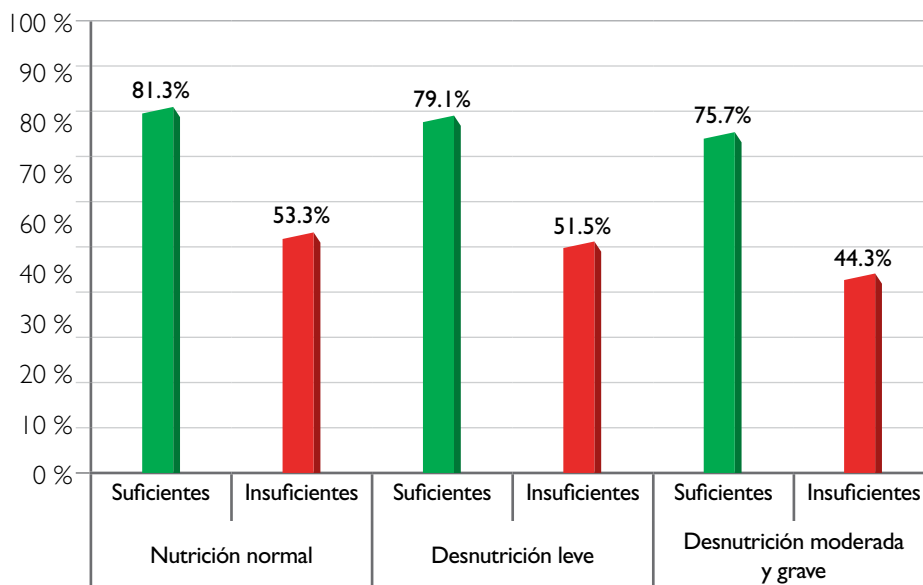
Experiencia de Un Kilo de Ayuda en la Evaluación de Neurodesarrollo

Como parte de las actividades realizadas por el Programa Integral de Nutrición (PIN) de *Un Kilo de Ayuda*, se aplica la Prueba de Tamiz del Neurodesarrollo Infantil (PTNI), diseñada por el INCMNSZ y la Facultad de Psicología de la UNAM.

Los estudios y mediciones realizadas por el programa han identificado que el 81.3% de los niños sin desnutrición, que recibieron estimulación suficiente, tuvo un nivel de neurodesarrollo adecuado. El 75.7% de los niños que presentaron desnutrición crónica (moderada y grave) y que recibieron una estimulación suficiente, presentó un nivel de neurodesarrollo adecuado. Caso contrario, menos del 50% de los niños con y sin desnutrición que no recibieron estimulación suficiente, presentaron el nivel de neurodesarrollo adecuado esperado (ver Gráfica 7.2.7).

Al hacer el análisis con los indicadores de peso/edad y anemia se observan resultados similares. Para el indicador peso edad, el 80.4% de niños que tuvieron

GRÁFICA 7.2.7. NEURODESARROLLO ADECUADO ALCANZADO, SEGÚN ESTIMULACIÓN Y ESTADO DE NUTRICIÓN (TALLA PARA LA EDAD)



Fuente: Elaboración Propia con información de *Un Kilo de Ayuda*

estimulación suficiente obtuvo un nivel de neurodesarrollo adecuado (ver Gráfica 7.2.8). Más del 70% de niños con bajo peso (moderado y grave) pero que recibieron estimulación suficiente obtuvo un neurodesarrollo adecuado. Por el contrario, menos del 50% de los niños con y sin bajo peso que no recibieron estimulación suficiente obtuvo el nivel de neurodesarrollo esperado.

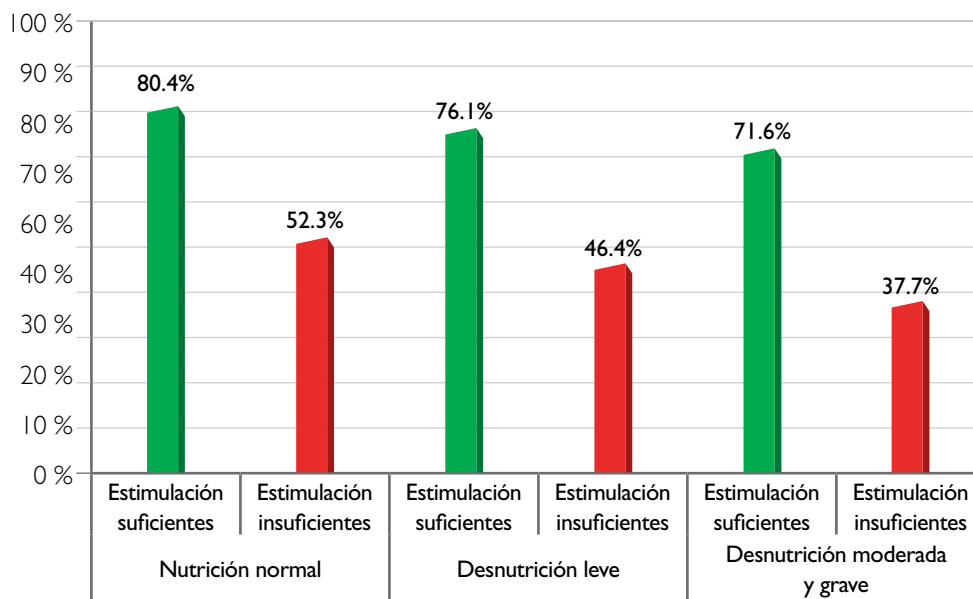
Los resultados obtenidos en *Un Kilo de Ayuda* sugieren que la presencia de desnutrición y de anemia en los primeros 2 años de vida tiene efectos adversos en el crecimiento y desarrollo psicomotor de los niños. Sin embargo, el ambiente en el que los niños crecen puede influir favorablemente para aminorar el daño ocasionado. La estimulación que proporciona la madre o cuidador al niño(a) en el hogar, favorece de manera importante el desarrollo psicomotor, aun en presencia de desnutrición. Por consiguiente, es necesario desarrollar estrategias de promoción a la estimulación oportuna dentro del hogar y la comunidad, que formen parte de las herramientas de promoción y cuidado de la salud infantil.

Principales programas y políticas alimentarias y de nutrición en México

La Convención sobre los Derechos del Niño establece el derecho de todos los niños a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. En su artículo 6, establece que los Estados partes garantizarán, en la máxima medida posible, la supervivencia y el desarrollo del niño (UNICEF, 1991). De la misma forma, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se establecen metas concretas y medibles, con la finalidad de acabar con la pobreza y el hambre e impulsar el desarrollo humano. Sin embargo, la desnutrición sigue siendo uno de los principales factores atribuibles para la supervivencia, la salud, el crecimiento y el desarrollo de las capacidades de millones de niños, así como para el progreso de sus países (UNICEF y CEPAL, 2006).

En casi todos los países con desnutrición, la mayoría de los programas de atención directa para abatir el problema son poco eficaces y se basan en la distribución masiva de alimentos. Esto se debe, en gran parte, porque esta medida rinde beneficios políticos

GRÁFICA 7.2.8. NEURODESARROLLO ADECUADO ALCANZADO, SEGÚN ESTIMULACIÓN Y ESTADO DE NUTRICIÓN (PESO PARA LA EDAD)



Fuente: Elaboración Propia con información de *Un Kilo de Ayuda*

y económicos (Chávez y Muñoz de Chávez, 2007). Se han realizado diversas evaluaciones a este tipo de programas, las cuales muestran que han ayudado muy poco a reducir la desnutrición (Habitch *et al.*, 1999) ya que fallan no sólo en lo que respecta a sus objetivos —entregar alimento—, sino que, por lo regular, no cumplen cabalmente con el reparto a quienes más lo necesitan: los niños de las zonas marginadas.

En el mundo hay suficiente comida para que toda la población pueda alimentarse adecuadamente; sin embargo, se desperdicia entre un 30% y un 50% de la totalidad del alimento que se produce, y en los países desarrollados se calcula que se desperdicia alrededor de una cuarta parte de la comida que compran las familias (Bailey, 2011).

El bienestar nutricional de una población constituye tanto un resultado como un indicador del desarrollo nacional. La consecución de los objetivos nacionales depende de él (FAO, 2006). Reducir la inseguridad alimentaria y mejorar la nutrición ha cobrado últimamente importancia dentro del marco de las estrategias de reducción de la pobreza. Actualmente existe un interés cada vez mayor por parte de los donantes (y gobiernos nacionales) en torno a la realización progresiva del acceso a los alimentos y una buena nutrición como derecho humano. Este entorno hace obligatorio que los programas de alimentación y nutrición tengan éxito y que ese éxito sea sostenido. Esa es la razón de por qué los países tienen que hacer análisis de sus programas, tratar de mejorar sus resultados, su rentabilidad, eficacia y sostenibilidad (FAO, 2006).

Cualquier estrategia que se construya como base de la política de un país, debe tener un enfoque multisectorial y de equidad, así como con una visión integral y de largo plazo para poder llegar a las poblaciones más vulnerables. En México se cuenta con una larga evolución e implementación políticas y programas orientados a mejorar la nutrición de grupos vulnerables, empezando con programas asistenciales, hasta llegar a programas integrales de coordinación intersectorial (Barquera *et al.*, 2001). Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados, la desnutrición y la anemia por deficiencia de hierro, siguen siendo uno de los retos de salud pública más importantes en nuestro país.

Uno de los primeros programas que integran componentes de salud, nutrición y educación es el programa



integral social, PROGRESA (Programa de Educación, Salud y Alimentación) creado en 1997 y, desde 2002, Programa de Desarrollo Humano *Oportunidades* (PDHO) (CEPAL, FAO y RIMISP, 2003). La última evaluación de *Oportunidades* realizada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) encontró un impacto positivo en el nivel educativo, en especial en población indígena, así como mejora en matemáticas en niños que estaban en primaria al inicio del programa. Para niños que tenían menos de 36 meses al inicio, se reportó un impacto positivo sobre problemas conductuales, pero no se encontró evidencia de impactos en indicadores de cognición, estado nutricional y logros educativos. Sin embargo, se notó una mejora estadísticamente significativa de 1.5 cm en la estatura de los niños cuyas madres no tenían educación. La evaluación también encuentra una mejora en la inserción laboral de los jóvenes beneficiarios del programa, la cual se da a través del incremento en la escolaridad (CONEVAL, 2014).

Otro componente que se implementó con el objetivo de generar evidencia para continuar ajustando el diseño y operación del PDHO, buscando incrementar

su efectividad, es la Estrategia Integral de Atención a la Nutrición (ESIAN) cuyos ejes son:

1. Desarrollo de un plan de comunicación para el cambio de comportamientos, utilizando métodos de vanguardia.
2. Capacitación a los diferentes proveedores de los servicios de salud y funcionarios de *Oportunidades*.
3. Nuevo esquema de suplementación.
4. Equipamiento de unidades de salud para mediciones antropométricas y medición de concentración de hemoglobina, entre otros equipos básicos.

Un programa muy relevante, aunque ya inoperante, fue el programa *Arranque Parejo en la Vida* (APV) creado en el 2001. El diseño original del programa abarcaba los 1,000 días críticos para la vida abarcando servicios de salud materno-infantil, seguimiento del crecimiento, administración de megadosis de vitamina A y micronutrientes, evaluación rápida del desarrollo así como capacitación a las madres en técnicas de estimulación temprana. En su conjunto, estas acciones constituyen



un ejemplo de un programa integral, focalizado, multisectorial, cuyo objetivo es el mejoramiento de la sobrevivencia, crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida (Barquera *et al.*, 2010).

Otros programas recientes a nivel federal incluyen el *Programa de Apoyo Alimentario (PAL)*, la *Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria (EIASA)*, el *Programa de Apoyo Alimentario en Zonas de Atención Prioritaria (PAAZAP)*, la *Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad* y la *Cruzada Nacional contra el Hambre*. Todos ellos buscan, con distintos modelos y estrategias, mejorar las condiciones de alimentación y nutrición, sobre todo para hogares que viven en situación de pobreza en zonas rurales y marginadas.

La *Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad*, lanzada en el 2010, tiene como propósito contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional, al revertir la epidemia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) derivadas del sobrepeso y la obesidad, mediante una política integral de Estado con acciones dirigidas especialmente a los menores de edad, en forma individual,

comunitaria y nacional, que permitan adoptar hábitos alimentarios correctos y que promuevan la práctica de actividad física constante a lo largo de las diferentes etapas de la vida (CONEVAL, 2012).

7.2.2. Conclusiones

Los primeros 1,000 días son críticos para la vida (el embarazo y los dos primeros años de vida del niño). Esta es una etapa donde se tiene la mayor oportunidad para contribuir al óptimo crecimiento y desarrollo de los niños (UNICEF, 2011). Como hemos podido apreciar, México cuenta con una evolución de programas y políticas de nutrición y salud, basada en experiencias tanto nacionales como internacionales que han coadyuvado al fortalecimiento de las estrategias a implementar; sin embargo, a pesar de la evolución que se ha presentado, nos encontramos en una situación en la que los grupos de población con desnutrición, sobrepeso, obesidad y deficiencia de micronutrientos existen simultáneamente; esto impone retos adicionales a la atención de los problemas de seguridad alimentaria y nutricional (CONEVAL, 2012).





Para ser efectivos en erradicar la desnutrición infantil y contribuir a un desarrollo integral de los niños durante sus primeros años, los programas e intervenciones deben proveer una atención integral, esto es, tienen que incluir componentes de salud y nutrición, crecimiento, desarrollo y sanidad; la familia y la comunidad deben ser partícipes de todas las acciones. La estimulación oportuna y la evaluación del neurodesarrollo tiene que ser un componente esencial de todos los programas e intervenciones dirigidos a promover, mejorar y mantener un estado de salud integral de los niños. Por último, debe existir un seguimiento longitudinal, porque sólo así se podrá: a) vigilar cada una de las etapas del desarrollo y crecimiento infantil, b) detectar deficiencias y c) tomar decisiones a tiempo para evitar retrasos en el crecimiento y desarrollo infantil.

Es importante también atender las recomendaciones de ENSANUT para disminuir la anemia infantil, para fortalecer el cuidado y cortar la transmisión generacional mediante iniciativas que incentiven a las madres a cumplir con las indicaciones de consumo de alimentos fortificados (Oportunidades, Liconsa y otros). Además, se debe buscar ampliar la cobertura con hierro a los niños menores de dos años.

Un reto adicional es contrarrestar las tendencias recientes hacia la disminución de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses. Para ello, es imprescindible atender las recomendaciones de ENSANUT para incentivar la lactancia materna exclusiva, entre ellas, formular e implementar una Política Nacional Integral de Promoción, Protección y Apoyo de la Lactancia Materna (PPALM), y tener una estrecha observancia y vigilancia de la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

Referencias

- Alderman, H., Hoddinott, J., y Kinsey, B. (2006). "Long term consequences of early childhood malnutrition". *Oxford Economic Papers*, 58(3), 450-474.
- American Dietetic Association. (2008). "Position of the American Dietetic Association Nutrition and Lifestyle for a Healthy Pregnancy Outcome". *Journal of the American Dietetic Association*, 108, 553-561.
- Bailey, R. (2011). *Cultivar un futuro mejor: justicia alimentaria en un mundo con recursos limitados*. Reino Unido: Oxfam.
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2012). "Apoyo al Programa de Desarrollo Humano Oportunidades". BID. México.
- Barquera, S., Rivera-Dommarco, J., y Gasca-García, A. (2001). "Políticas y programas de alimentación y nutrición en México". *Salud Pública de México*, 43(1), 464-477.
- Barquera, S. et al. (2007). "Dyslipidemias and obesity in Mexico". *Salud Pública de México*, 49, 338-347.
- Barquera S. et al. (2010). "Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad". Secretaría de Salud. México.
- Bengmark, S., y Gianotti, L. (2003). "Nutritional support to prevent and treat multiple organ failure". *World Journal of Surgery*, 20, 474-481.
- Black, R. (2008). "Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences". *The Lancet*, 371(9608), 243-260.
- Bojar, I. et al. (2006). "Change in the quality of diet during pregnancy in comparison with WHO and EU recommendations - environmental and sociodemographic conditions". *Ann Agric Environ Med*, 13, 281-286.
- Bothwell, T., y Charlton, R. (eds). (1981). "Iron deficiency in women". Nutrition Foundation. Washington DC.
- Caufield, L. et al. (2004). "Undernutrition as an underlying cause of child deaths associated with diarrhea, pneumonia, malaria, and measles". *Am J Clin Nutr*, 80, 193-198.
- CEPAL, FAO, RIMISP. (2003). "La pobreza rural en América Latina: lecciones para una reorientación de las políticas". *Seminarios y conferencias*. 27.
- Chandra, R. (2006). "Trace elements regulation of immunity and infection". *J Am Clin Nutr*, 4, 5-16.
- Chávez, A., y Muñoz de Chávez, M. (2007). *Desnutrición, su impacto en la salud humana y en la capacidad funcional*. México: Grama.

CONEVAL. (2010). "Informe de evolución histórica de la situación nutricional de la población y los programas de alimentación, nutrición y abasto en México". CONEVAL. México.

CONEVAL. (2012). "Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México 2012". CONEVAL. México.

CONEVAL. (2014). Esquema General de Evaluación de la Cruzada Nacional Contra el Hambre (2013-2019). Disponible en http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Paginas/diagnostico_dise%C3%Bl_o_CNCH_primer_informe.aspx

CONEVAL. (2014). Informe de la Evaluación Específica de Desempeño. Disponible en http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Eval_Especificas/Paginas/EED_2012-2013/Especificas_Desempeno_2012.aspx.

De la Cruz-Góngora *et al.* (2013). "Prevalencia de anemia en niños y adolescentes mexicanos: comparativo de tres encuestas nacionales". *Salud Pública de México*, 55, s180-s189.

De Onis, M. (2006). "WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development". WHO.

Dietz, W. (1998). "Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease". *Pediatrics*, 101(3), 518-525.

Dirección General de Información en Salud [DGIS]. (2009). *Base de datos de defunciones generales 1979-2008 – Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)*. México: SSA. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/defunciones.html>

Eden, A. (2005). "Iron deficiency and impaired cognition in toddlers: an underestimated and undertreated problem". *Pediatric Drugs*, 7(6), 347-352.

Florêncio, T. *et al.* (2001). "Obesity and undernutrition in a very-low-income population in the city of Maceió, northeastern Brazil". *British Journal of Nutrition*, 86(02), 277-283.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2013). ¿Qué importancia tiene la nutrición? Disponible en <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>

García Pelufo, M. (2013). *Obesidad infantil: una mirada desde la psicomotricidad*. Trabajo Monográfico, Instituto Universitario CEDIAP, Montevideo, Uruguay.

Geier, A. *et al.* (2007). "The relationship between relative weight and school attendance among elementary school children". *Obesity*, 15(8), 2157-2161.

Gobierno de la República. México. (2013). Sin Hambre. Sin Hambre Cruzada Nacional contra el Hambre. Disponible en <http://sinhambre.gob.mx/>

González, T. *et al.* (2008). "El estado nutricional de la población en México: cambios de la magnitud, distribución y tendencias de la mala nutrición de 1988-2006". En González,

T. et al. (eds), *Nutrición y Pobreza: Política Pública Basada en Evidencia*, (pp.1-22). México: Banco Mundial y Secretaría de Desarrollo Social, 1-22.

Gordon, N. (2003). "Iron deficiency and the intellect". *Brain and Development*, 25(1), 3-8.

Grantham-McGregor, S. et al. (2007). "Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries". *The Lancet*, 369(9555), 60-70.

Gutiérrez, J. et al. (2012). "Encuesta nacional de salud y nutrición 2012". Resultados nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

Haas, J. et al. (1995). "Nutritional supplementation during the preschool years and physical work capacity in adolescent and young adult Guatemalans". *The Journal of nutrition*, 125(4), s1078-s1089.

Habicht, JP, Victora, C., y Vaughan, J. (1999). "Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact". *International journal of epidemiology*, 28(1), 10-18.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2012). *Consulta interactiva de datos, defunciones generales, causas detalladas CIE y lista mexicana de enfermedades*. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp?s=est&c=11144&proy=mortgral_mg

Instituto Nacional de Salud Pública. (2007). "Prevención de la obesidad en niños y adolescentes de origen mexicano". Taller de colaboración Estados Unidos-México. INSP. Mexico.

Law, D., Dudrick, S., y Abdou, N. (2005). "Immunocompetence of patients with protein caloric malnutrition". *Ann Intern Med*, 79, 545-50.

Lozoff, B., et al. (1987). "Iron deficiency anemia and iron therapy effects on infant developmental test performance". *Pediatrics*, 79, 981-95.

Lucas, A., Fewtrell, M., y Cole, T. (1999). "Fetal origins of adult disease—the hypothesis revisited". *British Medical Journal*, 319(7204), 245.

Madan, N., et al. (2011). "Developmental and neurophysiologic deficits in iron deficiency in children". *The Indian Journal of Pediatrics*, 78(1), 58-64.

Madan, N., et al. (2011). "Developmental and neurophysiologic deficits in iron deficiency in children". *Indian J Pediatr*, 78(1), 58-64.

Macgregor, M. (1963). "Maternal anaemia as a factor in prematurity and perinatal mortality". *Scottish Medical Journal*, 8, 134.

Martins, S., Logan, S., y Gilbert, R. (2001). "Iron therapy for improving psychomotor development and cognitive function in children under the age of three with iron deficiency anaemia". *Cochrane Database Syst Rev*, 2.

Martorell, R., Khan, L., y Schroeder, D. (1994). "Reversibility of stunting: epidemiological findings in children from developing countries". *European journal of clinical nutrition*, 48, s45-s57.

Martorell, R., et al. (2010). "Weight gain in the first two years of life is an important predictor of schooling outcomes in pooled analyses from five birth cohorts from low-and middle-income countries". *The Journal of nutrition*, 140(2), 348-354.

Martorell, R., et al. "The nutrition intervention improved adult human capital and economic productivity". *The Journal of nutrition*, 140(2), 411-414.

Mclean, L., et al. (2009). "Obesity, stigma and public health planning". *Health Promot Int*, 24(1), 88-93.

Minard, G., y Kudsk, K. (2004). "Nutritional support and infection: does the Route Matter?" *World J Surg*, 22, 213-219.

Monteiro, C., et al. (2010). "Narrowing socioeconomic inequality in child stunting: the Brazilian experience, 1974-2007". *Bulletin of the World Health Organization*, 88(4), 305-311.

Must, A., et al. (1999). "The disease burden associated with overweight and obesity". *JAMA*, 282(16), 1523-1529.

Must, A., y Anderson, S. (2003). "Effects of obesity on morbidity in children and adolescents". *Nutrition in clinical care: an official publication of Tufts University*, 6(1), 4.

Olaiz-Fernández, G., et al. (2007). "Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000". *Salud Pública de México*, 49, s3.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO]. (2006). Mejora de los programas de nutrición: instrumento de análisis para la acción. Disponible en <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/009/a0244s/a0244s00.pdf>.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO]. (2013). Composición corporal, funciones de los alimentos, metabolismo y energía. Disponible en <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0c.htm#bm12>.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). "The global burden of disease: 2004 update". WHO. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). Nutrición. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). Nutrición para la salud y desarrollo. Disponible en <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>

Pelletier, D., Frongillo, E., y Habicht, J. (1993). "Epidemiologic evidence for a potentiating effect of malnutrition on child mortality". *Am J Pub Health*, 83, 1130-1133.

- Pelletier, D., et al. (1994). "A methodology for estimating the contribution of malnutrition to child mortality in developing countries". *J Nutr*, 124, s2106–s2122.
- Pollitt, E. (1990). "Malnutrition and infection in the classroom". UNESCO. París.
- Puhl, R., y Latner, J. (2007). "Stigma, obesity, and the health of the nation's children". *Psychol Bull*, 133, 557-580.
- Ravelli, G., Stein, Z., y Susser, M. (1976). "Obesity in young men after famine exposure in utero and early infancy". *New England Journal of Medicine*, 295(7), 349-353.
- Ravelli, A., et al. (1999). "Obesity at the age of 50 y in men and women exposed to famine prenatally". *The American journal of clinical nutrition*, 70(5), 811-816.
- Reilly, J., et al. (2003). "Health consequences of obesity". *Arch Dis Child*, 88, 748-752.
- Rice, A., et al. (2000). "Malnutrition as an underlying cause of childhood deaths associated with infectious diseases in developing countries". *Bulletin of the World Health Organization*, 78(10), 1207-1221.
- Rivera-Dommarco, J., et al. "Desnutrición crónica en México en el último cuarto de siglo: análisis de cuatro encuestas nacionales". *Salud Pública de México*, 55.
- Sawaya, A., y Roberts, S. (2003). "Stunting and future risk of obesity: principal physiological mechanisms". *Cadernos de saúde pública*, 19, s21-s28.
- Scholl, T., y Hediger, M. (1994). "Anemia and iron-deficiency anemia: compilation of data on pregnancy outcome". *American Journal of Clinical Nutrition*, 59, s492–s500.
- Secretaría de Desarrollo Social [SEDESOL]. (2014). Programa de Apoyo Alimentario en Zonas de Atención Prioritaria. Disponible en http://www.2006-2012.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/Evaluacion_en_materia_de_Disenio_del_PAAZAP.
- Serdula, M., et al. (1993). "Do obese children become obese adults? A review of the literature". *Prev Med*, 22, 167-177.
- Shafir, T., et al. (2008). "Iron deficiency and infant motor development". *Early human development*, 84(7), 479-485.
- Sistema Nacional de Información en Salud [SINAIS]. (2009). *Tabla dinámica de defunciones, 1979-2009*. Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>
- Skerrett, P., y Willett, W. (2010). "Essentials of Healthy Eating: A Guide". *J Midwifery Womens Health*, 55(6), 492–501.
- Stein, A., et al. (2003). "Prospective study of protein-energy supplementation early in life and of growth in the subsequent generation in Guatemala". *The American journal of clinical nutrition*, 78(1), 162-167.

- Stoch, M., y Smythe, P. (1976). "15-Year developmental study on effects of severe undernutrition during infancy on subsequent physical growth and intellectual functioning". *Archives of Disease in Childhood*, 51(5), 327-336.
- UNICEF. (1991). "Convención sobre los derechos del niño". UNICEF. Rådada Barnen de Suecia.
- UNICEF. (1998). "The State of the World's Children 1998: A UNICEF report. Malnutrition: causes, consequences, and solutions". *Nutr Rev*, 56(4), 115-123.
- UNICEF, CEPAL. (2006). "Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe". *Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio*, 2, 1-12.
- UNICEF. (2011). "La desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento". UNICEF. Madrid.
- Victora, C., et al. (2008). "Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital". *The lancet*, 371(9609), 340-357.
- Victora, C., et al. (2010). "Worldwide timing of growth faltering: revisiting implications for interventions". *Pediatrics*, 125(3), e473-e480.
- Walter, T., et al. (1989). "Iron deficiency anemia: adverse effects on infant psychomotor development". *Pediatrics*, 84, 7-17.
- World Health Organization [WHO]. (2001). "Iron deficiency anaemia: assessment, prevention and control - A guide for programme managers". Suiza, Ginebra: WHO.
- _____. (2003). "Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Disease 2002". *WHO Technical Report Series*, 916.
- Zulfigar, A., et al. (2008). "Maternal and child undernutrition 3: What Works? Interventions for a maternal and child undernutrition and survival". *The Lancet*, 1-24.



7.3

**Desarrollo infantil temprano.
La importancia de los padres y el entorno familiar**

ser padres, también es cierto que las evidencias en el área de neurodesarrollo brindan una gran cantidad de elementos que pueden ser incorporados de manera formal para diseñar programas efectivos.

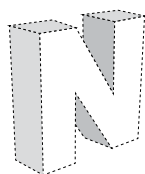
La primera sección analiza el papel de los padres en el desarrollo del niño, partiendo de la importancia del apego y reflexionando sobre las diferentes prácticas de crianza. La siguiente sección se enfoca en las implicaciones de la negligencia y el maltrato en la primera infancia, en la vida futura. Inicia señalando que México ha sido catalogado como un país no apropiado para la infancia y continúa reportando estudios que asocian trastornos emocionales, de adaptación y de estrés postraumático con eventos de abuso y maltrato ocurridos en la infancia temprana. El capítulo continúa describiendo algunos programas, tanto públicos como de la sociedad civil, que han sido implementados en nuestro país con el objetivo de incidir favorablemente en los niños de primera infancia. Sigue con una sección que invita a reflexionar sobre la repetición de prácticas de crianza a través de diferentes generaciones y la posibilidad de romper este círculo con el fin de formar ciudadanos sanos emocionalmente, desde los primeros años de vida. El capítulo concluye con recomendaciones para la implementación de políticas públicas que incluyan un enfoque integral tanto en contenidos de programas para la diada padre-hijo, como en estrategias de implementación y sostenibilidad.

Autoras:

Martha Givaudan, *Yo quiero yo puedo* (IMIFAP)
Susan Pick, *Facultad de Psicología UNAM y Yo quiero yo puedo* (IMIFAP)

7.3 DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO. LA IMPORTANCIA DE LOS PADRES Y EL ENTORNO FAMILIAR

7.3.1. Introducción



No es posible hablar del desarrollo infantil temprano sin tomar en cuenta el papel determinante de los cuidadores y del contexto. Este capítulo inicia con una reflexión sobre la carencia de programas que cuenten con una metodología sistemática y evaluada dirigida a facilitar la adquisición de conocimientos, habilidades y conductas de los padres y cuidadores. Si bien es cierto que nadie nos enseña a

7.3.2. Los padres son clave

No es posible lograr cambios en la primera infancia, si no se empieza por trabajar, a nivel de la persona, con quienes están a cargo de la educación de los niños: sus padres. Es necesario que los futuros padres estén sanos física y mentalmente para que puedan hacerse cargo de la crianza de sus hijos. Por ello, las acciones a favor de la primera infancia deben considerar estrategias a favor del bienestar de los padres promoviendo, por ejemplo, conductas básicas de autocuidado, higiene, salud, nutrición y sexualidad (Leenen *et al.*, 2008). Sin embargo, la mayoría de los recursos que se ofrecen a los padres, tienen un enfoque que se limita únicamente a conocimientos sobre lo que se espera para cada grupo de edad, sin que se aborden estrategias integrales de acción de manera sistemática.

La investigación científica refuerza la importancia del papel que los padres o cuidadores significativos tienen

FIGURA 7.3.1. MARCO DE EMPODERAMIENTO INTRÍNSECO



Fuente: FrEE, Pick y Sirkin, 2010 (versión abreviada).

CUADRO 7.3.1. IMIFAP –YO QUIERO YO PUEDO

La razón de ser de IMIFAP es implementar programas integrales en las áreas de educación, salud, ciudadanía y productividad que rompan el círculo de los diferentes tipos de pobreza. Esto, formando a las personas de la comunidad para que repliquen con nuevos grupos y se logre la sostenibilidad a nivel local; y sistematizando las acciones con el fin de realizar evaluaciones de diseño aleatorio que comprueben su efectividad. Los resultados son difundidos en revistas especializadas, reportes internos y en la página de Internet.

Los programas Yo quiero Yo puedo han sido construidos con base en investigación diagnóstica con poblaciones en México, tomando como base las necesidades específicas de diferentes grupos. Los programas son facilitados a través de una serie de talleres y materiales que integran la información actualizada, sobre el tema a tratar (ej. lactancia materna o juego), con técnicas participativas que promueven que se adquieran o se pongan en práctica habilidades cognitivas (ej. pensamiento analítico y toma de decisiones), emocionales (ej. identificación y expresión de emociones) y sociales (ej. comunicación asertiva y empatía) para la vida. Las técnicas son previamente piloteadas y ajustadas tomando en cuenta el contexto (creencias, prácticas tradicionales y lengua locales), para ser aplicadas a diferentes grupos de la población, indígenas, rurales o urbanos. Una vez que se cuenta con la versión final del taller, se elabora un manual que detalla los contenidos teóricos, de manera sencilla y aplicable, y las actividades a realizar, paso a paso, con énfasis especial en los cierres y mensajes clave. Los talleres son impartidos por

facilitadores, promotores y líderes comunitarios previamente formados y con experiencias, quienes utilizan una metodología participativa que invita a reflexionar, a desarrollar el pensamiento crítico y a poner en práctica lo aprendido de manera inmediata.

Fuente: www.yoquieroyopuedo.org.mx



en el desarrollo integral del niño y en la organización y arquitectura cerebral, especialmente en lo que respecta a la relación bebé-madre o cuidadores, en los primeros meses de vida (Porges, 2007; Panksepp, 2001).

