



DESARROLLO INFANTEL TEMPRANO EN MÉXICO

Diagnóstico y recomendaciones



Banco Interamericano de Desarrollo
División de Protección Social y Salud

Desarrollo Infantil Temprano en México Diagnóstico y recomendaciones

Autores:

Robert Myers
Arcelia Martínez
Marco Antonio Delgado
Juan Luis Fernández
Adriana Martínez

Supervisión:

María Caridad Araujo, BID

Edición:

Alejandra Adoum

Enero 2013



Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del Banco Interamericano de Desarrollo

Desarrollo infantil temprano en México : diagnóstico y recomendaciones / Robert Myers, Arcelia Martínez, Marco Antonio Delgado, Juan Luis Fernández, Adriana Martínez ; supervisión María Caridad Araujo.

Incluye referencias bibliográficas

p. cm.

1. Child development—Government policy—Mexico. I. Myers, Robert G. II. Martínez, Arcelia. III. Delgado, Marco Antonio. IV. Fernández, Juan Luis. V. Martínez, Adriana. VI. Araujo, María Caridad. VII. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud.

IDB-MG-144

Códigos JEL: I20, I30

Las opiniones expresadas en esta publicación son exclusivamente de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa. Se prohíbe el uso comercial no autorizado de los documentos del Banco, y tal podría castigarse de conformidad con las políticas del Banco y/o las legislaciones aplicables.

Copyright © 2013 Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados; este documento puede reproducirse libremente para fines no comerciales.

Tabla de contenidos

Diagramas y Tablas	6
Lista de abreviaciones	7
Introducción	10
El problema y algunas preguntas clave	10
¿Qué es el desarrollo infantil temprano?	10
¿Cuáles son las estrategias principales de atención al Desarrollo infantil temprano?	12
¿Cómo se clasifican las poblaciones a las que se va a atender?	13
Un panorama de servicios y programas	14
Metodología	14
Organización del documento	14
Primera Sección	
El contexto y marcos normativos	19
Capítulo 1. El contexto	21
1.1 En general	21
1.2 La niñez y su situación actual	22
1.2.1 Características demográficas	22
1.2.2 Mortalidad infantil y materna y estado nutricional de niños menores de 5 años	24
1.2.3 El estado nutricional de la población infantil	25
1.2.4 El estado del desarrollo infantil temprano	27
1.3 La pobreza y las condiciones socioeconómicas del país	28
1.4 El contexto político del desarrollo de los servicios para la primera infancia	31
Capítulo 2. Marcos normativos para servicios y programas destinados a mejorar el desarrollo infantil temprano	35
2.1 Los acuerdos internacionales	35
2.2 La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	36
2.3 Leyes generales y federales	37
2.3.1 La Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil	40
2.4 Normas Oficiales Mexicanas (NOM)	42
2.5 En resumen	43
Segunda Sección	
Programas y servicios del desarrollo infantil temprano	47
Capítulo 3. El desarrollo infantil temprano en el sector salud	49
3.1 Una nota breve sobre la evolución de políticas y programas en el sector salud	49
3.2 Los servicios y programas seleccionados para el análisis	51
3.3 Arranque Parejo en la Vida (APV)	52

3.4 Seguro Popular –Embarazo Saludable	56
3.5 Seguro Popular –Seguro Médico para una Nueva Generación	56
3.6 La Estrategia de Desarrollo Infantil	59
3.7 Programa Oportunidades – Componentes de Salud y Nutrición	60
3.8 Programas de apoyo alimentario	64
3.8.1 Programa de Apoyo Alimentario (PAL)	64
3.8.2 Programa de Abasto Rural a cargo de DICONSA	65
3.8.3 Programa de Abasto Social de Lech (PASL) de LICONSA	65
3.8.4 Otros programas de nutrición	66
3.8.5 Micronutrientes	66
3.8.6 Lactancia materna	67
3.9 Programa de Comunidades Saludables	67
3.10 Atención a la salud y desarrollo de la población indígena	68
3.11 En resumen	71
Capítulo 4. El desarrollo infantil temprano en el sector educativo	75
4.1 Nota breve acerca del desarrollo del sector	75
4.2 Los servicios de educación inicial	77
4.2.1 Educación Inicial SEP - Escolarizada Los Centros de Desarrollo Infantil (CENDI)	77
4.2.2 Educación Inicial No-Escolarizada CONAFE	79
4.2.3 Educación Inicial Indígena	81
4.2.4 El Programa de Fortalecimiento a la Educación Temprana y el Desarrollo Infantil (PFETyDI)	84
4.3 Los servicios de educación preescolar	86
4.3.1 Educación preescolar indígena	90
4.3.2 Educación Preescolar Comunitaria - CONAFE	92
4.4 En resumen	94
Capítulo 5. Cuidado infantil en centros de atención	97
5.1 Breve historia	97
5.2 Programa de Guarderías del IMSS	98
5.3 Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil del ISSSTE	105
5.4 Centros operados por el DIF	109
5.4.1 Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil (CADI)	109
5.4.2 Centros de Asistencia Infantil Comunitarios (CAIC)	111
5.5 Programa de Estancias Infantiles para Madres Trabajadoras	113
5.6 Experiencia exitosa: Centros Municipales de Bienestar Infantil de Ciudad Juárez	117
5.7 Comentarios finales	118
Capítulo 6. La Coordinación e Integración de Programas y Servicios de DIT	121
6.1 Integración conceptual	121
6.2 Integración en el contenido de documentos de políticas, planes y programas	123
6.3 Organización e implementación	125
6.4 DIT en los sistemas de información para el seguimiento y rendición de cuentas	126
6.5 Integración y coordinación al nivel de comunidad y familias	128
6.6 Conclusiones	129