Algunos programas existentes en México, utilizan modelos basados en capacidades, como lo es el modelo de Marco de Empoderamiento Intrínseco (Pick y Sirkin, 2010) (ver Figura 7.3.1) utilizado en los programas con un fuerte énfasis en cambiar las conductas de los padres y lograr su empoderamiento como es el caso de “Yo Quiero yo Puedo” (ver Cuadro 7.3.1).

Dicho marco hace operativa la Aproximación de Capacidades Humanas del Premio Nobel de Economía Amartya Sen (1999) desde una visión psicosocial. Su base es la facilitación de habilidades para la vida (ej. toma de decisiones, comunicación asertiva, auto conocimiento, expresión de emociones), conocimientos (ej. importancia y facilitación del apego, como dar estimulación auditiva y visual, ideas de juegos, nutrición) y reducción de barreras psicosociales (ej. pena de hacer las cosas de modo diferente a los demás, prejuicios respecto a la expresión de emociones, miedo a qué van a pensar las otras personas, culpa por no dejarse presionar a hacer algo que no se quiere y resentimientos basados en creencias sociales).

El rol de los padres en el desarrollo del niño es un campo de investigación que ha mostrado claras evidencias desde mediados del siglo pasado (Coleman, 1966), dando bases para desarrollar programas de apoyo a padres y cuidadores para formar generaciones capaces de vivir, expresar e integrar el funcionamiento óptimo de los niveles superiores del cerebro desde la etapa del embarazo (NICHD Early Child Care Research Network, 2003). Los medios a través de los cuales los padres pueden incidir en el desarrollo de sus hijos incluyen el apego seguro, las prácticas de crianza y la estabilidad emocional de la madre.

Apego Seguro

El apego tiene implicaciones fundamentales para la persona, no sólo en la infancia sino a lo largo de la vida. El apego sano y seguro es el resultado de tener por lo menos una figura adulta (paterna o materna) capaz de dar contención emocional que apoye la autorregulación y que tome en cuenta las necesidades y deseos del bebé desde el momento del nacimiento.

El apego seguro fortalece la tolerancia a la frustración, los hábitos de trabajo y la facilidad en la transición a escuela formal (Pianta y Harbers, 1996; Pianta *et al.*, 1997; Ainsworth *et al.*, 1971; Isabella, 1993). Así, por ejemplo, el haber tenido la seguridad en el apego cuando bebé, es un excelente predictor de la capacidad de razonamiento entre los 3 y 6 años de edad (Fonagy *et al.*, 1997).

Aspectos tan básicos, y tan sencillos, como la interacción no verbal entre la cara de la mamá y la de su hijo, estimulan el hemisferio derecho del bebé, activando transmisores cerebrales que se relacionan con la función motora, la exploración, la cognición, la motivación, la comunicación no verbal y la expresión de emociones (Besson y Louilot, 1995). Durante el primer año de vida, las experiencias afectivas del niño, principalmente con sus padres, le van dando forma a sus interpretaciones acerca de las causas y consecuencias de sus emociones, decisiones y acciones (Bowlby, 1969, 1980); es decir a la estructura básica de su relación consigo mismo y con su ambiente. Dicha capacidad forma la base del desarrollo de los procesos mentales que permiten que la persona construya una identidad saludable (Mandler, 1985).

Desde el primer día de nacido el ser humano tiene el potencial de autocalmarse; Brazelton (1991) descubrió que los recién nacidos contribuyen de forma significativa a su propio desarrollo, dejando atrás el concepto del neonato como un receptor pasivo ante los estímulos ambientales. De hecho, existe una escala (Escala para la Evaluación de Comportamiento Neonatal-NBAS) (Brazelton y Nugent, 1997) que puede ser implementada de manera institucional en los hospitales de salud materno-infantil (Olvera *et al.*, 1984) con el fin de evaluar las conductas neonatales y mostrar a los padres el comportamiento infantil; sensibilizándolos sobre las capacidades de su bebé y modelando formas de interrelación y cuidado en un marco de estimulación adecuada. Cuando los padres son capaces de reflejar los estados afectivos del niño, desde los primeros meses de vida, el niño se siente tomado en cuenta y apoyado, al tiempo que se le ayuda a modular sus propios afectos y a autorregularse.

Prácticas de Crianza

Los estilos de crianza se definen como el conjunto de actitudes y conductas que se expresan de manera

verbal y no verbal y que transmiten valores, normas, creencias, barreras psicosociales y expectativas sobre la interacción tanto a nivel familiar como en el binomio madre-hijo. Respetando tradiciones culturales diferentes, se han realizado estudios en países desarrollados, que muestran de manera contundente una relación cercana entre desarrollo cognitivo y socio emocional con el tipo de patrones de conductas de los padres y estilos de crianza. Estas incluyen aspectos tales como facilitar oportunidades de aprendizaje *ad hoc* para la edad del menor; calor humano y respuestas de apoyo, facilitación de autonomía, exploración y aprendizaje (Bradley, 2002).

Las actividades de los bebés están dominadas por los sistemas sensorio motriz (Piaget, 1962) y emocional (Shore, 1994); las sensaciones táctiles y kinestésicas guían las conductas que son las vías para explorar el mundo y sientan las bases del desarrollo cognitivo

ulterior. De ahí que resulte tan relevante la relación afectiva, que inicia con el contacto cara a cara, el contacto físico y movimiento que la madre o cuidador proporciona al bebé de manera contingente a sus necesidades en los primeros días y años de vida (Beebe *et al.*, 1997). De ahí que interacciones cotidianas tan sencillas como las que se dan a través del juego cobren gran importancia pues representan una herramienta natural y fundamental en la interacción padres-hijo, además de dar estructura a funciones emocionales y cognitivas, modelar interacciones sociales y reflejar los estilos de crianza que se establecen desde los primeros días de vida.

A continuación se presentan una serie de prácticas tradicionales sobre la crianza de los niños que suceden en México (Tabla 7.3.1) junto a una pequeña explicación de su implicación sobre el cuidado o en el desarrollo infantil.

TABLA 7.3.1. ALGUNAS PRÁCTICAS DE CRIANZA TRADICIONALES EN MÉXICO

Práctica	Posible relevancia en el cuidado o en el desarrollo infantil
Laxar a los niños con el fin de evitar problemas estomacales posteriores	Aumenta las posibilidades de deshidratación y desnutrición al perder micronutrientes y líquidos.
Niños envueltos como taco en cobija	La envoltura excesiva y hasta más allá de los 4 meses impide que los niños exploren y mejoren sus prensiones y aproximación bilateral a los objetos. La interpretación positiva de esta práctica, se relaciona con mantener a los bebés en una temperatura adecuada en comunidades donde las temperaturas son bajas y las condiciones de las casas no permiten mantener el calor.
Recurrir al curandero	Acudir con un curandero es una práctica común, donde se usan hierbas, plantas y animales con propiedades curativas. La medicina tradicional ofrece ventajas cuando se maneja adecuadamente y no limita la atención del enfermo en centros de salud. La falta de higiene en algunos preparados de tés, son el mayor riesgo para infecciones gastrointestinales.
Colgar al niño del ayate	El ayate es una manta de fibra que se usa como una bolsa para recolectar cosechas o colgar cosas. Cuando se utiliza para amarrar a los niños de manera que se limita su movimiento se asocia con consecuencias en defectos posturales. Sin embargo la costumbre de cargar a los bebés en ayates o rebozos tiene la ventaja de mantener al bebé cerca de la madre, de manera que escucha los latidos de su corazón, lo cual lo ayuda a auto-calmarse. El movimiento estimula el sistema vestibular. Dormir al bebé en hamaca es recomendable para favorecer la simetría. Es una práctica recomendada para bebés prematuros, incluso dentro de las incubadoras.
Exceso de peso significa salud	Existe la creencia de que si bebés y niños/as pequeños se notan evidentemente en sobrepeso es un signo de salud, ya que delgadez es una representación de hambre. Las consecuencias de esta creencia están asociadas a problemas de obesidad y desconocimiento de las necesidades de una nutrición adecuada en las diferentes etapas de la infancia

Fuente: Elaboración propia con información con 35 participantes en 5 grupos focales en las comunidades rurales de Ixmiquilpan y Zimapan, Hidalgo (2013)

Aunque varias de las prácticas de crianza de la tabla anterior no se dirigen a fortalecer el apego seguro, es importante aclarar que las prácticas tradicionales no necesariamente tienen una repercusión negativa en el cuidado o en la estimulación apropiada para un bebé o para un niño. Algunas de ellas, se dan en situaciones o contextos donde las madres o cuidadores tienen a su cargo a otros niños o trabajan en condiciones extremas donde no existen lugares seguros para el cuidado de los niños, en esos casos algunas prácticas se convierten en un factor protector que evita dejar a los niños desprotegidos o en situaciones de vulnerabilidad ante accidentes.

Las creencias relacionadas con la crianza de los niños, constituyen un tema de gran interés. Son una fuente de información y análisis en los talleres para padres y brindan material práctico para favorecer habilidades como el pensamiento crítico y la toma de decisiones en un marco donde se respeten y valoren los usos y costumbres, dando lugar a nuevas normas sociales que favorezcan el desarrollo y cuidado de los niños en las familias y comunidades. Para lograrlo se requiere de la participación comunitaria y de programas estructurados que incluyan acompañamientos, monitoreo y difusión a mediano y largo plazo.

La estabilidad emocional de la madre

La estabilidad emocional de la madre, es una pieza clave que requiere atención aún antes del nacimiento del bebé. Las condiciones psicosociales en las que se da el embarazo, así como la misma atención y preparación para ser madre, se asocian a la calidad de la relación y repercuten en la capacidad de la madre de ser sensible a las necesidades de su bebé y de responder a sus necesidades, lo que es fundamental para auto regular los procesos de adquisición y expresión de emociones, deseos y acciones (Sroufe, 1996).

La capacidad de comprender las necesidades del niño momento a momento, es la base de un cuidado con sensibilidad. Esto implica la capacidad de pensar cómo el niño, no solo de entender qué necesita, sino cómo lo necesita y cómo lo está razonando a determinada edad. No tener el estado emocional y mental necesario para ello por parte de su cuidador va en deterioro de ambos y de la relación entre ellos (Isabella y Belsky, 1991).

Recibir a un nuevo integrante en la familia modifica la dinámica y relación entre sus integrantes. La participación tanto del padre como de la madre en el cuidado del bebé es fundamental para lograr también equilibrio en la relación de pareja. Es necesario generar acuerdos en los cuidados físicos y emocionales y considerar la importancia de la congruencia en el estilo de crianza con el fin de contribuir no solo a la estabilidad materna sino familiar.

7.3.3. Implicaciones de la negligencia y el maltrato en el desarrollo del niño a corto y a largo plazo

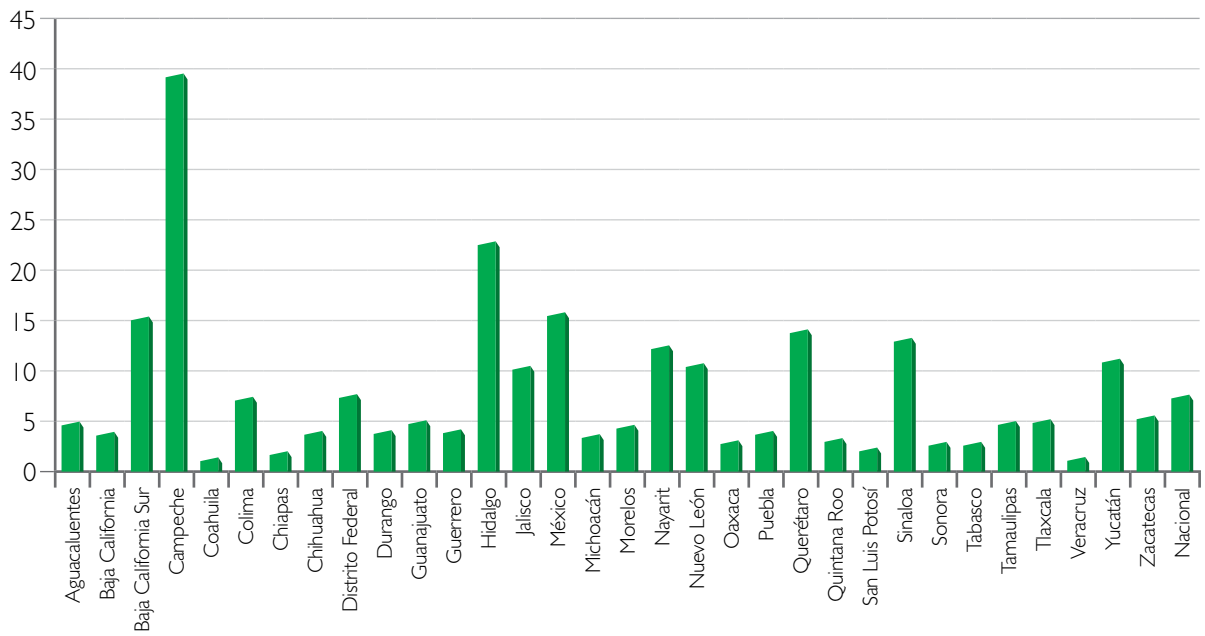
El Índice de los Derechos de la Niñez Mexicana (UNICEF, 2012), que mide el grado de cumplimiento de los derechos de niñas y niños, reporta que México es un país inapropiado para la niñez. En una escala de 1 a 10, México obtiene una calificación igual a 5 por el poco respeto que se tiene a los derechos de los niños; entre ellos el derecho a vivir libre de violencia (calificación de 5.9).¹ El hecho de que exista violencia intrafamiliar no permite el establecimiento de un apego seguro ni el desarrollo adecuado de los niños.

Desafortunadamente, la violencia en contra de los niños de 0 a 4 años es elevada en México. De acuerdo con los reportes de la tasa de violencia o "incidencia", que ajusta los casos totales al tamaño de la población de 0 a 4 años en cada estado, los estados con más casos de violencia contra menores de 5 años reportados en 2011 fueron Estado de México y Querétaro (ver Gráfica 7.3.1).

Respecto al crecimiento o reducción del número de denuncias de maltrato contra niños de 0 a 4 años se puede decir que en Aguascalientes, Tamaulipas, Michoacán y Tlaxcala ha ido en ascenso, mientras que en Hidalgo, Jalisco, Yucatán y Puebla ha ido decreciendo de 2005 a 2011 (ver Gráfica 7.3.2). Aunque esta información tiene sus limitaciones, pues no distingue si en ciertas entidades hay un sobre o subregistro de denuncias, ni si los niños provienen de familias o instituciones; sí devela que el maltrato contra los niños es alto en el momento de la vida donde son más vulnerables y que la relación saludable padre-hijo se está rompiendo en muchos hogares.

¹ Las calificaciones en el resto de los componentes medidos en el Índice de los Derechos de la Niñez Mexicana son: supervivencia 5.2; pobreza y bienestar social 5.1; salud y alimentación 4.4; y educación 4.1.

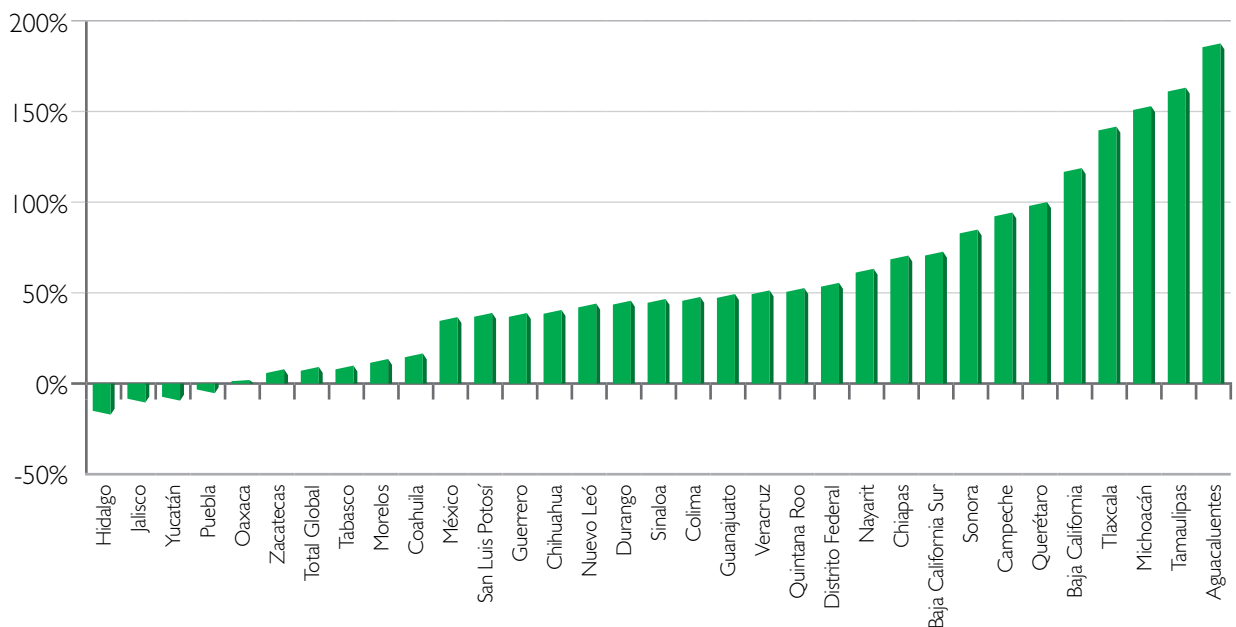
GRÁFICA 7.3.1. INCIDENCIA PROMEDIO DE CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS DE EDAD, 2005-2011



Fuente: Elaboración propia con información del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SSA) y el INEGI.

Nota: Incidencia se refiere a casos de maltrato por cada 100,000 habitantes de 0 a 4 años.

GRÁFICA 7.3.2. CRECIMIENTO EN LA INCIDENCIA PROMEDIO DE CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS DE EDAD, 2005-2011



Una figura parental que ignora las necesidades y deseos del niño o una que trata de imponer sus propias experiencias como forma de aprendizaje tendrá menor probabilidad de construir vínculos sanos con sus hijos. Así por ejemplo, una persona que impone en sus hijos sus deseos y opiniones sin tomarlo en cuenta, tendrá mayor dificultad para que a la larga éste le responda. Cuando se establece un apego inestable o caótico así como en casos de negligencia hay una alta probabilidad que el infante internalice una actitud del adulto que no estará en sincronía con la suya (Crittenden, 1994). Esto a su vez puede llevar a estructurar una

niño no puede predecir lo que sucede en su entorno, es decir, si no puede saber que esperar porque a cada rato cambia el tiempo y/o la forma de respuesta no sentirá que tiene control sobre lo que le pasa. Así, por ejemplo, cuando no es predecible la respuesta del cuidador a la conducta del bebé, es común que se presenten demandas excesivas, berrinches y agresiones.

A futuro una persona con un apego inseguro podrá convertirse en una persona altamente competitiva e, inclusive, destructivamente competitiva para así buscar maneras de compensar la falta de una relación básica



personalidad que difícilmente confía en sus propias emociones, predomina la negación de sus sentimientos y la desconfianza en sus percepciones, necesidades y deseos, lo cual a su vez conlleva un alto grado de inseguridad en sí mismo (Bleiberg, 1994; Shonkoff y Phillips, 2007; Winnicott, 1960).

El trabajo experimental de Gergely *et al.* (1995) mostró que la percepción de interrelaciones sociales de los segundos seis meses de vida, permite explicar lo que sucede en el desarrollo de estructuras mentales, al observar a infantes que expresan sorpresa al ver objetos que se mueven de forma no predecible. Si el

de apoyo, amor incondicional y contención (Fonagy y Target, 1997). Los niños que tienen que estar hipervigilantes de las acciones de su madre o padre porque éstas no son claramente predecibles y porque no están dirigidas adecuadamente a atender sus necesidades, tienden a desarrollarse bajo estrés y desorganización. Empiezan a dejar de leer sus propias señales, por esforzarse para transmitir las demandas que hacen a sus cuidadores, desarrollan conductas no deseables (como los berrinches) para poder aumentar la probabilidad de predecir y tener seguridad de su entorno. Asimismo, el no tener clara la relación entre acción y reacción, es decir la falta de predictibilidad y racionalidad en

las interacciones, limita la evolución de un ser moral, ya que para ello se requiere que los individuos sean “contribuyentes activos a su propio desarrollo, interpretando su mundo y haciendo juicios, que determinan sus acciones” (Hart y Killen, 1995, p. 7). Si uno no tiene control sobre lo que sucede, si no puede predecir su entorno, difícilmente podrá tomar decisiones.

Los procesos de aprendizaje social, de interiorización de normas y patrones de disciplina, se establecen de manera natural cuando los niños se encuentran en ambientes donde los cuidadores son consistentes

El trauma crónico, es decir, enfrentarse de manera cotidiana a situaciones de estrés, presión social o violencia psicológica, interfiere con el desarrollo neurobiológico y la capacidad para integrar la información emocional, sensorial y cognitiva en un todo ante la dificultad para estructurar modelos internos de interacción que se desarrollan con la socialización (Van der Kolk, 2005).

Cuando los cuidadores están emocionalmente ausentes, frustrados y no responden a las demandas de interacción del bebé, los niños no desarrollan el sentido de confianza en su ambiente y son incapaces de



y predecibles respecto al tipo de conductas que se aprueban o no, así como en el manejo cotidiano del niño y de su ambiente. Contrariamente, el trauma en la infancia, incluyendo abuso y negligencia, así como crecer en ambientes con padres alcohólicos y violencia doméstica, social o guerras, aumenta significativamente las probabilidades de trastornos emocionales en la edad adulta, tales como depresión, intentos de suicidio, alcoholismo, abusos de drogas, promiscuidad sexual, obesidad, inactividad física, e infecciones de transmisión sexual y ansiedad así como de una amplia variedad de conductas impulsivas y autodestructivas (Haley y Stansbury, 2003).

regular sus propios estados emocionales. Como resultado surgen estados de ansiedad, enojo y estrés, lo que disminuye el crecimiento sano de las estructuras cerebrales y da lugar a déficits en la autorregulación. Esto resulta en problemas de falta de identidad, poca modulación de afectos (incluyendo un pobre control de impulsos), agresión hacia sí mismos y hacia otros, y poca confianza en sí mismo y en otros, lo cual se refleja en problemas de intimidad y soledad. En casos extremos donde no existen otros cuidadores o figuras que puedan rescatar al infante de esta situación es común encontrar desordenes psiquiátricos asociados a síndrome de estrés postraumático (Ogden *et al.*, 2006).



Los niños con estas características tienen reacciones de miedo o de evitación ante el menor estímulo que no se presentan en niños con un contexto de seguridad. Los aspectos cognitivos se afectan y tienden a estar confundidos, disociados o desorientados cuando se enfrentan a estímulos estresantes, fácilmente malinterpretan los eventos y están a la defensiva y sobre-reaccionan. Finalmente, todo esto se expresa en atribuciones negativas hacia ellos mismos, falta de confianza en los cuidadores y en ellos mismos o victimización constante.

La calidad de la interacción que el niño tiene con sus padres, maestros o cuidadores, en los primeros años de vida, tiene un impacto central en su organización mental y emocional, así como para la seguridad en sí mismo, autovaloración positiva y autonomía (Londerville y Main, 1981). Esta será muy diferente si el entorno parental favorece interacciones con una carga emocional positiva vs un entorno en el que la interacción es de apatía. Un entorno de desorden y falta de predictibilidad llevará a estructuras muy diferentes que uno en el que el niño siente que puede ir controlando lo que le sucede. Un niño que se siente tomando en cuenta y escuchado tendrá un desenvolvimiento más saludable que uno al que se le imponen las cosas y del que

se espera obediencia ciega. Un padre o madre que no facilita la necesidad de fantaseo de su hijo estará limitando su pensamiento creativo; uno que descuida las necesidades físicas, que no contiene o da consuelo cuando es necesario, difícilmente estará apoyando el desarrollo de un niño seguro de sí mismo y capaz de confiar en sus sentimientos. Un padre que no facilita que su hijo tenga tiempo para interactuar con otras personas tales como amigos de su edad, abuelos o primos estará limitando sus experiencias emocionales ante la falta de una variedad de relaciones interpersonales.

7.3.4. ¿Es posible romper el círculo transgeneracional de estilos de crianza?

Por lo general uno repite los patrones de crianza que aprendió en su infancia, e inclusive los puede defender con frases tipo “así era en mi casa”. Desarrollar la introspección necesaria y análisis indispensables para entender que no todo lo que se recibió en casa es lo ideal, requiere de una capacidad de introspección y de un proceso de autoreflexión, que pueden estar dañados si se vivió una infancia caótica. De ahí la importancia de sensibilizar a las parejas sobre sus expectativas acerca de la educación de sus hijos e hijas, aun antes de que, idealmente, se planee un embarazo.

Las prácticas de crianza pueden incluir desinformación sobre las capacidades de los recién nacidos (“los bebés no pueden ver”) y de niños y niñas en la primera infancia (ej. “hay que amarrarles las manos para que no toquen lo que no deben”), además de un gran número de creencias limitantes relacionadas con los roles de género (ej. “los niños no deben llorar”), las capacidades de hombres y mujeres (ej. “los niños son inquietos y ágiles y las niñas son tranquilas y torpes”), creencias sobre el desarrollo psicomotor (ej. “si no se sienta solo o si no camina es porque es flojito”), el tipo de estimulación que niños y niñas necesitan (ej. “es mejor envolver a los niños como tacos para que no haya que curarlos de espanto”; “se les puede caer la mollera si se enderezan”; “si alguien los mira a los ojos les dará mal de ojo”), las prácticas de crianza relacionadas con la disciplina (ej. “si no entiende a la primera hay que darle unas nalgadas”), los métodos de enseñanza (ej. “que repita la plana 10 veces para que aprenda), el manejo de límites a través de amenazas (ej. “te voy a acusar con tu papá cuando llegue”), la expresión de afecto (“si lo cargas, lo besas y lo apapachas tanto lo vas a echar a perder”), entre otras.

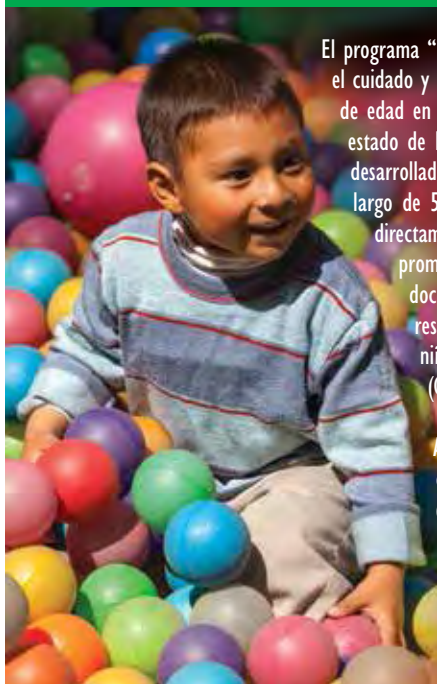
Éstas y muchas creencias sobre los estilos de crianza, sumadas a las propias experiencias y a la carencia de

preparación para ser padres y madres, así como a los estigmas que aún prevalecen respecto a buscar atención emocional tanto a nivel individual como de pareja, contribuyen a que se preserven prácticas de crianza que no favorecen el desarrollo psicosocial y la adquisición de habilidades para la vida en la primera infancia.

Sin embargo, es posible realizar cambios en esquemas tradicionales y modernos, que no favorecen el avance esperado en el niño, a través de programas dirigidos a cambiar conocimientos, actitudes, habilidades, normas sociales y conductas. Las estrategias para la implementación de estos programas deben estar dirigidas a diferentes públicos, padres de familia, educadores, líderes naturales y comunitarios que puedan actuar como agentes de cambio, capaces y comprometidos con apoyar el desarrollo e instrumentación de normas sociales y conductas a favor del desarrollo infantil en sus comunidades.

Muchos de estos programas, hoy en operación, son iniciativas de la sociedad civil que operan independientemente o en conjunto con programas del sector público. Un ejemplo de esto es el programa nacional “Yo quiero, yo puedo... darte pecho, jugar contigo y acostarte boca arriba” dirigido por el *Seguro Popular*

CUADRO 7.3.2. UNA EXPERIENCIA DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA DESDE CENTROS COMUNITARIOS



El programa “Desarrollo de un modelo de acción para el cuidado y atención de niñas y niños de 0 a 8 años de edad en zonas rurales y de alta migración en el estado de Hidalgo”, es otro ejemplo de un modelo desarrollado por Yo quiero Yo puedo (IMIFAP). A lo largo de 5 años (2010 – 2014) han participado directamente 2,517 personas que incluyen líderes, promotores comunitarios, personal de salud, docentes y autoridades educativas, cuidadores (madres, padres y familiares) y bebés, niñas y niños de tres comunidades rurales (Givaudan et al., 2013).

A través de la implementación y evaluación de este programa, se cuenta hoy en día con 3 Centros comunitarios “Yo quiero, yo puedo” que han sido aceptados con éxito en localidades de Hidalgo y Chiapas. El programa ha permitido probar diferentes estrategias de convocatoria,

para lograr la participación de padres, madres y cuidadores (en los casos de bebés cuyos padres han migrado). Se ha sensibilizado a autoridades y familias sobre el cuidado y la estimulación apropiada para formar niños y niñas más sanas, felices, productivas y responsables. El programa ha arrojado resultados positivos como mejores habilidades motoras finas y gruesas, mejores calificaciones de desarrollo cognitivo, social y emocional, y mejores hábitos de alimentación y sueño en los niños que participaron en el programa vs. los niños del grupo de control. Los bebés que han participado en el programa tienen un mejor manejo de sus emociones, comunican mejor sus necesidades, cooperan más con otras personas, son más empáticos, y sonríen más. Los programas se apoyan en material específico para padres y madres de niños menores de 12 años (Pick, Givaudan y Martínez, 2005; Givaudan y Pick, 2010). Estos programas muestran que es posible incorporar a promotores, padres y cuidadores, aun en las condiciones más desfavorables, logrando favorecer la resiliencia (Givaudan, Gaal y Barriga, 2009).

(2010-2012); diseñado por la organización de la sociedad civil IMIFAP e implementado a nivel nacional a través de diferentes universidades (Athié *et al.*, 2010). El programa inició con un diagnóstico comunitario, a partir del cual se desarrollaron contenidos que responden a las necesidades de la población. Se implementó de manera sistematizada con acompañamientos en campo y tuvo una evaluación aleatoria que incluyó un grupo control, realizando visitas domiciliarias para corroborar la adquisición de conductas. El programa tuvo resultados positivos en indicadores como promoción de la lactancia materna, prevención de muerte de cuna, y promoción de actividades de estimulación temprana. Esta experiencia demostró que es posible cambiar en corto plazo, conductas directamente relacionadas con la salud y la vida, a través de estrategias sistematizadas que cuentan con apoyos institucionales y utilizando una metodología basada en facilitar las habilidades para la vida y la formación de agentes de cambio dentro de las comunidades.

Ingredientes clave para formar ciudadanos sanos emocionalmente desde los primeros años de vida

La siguiente generación de mexicanos podría estar mucho mejor preparada para enfrentar los retos de salud, productividad, ciudadanía y educación que se le presenten, en la medida que sus primeros años se

desarrollen en un ambiente saludable. Invertir en formar a las personas para ejercer su función de padres llevará a mejorar la calidad de vida de los hijos (Dangel y Polster, 1984; Givaudan y Pick, 1995). Invertir en programas para padres puede ayudar a romper la transmisión intergeneracional de problemas relacionados con pobreza, bajo nivel educativo, deserción escolar, violencia e inestabilidad familiar; a través de facilitar la adquisición de conocimientos, actitudes, habilidades y conductas saludables que han mostrado ser determinantes del bienestar infantil y predictores de bienestar a largo plazo (Partnership for America's Success, 2009).

Niños y niñas nacidos en condiciones de pobreza, donde predomina el hacinamiento, la falta de higiene, falta de estimulación adecuada y la carencia de recursos en general, sufren de de privaciones y desventajas que afectan su desarrollo psico-social. En condiciones de pobreza es más frecuente que los bebés nazcan con bajo peso (menos de 2,500 grs.) o que se den nacimientos pre-término.

En lo que se refiere a tomar en cuenta las necesidades del bebé o del niño en los primeros años, se desconocen sus capacidades, se da poca importancia a los aspectos cognitivos y a preparación para el aprendizaje formal (McGregor *et al.*, 2000). En estos ambientes es común que existan creencias relacionadas con prácticas



de crianza que no favorecen las relaciones parentales ni el desarrollo infantil. Ejemplos de ello que hemos encontrado en los programas Yo quiero Yo puedo son los siguientes: “mientras se quede calladito, estoy feliz”, “amárrenlo a la cajita para que no se salga a gatear”, “lo que necesita es dormir, no hace falta que juegues con él”, “no me alcanza el tiempo para jugar con él, que dé gracias que trabajo para poder comprarle su leche”. Como resultado de estas condiciones en las que crecen los niños, éstos no alcanzan su potencial en la edad adulta, repitiendo nuevamente patrones y estilos de crianza.

7.3.5. Recomendaciones para políticas públicas

Es importante contemplar que actualmente existe un sesgo en la atención y cuidado de los bebés en la primera infancia. Los bebés que nacen en ambientes donde la madre o ambos padres son sensibles a la importancia de fortalecer la relación materno-infantil y los cuidados integrales desde la infancia, son aquéllos cuyas madres están interesadas en que asistan a centros de juego y estimulación temprana, que en general representan un costo. Estos bebés en general reciben cuidados, juegos apropiados y afecto dentro del hogar.

Sin embargo, los bebés que nacen en ambientes más vulnerables no cuentan con servicios institucionales

accesibles, efectivos y de atención inmediata donde sean recibidas las diadas madre-hijo o padre-hijo, para aprender modelos de interacción saludables e incrementar sus conocimientos sobre el cuidado del niño y la prevención de riesgos. Así por ejemplo en esta época del sobrepeso, la obesidad y los estilos de vida sedentarios es fácil olvidar el potencial de niños y niñas para moverse, explorar, crear, pensar, planear, jugar, dar y recibir afecto así como la relevancia de estas actividades en el desarrollo cerebral. Esta situación crea, por sí misma, una condición de mayor desventaja en los grupos vulnerables que debe ser atendida a través de políticas públicas que favorezcan la creación de instituciones destinadas a la atención integral de la primera infancia con capacidad de respuesta. Asimismo, es clave poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud física y mental y fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre este campo en nuestro país.

El tema de la educación y la potencialidad para ser padres y promover estilos de crianza saludables desde los primeros años es elemental para formar niños saludables, productivos y felices. Los programas para padres, especialmente aquéllos que favorecen la relación materno-infantil deben iniciar desde el embarazo y aún en fases previas, fomentando acciones de



atención a la salud mental en todas las etapas de la vida. Formar personas sanas física y mentalmente es la base para construir patrones de crianza saludables en el momento de ser madres y padres.

La prevención universal entendida como el conjunto de actividades que se diseñan para abarcar a todos los individuos de la población en general, sin contemplar si algunos presentan mayor número de riesgos individuales, debe tener como objetivo el promover conocimientos, actitudes, habilidades, normas sociales y conductas que permitan que padres y madres promuevan estilos de crianza saludables desde el inicio; por ejemplo, la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida.

La meta de estos programas para la primera infancia debe contemplar acciones tan fundamentales como:

- Favorecer el acceso de conocimientos actualizados y aplicables
- Aprender a confiar en las personas
- Capacidad de interactuar efectivamente con los demás
- Sentirse capaz de influir en su entorno
- Lograr confianza en sí mismo y autoestima
- Fomentar la curiosidad y la motivación para aprender una amplia gama de cosas
- Favorecer la capacidad de manipular cosas y moverse efectivamente
- Aprender a comunicarse con los demás usando gestos y palabras
- Utilizar el juego para integrar el cuerpo, las emociones y las habilidades cognitivas y sociales

Los programas de prevención universal para padres y cuidadores pueden ser instrumentados a nivel comunitario (ej. reuniones periódicas, grupos de apoyo mutuo a través de discusiones guiadas, visitas al hogar), escolarizados (ej. a través de programas para padres y maestros en la escuela) y/o en hospitales (ej. reuniones periódicas desde el embarazo y a lo largo de toda la primera infancia). Asimismo, pueden ser a través de videos educativos, pláticas informales, asesoría personalizada, currícula estructurada (incluyendo materiales promocionales y didácticos), conferencias, y talleres vivenciales.

De manera paralela, es necesario que las diferentes dependencias de gobierno que tratan con infantes y con padres y madres de familia (ej. SEP, DIF, SEDESOL)

contemplan acciones de prevención selectiva dirigida a subgrupos de la población que puedan ser identificados, mediante diagnósticos oportunos, como en alto riesgo por factores biológicos (ej. bebés pre-término o en condiciones delicadas de salud), psicosociales (ej. depresión de la madre, violencia u otros trastornos emocionales), y sociales (ej. comunidades con normas que toleran el maltrato infantil). En este tipo de prevención se requiere de actividades de diagnóstico inicial que lleven a implementar acciones específicas a corto plazo, ya que la edad de los niños es un factor determinante para que las acciones puedan tener el efecto deseado. Estos programas deberán incluir de manera simultánea la formación para madres y padres, la formación para docentes de preescolar para trabajar con niños y niñas, y la capacitación del personal institucional para fortalecer la creación de redes de apoyo.

Por otra parte, se requiere de la creación de modelos de gestión basados en co-responsabilidad (Moromizato, 2007) donde participen líderes comunitarios, padres, madres y/o cuidadores, docentes y/o promotores bilingües, gobiernos locales y estatales, así como conformar consejos interinstitucionales que den seguimiento a las acciones. De esta manera se avanzaría en cambiar las normas sociales y las actitudes tipo “no es mi culpa”, “lo hice porque él me dijo, pero no salió”, “se cayó”, a una en la que las personas sean agentes de cambio de sus vidas y se responsabilicen por las consecuencias de sus decisiones y acciones (Pick et al., 2011; Pick et al., 2003). Además, este enfoque forma a las personas, promoviendo el locus de control interno y el convencimiento de las acciones que realizan, dichos elementos son fundamentales para aumentar la sostenibilidad de los programas, ya que no se actúa con base en un reforzador o condicionamiento externo, sino por medio de una motivación intrínseca.

Por último los programas de tratamiento y rehabilitación idealmente deberían incluir la atención integral de los aspectos emocionales de los padres, tanto a nivel preventivo como en los casos en que existe rechazo o negligencia para la atención de un bebé, ya sea porque presenta problemas en su desarrollo o porque sufre de negligencia u otro tipo de maltrato dentro de la familia. Lo ideal sería no tener necesidad de centros de terapia y de rehabilitación por problemas que no se detectaron a tiempo, por situaciones que pudieron ser prevenidas o por carencia de servicios o negligencia en la etapa perinatal.

Referencias

- Ainsworth, M., Bell, S., y Stayton, D. (1991). "Infant-mother attachment and social development: socialization a product of reciprocal responsiveness to signals". En M. Woodhead, R. Carr y P. Light (eds), *Becoming a Person*. London: Routledge.
- Athié, D., Castellanos, D., Escobar, G., Givaudan, M., Leenen, I., Tacher, A., y Pick, S. (2010). *Yo quiero, yo puedo darte pecho, jugar contigo y acostarte boca arriba. Manual de formación para el personal de salud*. México, D.F.: Idéame.
- Atkin, L., Olvera, M.C., Givaudan M., y Landeros, G. (1991). "Neonatal Behavior y Maternal Perceptions of Urban Mexican Infants. The Cultural Context of Infancy". En J. Nugent, B. Lester y T. Brazelton (eds), *The Cultural Context of Infancy, Vol. 2, Multicultural and Interdisciplinary Approaches to Parent-Infant Relations* (pp. 201-236). Nueva Jersey: Ablex Publishing Corporation. pp. 201-236
- Baumrind, D. (1996). "Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior". *Child Development*, 37 (4), 887-907.
- Beebe, B., Lachman, F., y Jaffe, J. (1997). "Mother-infant interaction structures and presymbolic self and object representations". *Psychoanalytic Dialogues*, 7, 133-182.
- Besson, C., y Louilot, A. (1995). "Asymmetrical involvement of mesolimbic dopaminergic neurons in affective perception". *Neuroscience*, 68, 963-968.
- Bleiberg, E. (1994). "Borderline disorders in children and adolescents: The concept, the diagnosis, and the controversies". *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58, 169-196.
- Comisión de los Derechos Humanos del Distrito Federal [CDHDF]. (2013). "México, un país desigual y violento contra los niños y las niñas en la primera infancia". *Boletín*, 139/2013.
- Bolton, D., y Hill, J. (1996). *Mind, meaning and mental disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1. Attachment*. Londres: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. Londres: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis.
- Bradley, S. (2002). *Affect regulation and the development of psychopathology*. Gilford Press: Nueva York.
- Brazelton, T. B., y Cramer, B. (1991). *The Earliest Relationship*. Res Karnac.
- Brazelton, T. B., y Nugent, J. K. (1997). *Escala para la evaluación del comportamiento neonatal*. Barcelona: Paidós.

- Coleman, J. (1966). *Equality of Educational Opportunity*. Washington DC: U.S. Department of Education.
- Crittenden, P. M. (1994). "Peering into the black box: A exploratory treatise on the development of self in young children". En D. Cicchetti y S. L. Toth (eds), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Vol. 5. Disorders and dysfunctions of the self* (pp. 79-148). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Cuidarte, A.C. Disponible en: www.cuidarte.org.mx
- Dangel, R.E, y Polster, R. A. (Eds.). (1984). *Parent training*. Nueva York: Guilford Press.
- Domínguez, M., Cruz, V., Abelleira, M. Amado, M., y Fernández, M. (2009). "Desarrollo evolutivo de los neonatos: Utilidad clínica de la escala Brazelton (NBAS)". Actas X Congreso Internacional Galego- Portugués de Psicopedagogía. Braga: Universidade do Minho.
- Dugger, R. (2007). *Investing in America's Future*. Trabajo presentado en Partnership for America's Economic Success/Invest in Kids Working Group en Enero 29, 2007.
- Fonagy, P., Redfern, S., y Charman, T. (1997). "The relationship between belief-desire reasoning and a projective measure of attachment security (SAT)". *British Journal of Developmental Psychology*, 15, 51-61.
- Fonagy, P., Steele, H., Moran, G., Steele, M., y Higgitt, A. (1991a). "The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment". *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-217.
- Fonagy, P., y Target, M. (1997). "Attachment and reflective function: Their role in self-organisation". *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Gaal, F., Barriga, M., y Givaudan, M. (2013). *Desarrollo de un modelo de acción para el cuidado y atención de niñas y niños de 0 a 8 años de edad en zonas rurales y de alta migración en el estado de Hidalgo*. Reporte cualitativo presentado por Yo quiero Yo puedo a Fundación Bernard Van Leer.
- García, G., Barriga, M., y Givaudan, M. (en prensa). *Desarrollo de un modelo de acción para el cuidado y atención de niñas y niños de 0 a 8 años de edad en zonas rurales y de alta migración en el estado de Hidalgo* (Ref. Num. MEX-2008-066). Informe final de evaluación presentado a Fundación Bernard van Leer, La Haya, Holanda.
- Gergely, G., Nadasdy, Z., Csibra, G., y Biro, S. (1995). "Taking the international stance at 12 months of age". *Cognition*, 56, 165-193.
- Givaudan, M., Barriga, M., García, G., Athié, D., Elizalde, L., y Ortiz, M. (2013). *Desarrollo de un modelo de acción para el cuidado y atención de niñas y niños de 0 a 8 años de edad en zonas rurales y de alta migración en el estado de Hidalgo* (Ref. Num. MEX-2008-066). Quinto informe parcial presentado a Fundación Bernard van Leer, La Haya, Holanda.

Givaudan, M., Gaal, F., y Barriga, M. (2009). "Strengthening resilience in communities with a high migration rate: I want to, I can... learn and have fun at nursery school". *Early childhood matters*, 47-51.

Givaudan, M., y Pick, S. (2010). *Yo Papá, Yo Mamá: La forma responsable de educar y disfrutar con tus hijos e hijas*, (4a ed.) México: IDEAME.

Givaudan, M., y Pick, S. (2013). "Children Left Behind: How to Mitigate the Effects and Facilitate Emotional and Psychosocial Development: Supportive community networks can diminish the negative effects of parental migration". *Child Abuse y Neglect*.

Goldenberg, R., Hoffman, H. J., y Cliver, S. P. (1998). "Neurodevelopmental outcome of small-for gestational-age infants". *European Journal of Clinical Nutrition*, 54-58.

Gopnik, A. (2010). *El bebé filósofo*. México: Planeta

Haler, D.W., y Stansbury, K. (2003). "Infant stress and parent responsiveness. Regulation of physiology and behavior during still-face and reunion". *Child Development*, 74, 1534-1546.

Hart, D., y Killen, M. (1995). "Introduction: Perspectives on morality in everyday life". En M. Killen y D. Hart (eds), *Morality in everyday life*, (pp. 1-22). Cambridge: Cambridge University Press.

Heckman, J. (2006). "Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children". *Science* 30., 312(5782), 1900-1902.

Heckman, J. (2013). *Giving kids a fair chance (A strategy that works)*. Boston: Boston Review Books.

Isabella, R., y Belsky, J. (1991). "Interactional synchrony and the origins of infant-mother attachment: A replication study". *Child Development*, 62, 373-384.

Instituto Mexicano de Bienestar para la Primera Infancia A.C. (TICOI). Disponible en: www.ticoi.org.mx

Isabella, R. A. (1993). "Origins of attachment: Maternal interactive behavior across the first year". *Child Development*, 64, 605-621.

Kotchabhakdi, N. (1988). *A case Study: The Integration of Psychosocial Components of Early Childhood Development into a Nutrition Education Programme of Northeast Thailand*. Paper preparado para Third Inter-Agency Meeting of the Consultative Group on Early Childhood Care and Development, January 12-14, Washington, DC.

Londerville, S., y Main, M. (1981). "Security of attachment, compliance and maternal training method in the second year of life". *Development Psychology*, 17, 289-299.

Mandler, G. (1985). *Cognitive Psychology. An Essay in Cognitive Science*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

McGregor, S., Fernald, L. C., y Ann, C. C. (2000). "The role of nutrition in intellectual and behavioral development in children". En R. Sternberg (ed). *Environmental Effects on Cognitive Abilities*. Cambridge: Laurence Erlbaum.

McGroder, S., y Hyra, A. (2009). "Developmental and Economic Effects of Parenting Programs for Expectant Parents and Parents of Preschool-age Children". *Partnership for America's Economic Success*.

Moromizato, R. (2007). *Buscando nuevos rumbos para mejores oportunidades: Transiciones exitosas del hogar a la escuela en comunidades asháninkas*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú / Bernard Van Leer Foundation.

Morton, J., y Frith, U. (1995). "Causal modeling: A structural approach to developmental psychology". En D. Cicchetti y D. J. Cohen (eds), *Development psychopathology: Vol. 1. Theory and methods*, (pp. 357-390). Nueva York: John Wiley.

NICHD Early Child Research Network (2003). "Families matter-Even for kids in child care". *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 24(1), 58-62.

Ogden, P., Minton, K., y Pain, C. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. Nueva York: W.W. Norton y Co.

Olvera, M.C., Atkin, L., Givaudan M., y Landeros, G., (1984). "Estudio Descriptivo de la Conducta de un Grupo de Neonatos Sanos". *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(1), 69-84).

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011). *Salud Mental: un estado de bienestar*. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

_____. (2013). *Plan de Acción Integral Salud Menta: 2013-2020*. Suiza, Ginebra: OMS.

Panksepp, J. (2001). "The neuro-evolutionary cusp between emotions and cognitions". *Evolution and Emotion*, 7(2), 171-163.

Pelcastre, B., Villegas, N., De León, V., Díaz, A., Ortega, O., Santillana, m., Mejía, J. (2005). "Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México". *Revista de la Escuela de Enfermería USP*, 39(4), 375-82

Piaget, J. (1962). *Play, dreams, and imitation in childhood*. Nueva York: Norton.

Pianta, R. C., y Harbers, K. (1996). "Observing mother and child behavior in a problem solving situation at school entry: Relations with academic achievement". *Journal of School Psychology*, 34, 307-322.

Pianta, R. C., Nimetz, S. L., y Bennett, E. (1997). "Mother-child relationships, teacher-child relationships, and school outcomes in preschool and kindergarten". *Early Childhood Research Quarterly*, 12, 263-280.

- Pick, S., Givaudan, M., y Martínez, A. (2005). *Aprendiendo Ser Papá y Mamá de niñas y niños desde el nacimiento hasta los 12 años* (4ª ed.). México: IDEAME
- Pick, S., Poortinga, Y. H., y Givaudan, M. (2003). "Integrating intervention theory and strategy in culture-sensitive health promotion programs". *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(4), 422-429.
- Pick, S., Rodríguez, G. G., y Leenen, I. (2011). "A model for health promotion in rural communities through the development of personal agency and intrinsic empowerment". *Universitas Psychologica*, 10(2), 327-340.
- Pick, S., y Sirkin, J. (2010). *Breaking the Poverty Cycle: the Human Basis for Sustainable Development*. Nueva York: Oxford University Press.
- Porges, S.W. (2007). "The polyvagal perspective". *Biological Psychology*, 74, 116-143.
- Raikes, H., et al. (2006). "Involvement in Early Head Start home visiting services: Demographic predictors and relations to child and parent outcomes". *Early Childhood Research Quarterly*, 21, 2-24.
- Ratey, J. J., y Hagerman, E. (2008). *Spark: The revolutionary new science of exercise and the brain*. Nueva York: Little, Brown and Co.
- Rotter, J. B., "Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement". *Psychological Monographs*, 80 (609, 1).
- Ruvalcaba N., Gallegos, J., Robles, F., Morales, A., y González, N. (2012). "Inteligencia emocional en la mejora de los estilos educativos de padres con hijos en edad escolar". *Salud y sociedad*, 3(3), 283 – 291.
- Sánchez Pérez, M. C., Benavides González, H., Mandujano Valdés, M., Rivera González, I. R., Martínez Vázquez, R. I., y Alvarado Ruiz, G. (2009). *VANEDELA: Valoración neuroconductual del lactante. CBS. Manual 27*. México: Insomnia Digital.
- Seligman, M. (2007). *The optimistic child: a proven program to safeguard children against depression and build lifelong resilience*. Nueva York: Houghton Muffin.
- Sen, A. K. (1999). *Development as Freedom*. Nueva York: Knopf.
- Shonkoff, J. , y Phillips, D. (2000) (eds). (2007). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academy Press.
- Shore, H. H. (1994). "History of long-term care". En S. Goldsmith (ed), *Essentials of Long-Term Care Administration*, (pp. 1-10). Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development*. Nueva York: Cambridge University Press.
- UNICEF. (2012). *Desarrollo Infantil Temprano*. Disponible en: www.desarrolloinfantilterprano.mx

UNICEF. (2012). *Índice de Derechos de la Niñez Mexicana*. Disponible en: http://www.unicef.org/mexico/spanish/politicaspUBLICAS_6914.htm; http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_resources_vigia_1.pdf

UNICEF. (2012). *Informe anual*. Disponible en: http://www.unicef.org/mexico/spanish/ReporteAnual_2013_web.pdf

Van der Kolk, B. A. (2005). *Development trauma disorder: Towards a rational diagnosis for chronically traumatized children*. Disponible en: http://www.traumacenter.org/products/pdf_files/preprint_dev_trauma_disorder.pdf

Winnicott, D.W. (1960). "Ego distortion in terms of true and false self". En D. Winnicott, *The maturational process and the facilitating environment*,. (pp. 140-152). Nueva York: International Universities Press.

World Economic Forum y Harvard School of Public Health. (2011). *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases*. Ginebra: Foro Económico Mundial.



7.4 La ventana crítica de los 1,000 días. Educación inicial y cuidado infantil

lectora a la edad de diez, el número de materias que reprueba y qué tan propenso es a repetir año (Hart y Riseley, 2003; Shonkoff y Phillips, 2000; Currie y Thomas, 1999; Pianta y McCoy, 1997; Feinstein, 2003; Duncan *et al.*, 2007, Duncan *et al.*, 2010).

En los primeros 3 años de vida, la arquitectura cerebral se forma a una velocidad que después disminuye (UNICEF, 2001). Cuanto más enriquecedor sea el ambiente en el que un niño se desenvuelve, más conexiones positivas se establecen en su cerebro y, por ende, mejores serán sus habilidades físicas y sociales así como su capacidad de expresarse, razonar y adquirir conocimientos. Es por ello que el apoyo y guía de los adultos más cercanos es esencial para crear un ambiente positivo y estimulante que ayude a los niños pequeños a desarrollarse óptimamente.

Los primeros 3 años de vida constituyen una etapa con gran potencial de crecimiento y desarrollo para un niño. Sin embargo, esta es también una etapa de alta vulnerabilidad. El desarrollo infantil puede verse severamente afectado si el entorno en el que un niño se desenvuelve no es el adecuado (UNICEF, 2001). Los retrasos cognitivos y de desarrollo general que ocurren a edad temprana son muy difíciles de remediar durante la edad escolar (UNESCO, 2010).

La realidad es que muchos niños provenientes de entornos de pobreza tienen un mal comienzo en la vida y carecen de las oportunidades de aprendizaje, protección y afecto requeridas para desarrollar su potencial completo. Un estudio reciente en el estado de California encontró que a la edad de 2 años, los niños provenientes de familias de bajos recursos económicos muestran un retraso en desarrollo de lenguaje equivalente a medio año de vida con respecto a niños que provienen de familias con mayores ingresos (Fernald *et al.*, 2013). En México, hay estudios que documentan que los niños más pobres de comunidades rurales, entre los 2 y los 5 años, presentan niveles bajos en desarrollo cognitivo, en términos de memorización de corto y mediano plazo, integración visual y vocabulario.

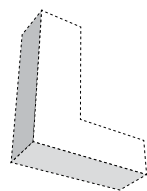
Lo más preocupante es que, a medida que pasa el tiempo, los resultados de haber iniciado la vida en condiciones de pobreza se convierten en obstáculos progresivamente mayores para adquirir habilidades necesarias para desempeñarse en la escuela y la vida adulta. Un estudio en Ecuador reveló que los niños de

Autora:

Brenda Jarillo Rabling, *Stanford University*

7.4. LA VENTANA CRÍTICA DE LOS 1,000 DÍAS. EDUCACIÓN INICIAL Y CUIDADO INFANTIL

7.4.1. Introducción



Los primeros tres años en la vida de un niño representan una etapa clave para lograr su máximo desarrollo físico, socio-emocional y cognitivo. Expertos en desarrollo infantil han descubierto que el aprendizaje comienza desde que nacemos y la inteligencia no es un atributo fijo, sino una habilidad maleable y sensible a la intervención (Carneiro y Heckman, 2003). Diversos estudios realizados en Estados Unidos indican que el nivel de vocabulario de un niño a la edad de 3 años predice su comprensión

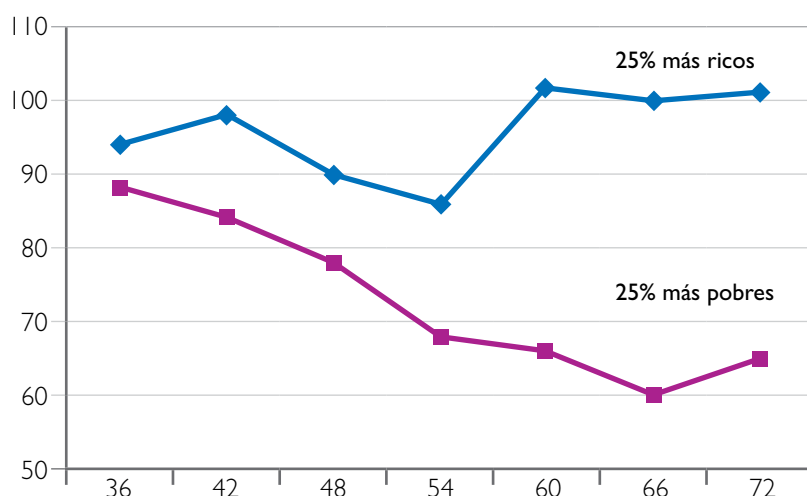
familias con ingresos más altos y los niños de familias con ingresos más bajos obtienen resultados similares en pruebas cognitivas a los 3 años de edad. Sin embargo, a medida que pasa el tiempo, las condiciones de pobreza se manifiestan en rezagos de desarrollo infantil. A los 5 años de edad (la edad en la que en muchos países los niños ingresan al preescolar), la brecha se ha abierto significativamente (ver Gráfica 7.4.1). Para los niños en situaciones de desventaja, el primer día de primaria puede ser ya muy tarde en términos de evitar el bajo rendimiento, la reprobación e incluso el abandono escolar.

Un niño que inicia la primaria sin estar preparado para la escuela, tendrá grandes dificultades durante su trayectoria educativa. La evidencia internacional muestra que cuando se les compara con aquellos que viven en condiciones socioeconómicas favorables, los niños que viven en contextos de pobreza generalmente transitan a la primaria con notables déficits en sus habilidades cognitivas y lingüísticas, y este rezago se mantiene a lo largo de su tránsito por la primaria, la secundaria (Hart y Risley, 1995; Reardon, 2011), y continúa observándose hasta, cuando menos, la edad de 18 años (Heckman 2008).

Preparar a un niño para la escuela implica proveerlo de un ambiente estable, afectuoso y rico en interacciones y relaciones sociales pertinentes y oportunas, que le permitan desarrollar sus habilidades al interactuar con el medio que lo rodea. El ciclo de 0 a 3 años es el primer tramo para alistar a los niños para la escuela. En algunos países, como México, cuando los niños comienzan a asistir al jardín de niños, a la edad de 3 o 4 años, se considera tradicionalmente el inicio formal de su aprendizaje. No obstante, el avance de los estudios neurocientíficos ha hecho evidente que desde el nacimiento los niños cuentan con el potencial para aprender. Por lo tanto, nunca es demasiado temprano para potencializar su aprendizaje y desarrollo.

Durante los primeros 3 años de vida, la preparación del niño para la escuela deberá concentrarse en atender la afectividad, al movimiento y los hábitos de control, las primeras manifestaciones del lenguaje, el inicio de la construcción de su personalidad, las primeras formas de convivencia y relación social, la exploración y autonomía, y el descubrimiento e interacción con el entorno que lo rodea. En esencia, el propósito de la educación inicial es promover el desarrollo integral para niños menores de 3 años.

GRÁFICA 7.4.1. DIFERENCIAS SOCIO-ECONÓMICAS EN VOCABULARIO PARA NIÑOS ENTRE LOS 36 Y LOS 72 MESES DE EDAD EN ECUADOR



Fuente: Schady y Paxson (2007). "Cognitive development among young children in Ecuador: the roles of wealth, health and parenting".



La educación inicial debe entenderse como un proceso continuo e integral con fines educativos que involucra a todos los adultos cercanos al niño (padres, abuelos, cuidadores, educadores especializados en el campo de desarrollo infantil, etc.). Desde esta óptica, se busca que los adultos, como agentes educativos, ofrezcan a los bebés y niños pequeños experiencias de aprendizaje estimulantes y desafiantes, protegiendo su salud física en un ambiente seguro donde los infantes se sientan apoyados y apreciados.

Los expertos consideran que los vínculos afectivos que los bebés y niños pequeños establecen con las personas que los cuidan, son fundamentales para su bienestar y desarrollo intelectual, físico, emocional y social (Schaffery Emerson, 1964). Por lo tanto, es importante que los servicios de educación inicial fomenten el acercamiento entre padres y educadores, y brinden apoyos para que los padres y otros miembros de la familia fortalezcan sus prácticas de crianza en casa.

En este capítulo revisaremos el panorama en la educación inicial en México. Los servicios y programas de educación inicial en este país, al igual que en muchos lugares del mundo, son diversos porque se ofrecen en distintas instituciones, con diferentes contextos y modalidades; además pueden estar dirigidos al cuidado y educación infantil y/o a mejorar las prácticas de crianza de sus padres. Después de una revisión de la literatura existente sobre servicios educativos dirigidos a niños de 0-3 años y a sus padres, se discuten los avances y desafíos para la educación inicial en México. Finalmente se hacen recomendaciones para lograr que todos los niños pequeños del país, independientemente de su origen, logren desarrollarse de manera adecuada.

7.4.2. La importancia de fomentar ambientes de aprendizaje y relaciones positivas para el niño de 0-3 años

Evidencia Internacional

La evidencia sobre la importancia de los servicios de educación inicial y cuidado infantil para el aprendizaje y desarrollo de niños menores de 3 años, se basa en investigaciones sobre programas que pueden catalogarse en tres grandes grupos: (1) Aquellos que proveen educación y cuidado infantil en modalidades institucionales o centros infantiles formales; (2) los que ofrecen servicios de cuidado infantil y educación

no formal en centros comunitarios, hogares y otros espacios acondicionados; y (3) programas de apoyo parental que trabajan directamente con los padres y las familias para mejorar sus prácticas de crianza (Araujo *et al.*, 2013). Asimismo, algunos programas de atención infantil combinan el componente educativo y el cuidado de menores, con servicios nutricionales y de salud.

En países desarrollados se ha demostrado que los programas de atención infantil de buena calidad, incluyendo guarderías, estimulación oportuna y educación para padres, contribuyen al bienestar de menores de 3 años, sobre todo cuando atienden a niños que pertenecen a contextos vulnerables. La evidencia más documentada en Estados Unidos se refiere a tres programas: el *Proyecto del Abecedario de Carolina*, el cual incluyó cuidado infantil de jornada completa durante los primeros tres meses de vida para niños afroamericanos de familias con escasos recursos; los servicios de cuidado infantil y apoyo para padres previstos en este programa se extendieron hasta que los niños cumplieron los cinco años de edad. El segundo es el *Programa de Desarrollo y Salud Infantil* para niños prematuros con bajo peso y sus familias durante los primeros tres años de vida, el cual incluyó visitas a los hogares, atención infantil de tiempo completo en centros educativos durante el segundo y el tercer año de edad, y servicios pediátricos. El programa *Inicio Temprano* (Early Head Start) presta servicios a embarazadas, madres y niños desde que nacen hasta que cumplen tres años. El programa es de tipo comunitario y tiene como prioridad fortalecer la participación de la familia y la comunidad.

La evaluación nacional del programa *Inicio Temprano* (Early Head Start) encontró que cambios significativos en las prácticas de los padres afiliados, por ejemplo, brindan más ayuda al aprendizaje y la alfabetización de sus hijos, y son más propensos a leerle a sus niños diariamente (Love y Raikes, 2008). De forma similar, en Inglaterra se observan beneficios en conducta infantil positiva, en términos de independencia y autocontrol, y mejores actitudes parentales en la evaluación del programa *Inicio Seguro* (SureStart), el cual atiende a niños de 0 a 3 años en comunidades pobres y ofrece visitas a los hogares, cuidado y educación infantil en centros, y servicios de salud (Melhuish *et al.*, 2008).

Para los países en desarrollo, también hay evidencia de que los programas de cuidado infantil y educación para niños pequeños tienen beneficios importantes,



especialmente para niños de ingresos bajos y medios (Baker-Henningham y Lopez-Boo, 2013). A la misma conclusión han llegado otras revisiones de literatura de programas en Estados Unidos y en otros países (Nores y Barnett, 2010; Barnett y Belfield, 2006).

En cuanto a la duración óptima de los programas de cuidado infantil y educación inicial, esta literatura advierte que los beneficios son mayores cuando los niños reciben los servicios durante más tiempo. Por ejemplo, el *Programa Integral de Desarrollo Infantil de Bolivia*, que constaba de guardería, nutrición y servicios educativos para niños de 6 a 72 meses que residían en zonas urbanas pobres, también demostró tener efectos positivos en habilidades motoras, lingüísticas y psicosociales para quienes participaron al menos durante 7 meses. Los beneficios fueron mayores cuando la duración fue más larga (Behrman *et al.*, 2003). Varias investigaciones del programa *Hogares Comunitarios de Bienestar en Colombia*, que sirve a niños de 2-5 años provenientes de familias con bajos ingresos que recibieron cuidado infantil y atención educativa, muestran efectos positivos en desarrollo cognitivo para niños menores de 3 años solamente si estos asistieron al programa por al menos un año (Bernal *et al.*, 2009; Bernal y Fernandez, 2012).

Otra conclusión importante es que los programas que combinan atención infantil y la participación activa de los padres, tienden a ser más efectivos. Estudios sobre los efectos de este tipo de programas se han realizado en Bangladesh, Brasil, Colombia, Jamaica y Santa Lucía, y por lo general han encontrado efectos positivos (Walker y Chang, 2013). En Bogotá, Colombia, las madres de bajos recursos que recibieron visitas en el hogar desde el nacimiento de sus hijos hasta los 36 meses, se mostraron más atentas y respondían mejor a sus hijos a los 4 meses, comparadas con las que no participaron en la intervención (Mora *et al.*, 1979, 1981). Los resultados en los niños indican que la estimulación cognitiva se reflejó en mejor audición, lenguaje y mejor comportamiento (lloraban menos) a la edad de 3 años y más disposición a la lectura a la edad de 3 ½ años (Waber *et al.*, 1981, 1990, 1991). Por otro lado, la evaluación de un programa implementado en un área rural de Jamaica que incluyó visitas demostrativas al hogar cada semana, sugiere que las madres mejoraron su conocimiento de desarrollo infantil y sus prácticas maternas (Powell *et al.*, 2004). Una fortaleza de este programa es que los visitantes fueron capacitados para guiar a los padres tomando

en cuenta diferencias culturales sobre percepciones de cómo educar a los hijos.

Un estudio reciente del programa *Familias en Acción* de Colombia, hecho con un diseño experimental, encuentra impactos positivos en el desarrollo cognitivo y lenguaje expresivo y receptivo para niños entre 12 y 24 meses, y en mejoras de la calidad del ambiente del hogar, medido por materiales y actividades educativas (Attanasio *et al.*, 2012). La intervención consistió en visitas domiciliarias a niños y niñas beneficiarios de municipios semi-rurales y los servicios provistos eran estimulación temprana y suplementos nutricionales. Desde su inicio se diseñó como un modelo para implementarse a gran escala, que cumpliera con tres objetivos: mantener bajos costos de la intervención, empoderar a las mujeres de la comunidad como agentes de cambio y permitir que la comunidad “se apropiara” de la intervención (Attanasio *et al.*, 2012).

En relación a los impactos en el largo plazo de los programas para niños menores de 3 años, la evidencia para países en desarrollo es más escasa. La evaluación de un programa implementado en Jamaica sugiere que los beneficios para niños pobres entre 9 y 24 meses de edad que nacieron con peso bajo, se sostienen con el tiempo. Los servicios consistían en visitas semanales de una hora, realizadas por asistentes de salud durante dos años. La evidencia muestra que los niños que recibieron mayor estimulación cognitiva tuvieron mejores resultados en desarrollo mental (medido con una prueba de resolución de problemas y memorización visual-espacial) y en cooperación y afecto positivo en el corto y mediano plazo, a la edad de seis años (Grantham-McGregor *et al.*, 1991). Los efectos positivos en desarrollo intelectual se observan a la edad de 17-18 años (Walker *et al.*, 2005), y hasta los 22 años (Walker *et al.*, 2011). También a la edad de 22 años se estimaron mayores ingresos laborales entre los niños que participaron en el programa (Gertler *et al.*, 2012).

Es importante mencionar que el tema de la calidad de los servicios ha sido un gran ausente en los estudios de educación inicial realizados en América Latina. Medir la calidad educativa constituye un reto, ya que se refiere a identificar aspectos en los que los educadores ofrecen experiencias efectivas a los niños, para optimizar sus capacidades de aprendizaje y potenciar su desarrollo integral, lo cual puede variar mucho según el contexto social y cultural (Barnett, 2010).

Algunos análisis sobre el programa de *Hogares Comunitarios* de Colombia (Bernal *et al.*, 2009; Bernal y Fernández, 2012), muestran que problemas con la calidad de los servicios limitaron los efectos positivos del programa. Sobre todo se mostró que, en general, las madres comunitarias no planeaban actividades pedagógicas,¹ además de que tenían niveles educativos muy bajos y poco entrenamiento para el cuidado infantil.² Para resolver el problema, se implementó un programa de entrenamiento dirigido a las madres comunitarias que consistió en ofrecerles cursos de 3 meses sobre desarrollo infantil y prácticas pedagógicas apropiadas para niños de diversas edades (para más detalles ver Bernal, 2012). Bernal encontró que el programa de entrenamiento incrementó significativamente las prácticas pedagógicas de las madres comunitarias y la interacción entre padres y cuidadoras. Asimismo, se observaron mejoras en desarrollo

cognitivo y socio-emocional de los niños participantes entre los 6 y los 36 meses de edad.³

Evidencia sobre México

En el caso de México, existe poca evidencia sobre el impacto de los servicios de cuidado infantil y educación inicial en el desarrollo infantil y las prácticas de crianza de los padres. Dos de los estudios existentes se enfocan en el programa de *Estancias Infantiles* (EI) operadas por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) (INSP, 2009; Ángeles *et al.*, 2012). El programa de EI, creado en el 2007, atiende a hijos de madres trabajadoras o que buscan empleo y a padres solteros que, además, demuestren que sus ingresos mensuales son menores a 1.5 salarios mínimos. Este sistema de guarderías de SEDESOL opera 5 días a la semana en jornada de 8 horas. El énfasis se pone en el cuidado de los niños, incluyendo su alimentación, salud preventiva e higiene. Sin embargo, a partir de 2012 se incluyó un componente pedagógico orientado a proveer servicios

¹ Las rutinas se enfocaban en juego libre y rutinas de aseo personal. Menos tiempo se daba a actividades pedagógicas como contar cuentos, leer libros y hacer actividades sobre números, letras y colores. Los autores también reportan el uso de la escala Family Day Care Rating (FCDRS) para medir calidad.

² Se utilizó el inventario sobre conocimiento de desarrollo infantil (the Knowledge of Infant Development Inventory, KIDI, de MacPhee, 1981), el cual consiste en un instrumento de 58 ítems para medir el conocimiento sobre cuidado infantil, prácticas de crianza, salud, seguridad, y desarrollo infantil.

³ El desarrollo cognitivo para los niños menores de 3 años se refiere a comunicación y resolución de problemas medido con la prueba Ages and Stages. El desarrollo socioemocional también se mide según la prueba Ages and Stages, en lo que se refiere a reactivos sobre comportamiento socio-emocional de niños que reportan sus padres.





de estimulación oportuna y educación inicial a los niños más pequeños (Araujo *et al.*, 2013). Las estancias están a cargo de operadores privados que deben cumplir con ciertos estándares de calidad delineados por SEDESOL para pertenecer a su red de guarderías.

Ángeles *et al.*, (2012) utilizaron un diseño experimental para evaluar el impacto que el programa *Estancias Infantiles* ha tenido en la participación laboral y el uso del tiempo de las madres beneficiarias, así como el bienestar de los niños beneficiados. Ofrecidos por las estancias (por medio de video grabaciones). Por otro lado, por medio de variables estructurales —e.g. organización del centro de cuidado infantil, proporción maestro-niño, entrenamiento de los maestros, etc.— y de variables de proceso que miden, por ejemplo, los diversos tipos de interacción que existen entre maestro y alumnos y el grado de respuesta de los profesores se evalúa la calidad de las *Estancias Infantiles*. Los autores encontraron que trabajar en grupos pequeños tiene efectos positivos sobre el comportamiento personal y social de los niños beneficiarios, así como en sus habilidades lingüísticas y de comunicación.⁴ Los

⁴De acuerdo con los autores, las competencias infantiles en comunicación y comportamiento personal-social fueron evaluadas mediante una adaptación del Cuestionario de Edades y Etapas (Ages and Stages Questionnaire (ASQ)) (Bricker y Squires, 1999). El ASQ está constituido por escalas que responden los padres del niño, que son específicas para la edad.

hallazgos cualitativos del estudio destacan que algunos beneficiarios piensan que existen barreras de acceso al programa ya sean culturales (creencias negativas sobre el programa), o de disponibilidad económica y de horarios (falta de oferta, incompatibilidad de horarios y precio).

Otras dos investigaciones se refieren al programa de *Educación Inicial no Escolarizada para Padres* (PEI) del Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE), orientado a mejorar las prácticas de crianza de padres en zonas marginadas del país. Este programa ofrece sesiones semanales a grupos de padres y cuidadores, por medio de promotoras educativas. Las sesiones tienen como objetivo transmitir conocimientos en temas de desarrollo infantil y formas para mejorar las prácticas de crianza. El programa se apoya en la participación activa de la comunidad para realizar las sesiones en espacios físicos brindados por los participantes (SEP, 2009) (ver Cuadro 7.4.1.).

En 2008, el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) estudió el PEI a través de entrevistas con familias participantes y no participantes en un total de 288 localidades repartidas en 8 entidades federativas.⁵ El estudio no tuvo un

⁵Chiapas, Coahuila, Estado de México, Michoacán, Oaxaca, Querétaro, San Luis Potosí y Veracruz.

diseño que permita atribuir las diferencias observadas entre participantes y no participantes al programa.

CIESAS (2008) encontró que las madres que participaron en el programa percibieron mejoras en habilidades intelectuales, lingüísticas y de convivencia de sus hijos de 3 y 4 años. También se encontró que los padres y cuidadores participantes reportaron tener mejores competencias para la crianza de sus hijos, por ejemplo, mayor cuidado y protección infantil, más estimulación del desarrollo socio-emocional, mayor estimulación lingüística y de comunicación.

Un estudio posterior realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en el 2012, utilizó una muestra

de beneficiarios de *Oportunidades*, y un diseño experimental. La muestra de niños observados incluyó niños que habían participado en el estudio previo en el 2008, y que ahora tenían entre 36 y 54 meses. Además de indicadores de desarrollo infantil (se aplicaron los mismos que los del 2008), el INSP (2012) recolectó información socioeconómica del hogar, prácticas de crianza y asistencia a guarderías y centros de desarrollo infantil. Para entender qué aspectos del programa limitan o favorecen el cambio de comportamiento en los hogares, la evaluación de impacto se complementó con observaciones, entrevistas a profundidad y grupos focales. El diseño del estudio del INSP (2012) sí permite detectar el impacto del programa sobre usuarios de *Oportunidades*, pero sus resultados no son directamente

CUADRO 7.4.1. MODELO DEL PROGRAMA EDUCACIÓN INICIAL NO ESCOLARIZADA PARA PADRES (PEI) DEL CONAFE

El PEI está dirigido primordialmente a padres de niños menores de cuatro años y madres embarazadas que habitan en comunidades rurales e indígenas de alta marginalidad y/o rezago social. El PEI ofrece cuatro tipos de sesiones que abordan temas sobre el desarrollo integral de niños y desarrollo humano de los adultos.

El trabajo más intensivo se realiza con madres, padres y cuidadores (26 sesiones de 2 horas por semana), seguido de la intervención con niños (18 sesiones de 2 horas por semana), mujeres embarazadas (8 sesiones de 2 horas por mes) y padres varones (5 sesiones de 2 horas por semana). Las sesiones dirigidas a adultos se basan en el aprendizaje experiencial, mientras que las sesiones dirigidas a niños se centran en el juego. A todas las sesiones asisten las madres, padres, cuidadores y niños y se favorecen diferentes interacciones: adulto-adulto, niño-niño y adulto-niño.

Las promotoras educativas son las encargadas de realizar las sesiones educativas. En los lineamientos del programa, se piden como requisitos para las promotoras ser mayores de edad (preferentemente), saber leer y escribir, y ser bilingües, en caso de atender comunidades indígenas. El salario que reciben es entre 844 y 1,000 pesos mensuales durante nueve meses. Otra figura importante en la

operación directa del programa son los supervisores de módulo, quienes realizan la selección de promotoras educativas y durante el ciclo operativo brindan acompañamiento pedagógico (asesorías). Los supervisores de módulo deben contar con licenciatura (afín a educación o ciencias sociales) y experiencia en programas educativos y/o comunitarios. Perciben 3,502 pesos mensuales durante 12 meses.

El PEI lleva a cabo tres periodos de capacitación tipo cascada: uno nacional para capacitar a los grupos estatales, otro estatal para capacitar a los operadores regionales y uno regional para capacitar a las promotoras. En total, las promotoras educativas reciben dos talleres de desarrollo profesional (72 horas) y tres sesiones de asesoría (24 horas), para un total de 120 horas. Existe un informe cualitativo de acciones de formación en Educación Inicial que se realiza al concluir los talleres de capacitación y las asesorías, en el cual se realiza una valoración general donde el encargado de llenar la forma identifica, de forma subjetiva, fortalezas y áreas de oportunidad; dificultades enfrentadas y soluciones propuestas. No obstante, el informe no precisa lineamientos o indicadores específicos que permitan valorar la calidad de las actividades de formación profesional.

Sobre el monitoreo y la evaluación del programa, las acciones de seguimiento y evaluación periódica a nivel regional y estatal se enfocan a documentar el número de usuarios atendidos, la cobertura alcanzada y el total de personal operando el programa, qué materiales se recibieron y cuándo. Las promotoras realizan evaluaciones de inicio con los padres y los niños, pero dicha información no se sistematiza a nivel regional o estatal para retroalimentar al programa.

Fuente: Elaboración propia con información de *Educación Inicial del CONAFE: Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de los servicios*, Ciclo 2012-2013. México: CONAFE.



comparables con el estudio de CIESAS por diferencias de muestra y diseño.⁶

En los niños de 36 a 54 meses de edad, beneficiarios de *Oportunidades*, no se observaron mejoras significativas en las competencias infantiles por haber participado en el programa. Por otro lado, para el grupo de infantes de 0 a 18 meses, se encontraron algunos efectos positivos del programa en comunicación (solo en localidades no indígenas) y motricidad (para toda la muestra). En cuanto a las prácticas de crianza, los resultados fueron más positivos: se encontró que en localidades no indígenas, los padres y cuidadores que participaron en el programa realizan con mayor frecuencia actividades de estimulación (como leer libros, ver dibujos o fotografías con los niños, contando o nombrando objetos) que los adultos que no formaron parte de la intervención.

Algunos investigadores han argumentado que una de las razones por las cuales no se encontraron mejoras en desarrollo infantil entre los participantes del programa beneficiarios de *Oportunidades*, fue que las sesiones de educación inicial de CONAFE no tuvieron una intensidad suficiente (fueron de dos horas a la semana para madres, padres o cuidadores durante 6 meses aproximadamente, y dos horas por semana dirigidas a niños durante 3 meses aproximadamente.) (Myers, 2013). También se puede apelar a las observaciones de otros investigadores sobre las debilidades en la implementación del programa (Rodríguez Carvajal y Vera Noriega, 2010), como el hecho de que existan grandes disparidades y diversidades de los perfiles de las promotoras (incluyendo sus niveles previos de escolaridad). Esto ocasiona que, en muchos casos, les cueste trabajo entender el modelo organizativo y pedagógico del programa. Otra debilidad es que ante la falta de recursos económicos y de transporte para los supervisores, muchas promotoras voluntarias carecen del monitoreo y apoyo necesario. Además, las condiciones de austeridad presentes en algunos años, han limitado mejoras en el tipo y en el número de los materiales, en las retribuciones económicas y en las acciones de capacitación de las promotoras. Finalmente, en la percepción de algunas promotoras

entrevistadas, el programa está fuera de su contexto cultural y se implementa verticalmente. Aunque se habla de que se respetan y consideran las creencias y prácticas culturales en la comunidad, el programa no permite realizar actividades enfocadas a enseñar nuevas técnicas de crianza tomando en cuenta las costumbres y creencias locales.

En resumen, la evidencia actual, que dista de ser concluyente aún, muestra que en poblaciones en contextos vulnerables existen mejoras modestas en desarrollo infantil asociadas a la participación en programas de cuidado infantil y educación inicial, y cambios positivos en prácticas de crianza cuando los padres reciben apoyo parental. De esta evidencia se destacan cinco conclusiones principales:

1. Los beneficios de participar en programas de cuidado infantil externos (no-maternales) y educación inicial para niños menores de 3 años son mayores para los niños en contextos más vulnerables, es decir, provenientes de familias de bajo nivel socio-económico y con mayores dificultades de crecer sanos.
2. La participación en esos programas es más efectiva cuando los niños permanecen más tiempo, mínimo 6 meses. Sin embargo, no existe evidencia concluyente sobre es el momento más adecuado para participar (si al nacer o en meses consecutivos), aunque los hallazgos en la literatura parecen sugerir que los niños menores de 2 años se benefician de programas de cuidado infantil externos si el entorno del hogar es desfavorable, mientras que los niños que viven en entornos favorables, probablemente se beneficien más si ingresan después de los 2 años.
3. Los efectos positivos de los programas de cuidado infantil externo son más evidentes cuando los programas fomentan el acercamiento entre padres y educadores, y cuando combinan la atención infantil y el apoyo a los padres para mejorar sus prácticas de crianza de una manera culturalmente sensible.
4. La calidad es un aspecto primordial para que los programas de cuidado infantil externo y educación inicial beneficien a los niños.
5. El beneficio a largo plazo de estos programas se ha observado en países desarrollados, y al menos en un caso (Jamaica) en países en desarrollo. Hace falta más investigación y datos que

⁶ De las localidades seleccionadas en el estudio del 2008, se eligieron aquellas con al menos 15 familias que tuvieran hijos de 0 a 2 años de edad. Las localidades seleccionadas se estratificaron según la predominancia indígena de la localidad y se asignó de manera aleatoria en cada estrato a los participantes y no participantes del Programa de Educación Inicial CONAFE.

permitan seguir a los niños para llegar a una conclusión contundente sobre los beneficios de estos programas cuando los niños lleguen a la edad adulta.

7.4.3. Programas que atienden a la educación inicial y el cuidado infantil externo en México

Tres sectores principales (educativo, desarrollo social, salud) ofrecen y administran bajo su normatividad propia a los diversos programas públicos de atención para la población de 0-3 años. Los programas y servicios públicos de atención a niños de 0-3 años en México se resumen en la Tabla 7.4.1.

En la sección anterior describimos con mayor detalle el PEI de CONAFE y el programa *Estancias Infantiles*. A continuación describimos brevemente el resto. Las guarderías del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fueron creadas en 1974 como una prestación de trabajadores afiliados al seguro social. Las guarderías del IMSS ofrecen servicios de cuidado infantil con énfasis en el desarrollo infantil integral a través de acciones de salud, nutrición y educativas. El IMSS maneja dos esquemas de prestación de servicios: el directo (Madres IMSS y Ordinario) y el indirecto o mixto, es

decir, por establecimientos privados subrogados que son supervisados por el IMSS. Ambos servicios operan 5 días a la semana por 8 horas.

Bajo el sistema de la Secretaría de Educación Pública (SEP) funcionan los Centros de Desarrollo Infantil (CENDI) y la Educación inicial indígena. Los CENDIs ofrecen atención a niños de 45 meses a 3 años y 11 meses de edad. Los servicios incluyen educación inicial, atención médica y alimentación. Operan de lunes a viernes en horario escolar. Para niños menores de 3 años, el servicio se divide en CENDIs maternal para niños de 1½ a 3 años y CENDIs lactantes para infantes de 7 meses a 1 año 6 meses. En principio, el servicio es abierto a la comunidad, según el cupo existente. Las secretarías de educación estatal se encargan de los CENDIs de su entidad y la SEP federal de los CENDIs en el Distrito Federal. La operación es directa o subrogada a organizaciones privadas bajo supervisión de la SEP. Por otro lado, la educación inicial indígena se ofrece a niños de 2 y 3 años en jardines de niños y educación a padres de familia y a agentes educativos comunitarios. El currículum se caracteriza por su pertinencia cultural y lingüística.

Los centros de atención infantil operados por el DIF atienden a la población infantil vulnerable que no tiene un esquema de aseguramiento formal. Los servicios

TABLA 7.4.1. SERVICIOS PÚBLICOS DE CUIDADO Y EDUCACIÓN INFANTIL EN MÉXICO

Sector o Institución Pública	Enfocado en los Niños	Enfocado en los Padres de Familia
SEP	Centros de Desarrollo Infantil (CENDIs), 45 días a 6 años Centros Infantiles Comunitarios (CEIs), 2 a 4 años Educación Inicial Indígena, 0 a 3 años	Programa de Educación Inicial no escolarizada para padres de CONAFE (PEI), 0 a 4 años Educación Inicial Indígena, 0 a 3 años
SEDESOL	Programa de Estancias Infantiles para Madres Trabajadoras (PEI), 1 a 4 años	<i>Oportunidades</i> con proyecto piloto de Educación Inicial con CONAFE
DIF	Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil, (CADIS), 45 días a 6 años Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil Comunitarios (CADICs), 2 a 6 años	
IMSS	Guarderías Madres IMSS, Ordinarias, Vecinales Comunitarias, Guarderías en campo, Guarderías integradoras, 43 días a 4 años y en algunos casos hasta 6 años	
ISSSTE	Estancias de bienestar y desarrollo infantil directas e indirectas, 60 días hasta 6 años	

Fuente: Elaboración propia

de atención son integrales: se ofrece cuidado, alimentación, trabajo social y servicios asistenciales.

Finalmente, las estancias infantiles del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) son prestaciones para miembros del ISSSTE que sean madres o padres viudos o divorciados, con hijos entre dos meses y seis años de edad. En esta modalidad se brindan servicios orientados a la alimentación, cuidado, higiene, salud, apoyo psicológico y educativos. Las estancias operan en instalaciones designadas por el Instituto y dan servicio en los horarios laborales del beneficiario.

En algunos casos, los programas cubren un rango de edad más amplio, pero los agrupamos aquí si su enfoque principal es atender a los infantes más pequeños. Para un análisis más profundo de todos los programas, las estrategias que ofrecen y su financiamiento, ver Myers *et al.*, (2013).

La Gráfica 7.4.2 muestra la proporción de niños atendidos por tipo de servicio. De los niños atendidos en programas públicos de cuidado infantil y educación inicial, el PEI de CONAFE atiende al 41% (aprox. 450 mil niños), el programa de *Estancias Infantiles* de SEDESOL atiende al 25% (poco más de 265 mil niños), las guarderías del IMSS atienden al 18% de los niños (poco más de 205 mil niños), y los centros de educación

inicial indígena de la SEP atienden al 6% de los niños en conjunto (poco más de 60 mil niños). Los demás programas atienden al 10% restante de los niños.

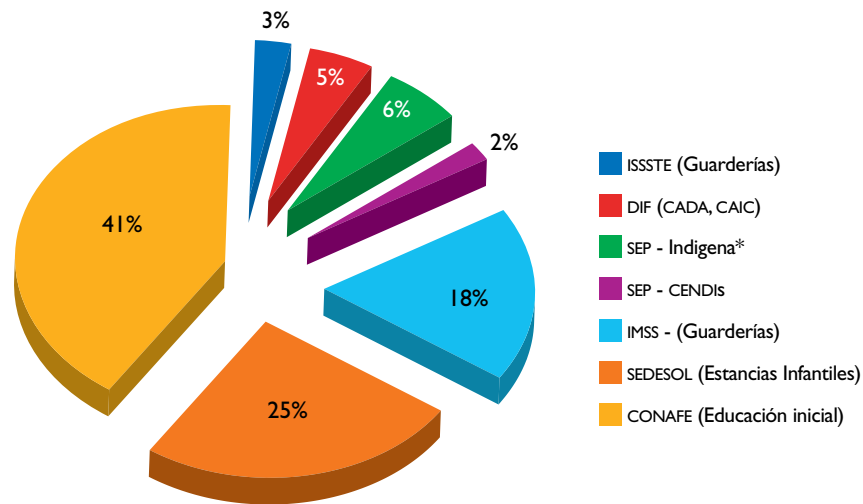
Problemas detectados con el acceso a los servicios de cuidado infantil y educación inicial: acceso y cobertura insuficiente

La oferta actual de programas públicos de atención para niños menores de 3 años no logra cubrir la demanda potencial. Según datos del CENSO 2010, en México existen 8.3 millones de niños entre los 0 y 3 años, mientras que los servicios públicos atienden aproximadamente a 1 millón de niños, es decir, apenas el 12% de la población infantil en este rango de edad (la demanda potencial).

De 1995 a 2012 se incrementó sustancialmente la red pública de atención y cuidado infantil, a través de diferentes secretarías e institutos públicos y sobre todo gracias a la modalidad mixta (subrogada) del IMSS y *Estancias Infantiles*. En este periodo, el número de niños atendidos en el IMSS casi se cuadruplicó (creció 222% entre 1995-2012), mientras que el número de niños atendidos en el programa de *Estancias Infantiles* de SEDESOL sumó poco más del doble en cinco años (el incremento fue de 127% entre 2007-2012). A su vez, la cobertura del ISSSTE aumentó más moderadamente (35% entre 1995-2012) (ver Gráfica 7.4.3).



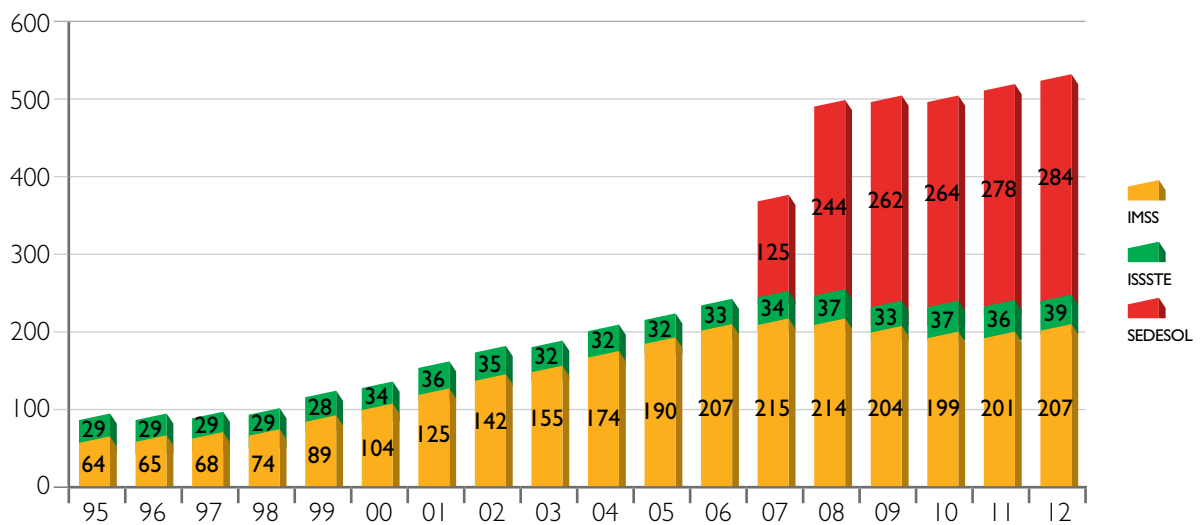
GRÁFICA 7.4.2. NIÑOS ATENDIDOS EN SERVICIOS PÚBLICOS EDUCATIVOS Y DE CUIDADO INFANTIL, 2011



Fuente: elaboración propia con datos de Estadísticas de la SEP, y cifras de Myers et al. (2013).

*Dato corresponde a 2009-2010.

GRÁFICA 7.4.3. NÚMERO DE NIÑOS ATENDIDOS EN GUARDERÍAS IMSS, ISSSTE Y SEDESOL DE 1995-2012 (MILES DE NIÑOS ATENDIDOS)



Fuente: Memorias estadísticas del IMSS e ISSSTE (2010) y Evaluación de Consistencia y resultados del PEI 2009-2010

Esta expansión se asocia a la necesidad de proveer este servicio a las madres trabajadoras y al compromiso internacional de apoyar los derechos de la infancia. A pesar de que la participación de las mujeres en la economía ha crecido aceleradamente en los últimos años, la población ocupada femenina se ha desempeñado tradicionalmente en puestos poco remunerados que carecen de seguridad social. En la actualidad, 81.9% del total de madres con niños de 1 a 4 años gana menos de 6 salarios mínimos, de las cuales, el 91.4% no tiene acceso a seguridad social (SEDESOL, 2010)⁷. Otra razón fue la insuficiente oferta privada de cuidado infantil, sobre todo para la población de escasos recursos.

Esta expansión no se dio de manera uniforme, por lo que resultó en desigualdades en el acceso a servicios de atención infantil que afectan a las familias económica y socialmente más vulnerables. Gerhart (2013) muestra que cuando se divide a los hogares que utilizan prestaciones de guarderías por deciles de ingreso, vemos que los hogares en los cinco deciles de mayores ingresos utilizan el 89% de estas prestaciones (ver Gráfica 7.4.4).

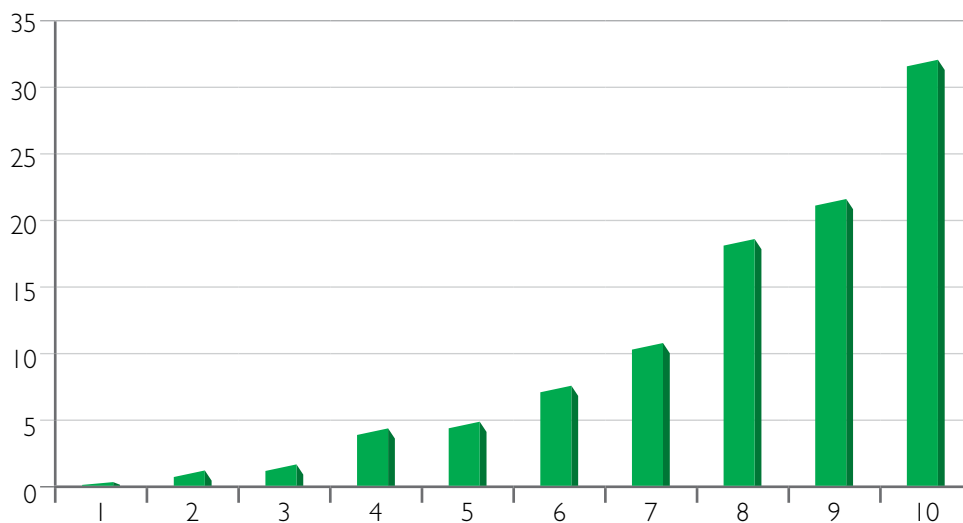
⁷Ver http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Sedesol/sppe/dgap/notas/N_PEI_2011.pdf

Datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) para 2009 sugieren que aunque la expansión del IMSS ha sido significativa, la cobertura de la demanda de servicios de guardería (es decir, coeficiente entre población atendida y la población potencial) se ubicó apenas en 24.9%, dato menor al observado en 2008 de 28.3%. En el 2012 la cobertura de las guarderías del IMSS fue todavía menor, 21%. A su vez, las estancias infantiles de SEDESOL cubrieron casi una tercera parte (29.4%) de su demanda potencial en 2012. Esto significa que poco más de un 70% de los derechohabientes de este tipo de programas no quieren o no pueden acceder a este tipo de servicio.

En el caso del PEI de CONAFE, nuestros cálculos sugieren que la cobertura en términos de la población potencial se ubica en un 31%.⁸ La focalización, selección y atención de la población objetivo, se realiza en función del número de habitantes por localidad (las

⁸ Este cálculo se realizó dividiendo en número de niños atendidos en el 2012 y un estimado de la población potencial utilizando datos de ENSANUT 2012. La población potencial corresponde al número total de niños que viven en localidades que registran altos niveles de marginación y rezago social, considerando el indicador definido por el CONAPO y por el CONEVAL. Los datos sobre la población de padres atendidos por CONAFE (aprox. 450,000) fueron tomados de <http://www.conafe.gob.mx/foroeducacioncomunitaria/Documents/diagnostico.pdf>

GRÁFICA 7.4.4. USO DE LOS SERVICIOS DE GUARDERÍA POR PRESTACIONES LABORALES POR DECIL DE INGRESO, A NIVEL NACIONAL EN EL 2012



Fuente: Gerhart, R. (2013). "Servicios públicos de cuidado infantil en México: una propuesta para medir su calidad". CIDE: Documento de trabajo. Estimados con datos de la ENIGH 2009. Corresponde a las familias que en cada decil de ingreso indicaron que cuentan con servicios de guardería como una prestación laboral, tanto en el sector privado como en el público.

prioritarias son población con menos de 500 habitantes), la edad de los niños, menor índice de desarrollo humano y muy alto nivel de marginación, y de rezago social y educativo. De los datos anteriores se desprende que una gran proporción de la demanda por servicios públicos de cuidado infantil y educación inicial no está siendo cubierta, aunque no queda claro si esto es porque los padres no quieren el servicio, o porque hay espacios insuficientes.

Problemas detectados en la calidad de los servicios de cuidado infantil y educación inicial, y en la coordinación entre sectores

El crecimiento de los servicios públicos de atención a niños de 0 a 3 años, ha estado acompañado de esfuerzos para fortalecer el componente educativo en

los tres sectores públicos (educativo, asistencia social y de salud) que administran estos programas. De forma aislada, los instituciones que ofrecen estos servicios han reformulado su currícula en años recientes (y casi de forma paralela) para fortalecer las experiencias educativas y dar mayor peso a preparar a los niños para la escuela en sus diferentes dimensiones: física, cognitiva, lingüística, afectiva y social.⁹

La Tabla 7.4.2 presenta un comparativo de los estándares de calidad de los tres programas públicos más importantes en atención infantil para niños mexicanos menores de 3 años, realizado por Araujo *et al.* (2013) con los datos existentes en la actualidad. Algunas de

⁹ El IMSS puso en marcha en el 2010 el proyecto Desarrollo Armónico, Nuestra Responsabilidad con el objetivo de mejorar la operación y supervisión de sus guarderías.

CUADRO 7.4.2. PRIMERA INFANCIA: UNA OPORTUNIDAD DE RECONSTRUCCIÓN DE IDENTIDAD, PERTENENCIA Y TEJIDO SOCIAL

Es a partir del encuentro de los padres y miembros de la comunidad y sobre una base de confianza donde podemos aportar a la reconstrucción del tejido social. Primero entre el propio grupo familiar, luego entre el barrio o comunidad y ampliando así los círculos de influencia hasta mejorar a nuestra sociedad desde su base, buscando una verdadera cohesión social fincada en los derechos fundamentales y que inicia con los derechos desde y para la infancia.

Este es uno de los beneficios poco explorados en los programas de Atención a la Primera Infancia. La dinámica entre generaciones permite reconstruir la identidad como grupo y la pertenencia; es una manera de reconocerse en las raíces, en la crianza afectuosa y en las prácticas que son positivas y promueven un apego seguro. Representa una apuesta de política pública que se moviliza desde el interior de la vida social, a partir de experiencias, vivencias y motivaciones para dotar de un nuevo significado a la crianza a los hijos y al sentido de la maternidad o la paternidad.



Los programas de Desarrollo Infantil Temprano pueden y deben tomar como base el trabajo con padres de familia, es en ese espacio donde se posibilita una genuina práctica intergeneracional. Los grupos de formación de padres, madres y cuidadores ofrecen un punto privilegiado para el intercambio entre generaciones, donde los saberes circulan y dialogan; se confrontan, pero también donde se reflexiona sobre la propia infancia.

Cuando observamos los diálogos en los grupos, identificamos la riqueza de la acción recíproca entre varias madres o padres de familia de distintas edades, con hijos que transitan por etapas y problemáticas diversas. Nos admira la sencillez con la que comparten su experiencia en el cuidado y crianza de los niños pequeños. A todos los reúne un interés común: quieren aprender cómo educar mejor a sus hijos, quieren ofrecerles una infancia positiva y enriquecedora, quieren ser mejores padres y madres y para ello se apoyan tanto de la conducción de una promotora como de su propia experiencia y sensibilidad.

“De pronto, la señora Juana muestra en el salón de actos del Ayuntamiento una fotografía de la persona a quien agradece haberla llevado a las sesiones de Educación Inicial, explica que es la imagen de su madre. Ella es Promotora al igual que su hija quien tiene 18 años y lleva en brazos a su pequeño nieto. Ante nuestros ojos tenemos tres generaciones de mujeres que a través de los grupos de Educación Inicial han logrado aprendizajes, identidad, capacidades y sobre todo los vínculos que les permiten mirar al horizonte con esperanza”.¹

Fuente: Texto original de Lucero Nava Bolaños, Directora Educación Comunitaria, CONAFE, 2010-2012

¹ Experiencia en el Municipio de Monjas, Oaxaca.

las diferencias entre sistemas se explican por la naturaleza del modelo. Por ejemplo, mientras que las guarderías del IMSS operan en centros propios, las EI de SEDESOL y las sesiones del PEI de CONAFE se realizan en instalaciones adaptadas o centros comunitarios. Sobre los requisitos para ser educador, el IMSS pide dos años de experiencia, lo cual no se pide para el caso EI. El número más bajo de niños atendidos por adulto corresponde a las guarderías del IMSS, el rango va de 3.8 hasta 11.6 niños por adulto, dependiendo del rango de edad. En el caso de SEDESOL, el número

de niños entre 1 y 4 años por adulto es de 8.0 y para niños entre 4 y 6 años es de 4.0 niños por adulto. En el caso de CONAFE, las sesiones tienen en promedio hasta 30 padres por promotora.

A pesar de las diferencias naturales de cada modelo, es imperativo que todos los programas públicos cumplan con estándares mínimos de seguridad y calidad en los servicios de atención y educación infantil brindados. Algunos indicadores de los servicios públicos de cuidado y educación inicial sugieren una gran

TABLA 7.4.2. INFRAESTRUCTURA Y CAPITAL HUMANO DE LOS PRINCIPALES PROGRAMAS PÚBLICOS DE DESARROLLO INFANTIL EN MÉXICO

Institución / Programa	SEDESOL / Programa de Estancias Infantiles	IMSS /Guarderías	CONAFE/ Programa de Educación Inicial
Lugares donde opera	-Hogares familiares adoptados -Instalaciones anexas a escuelas e iglesias -Centros comunitarios	-Centros exclusivos del programa	-Hogares adoptados -Escuelas e iglesias -Centros comunitarios
Estándares	Tamaño mínimo por niño es de 2 metros cuadrados. Cumplimiento amplio de regulación sobre dotación, mobiliario y espacios. Inspecciones y visitas bimestrales	Tamaño mínimo por niño es de 4.5 metros cuadrados. Cumplimiento amplio de regulación sobre dotación, mobiliario y espacios. Inspecciones y visitas frecuentes. Especial atención de emergencias.	No poseen regulación sobre cómo deben de ser los espacios utilizados en las sesiones. Garantizar la seguridad y comodidad durante las sesiones es responsabilidad de la promotora.
Perfil del personal	Responsable del centro: debe ser bachiller. No se exige ningún otro requisito. Maneja la operación de los centros y es responsable frente a SEDESOL.	Coordinadora o jefe pedagógica: debe ser educativa, técnica en puericultura o asistente educativa y tener 2 años de experiencia. Se ocupa de todos los aspectos administrativos y planea las actividades.	Promotoras: deben saber leer y escribir, y ser mayores de edad. No se requiere de experiencia previa.
	Asistentes: No se requiere ningún nivel educativo mínimo. Encargadas de atender a los niños.	Educadoras: deben de ser técnicas en puericultura y tener 2 años de experiencia. Planificación, diseño y desarrollo de las actividades. Asistentes Educativas: Deben de ser asistentes educativas u oficiales de puericultura. Encargadas del cuidado directo de los niños.	
Coefficientes de atención (niños por adulto)	8.0 entre 1 y 4 años 4.0 entre 4 y 6 años	3.8 entre 0 y 1 años 5.1 entre 1 y 2 años 10.9 entre 2 y 4 años 11.6 entre 4 y 6 años	30 padres por sesión
Compensación mensual	US \$325 para las responsables US \$184 para las asistentes.	US \$304 para las coordinadoras US\$ 190 para las educadoras US \$190 para las asistentes educativas	US \$70 para las promotoras

Fuente: Araujo, Lopez-Boo y Punaya (2013): Panorama de los servicios de desarrollo infantil en América Latina y el Caribe.

desigualdad en la calidad de estos programas. Araujo *et al.* (2013) sostienen que el sistema de guarderías del IMSS es uno de los que recibe mayor presupuesto en Latinoamérica y cuenta con guarderías muy bien equipadas. Sin embargo, destaca que un análisis de desempeño realizado por el Colegio de México indica que no existe suficiente información acerca del programa para realizar una evaluación adecuada, puesto que no existen indicadores clave, por ejemplo, sobre aspectos de calidad del servicio susceptibles a mejoras. Tampoco existe una evaluación de impacto (CONEVAL, 2009).

En el caso de educación inicial, en 2008 se intentó una iniciativa de coordinación que elevaría la calidad de estos servicios a través del *Programa de Fortalecimiento a la Educación Temprana y Desarrollo Infantil*. En colaboración con varias instituciones federales (IMSS, ISSSTE, CONAFE, SEP) e internacionales (OEA, la Universidad de California, entre otras), se diseñó un modelo de atención y un currículum (el currículum no ha sido publicado aún) que busca establecer lineamientos generales sobre la organización y funcionamiento de estos servicios. La literatura sobre el tema destaca algunos aspectos de calidad que promueven un mayor beneficio para los niños, entre ellos:

- Que los lugares de cuidado infantil cumplan con los estándares mínimos de seguridad y equipamiento en las instalaciones.
- Que los cuidadores y educadores interactúen de manera consistente y cariñosa con los niños.
- Que los cuidadores y educadores tengan conocimientos sobre desarrollo infantil y proceso de enseñanza y aprendizaje, y reciban retroalimentación de supervisores capacitados.
- Que el currículum de educación inicial responda a necesidades y características de los niños, tomando en cuenta las particularidades de su contexto sociocultural.

A partir de un estudio diagnóstico sobre las prácticas educativas en los centros y servicios infantiles para menores de 4 años en México, se pretenden afinar los lineamientos de operación del modelo nacional (Myers *et al.*, 2013). Todavía no hay resultados al respecto, ya que el estudio está en proceso.

Recientemente han surgido nuevos esfuerzos interinstitucionales para establecer protocolos de acciones entre las diferentes modalidades institucionales.



Los resultados de estos avances en la calidad de los servicios de cuidado infantil y desarrollo de los niños, todavía están por verse. Las consecuencias de la falta de coordinación y aseguramiento de la calidad se vieron trágicamente evidenciados con el incendio de la Guardería ABC en Sonora, el 5 de Junio de 2009 (ver Cuadro 7.4.3).

Para armonizar y garantizar los estándares de seguridad y desarrollo integral de los niños en los servicios de atención y cuidado infantil, y a raíz de la tragedia

de la Guardería ABC, en el 2011 se promulgó la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil (LGPSACDII). La LGPSACDII (también conocida como “Ley de Guarderías” o “Ley 5 de Junio”) reconoce los derechos de niños y niñas a recibir “servicios para la atención, cuidado y desarrollo integral infantil en condiciones de calidad, calidez, seguridad, protección y respeto a sus derechos”. Además, resalta la prioridad de establecer una Política Nacional en esta materia, e instala un Consejo

CUADRO 7.4.3. ABC: NUNCA MÁS.

“Escuchamos el grito. ‘¡Saquen a los niños!’... El techo se desprendía en pedazos y caía sobre los menores que dormían sobre colchonetas en el piso... Unos tenían quemaduras en brazos, cabeza, frente; otros se asfixiaban con el humo”. Educadora RC de la Guardería ABC.

“Movía sus cuerpos pero batallaba para despertarlos; lo hice varias veces, pero no dio resultado. En cuestión de segundos se llenó la sala de humo negro... me llevé a los niños despiertos hacia el baño, mojé las sábanas y se las puse en su nariz para que no aspiraran el humo. Era imposible sacar a todos porque ya había salido parte del personal y sólo quedábamos unas 27 personas”. AM, educadora.

“No podíamos abrir la puerta porque abre para adentro, no para afuera... se batallaba, ya que la jaladora de la chapa se quebró, y en eso andaban que la iban a arreglar pero no lo hicieron”. GT, cocinera de la guardería.

“Primero fue mueblería, luego maquila, después guardería”. Vecino.

“Nunca se revisan los materiales de construcción, los techos o cualquier cosa relacionada con el inmueble... Me di cuenta de la carpa que estaba puesta en el área de usos múltiples, era de plástico o hule, y era de colores. La verdad, no advertí que fuera un riesgo para los niños, sólo la tomé como parte de la decoración... El IMSS no me ha dado capacitación sobre incendios, además de que mi formato de revisión no lo contempla”. Delia Botello, coordinadora regional de guarderías.

“Los simulacros nunca se realizaron con los niños comiendo o dormidos, ni por sorpresa”. MF, educadora.

“Me compensaría que empezaran a dar las guarderías a quien tiene conciencia de hacerlo, y que se les revise. Tienen que evitar que los niños mueran para que las mamás que trabajan puedan quedarse tranquilas. Me compensaría el dolor que la muerte de mi bebé sirva para que los niños estén mejor cuidados”. Mamá de Yesenia.

Marcela Turati¹

En el trágico accidente ocurrido en la Guardería ABC, una guardería subrogada por el IMSS, en Hermosillo, Sonora, murieron 49 bebés y 104 quedaron lesionados. La tragedia se enmarcó en un desorden generalizado en el manejo de las guarderías. El dictamen² del Ministro de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Arturo Zaldívar, precisa que al día del incendio, la gran mayoría de las guarderías operadas por particulares no contaban con equipo de incendios, detectores de humo, constancia de capacitación por parte de protección civil y visto bueno de los bomberos, entre otros.

Dice el dictamen: “Las autoridades estatales encargadas por mandato constitucional de prestar el servicio de guarderías y todas aquellas que tienen competencias en materia de protección civil, tienen el deber de implementar políticas públicas que tengan como finalidad realizar una supervisión y vigilancia rigurosa del cumplimiento de todas las medidas de seguridad tendientes a proteger la vida y la integridad física de los niños que se encuentran en establecimientos públicos y privados dedicados a su cuidado”. No hubo tal.

Padres y madres de los bebés fallecidos emprendieron una generosa lucha personal: que “nadie más pase por lo mismo”. Gracias a su empuje y a pesar de la resistencia de dueños de guarderías y no pocos políticos, se publicó la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil, que norma, a nivel nacional, la operación de las estancias infantiles. Difundir y cumplir con la ley y su respectivo reglamento es apenas una justa memoria que podemos hacer de esos bebés muertos y lesionados por la corrupción y la negligencia.

Fuente: Alberto Serdán, Mexicanos Primero.

¹ Turati, Marcela (2009). “Testimonios de la ignominia”, México, Revista Proceso, No. 1706, 11 de julio de 2009.

² Comisión Investigadora (2010). Informe Preliminar sobre el Ejercicio de la Facultad de Investigación 1/2009, México, Suprema Corte de Justicia de la Nación. Disponible en: http://www2.scjn.gob.mx/fi1-2009/Documentos/Informes/Informe_Preliminar_Comision_ABC.pdf [consulta: marzo de 2014]

Nacional de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral, que entre otras acciones, deberá “definir criterios estandarizados de calidad y seguridad” y “contribuir al mejoramiento progresivo y al fortalecimiento de los servicios para la atención, cuidado y desarrollo integral infantil.” La ley fue promulgada el 24 de octubre de 2011 y su reglamento, el 22 de agosto de 2012. El Consejo Nacional se instaló el 16 de Mayo de 2013.

La implementación de la Ley continúa siendo un desafío compartido entre las cinco instituciones principales que administran las guarderías, estancias infantiles o centros de desarrollo infantil comunitario, y de educación inicial entre los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal). El reporte emitido por el Consejo Nacional en noviembre de 2013, detectó una gran heterogeneidad entre el tipo de servicio ofrecido en los establecimientos de cuidado infantil en el país: disparidades en las capacitaciones y apoyo que reciben las cuidadoras y encargadas, supervisión y monitoreo insuficiente o desigual, instalaciones que todavía no cumplen con la reglamentación requerida (SEGOB, 2013). El reporte del Consejo Nacional no investigó las condiciones de los servicios de educación inicial, como serían los del PEI de CONAFE. En este respecto todavía queda mucho por hacer, pero ya es un avance que al menos se comience a contar con información pública y detallada sobre el particular.

7.4.4. Conclusiones y Recomendaciones

Para que el niño se desarrolle integralmente, necesita una adecuada estimulación cognitiva y física. Esta educación inicial que requiere para prepararse para la escuela, la puede recibir de sus padres o en algún programa de atención infantil, formal o no. Aunque muchos padres de familia pueden proveer a sus hijos de experiencias de aprendizaje óptimas y oportunas, hay evidencia que sugiere que las familias de bajos recursos no lo están logrando. En esas ocasiones es necesario que los padres reciban educación para fortalecer sus competencias como cuidadores y sus prácticas de crianza.

En algunos casos, los padres deciden enviar a sus hijos a centros de cuidado infantil como guarderías o estancias. En este tipo de ambientes también puede darse una educación inicial que contribuya a un mejor desarrollo cognitivo del niño, siempre y cuando se cumplan ciertos estándares de calidad, por ejemplo, que los adultos cercanos interactúen de manera consistente y cariñosa con los niños; que los cuidadores tengan conocimientos sobre desarrollo infantil y el proceso de enseñanza y aprendizaje para plantear situaciones didácticas adecuadas, y que el currículo responda a necesidades y características de los niños tomando en cuenta las particularidades de su contexto sociocultural.



A pesar de una expansión enorme a partir de 2006, el acceso a servicios de educación inicial y cuidado infantil externo es inequitativo ya que los hogares de ingresos por encima de la mediana son los que utilizan la mayoría de estas prestaciones, especialmente las del IMSS e ISSSTE. Tanto en zonas urbanas como rurales existe una gran demanda potencial no atendida por estos servicios.

Por otro lado, resulta preocupante que sabemos muy poco sobre la calidad de estos servicios. Aunque evaluaciones recientes de *Estancias Infantiles* sugieren algunos efectos positivos en promedio, no queda claro



que todas las estancias aseguren y entreguen el mismo tipo de atención a los niños. El reporte reciente del Consejo Nacional sugiere que, a cinco años de la tragedia de la Guardería ABC, persisten importantes diferencias en los estándares de provisión de servicios en establecimientos de cuidado infantil así como un número significativo de establecimientos que no cumplen con la regulación mínima.

Específicamente en el tema de educación inicial, el PEI de CONAFE representa una alternativa importante en la lucha contra los rezagos en desarrollo infantil. Sin embargo, los retos de este programa son mayores: se requiere elevar la calidad del servicio, definir nuevos modelos de enseñanza-aprendizaje que sean incluyentes y sensibles a la realidad local, fortalecer la formación continua, reforzar la asesoría pedagógica de los promotores educativos, hacer más eficaz la captación y retención de promotores educativos y motivar su permanencia.

Dado el enorme desafío en términos de inequidades en el acceso a los servicios de cuidado infantil, se requiere de una estrategia multisectorial para la mejor focalización de servicios, además de fortalecer el componente educativo (no necesariamente escolarizado) de los programas de atención infantil.

Se requiere también garantizar el cumplimiento de estándares de seguridad para los niños. Al respecto, no es suficiente con decir que “en promedio” se cumple con los estándares, o que “la mayoría” de los establecimientos cumplen con esta regulación. *Todos* los establecimientos de cuidado infantil y educación inicial en todo el país tienen que cumplir con la reglamentación mínima. Si además cumplen con estándares de calidad en los servicios de cuidado, atención, y estimulación oportuna, así como de involucramiento de padres, entonces realmente tendrán el potencial de lograr que sus acciones se vean reflejadas en un mayor desarrollo de los niños.

Referencias

- Angeles, G., Gadsden, P., Galiani, S., Gertler, P., Herrera, A., Kariger, P. y Seira, E. (2012). *The impact of daycare on maternal labour supply and child development in Mexico*. 3ie Grantee Final Report.
- Araujo, M. C., Lopez-Boo, F. y Puyana, J. M. (2013). *Overview of Early Childhood Development services in Latin America and the Caribbean*. Nueva York: BID.
- Baker-Henningham, H. y López-Boo, F. (2013). *Intervenciones de estimulación infantil temprana en los países en vías de desarrollo: Lo que funciona, por qué y para quién*. Nueva York: BID.
- Barnett, W. S. (2010). "Universal and targeted approaches to preschool education in the United States". *International Journal of Child Care and Education Policy*, 4(1), 1-12.
- Barnett, W.S., y Belfield C.R. (2006). "Early childhood education and social mobility". *Princeton Future of Children Series*, 16 (2), 73-98.
- Bernal, R., y Fernandez, C. (2013). "Subsidized childcare and child development in Colombia: effects of Hogares Comunitarios de Bienestar as a function of timing and length of exposure". *Social Science and Medicine*, 97, 241-9.
- Bernal, R., Fernández, C., Flores C.E., y Gaviria, A. (2009). "Evaluación de impacto del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar del ICBF". *Documentos CEDE*, 005854
- Calderón, G. (2012). "The effect of child care provision in Mexico". Stanford University.
- Carneiro, P., y Heckmann, J. (2003). "Human Capital Policy". *NBER Working Paper*, 9495.
- Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social [CIESAS]. (2008). "Evaluación del impacto de educación inicial en el desarrollo de competencias de padres y niños". En CONAFE, *Estrategias de Intervención Pedagógica para Mejorar la Calidad de los Aprendizajes con Equidad*. México, D.F.: CONAFE.
- Consejo Nacional de Evaluación de Políticas Públicas [CONEVAL]. (2009). *Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2009-2010. Valoración de la Información contenida en el Sistema de Evaluación del Desempeño (SED) de Servicios de guardería*. México, D.F.: CONEVAL.
- _____. (2010). *Informe de Evaluación Específica de Desempeño 2009-2010: Servicio de Guardería (Instituto Mexicano del Seguro Social)*. Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/EVALUACIONES/especificas_desempeno/dependencias/IMSS/IMSS3B.pdf
- Consejo Nacional de Fomento Educativo [CONAFE]. (2012). *Libro Blanco: Estrategias de Intervención Pedagógica para Mejorar la Calidad de los Aprendizajes con Equidad. Periodo de Administración: 2007-2012*. México, D.F.: CONAFE.

Currie, J., y Duncan, T. (1999). "Early Test Scores, Socioeconomic Status and Future Outcomes". *NBER Working Papers*, 6943.

Duncan, G.J., Ziol-Guest, K.M., y Kalil, A. (2010). "Early childhood poverty and adult attainment, behavior and health". *Child Development*, 81,306–325.

Feinstein, L. (2003). "Very early cognitive evidence", *Centre piece (LSE)*, Summer 2003, 24–30.

Fernald A., Marchman, V. A., y Weisleder, A. (2013). "SES differences in language processing skill and vocabulary are evident at 18 months". *Developmental Science*, 16, 234–248.

Gerhart, R. (2013). "Servicios públicos de cuidado infantil en México: una propuesta para medir su calidad". *Documento de trabajo del CIDE*.

Gertler, P., Heckman J., Pinto, R., Zanolini, A., Vermeersch, C., Walker, S., Chang, S.M., y Grantham-McGregor, S. (2013). "Labor Market Returns to Early Childhood Stimulation: a 20-year Follow up to an Experimental Intervention". *Jamaica NBER Working Paper*, 19185.

Grantham-McGregor, S., Powell, C., Walker, S., y Himes, J. (1991). "Nutritional supplementation, psychosocial stimulation and mental development of stunted children: The Jamaican study". *The Lancet*, 338, 1-5.

Hart, B., y Risley, T. R. (1995). *Meaningful Differences in the Everyday Experience of Young American Children*. Baltimore: Paul Brookes.

Hart, B., y Risley, T.R. (2003). "The Early Catastrophe: The 30 Million Word Gap By Age 3". *American Educator*, 27(1), 4–9.

Heckman, J. (2008). "The Effect of Prayer on God's Attitude Toward Mankind". *IZA Discussion Papers*, 3636.

Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]. (2009). *Informe de diseño metodológico y levantamiento de línea basal para la medición del impacto del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras*. México: INSP.

_____. (2011). *Evaluación de Impacto del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras. Informe Final de la Evaluación de Impacto*. Disponible en: http://www.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/Evaluacion_de_Impacto_Programa_de_Estancias_Infantiles_para_Apoyar_a_Madres_Trabajadoras

Love, J. M. y Raikes, H. H. (2008). "Las transiciones se inician temprano". En Centre of Excellence for Early Childhood Development, *Enciclopedia sobre Desarrollo de la Primera Infancia* (pp. 1-5). Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/pages/PDF/transicion-escuela.pdf>

Melhuish, E. C., Sylva, K., Sammons, P., Siraj-Blatchford, N., Taggart, B., Phan, M.B., y Malin, A. (2013). "Preschool Influences on Mathematics Achievement". *Science*, 321.

Mora, J., Clement, J., Christiansen, N., Ortiz, N., Vuori, L., y Wagner, M. (1979). "Nutritional supplementation, early stimulation and child development". En J. Brozek, (Ed.), *Behavioral effects of energy and protein deficits* (pp. 255-269). DHEW Pub. no. (NIH) 79-1906.

Mora, J., Guillermo, M., Sellers, S., y Ortiz, N. (1981). "Nutrition, social environment and cognitive performance of disadvantaged Colombian children at three years". *Nutrition in Health and Disease and Internal Development: Symposia from the XII International Congress of Nutrition*, 403-420.

Myers, R., Martínez, A., Delgado, M.A., Fernández, J.L., y Martínez, A. (2013). *Desarrollo infantil temprano en México*. Washington, DC: BID.

Nores, M., y Barnett, S. (2010). "Benefits of early childhood interventions across the world: (Under) Investing in the very young". *Economics of Education Review*, 29, 271- 282.

Pianta, R. C., y McCoy, S. J. (1997). "The first day of school: The predictive validity of early school screening". *Journal of Applied Developmental Psychology*, 18, 1-22.

Powell, C., Baker-Henningham, H., Walker, S., Gernay, J., y Grantham-McGregor, S. (2004). "Feasibility of integrating early stimulation into primary care for undernourished Jamaican children: Cluster randomized controlled trial". *British Medical Journal*, 329, 89.

Reardon, S., (2011). "The widening academic achievement gap between the rich and the poor: New evidence and possible explanations". En R. Murnane y G. Duncan (Eds.), *Whither Opportunity? Rising Inequality and the Uncertain Life Chances of Low-Income Children*. Nueva York: Russell Sage Foundation Press.

Rodríguez, K. y Vera, A. (2009). "Desarrollo del niño y prácticas de crianza en comunidades de alta marginalidad". En L. Galván (Coord.), *Evaluación del Impacto de Educación Inicial en el Desarrollo de Competencias de los Padres y Niños*, CONAFE. *Diversas Miradas: Un Mismo Proyecto* (pp. 191-213). México: CONAFE.

Schady, C. y Paxson, N. (2007). "Cognitive development among young children in Ecuador: the roles of wealth, health and parenting". *The Journal of Human Resources*, 42 (1), 49-84.

Schaffer, H. R., y Emerson, P. E. (1964). "The development of social attachments in Infancy". *Monographs of the society for research in child development*, 1-77.

Secretaría de Desarrollo Social [SEDESOL]. (2010). *Diagnóstico de la problemática de las madres con hijos pequeños para acceder o permanecer en el mercado laboral*. México, D.F.: SEDESOL.

Secretaría de Gobernación [SEGOB]. (2013). *Informe semestral de actividades correspondiente a 2012 del Consejo Nacional de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil*. Disponible en: <http://www.senado.gob.mx/?ver=sp&mn=2&sm=2&id=45369>

Shonkoff, J., y Phillips, D. (2000). *From Neurons to Neighborhoods :The Science of Early Childhood Development*. Washington, DC: National Academies Press.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2001). *The State of the World's Children*. Suiza, Ginebra: UN Publications.

Waber, D., Vuori, L., Ortiz, N., Clement, J., Christiansen, N., Mora, J., Reed, R., y Guillermo, M. (1981). "Nutritional supplementation, maternal education and cognitive development of infants at risk for malnutrition". *American Journal of Clinical Nutrition*, 34, 797-803.

Walker, S., Chang, S., Powell, C., y Grantham-McGregor, S. (2005). "Effects of early childhood psychosocial stimulation and nutritional supplementation on cognition and education in growth-stunted Jamaican children: Prospective cohort study" . *The Lancet*, 366, 1804-1807.

Walker, S., Chang, S., Vera-Hernández, M., y Grantham-McGregor, S. (2011). "Early Childhood Stimulation Benefits Adult Competence and Reduces Violent Behaviour". *Pediatrics*, 127, 849-857. DOI: 10.1542/peds.2010-2231



7.5

Listos para aprender y listos para enseñar.
La educación preescolar en México

sus propios estados emotivos y los de otras personas, comprenden normas y reglas y buscan expresar sus opiniones. A esta edad se efectúa una transición desde el juego paralelo hacia un juego más cooperativo, por lo que las interacciones con otros niños y con adultos suelen ser más usuales y duraderas (Lacunza y Contini de González, 2009). La edad entre los 3 y los 5 años puede considerarse la segunda fase para alistar a los niños para la escuela, en la cual los menores se benefician tremendamente de ambientes de aprendizaje que impliquen interacciones sociales más frecuentes y prolongadas con otros niños y con adultos.

Como se observa en el Figura 7.5.1, los expertos consideran que un niño está listo para la escuela cuando se ha desarrollado integralmente (y de acuerdo a su edad) en cuatro dimensiones: 1) Desarrollo físico-motor: se refiere a medidas físicas de fuerza y crecimiento, desarrollo de los sentidos, coordinación, equilibrio y destrezas motoras gruesas y finas; 2) desarrollo cognitivo: abarca las capacidades de memorizar, clasificar formas y colores, relacionar eventos y resolver problemas; 3) desarrollo lingüístico: entendido como la habilidad de iniciar un diálogo y la comprensión del lenguaje más complejo; y 4) desarrollo emocional y social: capacidad de forjar vínculos interpersonales estrechos y seguros que le permiten al niño explorar y aprender de su ambiente, obedecer instrucciones, trabajar solo o en grupo (UNICEF, 2011; UNESCO 2007; BID, 2013).

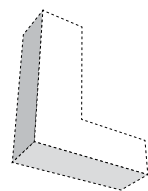
En las últimas décadas, preparar a los niños para la escuela ha cobrado relevancia mundial como política pública. Un factor de peso ha sido la creciente evidencia internacional sobre la influencia que tiene la preparación inicial sobre su eventual éxito académico y el de su vida adulta (Carneiro y Heckman, 2003; Muñoz, 2005; Almond, y Currie 2010). Otro factor es la existencia de importantes inequidades sociales en las capacidades de niños menores de seis años. Similar a lo que sucede en los primeros 3 años de vida, Bradbury *et al.*, (2011) muestran que a la edad entre cuatro y cinco años, los niños que viven en familias de estatus socio-económico bajo tienen un vocabulario más reducido y más problemas de comportamiento, hiperactividad, y falta de atención. De forma similar, un reciente estudio de Schady *et al.*, (2014), sobre cinco países latinoamericanos (Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Nicaragua), estima rezagos sustanciales en desarrollo lingüístico en niños de 3 a 6 años de edad procedentes

Autora:

Brenda Jarillo Rabling, Stanford University

7.5. LISTOS PARA APRENDER Y LISTOS PARA ENSEÑAR. LA EDUCACIÓN PREESCOLAR EN MÉXICO

7.5.1. Introducción



Los primeros 1,000 días en la vida del niño constituyen una etapa crítica para la formación del cerebro y el desarrollo integral infantil. Sin embargo, a los 3 años, los niños todavía continúan desarrollándose de manera intensa. La edad entre los 3 y los 5 años representa otra ventana de oportunidad en términos de su capacidad de adquirir habilidades cognitivas, sociales y lingüísticas cada vez más complejas (Naudeau, 2010). Después de los 3 años los niños tienen mayor capacidad para reconocer

de ambientes de pobreza, comparados con niños en mejores condiciones socioeconómicas.¹

La educación preescolar se considera indispensable para alistar a los niños para la escuela ya que constituye una transición entre el hogar y la escuela, y sienta las bases de la formación escolar del alumno (OCDE, 2002; SEP, 2007). Además, los expertos sugieren que la educación preescolar es una política costo-efectiva para reducir las desigualdades educativas entre poblaciones más vulnerables y aquellas en condiciones socioeconómicas más favorables; estas diferencias educativas son más difíciles de reducir una vez que los alumnos ingresan al sistema escolar formal (Vegas y Santibáñez, 2010).

El presente trabajo analiza el rol de la educación preescolar para que los niños transiten a la primaria listos para seguir aprendiendo. A continuación se analiza la evidencia actual sobre los beneficios de corto y largo plazo que aporta la educación preescolar y se discute quién se beneficia más y cuáles son las características de los programas de preescolar que explican sus efectos positivos en el desarrollo integral infantil. Posteriormente, se analiza el panorama de la educación

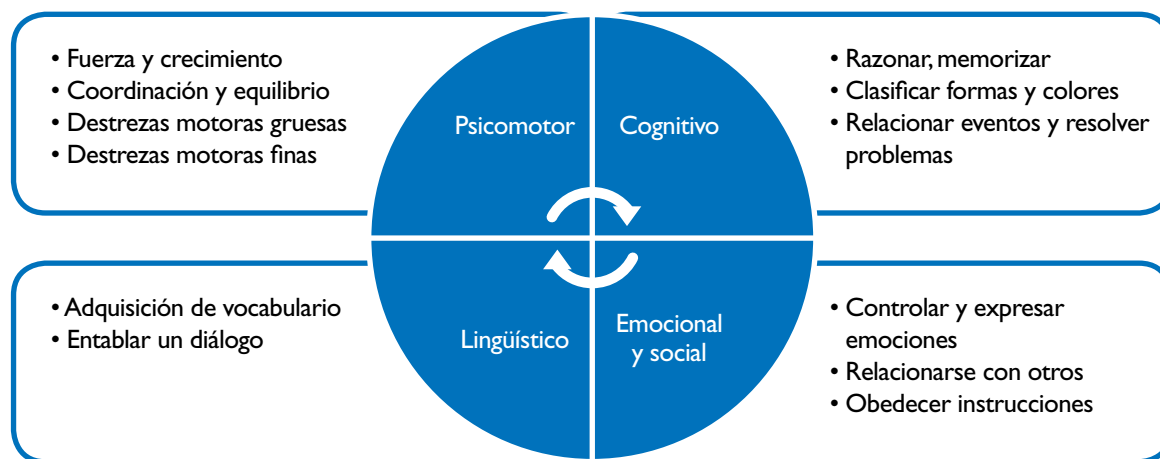
preescolar en México, enfatizando desafíos de acceso y calidad de los servicios preescolares. Se concluye con algunas recomendaciones de política pública.

7.5.2. Listos para aprender: la importancia de cursar el preescolar

La educación preescolar constituye una herramienta de suma importancia para ayudar a cerrar las brechas en el desarrollo y las capacidades de los niños de entre 3 y 5 años, justo antes de su entrada a la primaria. La evidencia de programas que ofrecen educación preescolar en Estados Unidos sugiere que los beneficios en el desarrollo infantil de corto y largo plazo son significativos. Destacan las evaluaciones experimentales realizadas a ciertos programas de pequeña escala focalizados en poblaciones vulnerables, como son HighScope Perry Preschool, Chicago Child Parent Center (Campbell et al., 2002; Barnett et al., 2003; Loeb y Fuller, 2005; Blau y Currie, 2005; Heckman y Masterov, 2007) las cuales muestran que, comparados con los niños que no participaron, los beneficiarios tienen una mejor calidad de vida adulta (a los 27 años para el caso del programa *HighScope Perry PreSchool*), son menos propensos a ser arrestados, tiene mayores probabilidades de graduarse de la preparatoria y ganan mayores ingresos.

¹ La prueba de Vocabulario en Imágenes Peabody (TVIP), versión en español (Dunn et al., 1986).

FIGURA 7.5.1. ASPECTOS DEL DESARROLLO INFANTIL RELACIONADOS CON LA PREPARACIÓN PARA LA ESCUELA



Fuente: Elaboración propia.



Fitzpatrick (2008) muestra que los niños en contextos de desventaja que asistieron al sistema público de preescolar en Georgia, lograron mejores resultados en pruebas académicas en cuarto de primaria.² Cascio *et al.* (2014), estiman que los programas preescolares públicos y universales incrementan la asistencia de niños tanto de familias con ingresos bajos como de ingresos altos, y los niños provenientes de familias con bajos ingresos logran un mejor desempeño académico en secundaria.

La literatura internacional también documenta ampliamente los beneficios positivos de asistir a programas de educación preescolar. Las revisiones bibliográficas existentes (Burger, 2009; Vegas y Santibañez, 2010; Leroy *et al.*, 2011; Schady, 2011; Barnett y Nores, 2012; Behrman, 2011) documentan que a partir de estudios experimentales y cuasi-experimentales elaborados con datos longitudinales, la educación preescolar impacta positivamente la habilidad cognitiva, el desarrollo psicosocial y el lenguaje en niños menores de 6 años, y los beneficios son mayores para los niños que viven en contextos vulnerables.

² En Estados Unidos el preescolar no es obligatorio (el kínder, el cual atiende a niños de 5 años, sí lo es). Los servicios preescolares para niños menores de 5 años son patrocinados por los gobiernos estatales y varían de estado a estado.

En América Latina, los beneficios en el desarrollo infantil asociados a la participación en programas de educación preescolar son evidentes en Colombia (Attanasio y Vera-Hernandez, 2004; Bernal *et al.*, 2009), Bolivia (Behrman *et al.*, 2004) y Chile (Urzua y Veramendi, 2010). Sobre los efectos de mediano y largo plazo, Rodrigues *et al.* (2011) muestran que la asistencia al preescolar de niños brasileños mejora su resultados en aprovechamiento académico en cuarto grado de primaria. Asimismo, en Argentina se observan efectos positivos en términos de desempeño académico medido con pruebas estandarizadas, años de escolaridad, repetición de grado, deserción escolar y comportamiento social (Berlinski *et al.*, 2009). En el caso de Uruguay, los efectos positivos de haber asistido al preescolar son evidentes a los quince años de edad (Berlinski *et al.*, 2008).

¿Escuelas listas para enseñar?

No es suficiente con que el niño llegue al preescolar listo para aprender. También es importante que la escuela esté lista para enseñar. Para que un niño se beneficie de la educación preescolar es importante que sea de calidad. Es difícil encontrar estándares concretos de calidad para este nivel, pues las condiciones y procesos que caracterizan a un ambiente de aprendizaje varían

según la modalidad del servicio y el contexto donde se ofrece (Myers y Martínez, 2006). No obstante, los estudiosos del tema distinguen, a grandes rasgos, dos dimensiones de calidad en los servicios preescolares: la calidad estructural y la de procesos (Tietze, 1998; Helburn y Howes, 1996; Vandell y Lowe, 2000). La calidad estructural se refiere a los insumos del proceso educativo —que incluye el número de estudiantes a quienes atiende el docente en el aula, las características del docente como son su escolaridad y su experiencia—, y las oportunidades de desarrollo profesional docente. La calidad de procesos se refiere a las interacciones sociales que los niños experimentan directamente en el aula, esto incluye las oportunidades de aprendizaje que brinda el docente en el salón de clases y la relación personal entre los educadores y sus alumnos.

Una comparación internacional sobre el impacto de la calidad preescolar en el desarrollo cognitivo infantil, realizada en 15 países por el Proyecto Pre-primaria de la Asociación Internacional para la Evaluación del Logro Educativo (IEA, por sus siglas en inglés), muestra que los programas preescolares que son atendidos por educadores con niveles de escolaridad altos y que garantizan mayores niveles de autonomía del niño en el salón, se asocian a mejoras en habilidades del lenguaje (Weikart *et al.*, 2003). Asimismo, los niños que participan en más en actividades individuales o en grupos

pequeños, muestran mayores niveles de desarrollo cognitivo. Una evaluación de un programa preescolar en Inglaterra, sugiere que los preescolares efectivos son intensivos en interacciones verbales entre adultos y niños, los educadores conocen y entienden el currículum que imparten, tienen conocimiento de cómo los niños pequeños aprenden, los ayudan a resolver conflictos en el salón, tienen buena comunicación con los padres y los guían en el proceso de aprendizaje en casa (Sylva *et al.*, 2002). En el caso de América Latina, Herrera (2006) y Herrera *et al.*, (2001) muestran evidencia para Chile de que las orientaciones pedagógicas de los educadores, el número de niños por adulto en el salón de clases y la autoestima del educador son factores predictivos en el aprendizaje de los niños que asisten al preescolar.

También se ha concluido que la asesoría pedagógica y el acompañamiento docente son ingredientes clave de programas educativos exitosos como el estudio del programa *HighScope Perry Preschool* en Estados Unidos (Engle *et al.*, 2007; NICHD ECCRN, 1999; 2002; Epstein, 1993). El acompañamiento docente en el programa *HighScope Perry Preschool* incluye: cursos y talleres que involucran activamente a los docentes, un modelo curricular de formación docente que balancea teoría y aplicación práctica, visitas al salón de clases que permitan al asesor dar retroalimentación específica al docente y oportunidades para que los



docentes reflexionen sobre lo aprendido y compartan sus experiencias con sus colegas (Epstein, 1993).

Cada vez hay más evidencia internacional de los impactos positivos de la calidad del preescolar en el desarrollo en el largo plazo. Usando datos longitudinales, un estudio reciente en Reino Unido encuentra evidencia de que asistir a un preescolar de alta calidad, se relaciona con un mejor aprovechamiento en matemáticas y en inglés en quinto de primaria (Melhuish et al., 2013). Un programa en las Islas Mauricio estudió niños que asistieron a preescolares con una tasa baja de niños por maestro, con educadores bien entrenados y un currículum bien definido, y se observa un mejor comportamiento y salud mental de los niños a la edad de 17 y 23 años (Raine et al., 2003).

Los estudios existentes también sugieren que asistir a un preescolar de calidad durante más tiempo, implica beneficios mayores para el desarrollo infantil, en particular para niños de escasos recursos. Love et al., (2003) argumentan que los beneficios de asistir más

horas al preescolar dependen de la calidad del servicio; por ejemplo, niños de familias con ingresos bajos que asisten a *Early Head Start* (un programa federal de preescolar en Estados Unidos considerado de alta calidad) durante 30 horas a la semana tienen mayores habilidades cognitivas, verbales y mejor comportamiento que los que asisten menos horas. “Más tiempo” también puede referirse a duración o número de años en los que se asiste preescolar. La evidencia es escasa, pero algunos estudios en Inglaterra (Hall et al., 2013; Sammons et al., 2002) indican que 2 años en un preescolar de calidad son mejores que uno.

En el caso de México, carecemos de evaluaciones de impacto de la asistencia al preescolar en el desarrollo infantil. No obstante, hay algunos estudios y datos que permiten conocer las condiciones de infraestructura y características de los preescolares (Myers et al., 2007; INEE 2010, 2013), así como de los resultados de logro educativo exhibidos por los niños. Estos estudios sugieren deficiencias en la parte de recursos físicos (infraestructura y mobiliario), en la calidad docente y en la relación del preescolar con las familias y las comunidades. Además, persisten disparidades importantes entre modalidades. Por ejemplo, las escuelas en zonas rurales que atienden a poblaciones indígenas presentan muchas más carencias (Myers et al., 2007).

7.5.3. Servicios de educación preescolar en México: Fomentando ambientes de aprendizaje y relaciones positivas para el niño de 3 a 5 años

La educación preescolar pública se ofrece a todos los niños de 3 a 5 años con 11 meses de edad en tres modalidades escolarizadas principales: preescolar general, indígena y Centros de Desarrollo Infantil (CENDI), y una no escolarizada o no formal: preescolares comunitarios administrados por el Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE). La Gráfica 7.5.1 muestra la cobertura por cada uno de estos servicios. La modalidad que capta un mayor porcentaje de la matrícula es el preescolar general (85%), seguido de la educación indígena que representa 9%, los cursos comunitarios CONAFE (4%), y los CENDIS (1%).

En el 2002 se estableció la obligatoriedad de este nivel mediante una reforma constitucional y, con ello, el reconocimiento del preescolar como primer nivel de la educación básica. De los tres grados que conforman



la educación preescolar; el tercero se hizo obligatorio a partir de 2004-2005, el segundo a partir del ciclo 2005-2006 y el primero a partir del ciclo 2008-2009. La reforma preescolar del 2002 también resultó en una renovación curricular y pedagógica que quedó establecida en el Programa de Educación Preescolar (PEP), el cual entró en vigor en el ciclo escolar 2004-2005.

La nueva apuesta curricular establecida en el PEP persigue los siguientes objetivos: 1) incrementar la experiencia formativa de los niños en este nivel educativo y vincularla a la educación primaria y secundaria; 2) utilizar un modelo curricular basado en el reconocimiento de seis campos formativos y competencias: desarrollo personal y social; lenguaje y comunicación; pensamiento matemático; exploración y conocimiento del mundo; expresión y apreciación artística; y desarrollo físico y salud; y 3) fortalecer la figura docente como promotor del proceso educativo al plantear situaciones didácticas que permitan el desarrollo de las competencias establecidas (SEP, 2004).

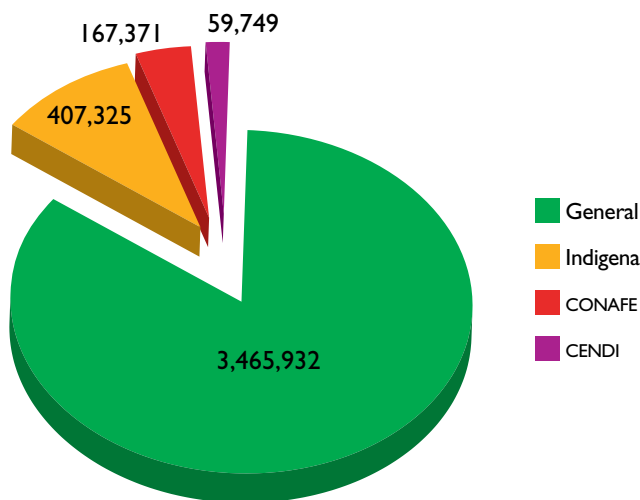
Dos cambios fundamentales a partir del PEP 2004 fueron la eliminación de la jornada fija³ por una flexible,

³ Tradicionalmente las tres horas que abarca la jornada se distribuyen bajo un esquema fijo para realizar actividades rutinarias y una actividad central, cuyo tema es elegido por el maestro.

para que las actividades didácticas se diseñaran en función de las necesidades específicas de los niños atendidos por cada educadora. El segundo fue reorientar el trabajo de directivos y asesores pedagógicos para brindar apoyo académico a los educadores. Para ello, se utilizaron estructuras institucionalizadas para el desarrollo profesional docente, como son el Consejo Técnico y los equipos de supervisión y asesoría (INEE, 2013). A partir del 2007, las entidades federativas contaron con apoyos económicos y técnicos para la implementación del PEP 2004. Por medio del *Programa de apoyo a la consolidación de la reforma pedagógica de la educación preescolar en las entidades federativas*, se buscó impulsar la formación profesional de docentes, fortalecer el papel pedagógico de la gestión escolar en la dirección y supervisión de las escuelas, y apoyar el seguimiento y la asesoría académica a directivos y docentes (SEP, 2010).

En cuanto a las escuelas comunitarias CONAFE, estas asumieron el PEP 2004 con adaptaciones menores sobre cómo estructurar clases y sugerencias a los promotores comunitarios para adaptar secuencias didácticas en contextos indígenas y migrantes, así como instrumentos de seguimiento y evaluación (Myers et al., 2013).

GRÁFICA 7.5.1. MATRÍCULA DE PREESCOLARES POR MODALIDAD, 2012-2013



Fuente: Elaboración propia con datos de estadísticas de la SEP.

Los desafíos de implementar la reforma preescolar

Los desafíos de implementar la reforma preescolar han sido mayúsculos. El más evidente es el incremento de la cobertura. La cobertura global (3, 4, y 5 años) de preescolar en México es de casi 80%, aunque difiere por edades. La Gráfica 7.5.2 muestra que la atención para los niños de 3 años de edad es la que registra el mayor crecimiento: en el 2000, 15 niños de cada 100 de 3 años asistieron a preescolar; mientras que en el 2013, este número fue de 40 por cada 100, un 185% de incremento. A su vez, en este periodo la atención para los niños de 4 años creció un 66% y la de 5 años, un 6%.⁴ Este mayor crecimiento para niños de 3 años de edad debe ser interpretada a la luz de que los de 4 y 5 ya tenían niveles relativamente altos de matrícula y por eso tenían menos espacio para crecer.

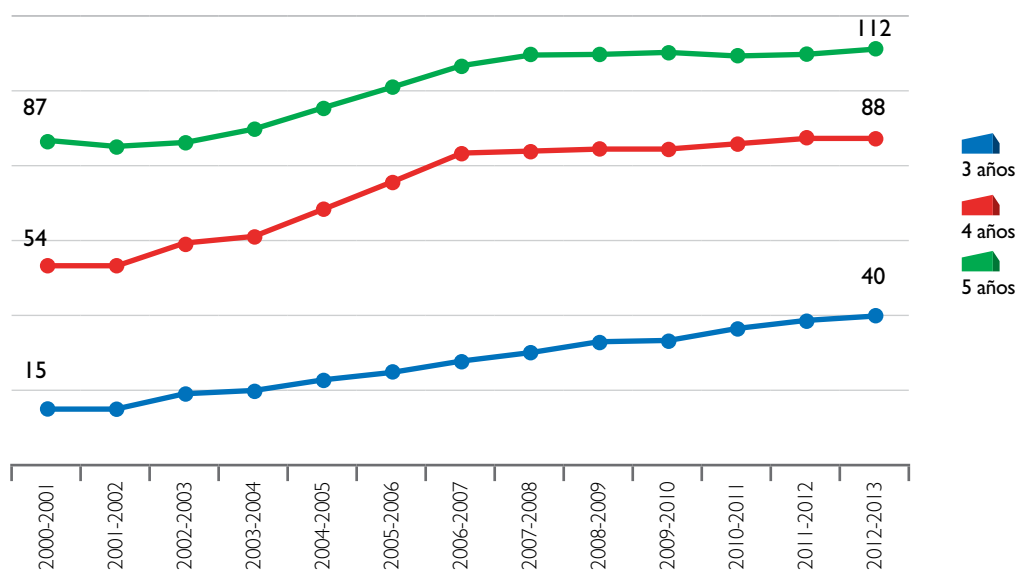
⁴ Para la cobertura de niños de 5 años de edad, se están contabilizando los que están en preescolar y también en 1ero de primaria (los adelantados). De los adelantados, no sabemos cuántos fueron a preescolar. Con las estadísticas oficiales existentes, es difícil saber a ciencia cierta cuantos niños de 5 años han sido expuestos a educación preescolar antes de entrar en primaria. Por otro lado, es evidente que se registran como matriculados a la edad de 5 años (ya sea en preescolar o en primaria) más niños que el total de la población nacional de esta edad, según la estimación del Consejo Nacional de Población (CONAPO). Esto puede deberse a una subestimación de la población total de niños de 5 años o una inflación en el número de matriculados de 5 años reportado por las escuelas.

Aunque la cobertura de preescolar en promedio entre 3 y 5 años ha aumentado en los últimos años de manera importante, el incremento no ha sido el mismo en todo el país. La Gráfica 7.5.3 muestra las disparidades en el acceso a la educación preescolar para niños de 3 a 5 años de edad por el grado de marginación municipal del Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el 2010. La cobertura promedio para los municipios de alta y muy alta marginación es de 57%, mientras que la cobertura para municipios de marginación media es de 72% y para los marginación baja y muy baja, es de casi 94%.

La calidad en la Educación Preescolar: Evidencia para México sobre los resultados y condiciones de los preescolares

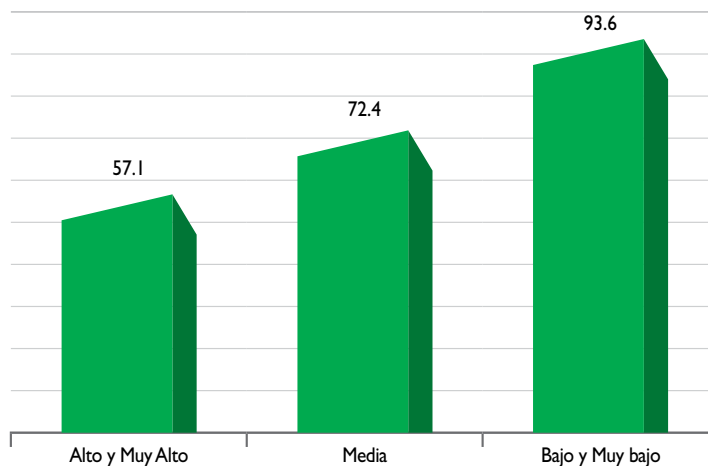
El elevado crecimiento de los servicios de educación preescolar pudo haberse dado a costa de la calidad educativa. No existe evidencia rigurosa para probarlo, pero algunos datos lo sugieren. La Gráfica 7.5.4 muestra que el tamaño de grupo o clase en los preescolares públicos indígenas (24) y generales (20) es mucho mayor que en los privados (11), y rebasa el promedio de la OCDE que es de 15 (OCDE, 2010).

GRÁFICA 7.5.2. COBERTURA EN EDUCACIÓN PREESCOLAR, %



Fuente: SEP, estadísticas educativas de varios años.

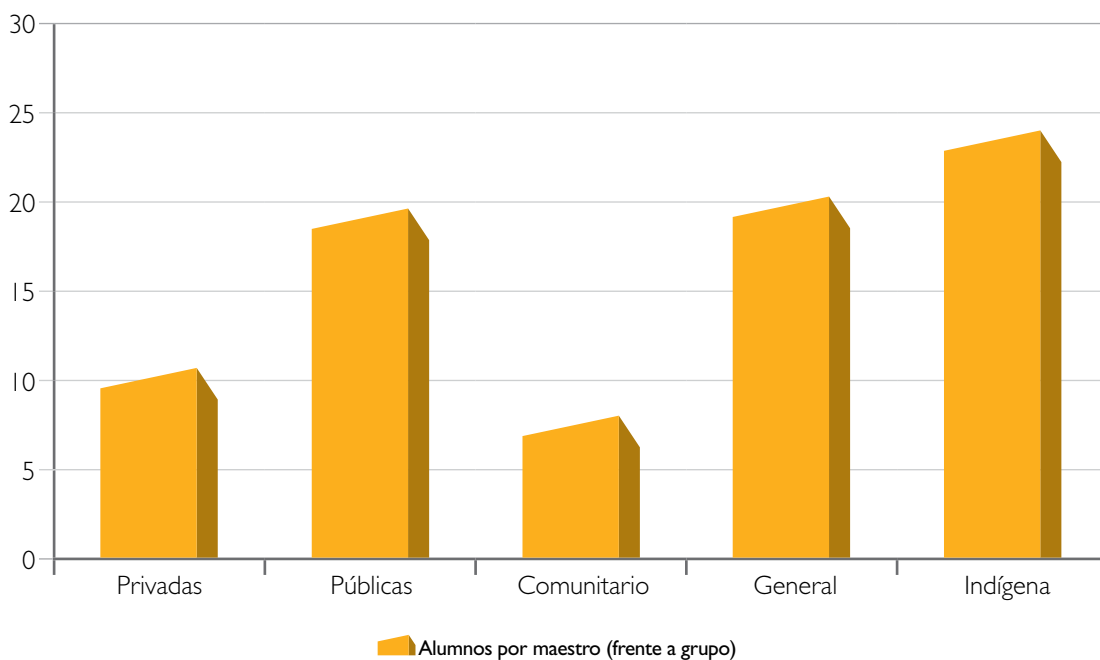
GRÁFICA 7.5.3. COBERTURA MUNICIPAL DE PREESCOLAR PARA NIÑOS DE 3-5 AÑOS DE EDAD, 2012-2013. PROMEDIOS SEGÚN EL ÍNDICE DE MARGINACIÓN 2010



Fuente: SEP, Formato 911 del año 2012-2013. CONAPO 2010 para el grado de marginación, y datos del censo 2010 de población infantil. De los cinco niveles de aquí se agrupa el grado de marginación Alto y Muy alto y el nivel Bajo y Muy bajo.

Nota: La cobertura se calcula como el porcentaje del número de niños atendidos menores a 5 años por municipio y la población infantil del mismo rango de edad.

GRÁFICA 7.5.4. NÚMERO DE ALUMNOS POR MAESTRO FRENTE A GRUPO, 2013



Fuente: INEGI-CEMABE, 2013.

La escasa literatura que existe se ha centrado en describir las condiciones de los servicios de educación preescolar. Myers *et al.*, (2007) estiman la Escala de Evaluación de la Calidad Educativa en Centros Preescolares (ECCP) en 40 centros escolares del Distrito Federal, Estado de México, Oaxaca y Puebla para el ciclo escolar 2002-2003; la escala mide cuatro dimensiones de calidad de los jardines y las aulas de preescolar: los insumos, la gestión educativa, el proceso educativo y la relación con las familias y la comunidad.⁵ El estudio encontró que los puntajes más bajos en la escala calidad educativa corresponden a la gestión educativa y la relación con las familias y la comunidad.

Por su parte, el INEGI realizó en el 2013 el CENSO de Escuelas, Maestros y Alumnos de Educación Básica (CEMABE) en casi todas las escuelas del país.⁶ Los principales resultados para escuelas preescolares se presentan en la tabla 7.5.I. Según los datos del CEMABE, los

⁵ El instrumento fue construido a partir de información recopilada por evaluadores a través de la observación del centro escolar y las aulas, y, de entrevistas a directores y educadoras (Myers *et al.*, 2007).

⁶ Por negativas registradas, en Chiapas no se censaron 41% de las escuelas, en Michoacán 27.3%, y en Oaxaca 27.4% (Comunicado INEGI, 31 de Marzo, 2014).

preescolares públicos presentan peores condiciones de infraestructura que los privados. Dentro de los preescolares públicos, las escuelas indígenas y comunitarias, presentan condiciones mucho más deficientes que los preescolares generales. Las escuelas comunitarias e indígenas, por ejemplo, cuentan con menos servicios, como agua (de la red pública) o energía. Una gran proporción no cuenta con teléfono y un número mínimo cuenta con computadoras o internet ya sea para uso de los alumnos o de los propios docentes. En dos terceras partes de los preescolares indígenas y comunitarios, las educadoras no tienen donde sentarse, ni cuentan con escritorio.

En materia de seguridad, la gran mayoría de los preescolares públicos no cuentan con equipamiento y procesos elementales, como señales de protección civil o salidas de emergencia. Y a pesar del papel clave que juegan las familias en este nivel educativo, menos de una tercera parte de los preescolares públicos cuentan con Asociación de Padres de Familia. Esto contrasta con las escuelas privadas donde prácticamente todas cuentan con servicios públicos, equipamiento mínimo, procedimientos mínimos de seguridad y asociaciones de padres de familia.

TABLA 7.5.I. CONDICIONES DE EQUIPAMIENTO E INFRAESTRUCTURA EN PREESCOLARES A NIVEL NACIONAL, 2013.

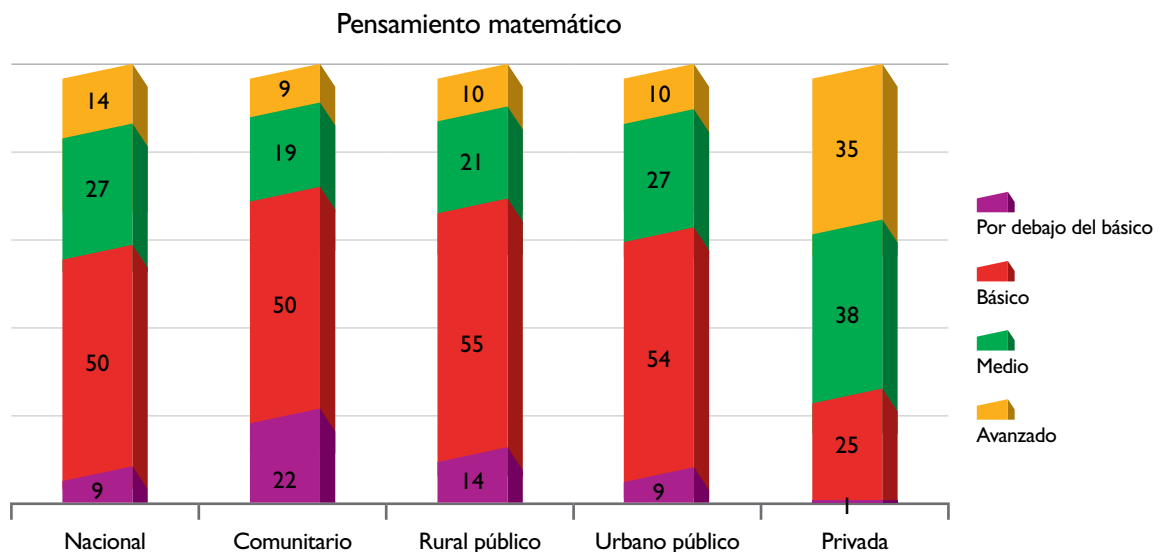
La escuela preescolar cuenta con...	Privadas	Públicas (todas las modalidades)	Pública Comunitaria	Pública General	Pública Indígena
Agua de la red pública	95%	68%	43%	85%	58%
Energía	100%	83%	56%	95%	81%
Teléfono	--	--	2%	46%	2%
Computadoras que sirven	87%	33%	9%	60%	27%
Internet	88%	16%	2%	42%	1%
Baño	99%	84%	67%	95%	67%
Aulas para impartir clase	--	--	80%	98%	97%
Pizarrón en las aulas	--	--	71%	91%	81%
Escritorio para maestros en todas las aulas	--	--	62%	77%	63%
Sillas para maestro en todas las aulas	--	--	61%	82%	65%
Señales de protección civil	92%	22%	--	--	--
Salidas de Emergencia	91%	28%	--	--	--
Asociación de Padres de Familia	91%	31%	--	--	--

Fuente: INEGI-CEMABE, 2013.

La persistencia de desigualdades educativas, tanto en recursos como en resultados, que caracteriza al sistema educativo mexicano, es un desafío que también incumbe al nivel preescolar. En línea con la evidencia mostrada para otros países, en México los niños menores de 6 años, provenientes de contextos más vulnerables, se

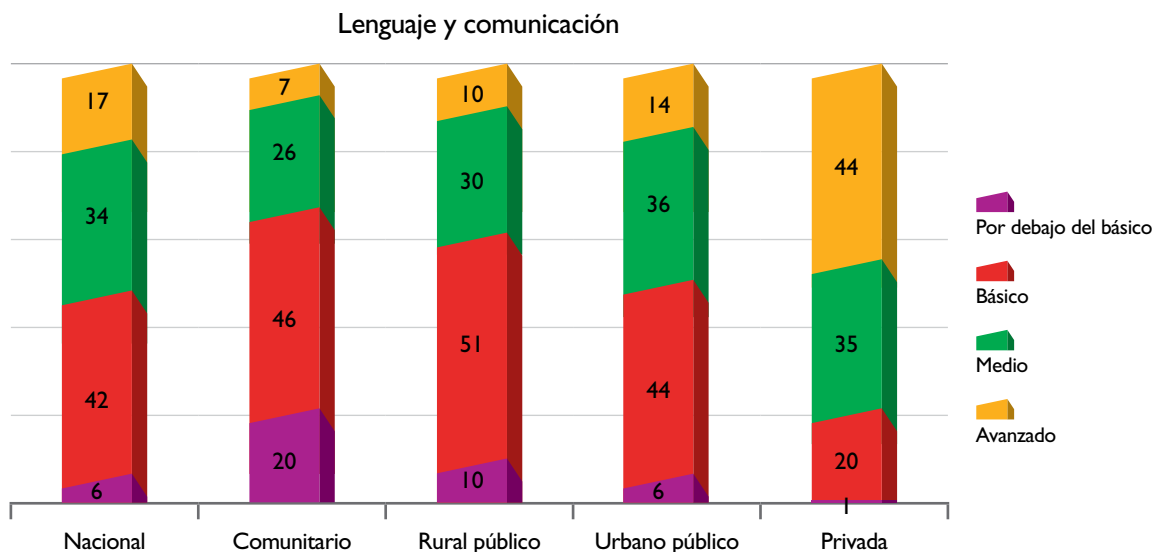
encuentran rezagados en términos de capacidades relevantes para su trayectoria escolar futura. En las gráficas 7.5.5 y 7.5.6 se observa la distribución porcentual de niños según el nivel que lograron en las pruebas de pensamiento matemático, y lenguaje y comunicación realizadas por el INEE en el ciclo escolar 2010-2011.

GRÁFICA 7.5.5. PUNTAJE PROMEDIO DE LOGRO EN PENSAMIENTO MATEMÁTICO, 3RO. PREESCOLAR, RESULTADOS NACIONALES Y POR ESTRATO ESCOLAR, 2011.



Fuente: INEE, evaluación de logro educativo EXCALE 00 en el ciclo escolar 2010-2011

GRÁFICA 7.5.6. PUNTAJE PROMEDIO DE LOGRO EN LENGUAJE Y COMUNICACIÓN, 3RO. PREESCOLAR, RESULTADOS NACIONALES Y POR ESTRATO ESCOLAR, 2011.



Fuente: INEE, evaluación de logro educativo EXCALE 00 en el ciclo escolar 2010-2011.

La proporción de niños que no alcanzó el nivel básico en pensamiento matemático es de 22% para los que asisten a preescolares comunitarios CONAFE, cifra que contrasta con el 1% de los que asistieron a preescolares privados y el 9% de los que asisten a jardines públicos en áreas urbanas. Los puntajes obtenidos en la prueba de lenguaje y comunicación muestran brechas similares entre modalidades educativas las cuales sugieren las grandes brechas que persisten entre alumnos de entornos más y menos favorecidos.

El PEP 2004: Preguntas acerca de la adecuada implementación del currículo

En muchos países, México incluido, las discusiones sobre el currículo impartido a nivel preescolar se centran en lo siguiente: ¿Qué es más importante en el aprendizaje infantil a esta edad? ¿Cuál es la forma más efectiva en que los niños aprenden? ¿Cuáles son las competencias didácticas que un educador preescolar debe tener? No hay respuestas unilaterales en parte porque no se ha comprobado que un modelo curricular específico sea mejor que otro (Kagan y Kauerz, 2010), sin embargo, los expertos resaltan algunos aspectos clave para un modelo curricular efectivo (ver Cuadro 7.5.1.).

Sobre la participación de los niños preescolares en actividades diversas, incluyendo las destinadas a la actividad

física, artística y social, hacemos referencia a datos del estudio del INEE (2013) sobre las prácticas pedagógicas en el aula. Según lo reportado por las educadoras en dicho análisis, entre las actividades del aula que se refieren al desarrollo integral de competencias infantiles,⁷ las más realizadas por las educadoras dentro del salón de clase se refieren a lenguaje y expresión (44% de la jornada escolar), mientras que las actividades relacionadas con el pensamiento matemático corresponden al 21% de la jornada, y la exploración y conocimiento del mundo es 13%. Se dedica menos de un 10% a la expresión artística, el desarrollo físico y el desarrollo personal y social (ver Gráfica 7.5.7). Lo anterior sugiere que, aunque existe una intención en el currículo oficial de que los niños se desarrollen de forma integral, esto podría no estar sucediendo en la realidad (INEE 2013).

Una razón para podría ser que los objetivos del currículo no están siendo comprendidos por todos los educadores. La Tabla 7.5.2 presenta los principios pedagógicos sobre los que se fundamenta el PEP 2004. Estos principios son la base del currículo y lo que debería orientar todos los aspectos de la práctica docente en el aula de preescolar:

⁷ Existen otras actividades rutinarias (como el recreo, los honores a la bandera, etc.) que no se consideran "educativas" en el estudio del INEE (2013). Los porcentajes presentados aquí dejan fuera las actividades consideradas rutinarias. La idea de esta gráfica es conocer, dentro de las actividades educativas, cuáles son las que más se realizan.

CUADRO 7.5.1. ASPECTOS CLAVE DE UN MODELO CURRICULAR EFECTIVO

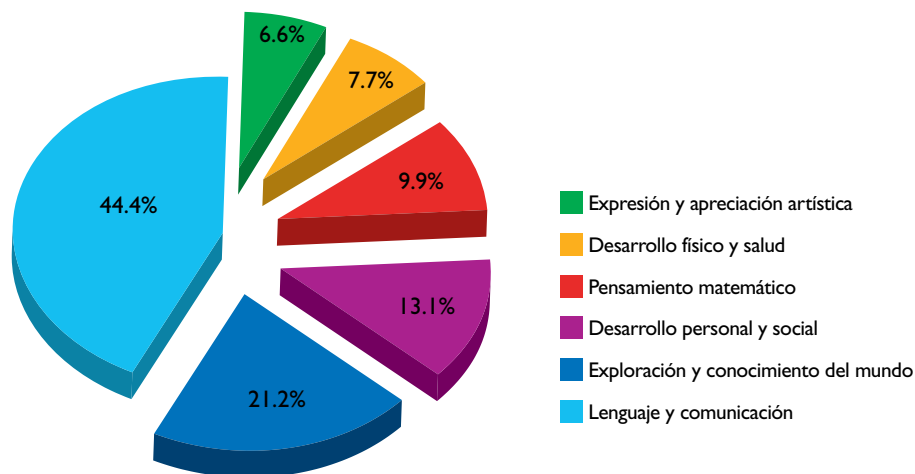


De acuerdo con Kagan y Kauerz (2010), las claves son:

1. El currículo debería cubrir todas las áreas de desarrollo, incluyendo la salud física, el bienestar y el desarrollo motriz, el desarrollo socioemocional, los enfoques de aprendizaje, el desarrollo del lenguaje, la cognición y la cultura general.
2. El currículo se construye sobre el aprendizaje y las experiencias infantiles ya existentes.
3. Los objetivos del currículo están claramente definidos, y son compartidos y comprendidos por todos los adultos que participan en el aprendizaje infantil.
4. El currículo es congruente con estándares de aprendizaje y evaluaciones adecuadas.

Fuente: Kagan, S. L. y Kauerz, K. (2010): "Programas preescolares: Currículo efectivo". *Enciclopedia sobre Desarrollo de la Primera Infancia*.

GRÁFICA 7.5.7. PROPORCIÓN DE LA JORNADA EDUCATIVA DEDICADA A ACTIVIDADES CONGRUENTES CON EL PEP 2004.



Fuente: INEE (2013): *Prácticas pedagógicas y desarrollo profesional docente en preescolar*. México: INEE

TABLA 7.5.2. PRINCIPIOS PEDAGÓGICOS QUE FUNDAMENTAN EL PEP 2004

Aspecto	Principios Pedagógicos
Características Infantiles y Procesos de Aprendizaje	1. Los niños y las niñas llegan a la escuela con conocimientos y capacidades que son la base para continuar aprendiendo.
	2. La función de la docente es fomentar y mantener en las niñas y los niños el deseo de conocer, el interés y la motivación por aprender.
	3. Las niñas y los niños aprenden en interacción con sus pares.
	4. El juego potencia el desarrollo y aprendizaje en las niñas y los niños.
Diversidad y Equidad	5. La escuela debe ofrecer a las niñas y a los niños oportunidades formativas de calidad equivalente, independientemente de sus diferencias socioeconómicas y culturales.
	6. La educadora, la escuela y los padres o tutores deben contribuir a la integración de las niñas y niños con necesidades educativas especiales a la escuela regular.
	7. La escuela, como espacio de socialización y aprendizaje, debe propiciar la igualdad de derechos entre niñas y niños.
Intervención Educativa	8. El ambiente del aula y de la escuela debe fomentar las actitudes que promueven la confianza en la capacidad de aprender.
	9. Los buenos resultados de la intervención educativa requieren de una planeación flexible, que tome como punto de partida las competencias y los propósitos fundamentales.
	10. La colaboración y el conocimiento mutuo entre la escuela y la familia favorece el desarrollo de los niños.

Fuente: INEE, 2010.

Un estudio realizado por el INEE en el 2010 muestra evidencia del grado en que los docentes están de acuerdo con tres actividades fundamentales del trabajo docente en el aula, tomando como eje los principios pedagógicos estipulados en el PEP 2004. El grado de concordancia entre las creencias de los docentes y los planteamientos del currículum es deseable, ya que

promueve una mejor implementación y ejecución de los postulados curriculares (INEE, 2010).

La Tabla 7.5.3. presenta algunos ítems seleccionados del estudio del INEE (2010). Estos ítems reflejan orientaciones pedagógicas o actividades con las que las educadoras pueden o no estar de acuerdo. Para

TABLA 7.5.3. ASPECTOS SOBRE ORIENTACIONES PEDAGÓGICAS Y ACTIVIDADES DOCENTES E INTERPRETACIÓN DE RESPUESTAS DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL PEP 2004

Aspectos Sobre Orientación Pedagógica / Actividad Docente	Interpretación de las Respuestas (Acuerdo o Desacuerdo) de las Educadoras
Las creencias populares de la comunidad obstaculizan el desarrollo de las competencias de los niños.	El programa plantea que las maestras deben entender y ser empáticas con las culturas de sus alumnos, y reconocer que pueden ser un punto de partida para el diseño de situaciones de aprendizaje. Estar de acuerdo con esta afirmación podría impedir que las docentes diseñen situaciones didácticas que aprovechen los conocimientos locales y favorezcan la vinculación de la escuela con la comunidad.
Es más importante que los niños indígenas aprendan el español que su lengua materna para que no sean discriminados.	El programa busca que los niños y niñas “adquieran confianza para expresarse, dialogar y conversar en su lengua materna” y reconoce que es una “herramienta fundamental para el mejoramiento de sus capacidades cognitivas y expresivas, así como para fomentar en ellos el conocimiento de la cultura a la que pertenecen y para enriquecer su lenguaje”. Estar de acuerdo con esta afirmación no concuerda con estos propósitos.
Los niños de familias de escasos recursos tienen menos probabilidades de desarrollar todas las competencias.	El programa busca que las docentes sean sensibles a las características individuales de los alumnos, sin ser condescendientes. Además, busca que los docentes promuevan en todos los niños “un sentimiento de seguridad y capacidad de logro”.
Pienso que no es apropiado que los niños realicen juegos de niñas.	El PEP 2004 señala que las prácticas educativas deben promover “la participación equitativa en todo tipo de actividades” de todos los alumnos y alumnas. Por el contrario, estar de acuerdo con la afirmación en cuestión podría contribuir a la reproducción de estereotipos sociales y a la discriminación en la participación de cada uno de estos actores.
Creo que la mejor manera de involucrar a los padres es invitarlos a participar en ceremonias y actos educativos.	El programa señala que la participación de los padres debe partir de cuestiones básicas, como asegurar la asistencia de los niños al preescolar, y dirigirse hacia aspectos profundos del proceso educativo; por ejemplo, explorar las dificultades que encuentran en las relaciones interpersonales y de conducta con sus hijos, o fomentar la disposición de los alumnos a leer. Estar de acuerdo con esta afirmación no concuerda con estos propósitos.
Los padres de familia no deben involucrarse en la evaluación del progreso de sus hijos porque desconocen las actividades que se desarrollan en la escuela.	El programa afirma que el proceso de evaluación es una oportunidad para “favorecer la comunicación escuela-padres”. En este proceso, los padres de familia pueden proporcionar información sobre los avances que hayan identificado en sus hijos y sobre sus opiniones del trabajo en el aula y en la escuela. De la misma forma, los padres de familia pueden informarle a la educadora lo que sus hijos comentan en casa en torno a las actividades que realizan en el salón y la escuela, sobre la relación sostenida con la maestra y sus pares, y de los logros que consideran haber obtenido. Estar de acuerdo con esta afirmación no concuerda con estos propósitos.

Fuente: Elaboración propia con textos e información de INEE, 2010.

cada orientación pedagógica o actividad, se provee la interpretación sobre lo que significa estar de acuerdo o no, según los planteamientos del PEP 2004.

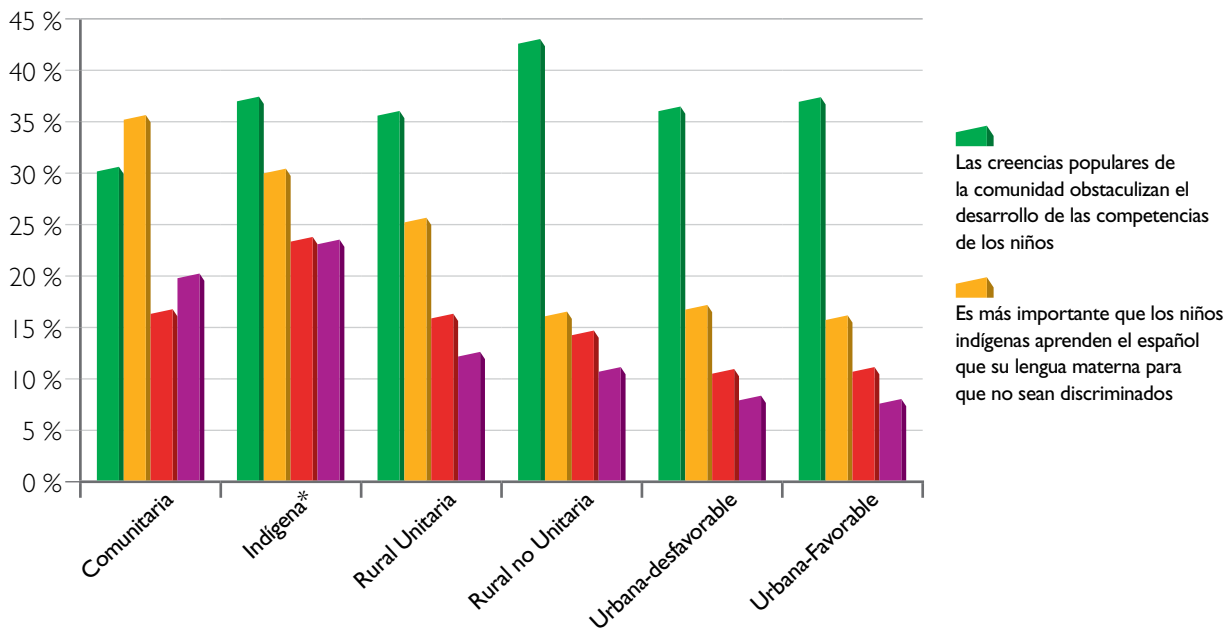
Las siguientes gráficas muestran las respuestas promedio, por modalidad, de los docentes reportadas en el estudio del INEE, 2010 a los aspectos incluidos en la Tabla 7.5.3.

En la Gráfica 7.5.8 puede percibirse que las educadoras de escuelas comunitarias concuerdan menos con los principios establecidos en el PEP 2004 en estos dos aspectos, que otras educadoras. El punto donde se observan más diferencias entre educadoras de medios urbanos y rurales (incluyendo indígenas), es en el tema de pensar que las competencias son conceptos a enseñar lo que, como advierte el INEE (2010), puede redituarse en una concepción más limitada de los propósitos del preescolar para el desarrollo a lo largo de la vida.

En el tema de diversidad y equidad, las docentes exhiben algunas creencias preocupantes (ver Gráfica 7.5.9). Por ejemplo, muchas más docentes de zonas comunitarias e indígenas consideran que no es apropiado que los niños realicen juegos de niñas, lo cual podría contribuir a la reproducción de estereotipos sociales y a la discriminación (INEE, 2010).

Por otro lado, el hecho de que muchas más docentes en escuelas comunitarias e indígenas piensen que los niños de escasos recursos no tienen las mismas posibilidades de desarrollar todas las competencias que los niños de ambientes más favorables, va en contra de toda noción sobre igualdad de expectativas y promoción de logro para *todos los niños, independientemente de su condición*. Es alarmante que desde pequeños, los niños de contextos socio-económicos desfavorables estén expuestos a un nivel menor de aspiración por parte de los que les enseñan.

GRÁFICA 7.5.8. GRADO DE CONCORDANCIA DE CREENCIAS DE EDUCADORAS CON EL PEP EN ASPECTOS DE DIVERSIDAD Y EQUIDAD



Fuente: INEE, 2010

*Las escuelas indígenas unitarias y no-unitarias fueron agrupadas en una sola categoría para simplificar la exposición, y dado que en la mayoría de los casos las respuestas de los docentes en ambas modalidades no variaban significativamente.

Por último, también resalta que muchas más educadoras en medios indígenas que de medios rurales o urbanos creen que es importante que los niños aprendan más español que su lengua materna desde esta edad tan temprana, especialmente dada la importancia puesta, desde el propio PEP y desde la literatura en general, en lograr que los niños adquieran confianza para expresarse, dialogar y conversar en su lengua materna (PEP, 2004).

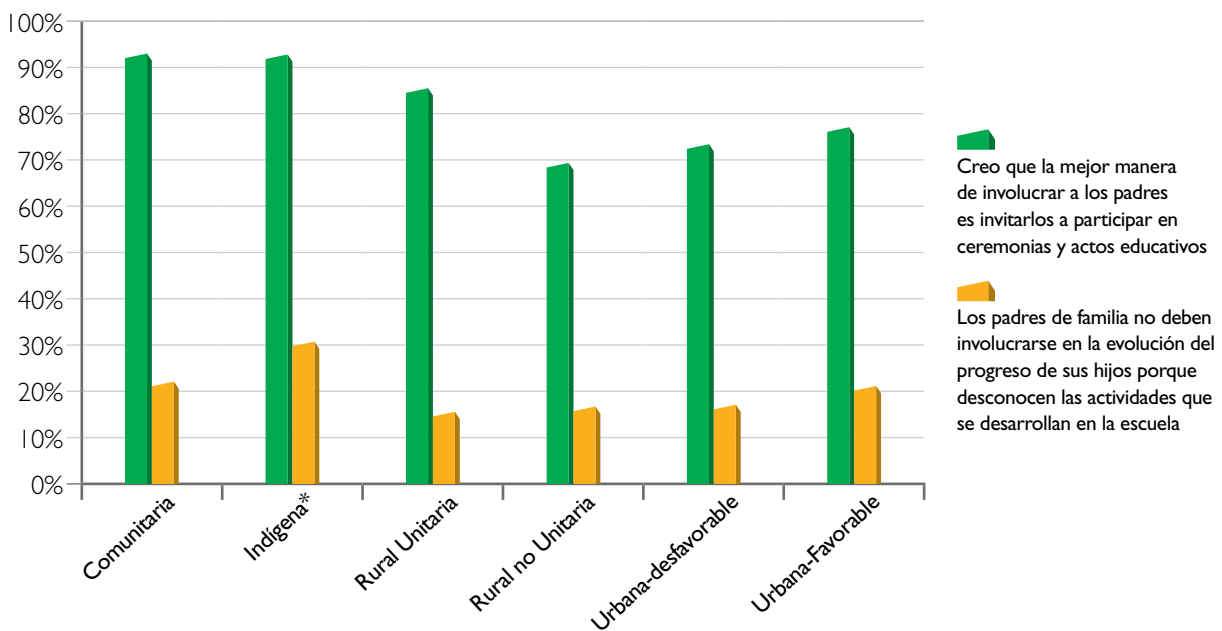
En general, las creencias reportadas por las educadoras con respecto a la mejor manera de involucrar a padres en la escuela preescolar, sugieren una concepción limitada de lo que los padres pueden hacer para favorecer la educación y desarrollo de sus hijos durante esta etapa. La gran mayoría de las educadoras en todos los tipos de escuela, aunque más en el medio indígena y comunitario, piensan que la mejor forma de involucrar a padres de familia es que participen en eventos y ceremonias. Aunque muchos más educadoras están de acuerdo que hay que involucrar a los padres en la evaluación del progreso de sus hijos, es notorio que casi la tercera parte de los docentes en

escuelas indígenas, y más de 20% en escuelas comunitarias y urbanas en contextos favorables, no están de acuerdo con esta afirmación. Dada la importancia de los padres en el desarrollo de los niños pequeños, es de resaltar que muchos docentes todavía no vean la necesidad y las ventajas de involucrar a los padres en la educación preescolar de sus hijos de forma mucho más significativa.

Con todos los ítems incluidos en las escalas de características del niño y aprendizajes, diversidad y equidad e intervención educativa, el INEE construyó índices de concordancia con el PEP 2004. Aquí destacamos dos: 1) en qué grado los docentes concuerdan con creencias sobre la implementación de actividades didácticas tomando en cuenta características infantiles, procesos de aprendizaje, y la diversidad y la equidad; y 2) sus creencias en cuanto a la valoración de los logros de los niños en relación a los propósitos educativos (ver Gráfica 7.5.10).

Como se observa en la Gráfica 7.5.10, a nivel nacional sólo la mitad de las educadoras tiene creencias sobre

GRÁFICA 7.5.9. GRADO DE CONCORDANCIA DE CREENCIAS DE EDUCADORAS CON EL PEP EN ASPECTOS DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA RELACIONADOS CON PADRES DE FAMILIA



Fuente: INEE, 2010

*Las escuelas indígenas unitarias y no-unitarias fueron agrupadas en una sola categoría para simplificar la exposición, y dado que en la mayoría de los casos las respuestas de los docentes en ambas modalidades no variaban significativamente.

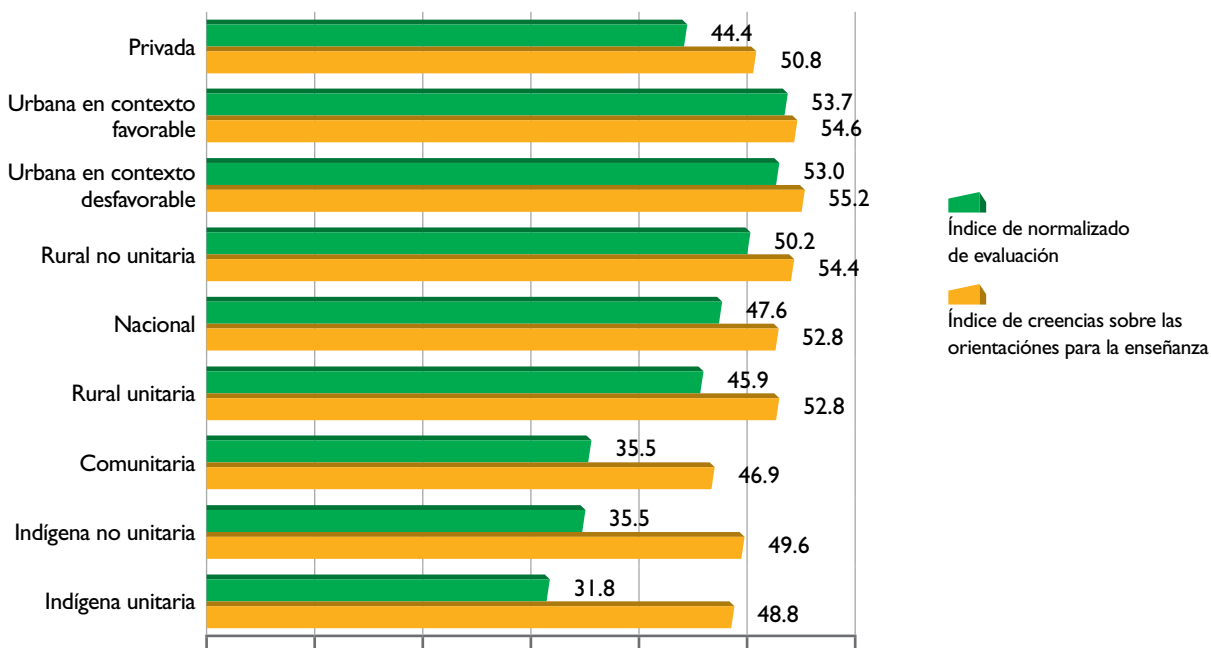
orientaciones de enseñanza que van de acuerdo con lo estipulado en el PEP 2004. Se observa una proporción mayor de docentes en escuelas públicas de contextos urbanas, privadas y rurales que reportan creencias que concuerdan con lo planteado en el PEP, relativo a los docentes de escuelas indígenas y comunitarias. Un patrón similar, aunque ligeramente más pronunciado, se observa en las percepciones sobre la valoración de los aprendizajes. Los resultados utilizando todos los ítems de la encuesta del INEE en este ámbito, sugieren que poco menos de la mitad de los docentes encuestados a nivel nacional reporta creencias que concuerdan con los planteamientos sobre valoración de alumnos estipulados en el PEP 2004. La cifra es mucho menor en escuelas indígenas y comunitarias.

El currículum, la formación docente y el acompañamiento para los maestros a nivel preescolar, debe enfatizar el diseño de prácticas pedagógicas a partir de las diferencias de edad y contexto socio-cultural de los niños. El hecho de que las educadoras en contextos indígenas y rurales comunitarios no concuerdan

con los planteamientos del PEP al mismo nivel que sus contrapartes urbanas, podría estar sugiriendo la falta o insuficiencia de este énfasis, o bien, algún tipo de sesgo cultural en cómo están planteados los aspectos ya sea en el PEP o en la encuesta del INEE.

En cualquier caso, es difícil esperar que mejoren las prácticas docentes en el aula si el educador no cuenta con un soporte técnico apropiado. Como apoyo a la implementación del PEP 2004, la Secretaría de Educación Pública (SEP) ha dirigido acciones importantes para el acompañamiento docente en preescolar, como la asesoría pedagógica y el trabajo colegiado. No obstante, en su evaluación más reciente sobre el desarrollo profesional docente en preescolar, el INEE (2013) estima que a nivel nacional únicamente 18% de las docentes de preescolar recibieron asesoría externa sostenida y reflexiva con diagnóstico amplio. Asimismo, los desafíos de acompañamiento docente son mayores en escuelas indígenas, principalmente por la falta de un currículum intercultural bilingüe y de asesores externos calificados.

GRÁFICA 7.5.10. PORCENTAJE DE EDUCADORAS QUE ESTÁN DE ACUERDO CON PRINCIPIOS PEDAGÓGICOS SOBRE LAS ORIENTACIONES PARA LA ENSEÑANZA Y LA EVALUACIÓN DE LOS ALUMNOS ALINEADOS CON EL PEP 2004.



Fuente: INEE (2010). *La educación preescolar en México. Condiciones para la enseñanza y el aprendizaje*. México: INEE.

Nota: Las escuelas preescolares son unitarias si cuentan con un solo docente o instructor.

7.5.4. Conclusiones

Las inversiones educativas durante la edad de 3 y 5 años son fundamentales para que un niño esté listo para iniciar su transición a la primaria y, así, continuar con éxito su trayectoria escolar. Estas inversiones benefician más a los niños que viven en condiciones de pobreza. Por lo tanto, los programas educativos focalizados para niveles de ingreso bajo pueden reducir las desigualdades en el aprendizaje entre los niños provenientes de ambientes de pobreza y los que no.

tienen bases sólidas sobre principios de desarrollo y aprendizaje infantil, educadores que promueven una relación de proximidad y afecto con sus alumnos, y una buena comunicación con los padres, además de condiciones físicas y de infraestructura apropiadas para el trabajo preescolar y libres de riesgos para los niños.

Al igual que el resto del sistema educativo mexicano, la educación preescolar enfrenta serios desafíos, incluyendo brechas persistentes de equidad en la cobertura, especialmente para los niños más pequeños. A pesar



La educación preescolar tiene el potencial de reducir la brecha en habilidades cognitivas y lingüísticas que se observan entre los niños provenientes de contextos de bajos recursos y los que crecen con menos carencias en su hogar. Sin embargo, las escuelas que no están “listas para enseñar” difícilmente pueden revertir esos rezagos en el logro educativo. Las escuelas que están “listas para enseñar” cuentan con educadores que interactúan frecuente y significativamente con los niños, educadores que entienden el currículum, docentes que

de que casi el 90% de los niños de 4 y 5 años asiste a preescolar, 6 de cada 10 niños de 3 años está fuera. El análisis de cobertura realizado aquí, también describe inequidades importantes según el nivel de marginación del municipio: en los municipios más marginados se observa un nivel de cobertura de preescolar apenas por arriba del 57%. Esto puede deberse a una falta de acceso (no hay suficientes instalaciones y espacios a una distancia accesible para todos los niños que quieren tener este servicio), o bien a problemas en la

demanda –los espacios disponibles quedan muy lejos o por cuestiones sociales o culturales, los padres deciden no enviar a sus hijos al preescolar. Por la razón que sea, lo cierto es que los niños pequeños en zonas rurales y marginadas, están recibiendo menos años de educación en una etapa clave para su desarrollo.

La desigualdad en la calidad de la educación preescolar es otro gran desafío. Los resultados en las pruebas del INEE para tercero de preescolar, sugieren mayores deficiencias en el aprendizaje de niños que asisten a

el promedio de la OCDE. Además, una mayor proporción de docentes en preescolares indígenas, comunitarios y hasta cierto punto rurales, expresan creencias que no corresponden a principios pedagógicos de acuerdo con lo estipulado en el PEP, y en la literatura a nivel internacional sobre el nivel preescolar.

Hay que tomar acciones determinadas para incrementar la cobertura y la calidad de los aprendizajes y de la enseñanza para todos los niños en edad de asistir al preescolar. Es importante también asegurar que las



modalidades rurales. Lo anterior puede deberse a su condición económica y factores ajenos a la escuela, pero resulta evidente que los preescolares públicos, especialmente aquellos en zonas rurales y marginadas, están en peores condiciones. Por ejemplo, los preescolares rurales y comunitarios presentan mayores deficiencias en equipamiento e infraestructura. Los preescolares generales, presentan tamaños de clase muy elevados, 25 niños en promedio por salón. Mucho mayores que el promedio de las escuelas privadas mexicanas, así como

educadoras en todas las modalidades sean formadas y apoyadas para lograr transmitir los principios de la buena práctica docente en este nivel a sus alumnos. También se requiere de mejoras en el equipamiento (incluyendo materiales) y la infraestructura de los centros infantiles, sobre todo en el medio rural e indígena. La relación entre las escuelas preescolares y las familias y comunidades, es un tema de primordial importancia y donde hay todavía mucho trabajo por hacer.

Referencias

- Almond, D., y Currie, J. (2010). "Human capital development before age five". *NBER Working Paper No. 15827*. United States, Cambridge: National Bureau of Economic Research.
- Attanasio, Orazio, Gomez, L. C., Rojas, A. G., y Vera-Hernandez, M., 2004. "Child health in rural Colombia: determinants and policy interventions". *Economics & Human Biology Elsevier*, 2(3),s 411-438.
- Barnett, W.S., Brown, K., y Shore, R., 2004. "The universal vs. targeted debate: Should the United States have preschool for all?". *Preschool Policy Matters*, 6.
- Barnet, W.S., y Nores, M. (2012). "Investing in Early Childhood Education A Global Perspective". *National Institute for Early Education Research*. Disponible en: <http://nieer.org/sites/nieer/files/Investing%20in%20Early%20Childhood%20Education%20A%20Global%20Perspectivei.pdf>
- Behrman, J., et al.. (2004). "Hunger and nutrition". In *Global crisis, global solutions*. Disponible en: www.copenhagenconsensus.com/Files/Filer/CC/Papers/Hunger_and_Malnutrition_070504.pdf
- Behrman, J. R., Godoy, R., Goodman, E., Leonard, W., Undurraga, E., y TAPS Bolivia Study Team (2011). "Short-Run Effects of Income Transfers and Reduction of Village Income Inequality on Well-Being: Results of a Randomized Control Trial in the Bolivian Amazon". *TAPS Working Paper Series*, 65.
- Berlinski, S., Galiani, S., y Manacorda, M.. (2008). "Giving children a better start: Preschool attendance and school-age profiles". *Journal of Public Economics*, 92(5-6), 1416–1440.
- Berlinski, S., S. Galiani, et al. (2009). "The effect of pre-primary education on primary school performance". *Journal of Public Economics*, 93(1-2), 219-234
- Bernal, R., Fernández, C., Flores C.E., y Gaviria A. (2009). "Evaluación de impacto del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar del ICBF". Documentos CEDE, 005854.
- Blau, D. y Currie, J. (2004). "Preschool, Day Care, and Afterschool Care: Who's Minding the Kids?". *NBER Working Papers*, 10670.
- Bradbury, B., Corak, M., Waldfogel, J., y Washbrook, E. (2011). "Inequality during the Early Years : Child Outcomes and Readiness to Learn in Australia , Canada , United Kingdom , and United States". *IZA Discussion Paper*, 6120.
- Burger, K. (2010). "How does early childhood care and education affect cognitive development? An international review of the effects of early interventions for children from different social backgrounds". *Early childhood research quarterly*, 25(2), 140-165.
- Campbell, F. A., Ramey, C. T., Pungello, E., Sparling, J., y Miller-Johnson, S. (2002). "Early Childhood Education: Young Adult Outcomes from the Abecedarian Project". *Applied Developmental Science*, 6(1), 42-57.

Carneiro, P., y Heckmann, J. (2003). "Human Capital Policy". *NBER Working Paper*, 9495.

Carneiro, P., y Ginja, R. (2005). "Preventing Behavior Problems in Childhood and Adolescence : Evidence from Head Start".

Cascio, E., y Schanzenbach, D.W. (2013). "The Impacts of Expanding Access to High-Quality Preschool Education". *NBER Working Paper*, 19735.

Dunn, L., Padilla, E., Lugo, D., y Dunn, L. (1986). *Test de Vocabulario en Imágenes Peabody: Adaptación Hispanoamericana (Peabody Picture Vocabulary Test: Hispanic-American Adaptation)*. Circle Pines, MN: Dunn Educational Services, Inc.

Engle, P.L., Fernald, L. C., Alderman, H., Behrman, J., O’Gara, C., Yousafzai, A., y Iltus, S. (2011). "Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries". *Lancet*, 378(9799), 1339–53.

Epstein, A.S. (1993). *Training for quality: Improving early childhood programs through systematic in service training*. Ypsilanti, MI: High/Scope Press.

Fitzpatrick, M. D. (2008). "Preschoolers Enrolled and Mothers at Work? The Effects of Universal Pre-Kindergarten". Discussion Papers Stanford Institute for Economic Policy Research, 08(001).

Hall, J., Sylva, K., Sammons, P., Melhuish, E., Siraj-Blatchford, I., y Taggart, B. (2013). "Can preschool protect young children’s cognitive and social development? Variation by center quality and duration of attendance". *School Effectiveness and School Improvement: An International Journal of Research, Policy and Practice*, 24(2), 155-176.

Heckman, J., y Masterov, D.V. (2007). "The Productivity Argument for Investing in Young Children". *NBER Working Papers*, 13016.

Helburn, S.W., y Howes, C. (1996). "Childcare cost and quality". *Future of Children*, 6(2), 62-82.

Herrera, M. O., Mathiesen, M. E., y Domínguez, P. (2006). "Evaluación de Entornos Educativos en Centros Parvularios para menores de Tres Años: la escala ITERS". *Investigaciones en educación*, VI (1), 107-127.

Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación [INEE]. (2008). *El Aprendizaje en tercero de preescolar en México*. México: INEE

_____. (2010). *La educación preescolar en México. Condiciones para la enseñanza y el aprendizaje*. México: INEE.

_____. (2013). *Prácticas pedagógicas y desarrollo profesional docente en Preescolar*. México: INEE.

Lacunza, A., Castro Solano, A. y Contini, N. (2009). "Habilidades sociales preescolares: una escala para niños de contextos de pobreza". *Revista de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú*, 27 (1), 3-28.

- Leroy, J., Gadsden, P., y Guijarro, M. (2011). "The impact of daycare programs on child health, nutrition and development in developing countries: a systematic review". Systematic Review 007 International Initiative for Impact Evaluation. Disponible en: http://www.3ieimpact.org/admin/pdfs_synthetic2/SR%20007_Web.pdf
- Love, J. M., Harrison, L., Sagi-Schwartz, A., van I Jzendoorn, M. H., Ross, C., Ungerer, J. A., et al. (2003). Child care quality matters: How conclusions may vary with context. *Child Development*, 74, 1021–1033.
- Kagan, S. L., y Kauerz, K. (2010). "Programas preescolares: Currículo efectivo". En Centre of Excellence for Early Childhood Development, *Enciclopedia sobre Desarrollo de la Primera Infancia* (pp. 1-6).. Disponible en: http://www.encyclopedia-infantes.com/pages/PDF/Programas_preescolares.pdf
- Loeb, S., Bridges, M., Bassok, D., Fuller, B., y Rumberger, R. (2007). "How much is too much?: The influence of preschool centers on children's social and cognitive development". *Economics of Education Review*, 26(1), 52-66.
- Mathiesen, M. E., Herrera, M. O., Merino, J. M., Villalón, M., y Suzuki, E. (2001). "Calidad educativa familiar y desarrollo infantil del párvulo". *Paideia, Universidad de Concepción*, 30(31).
- Melhuish, E., Quinn, L., Sylva, K., Sammons, P., Siraj-Blatchford, I., y Taggart, B. (2013). "Preschool affects longer term literacy and numeracy: results from a general population longitudinal study in Northern Ireland". *School Effectiveness and School Improvement*, 24(2), 234–250. DOI: 10.1080/09243453.2012.749796
- Muñoz, A. (2007). *Sistema de Acreditación de la Calidad del Servicio de Salas Cuna y Jardines Infantiles*. Documento elaborado para el Simposio sobre "Inversión en Capital Humano para el Desarrollo Económico de Niñez y Juventud". Washington, DC: Banco Mundial.
- Myers, R. (1995). *La Educación Preescolar en América Latina: El Estado de la Práctica. Programa de Promoción de la Reforma Educativa en América Latina y el Caribe*. Disponible en: <http://cdi.mecon.gov.ar/biblio/docelec/preal/dt/1.pdf>
- Myers, R., y Martínez, J. (2007). *La Educación Preescolar en México: La Política de Calidad y Equidad en Perspectiva*. México: ACUDE.
- Myers, R., Martínez, A., Delgado, J. A., Fernandez, J. L., y Martínez, A. (2013). *Desarrollo Infantil Temprano en México, Diagnóstico y Recomendaciones*. Washington, DC: BID.
- Naudeau, S., Kataoka, N., Valerio, A., Neuman, M., y Elder, L. (2010). *Investing in Young Children: An Early Childhood Development Guide for Policy Dialogue and Project Preparation*. Washington, DC: World Bank.
- NICHD Early Child Care Research Network. (1999). "Child outcomes when child care center classes meet recommended standards for quality". *American Journal of Public Health*, 89, 1072-1077.

NICHD Early Child Care Research Network. (2002). "Early child care and children's development prior to school entry: Results from the NICHD Study of Early Child Care". *American Educational Research Journal*, 39, 133-164.

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos [OCDE]. (2002). *Starting Strong, Early Childhood Education and Care*. Francia, Paris: OCDE.

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos [OCDE]. (2010). *PF4.2: Quality of childcare and early education services*. Francia, Paris: OCDE - Social Policy Division. Directorate of Employment, Labour and Social Affairs. Disponible en: www.oecd.org/els/social/family/database.

Raine, A., Mellinger, K., Liu, J., Venables, P., y Mednick, S. A. (2003). "Effects of Environmental Enrichment at Ages 3-5 Years on Schizotypal Personality and Antisocial Behavior at Ages 17 and 23 Years". *American journal of psychiatry*, 160(9), 1627-1635.

Reardon, S. (2011). "The widening academic achievement gap between the rich and the poor: New evidence and possible explanations". En R. Murnane y G. Duncan (eds), *Whither Opportunity? Rising Inequality and the Uncertain Life Chances of Low-Income Children*. Nueva York: Russell Sage Foundation Press.

Rodrigues, C.G, Pinto, C., y Santos, D. D. (2011). "The impact of daycare attendance on mat test scores for a cohort of 4 graders in brazil". *Working paper*.

Sammons, P., Smees, R., Taggart, B., Sylva, K., Melhuish, E. C., Siraj-Blatchford, I., y Elliot, K. (2002). "The Early Years Transition and Special Educational Needs (EYTSN) Project. Londres: University of London.

Secretaría de Educación Pública [SEP]. (2004). *Programa de Educación Preescolar 2004*. México: SEP.

_____. (2010). *La función de asesoría en la educación preescolar 2004*. México: SEP

Schady, N., Behrman, J., Araujo, M. C., Azuero, R., Bernal, R., Bravo, D., Lopez-Boo, F., Macours, K., Marshall, D., Paxson, C., y Vakis, R. (2014). "Wealth Gradients in Early Childhood Cognitive Development in Five Latin American Countries". *GCC Working Paper Series*, GCC 14-02.

Schady, N. (2011). "Parents' Education, Mothers' Vocabulary, and Cognitive Development in Early Childhood: Longitudinal Evidence From Ecuador". *American Journal of Public Health*, 101 (12), 299-307.

Sylva, K., Stein, A., Leach, P., Barnes, J., y Malmberg, L. E. (2011). "Effects of early childcare on cognition, language, and task-related behaviours at 18 months: An English study". *British Journal of Developmental Psychology*, 29(1), 18-45.

Sylva, K., Siraj-Blatchford, Taggart, B., Sammons, P. and Melhuish, E., (2002). *The EPPE case studies*. Londres: University of London.

- Tietze, W. (1998). *Wie gut sind unsere Kindergärten?*. Berlin: Luchterhand.
- Urzúa, S., y Veramendi, G. (2010). *The Impact of Out-of-Home Childcare Centers on Early Childhood Development*. BID.
- Urzúa, S. y Veramendi G. (2011). *The Impact of Out-of-Home Childcare Centers on Early Childhood Development*. BID.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO]. 2007. *Educación de calidad para todos: un asunto de derechos humanos*. Chile, Santiago de Chile: UNESCO.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2011). *Mesa técnica en prevención de maltrato y promoción del buen trato en primera infancia*. . Disponible en: www.unicef.cl.
- Vandell, D. L., y Wolfe, B. (2000). *Childcare Quality: Does It Matter and Does It Need to Be Improved?* Madison, WI: Institute for Research on Poverty- University of Wisconsin- Madison.
- Vegas, E., y Santibáñez, L. (2010). *The promise of early childhood development in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: World Bank.
- Yoshikawa, H., McCartney, K., Myers, R., Bub, K. L., Lugo-Gil, J., Ramos, M. A., y Knaul, F. (2007). "Early Childhood Education in Mexico: Expansion, Quality Improvement and Curricular Reform." *Innocenti Working Paper*, 2007-03.



8. < Conclusiones y recomendaciones

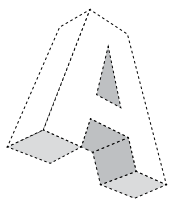
en el desarrollo físico, cognitivo, lingüístico y socio-emocional del niño. A la edad de seis años, la brecha de desarrollo entre los niños de entornos favorables y desfavorables es ya muy grande.

La comunidad internacional ha llegado al criterio de que la infancia implica un espacio separado de la edad adulta, en el cual los niños y las niñas deben gozar de una serie de derechos específicos que les permitan desarrollarse plenamente en todos los ámbitos de la vida (CEAMEG, 2009). Los derechos de los niños están elevados al rango constitucional, algo significativo porque demuestra la importancia que tiene el tema. El artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el derecho de las niñas y los niños a satisfacer sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Reconoce el deber de ascendientes, tutores y custodios de preservar estos derechos. Establece la obligación del Estado de proveer lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos, así como de otorgar facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez (CEAMEG, 2009). En diversas leyes y acuerdos Mexicanos se establece el interés superior de la infancia así como sus derechos a la no-discriminación, la igualdad, el vivir en familia como espacio primordial de desarrollo, el tener una vida libre de violencia, así como la corresponsabilidad de los miembros de la familia, Estado y sociedad.

Autora:

Lucrecia Santibañez, *Mexicanos Primero*

8.1. EL INTERÉS SUPERIOR DE LA INFANCIA



nivel mundial, más de 200 millones de niños menores de 5 años, que viven en países de bajos y medianos ingresos, no lograrán alcanzar su máximo desarrollo porque sufren las consecuencias negativas de la pobreza, deficiencias en su alimentación y oportunidades de aprendizaje inadecuadas (Grantham-McGregor, 2007). **Las familias con menos recursos económicos, con bajos niveles educativos, que viven en situaciones de pobreza, hacinamiento y altos niveles de estrés, enfrentan retos mayúsculos para asegurar el desarrollo adecuado de sus hijos.** Todo esto tiene repercusiones, muchas veces irreversibles,



TABLA 8.1. NUMERALIA DE LA PRIMERA INFANCIA

México	Descripción
6%	Niños menores de 6 años que asisten centros de cuidado formal (promedio OCDE 31%)
18%	Niños que no cuentan con acta de nacimiento (en Chiapas es 44%, en Guerrero 40%, en Morelos y Oaxaca 26% y en Veracruz 23%)
21%	Cobertura del programa de guarderías del IMSS (2012)
29%	Cobertura del programa Estancias Infantiles de SEDESOL (2012)
31%	Cobertura del programa de educación inicial no escolarizada para padres del CONAFE
79%	Cobertura del preescolar (% de niños de la edad relevante que asisten)
24	Número de alumnos promedio por docente que tienen los preescolares indígenas (promedio OCDE = 15)
40%	Cobertura del preescolar para niños de 3 años (% de niños de la edad relevante que asisten)
57%	La cobertura de preescolar para niños de 3-5 años en zonas de alta y muy alta marginación (En zonas de muy baja y baja marginación = 94%)
22%	Niños de 5 años que salen por debajo del nivel básico en las pruebas de pensamiento matemático del INEE en preescolar en escuelas comunitarias (a nivel nacional 9%)
20%	Niños de 5 años que salen por debajo del nivel básico en las pruebas de lenguaje y comunicación del INEE en preescolar en escuelas comunitarias (a nivel nacional 6%)
25%	Niños y niñas entre 2 y 5 años con riesgo de discapacidad a nivel nacional según la ENSANUT, 2012.
33%	Porcentaje de niños indígenas menores de 5 años con desnutrición crónica según la ENSANUT, 2012
23%	Porcentaje de niños menores de 5 años con anemia a nivel nacional según la ENSANUT, 2012
US \$6,589	Gasto por niño promedio total anual acumulado, durante sus primeros 6 años (Chile: US \$11,263, Corea del Sur: US \$19,524)*
86%	Porcentaje del PIB per cápita que se gasta en niños menores de 6 años (Chile: 111%, Corea del Sur: 115%)
14%	Porcentaje de bebés que reciben lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses
20 pts	Puntos porcentuales que se disminuyó la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses en zonas rurales según la ENSANUT (de 37% a 18%) entre 2006 y 2012
I	Niños menores de 1 año que mueren cada dos días por homicidio

Fuente: Elaboración propia

*Dólares PPP a 2009. Incluye gasto en transferencias en efectivo, cuidado infantil, educación y otros beneficios (no incluye gasto en salud).

La etapa desde el periodo antenatal hasta los 3 años, es especialmente crítica para lograr un adecuado desarrollo. Es en esta etapa donde el cerebro es más moldeable, donde su plasticidad esta en su estado máximo. Es indispensable que durante esta etapa el cerebro se desarrolle adecuadamente ya que como el trabajo de Heckman, Shonkoff y otros especialistas del tema lo demuestran, es mucho más fácil y efectivo construir circuitos cerebrales desde los primeros años de vida, que arreglarlos después.

La etapa entre los 3 y los 5 años es también muy importante. Es en esta etapa en la que los niños se preparan para la escuela y adquieren habilidades de comunicación, afectivas, y de pensamiento que los ayudarán a transitar exitosamente hacia la primaria y continuar con éxito el resto de su educación formal. Aunque nunca es tarde para remediar un inicio turbulento, la realidad es que un niño que no se desarrolla de manera adecuada en sus primeros años de vida, tiene menos posibilidades de lograr alcanzar su máximo potencial educativo, social y económico. **Los retrasos cognitivos y de desarrollo general que ocurren a edad temprana son muy difíciles de remediar durante la edad escolar (UNESCO, 2010).**

Desafortunadamente en México, muchos de estos niños menores de seis años, especialmente aquellos que viven en situaciones de pobreza, son invisibles socialmente. Sus derechos no están siendo respetados y ejercidos. Como se comentó en este libro, el Índice de los Derechos de la Niñez Mexicana, reporta que México es un país inapropiado para la niñez (UNICEF, 2012). En una escala de 1 a 10, México obtiene una calificación igual a 5 por el poco respeto que se tiene a los derechos de los niños, especialmente al derecho a vivir libre de violencia.

8.2. LA INVISIBILIDAD DE LOS NIÑOS MÁS PEQUEÑOS EN NUESTRO PAÍS RAYA EN LO LITERAL

Casi uno de cada cinco bebés no está registrado y por lo tanto no existe oficialmente. Además, hay muy poca información para hacerlos visibles. La problemática que aqueja a esta

población tan importante para el futuro del país, es también invisible y por ende no constituye una prioridad en términos ni de acción gubernamental, ni de inversión pública.

En las áreas de salud y nutrición tenemos más información que se produce de manera continua, via la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), pero del estado que guardan los niños mexicanos en otras áreas clave para el desarrollo infantil temprano, sabemos muy poco. Hay pocos indicadores en México, ya sea a nivel nacional o estatal, que permitan hacer visible y monitorear el grado de desarrollo de los niños en cuanto a sus capacidades de lenguaje, habilidades motoras gruesas y finas, capacidades sociales y adaptativas y desarrollo cognitivo.

Hay poca información también sobre las prácticas y las capacidades de crianza que tienen millones de padres de familia en el país. El Capítulo 2 de este libro sugiere que la mayoría de los niños en nuestro país vive en familias que luchan por lograr estabilidad económica. Los padres y/o tutores, por ende, se ven forzados a realizar malabarismos con la crianza de sus hijos y las responsabilidades laborales, sociales y económicas. Lo anterior tiene como consecuencia exigencias enormes sobre las capacidades de los padres y/o tutores en todo el espectro socio-económico, aunque con mayor afectación para los padres de entornos socio-económicos bajos. Tampoco tenemos suficiente información oportuna sobre indicadores de violencia, maltrato, abuso y abandono de los niños. Sabemos muy poco sobre el desarrollo socio-emocional de los niños. Aunque podemos asumir que la gran mayoría de los padres quiere lo mejor para sus hijos, no sabemos a ciencia cierta si lo están logrando. **Hay pocos datos en general, que permitan llevarle un seguimiento puntual y oportuna al desarrollo infantil temprano, ya sea a nivel individual (del niño) como a nivel estatal o nacional.**

La inversión que hacemos en los niños más pequeños es también pequeña. En México se gasta en total (acumulado) \$6,589 dólares por niño durante sus primeros seis años anualmente, equivalente al 86% del PIB per cápita (de 2009). Países comparables como Chile, Polonia y Corea, gastaron entre 100% y 115% de su PIB per cápita en la primera

infancia. En términos absolutos (totales acumulados) también gastaron mucho más: \$11,263 en Chile y \$19,524 en Corea del Sur. **La gran mayoría de este gasto se hace en los niños de 3 a 5 años, con un gasto mucho menor en la etapa de los 0 a 3 años.** De hecho, la inversión anual que hace el Estado Mexicano en los niños menores de 3 años es casi seis veces menor que la inversión en niños de entre 3 y 6 años. La inversión también es pequeña en términos absolutos. Gastamos tan solo \$318 dólares por cada año de vida en la etapa crítica de los tres primeros años, contra \$1,879 dólares por cada año de vida entre los 3 y los 6 años.

8.3. EL ARREGLO INSTITUCIONAL QUE SOSTIENE EL INTERÉS SUPERIOR DEL ESTADO POR LA PRIMERA INFANCIA ESTÁ QUEBRADO

Por un lado, gastamos poco y por otro lado no conocemos lo suficiente sobre cómo gastamos y la efectividad de cada peso invertido. Solo algunos programas

y servicios públicos han sido evaluados para valorar su efectividad y calidad. Como se discutió anteriormente en este libro, el modelo de provisión centralizada de una gran parte de los servicios dirigidos a los niños más pequeños y sus familias (a través de equipos estatales de las dependencias federales) enfrenta serios retos para asegurar la calidad, especialmente en las zonas más remotas, donde los niños y sus familias requieren mayor apoyo y acompañamiento, pero incluso en zonas urbanas. En ocasiones, diferentes dependencias recaban información socio-económica que podría ser compartida para identificar a la población con necesidades específicas (ej. niños que no cuentan con acta de nacimiento). Asimismo, de haber padrones de beneficiarios, estos no se contrastan entre los diferentes programas para detectar posibles duplicidades (López Silva *et al.*, n.d.).

La consecuencia es un modelo con fallas graves en aspectos cruciales de atención y calidad de los servicios para los niños y sus familias.

Los programas de cuidado infantil, apoyo para padres, educación inicial y preescolar público, que podrían ayudar a cerrar la brecha entre los niños que provienen de entornos desfavorecidos y los más aventajados,





no están siempre accesibles, y si lo están, no necesariamente se encuentran en condiciones óptimas para enseñar. A cinco años de la tragedia de la Guardería ABC en Hermosillo Sonora, todavía el 13% de los centros de cuidado infantil no cumplen con la regulación actual (SEGOB, 2013). Después de décadas de operación, poco sabemos sobre la calidad de los servicios de educación inicial que atienden a padres en las zonas más necesitadas de nuestro país así como los miles las guarderías y centros de cuidado infantil en México. Fuera de algunos indicadores del INEE que sugieren que una parte importante de niños menores de 5 años no están adquiriendo un nivel básico de habilidades de lenguaje y pensamiento matemático, sabemos muy poco sobre si los niños mexicanos están llegando a la escuela listos para aprender. Los escasos indicadores de calidad de los servicios dirigidos a la primera infancia arrojan poca luz sobre el problema.

Aunado a esto, hay indicios de que la cobertura de algunos programas, especialmente aquellos que pudieran ser más benéficos para los niños más pequeños, es insuficiente.

La literatura sugiere que una buena nutrición desde el periodo prenatal hasta los cinco años acompañado de prácticas de crianza afectivas y apropiadas, son ingredientes clave para asegurar un desarrollo saludable a lo largo de la vida. Sin embargo, varios estados del país, especialmente los que concentran una gran población indígena y que habita en zonas marginadas, presentan cifras de desnutrición crónica preocupantes. A nivel nacional 33% de los niños indígenas menores de 5 años presentan desnutrición crónica (ENSANUT, 2012). A nivel nacional 23% de los niños menores de 5 años presentan anemia (ENSANUT, 2012). Resulta preocupante que dado este cuadro, una de las maneras más efectivas y baratas de proveer una nutrición adecuada a los niños más pequeños, la lactancia materna, vaya en declive. Entre el 2006 el 2012, la lactancia materna exclusiva en las zonas rurales durante los primeros seis meses de vida, disminuyó casi 20 puntos porcentuales (de 37% a 18%). A nivel nacional, únicamente el 14% de los niños de seis meses recibieron lactancia materna exclusiva, según la ENSANUT, 2012.

En el área de educación inicial y cuidado infantil, se perciben también huecos importantes.

A pesar de múltiples evidencias que sugieren que los niños menores de tres años que viven en entornos de pobreza y marginación se benefician de asistir a centros

de cuidado infantil y educación inicial de calidad, la gran mayoría de los niños y niñas mexicanos son cuidados por su madre. En México únicamente el 6% de los niños menores de 6 años asisten a una guardería o estancia infantil, comparado con el 31% promedio en la OCDE. Diversos estudios han establecido que si las madres tuvieran acceso a cuidado infantil accesible y de calidad, ingresarían en mucha mayor proporción al mercado laboral. Esto tendría consecuencias positivas para sus ingresos, su estatus dentro del hogar, y el desarrollo de sus hijos. Dicho de otra forma, una proporción importante de mujeres en nuestro país probablemente quisiera estar laborando para mejorar, entre otras cosas, las opciones económicas y sociales de su familia. Pero la falta de espacios de cuidado infantil de calidad y accesibles, podría estar poniendo en jaque sus aspiraciones. Todo lo anterior podría estar relacionado con el hecho de que en la prueba EDI (Evaluación del Desarrollo Infantil) realizada por un equipo de pediatras de primer nivel del Hospital Infantil de México Federico Gómez, hasta un 20% de los niños menores de 4 años en algunas regiones del país muestran signos preocupantes de retraso en su desarrollo. Según datos de la ENSANUT 2012, alrededor de uno de cada cuatro niños menores de 5 años presenta riesgo de discapacidad.

La cobertura en educación preescolar para niños que habitan en zonas marginadas es menor al 60%. Y en cuanto a la calidad, sabemos muy poco. Sin embargo, hay datos que sugieren que tanto las condiciones de infraestructura, como las prácticas pedagógicas y los resultados de aprendizaje son más deficientes en escuelas que atienden a niños de entornos más desfavorecidos. Por ejemplo, el tamaño de clase en preescolar indígena es mucho mayor que en los preescolares generales (24 alumnos vs. 20) y mayor que en los preescolares privados (11).

Para gastar mejor, hay que lograr una mejor coordinación entre los esfuerzos públicos. La ausencia de políticas integradoras y de coordinación para atender efectiva y oportunamente el desarrollo infantil temprano, limita las posibilidades que los diversos programas tienen de lograr un mayor alcance e impacto y, además, resultan en un laberinto burocrático para los usuarios. La consecuencia de este sistema desarticulado es que **el desarrollo infantil temprano en México no tiene hogar.** No hay una instancia de alto nivel que regule y coordine todos

los esfuerzos de diversos sectores para asegurar que puedan ser efectivos. No hay una posición dentro del gobierno federal y dentro de los gobiernos estatales cuya razón de ser y cuya responsabilidad de todos los días sea asegurar que todos los niños en México logren su máximo potencial, y que sus familias y comunidades tengan las capacidades suficientes para apoyar este desarrollo.

8.4. CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

Nacer en un hogar con carencias económicas no debe predestinar a un niño a una vida de oportunidades limitadas y crecimiento interrumpido. Las cuantiosas inversiones que hace el Estado mexicano en educación primaria y secundaria se ven seriamente amenazadas por este simple hecho: muchos niños, especialmente aquellos de hogares de bajos recursos o de comunidades marginadas, no llegan a la escuela *listos para aprender*. Esto no tendría por qué ser así. **Muchos de los problemas de desarrollo infantil pueden solucionarse e incluso borrarse, siempre y cuando se atienda al niño desde la etapa del embarazo y durante los primeros cinco años de su vida.** Incluso un cerebro que ha sido físicamente dañado por estrés tóxico o desnutrición crónica puede recuperarse con una intervención adecuada.

El costo de no intervenir a tiempo y de manera efectiva es enorme: niños que se mueren de enfermedades prevenibles, niños que serán más susceptibles a enfermedades como la diabetes o hipertensión durante su edad adulta, que no logran adaptarse socialmente y establecer relaciones positivas y de confianza con sus pares y otros adultos y que desarrollan comportamientos agresivos y antisociales. Sus posibilidades educativas también se verán truncadas. Muchos de ellos pasarán a engrosar las filas de niños con discapacidades de aprendizaje no identificadas, niños con necesidades especiales, niños que “batallan” para acordarse de las letras y los números y por consiguiente no logran ser completamente alfabetos, o bien, niños a los que simplemente “no se les da la escuela”. El principal motor de movilidad social en México, estudiar al menos hasta la preparatoria, no estará disponible para millones de niños simplemente por su condición de haber nacido en un hogar de

escasos recursos. **¡El primer día de primero de primaria es ya muy tarde!** Para remediar esta situación, hacemos las siguientes recomendaciones.

1. Hacerlos visibles

Lo que no se mide no se atiende, y por ello es importante generar información e indicadores para poder hacer seguimiento al desarrollo en todos los estados del país. Con los datos actuales es difícil construir un indicador que muestre si los niños están “listos para aprender” y los ambientes de aprendizaje “listos para enseñar” que permita saber si los esfuerzos en los primeros años del niño se traducen en un desarrollo de capacidades para aprender durante la primaria. Es necesario contar con datos más allá de lo que incluyen las encuestas de salud. Deben generarse estudios y proyectos de información que sigan a los niños desde antes de nacer, hasta su vida adulta para poder comprender mejor como apoyar su desarrollo. Esta información puede utilizarse para generar **reportes periódicos a nivel municipal, estatal y nacional sobre indicadores clave** de desarrollo de los niños pequeños.

México podría dar un gran salto con la creación de una **“Cartilla del Desarrollo”** para todos los niños en todos los estados, similar o incluso anexada a la Cartilla de Vacunación. **¡Si el problema se detecta a tiempo, se puede corregir!** Esta cartilla serviría para coordinar, desde una visión de alto nivel los esfuerzos de distintas dependencias, llevarlas a compartir información y ayudar a los niños, sus familias y el personal de salud a hacer un seguimiento oportuno.

Es importante hacer especialmente visibles a los niños de bajos recursos, sobre todo aquellos que viven en comunidades indígenas, rurales y urbano-marginales. La literatura es contundente que los beneficios de las programas de DIT son particularmente importantes para poblaciones que no cuentan con un soporte y recursos adecuados en su hogar. Estas poblaciones deben ser prioritarias en los esfuerzos de monitoreo y seguimiento, así como en la focalización de recursos.

2. Darle un hogar institucional a los niños mas pequeños

La primera infancia necesita un hogar, un equipo que tenga como razón de ser crear una

visión de largo plazo sobre la primera infancia en el país y establecer metas concretas para todos los niveles de gobierno en cuanto a desarrollo infantil temprano. Para lograr la coordinación necesaria, **esta instancia tendría que estar al mas alto nivel, idealmente en la oficina de la Presidencia de la República.** Una instancia que se dedique a identificar huecos en la atención, desarrollar estándares contra los cuales se puedan evaluar y monitorear todos los servicios para la primera infancia, y detectar focos de urgencia para la política pública. **La calidad debe atenderse. Deben generarse estándares de calidad que se apliquen en todo el país, con sanciones por incumplimiento.** Todos los actores que proveen servicios públicos deben estar capacitados, apoyados y monitoreados en su trabajo. El costo de una mala atención para un niño pequeño puede ser muy grande. Para comenzar, se debe asegurar que a partir de ahora, el 100% de los centros de cuidado infantil cumplan con la regulación.

3. Gastar más y mejor

La primera infancia tiene que ser de la más alta prioridad para el sector público. México tiene que invertir más y mejor en sus niños más pequeños, en formar cimientos y bases para que logren un desarrollo saludable a lo largo de sus vidas. **Para lograrlo, tenemos que invertir más, hasta llegar al 1.5% del PIB. Para ser efectivos y gastar con equidad, el gasto debe enfocarse en los niños de 0-3 años, y en aquellos que habitan en zonas marginadas y rurales.** Además, se debe buscar invertir los recursos en **programas con beneficios probados y focalizados a las poblaciones que más los necesiten.** Se deben llenar los huecos en programas necesarios para el desarrollo saludable y el fortalecimiento de capacidades desde una visión integral y de largo plazo.

4. Preparar y apoyar más a los padres de familia

Las leyes de protección a la infancia establecen la corresponsabilidad de los miembros de la familia, el Estado y la sociedad para asegurar un desarrollo de los niños que haga cumplir sus derechos (CEAMEG, 2009). Al respecto, **el papel de los padres de familia en el desarrollo infantil temprano es central.** El primer campo de batalla para lograr que un niño se desarrolle adecuadamente es el hogar y la familia.

Sin embargo, promover el adecuado desarrollo de los niños es un reto para muchas familias enfocadas en asegurar su supervivencia día con día. Estos padres necesitan información, apoyo. Necesitan ser parte del diálogo con la escuela, con las educadoras, y con las dependencias de gobierno. Sobre todo, necesitan lograr asumir el rol clave que juegan en el desarrollo de sus hijos. Los días son largos pero los años cortos, y en muy poco tiempo, lo que no se logró hacer con los pequeños, ya sea por falta de recursos, capacidades, o la atención prestada a necesidades más urgentes, ya no se podrá hacer después.

Por ello, es necesario generar **campañas masivas de concientización de los padres de familia sobre lo crítico que son los primeros años de los niños**. Además, se debe hacer un esfuerzo nacional para promover la **lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida del bebé**. La lactancia exclusiva en esta etapa es una de las mejores herramientas para disminuir la desnutrición crónica, la mortalidad infantil, reducir el riesgo de enfermedades y promover un sano desarrollo del cerebro. Además, promueve el apego seguro. Es importante, que todos hagamos un esfuerzo para revertir la tendencia a la baja de la lactancia exclusiva en zonas rurales, y aumentar la práctica para todos los sectores de la población. México debería buscar como mínimo, llegar en 10 años a una tasa de lactancia exclusiva durante los primeros seis meses del 50%.

5. Activar a la sociedad civil y profesionalizar sus acciones

La sociedad civil puede jugar un papel importante para asegurar que las familias asuman su corresponsabilidad en el tema del desarrollo infantil temprano. Es importante que la sociedad civil se organice y se active en torno a la primera infancia. Esto podría lograrse mediante la creación de una **coalición ciudadana a favor del desarrollo infantil temprano**. Esta red puede servir para crear espacios de colaboración, intercambio y difusión de prácticas positivas, experiencias y lecciones aprendidas que informen otros esfuerzos, así como para presionar a las instancias gubernamentales para hacer mejor su trabajo.

Las ONGs además, son un espacio de efervescencia en cuanto a innovación de programas piloto e innovaciones desarrolladas en conjunto con las comunidades. Si dichas experiencias fueran bien estudiadas y evaluadas



podrían constituirse en ejemplos a seguir para programas de mayor alcance. Por ello, **un papel importante para el sector privado y las organizaciones filantrópicas sería el de financiar la evaluación y estudio de programas innovadores en fase piloto.** Para educar a un niño hace falta una aldea.

Los padres de familia, las ONGs, las organizaciones de la sociedad civil, los medios de comunicación y el público en general son parte importante de esta aldea y **el desarrollo de todos los niños del país difícilmente se podrá lograr sin la participación de todos ellos.**





Sólo la Educación de Calidad cambia a México