Tercera Sección

Costos y financiamiento	131
-------------------------------	-----

Capítulo 7. Costos y financiamiento	133
---	-----

7.1 ¿Cuánto gasta el gobierno para servicios y programas del DIT?	136
---	-----

7.2 ¿Cuál es el costo unitario de los diferentes programas?	143
---	-----

7.3 ¿Cuáles son las estrategias y mecanismos de financiamiento utilizados para apoyar el desarrollo infantil?	147
--	-----

7.4 ¿Cuál es el origen de los recursos?	151
---	-----

7.5 ¿Cómo se distribuyen los recursos? ¿A quién se favorece?	153
--	-----

Cuarta Sección

Conclusiones, retos y recomendaciones	159
---	-----

Capítulo 8. Conclusiones, retos y recomendaciones	161
---	-----

Conclusiones y retos	161
----------------------------	-----

Recomendaciones	169
-----------------------	-----

Bibliografía	174
--------------------	-----

Diagramas y Tablas

Diagrama 1. Mapeo de Servicios y Programas de Salud, Nutrición y DIT, Niños y Niñas Menores de 6 años de Edad

Tabla 1. Clasificación de Programas y Servicios relacionados al desarrollo infantil temprano

Tabla 1.1. Distribución de Niños 0 a 4 y de Hablantes de Lengua Indígena en México, por el tamaño de localidad, 2010

Tabla 1.2. Mortalidad Infantil y Materna, 1992 a 2010

Tabla 1.3. Estado nutricional de la población infantil

Tabla 1.4. Estado nutricional de la población infantil: peso y talla, por meses de edad, 2006

Tabla 1.5. Estado nutricional de la población infantil: la prevalencia de Anemia en niños menores de cinco años, 2006

Tabla 1.6. Logros en Lenguaje y Comunicación, el tercer nivel preescolar, 2006

Tabla 1.7. Incidencia, número de personas y carencias promedio para los indicadores de pobreza, México 2008-2010

Tabla 1.8. Acceso a servicios de seguridad social

Tabla 1.9. Características de los servicios educativos y su acceso

Tabla 2.1. La Convención para los Derechos del Niño (CDN)

Tabla 2.2. Las atribuciones del Consejo Nacional de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil

Tabla 3.1. Instituto Mexicano de Seguro Social – Régimen Voluntario

Tabla 4.1. Necesidades infantiles, ejes curriculares, ámbitos y sub-ámbitos

Tabla 4.2. Estadísticas de atención de Educación Inicial

Tabla 4.3. Porcentaje de Atención, por edad, Educación Preescolar 2005-06 a 2010-11

Tabla 4.4. Matricula Educación Preescolar

Tabla 4.5. Porcentaje de población atendida según modalidad de preescolar

Tabla 5.1. Estadísticas para Modelos de Guarderías IMSS

Tabla 5.2. Número de Guarderías Instaladas por Modalidad y Niños Atendidos, 2000-2011, IMSS

Tabla 7.1. Análisis de Presupuesto: Programas que Consideran el DIT.

Estrategias 1 y 2. (Apoyo y Educación a la Familia para Cambiar Prácticas de Crianza y Programas de atención especializada e individual para madres y niños

Tabla 7.2. Análisis de Presupuesto: Programas que Afectan el Desarrollo Infantil Temprano: Estrategia 3 (Atención en Centros de Cuidado y Desarrollo).

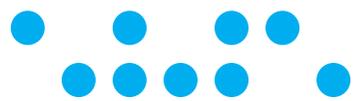
Tabla 7.3. Estimados Gruesos de Costos Unitarios al Gobierno para programas de atención a Niños menores de 5 años de edad

Tabla 7.4. Estimación gruesa de Costos Unitarios al Gobierno: Centros de cuidado

Lista de abreviaciones

ACUDE	Hacia una Cultura Democrática, A.C.
AEO	Atención de Emergencias Obstétricas
AME	Atención a la Mujer Embarazada
APV	Arranque Parejo para la Vida
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CADI	Centro Asistencial de Desarrollo Infantil
CAIC	Centro de Asistencia Infantil Comunitario
CAUSAS	Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CDI	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
CDN	Convención de los Derechos del Niño
CENDI	Centro de Desarrollo Infantil
CENSIA	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia
CIDE	Centro de Investigación y Docencia Económicas
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
COIA	Consejo Nacional para la Infancia y la Adolescencia
CONAFE	Consejo Nacional de Fomento Educativo
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONAPRED	Comisión Nacional para Prevenir la Discriminación
DAR	Desarrollo Armónico, Nuestra Responsabilidad
DIF	Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia
DIT	Desarrollo Infantil Temprano
DOF	Diario Oficial de la Federación
EBDI	Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil
ENLACE	Evaluación Nacional del Logro Académico en Centros Escolares
FAEB	Fondo de Aportaciones para la Educación Básica y Normal
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
FPGC	Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos
FUNDAR	Centro de Análisis e Investigación FUNDAR
HLI	Habla Lengua Indígena
IAP	Instituciones de Asistencia Privada
IMAN	Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez
IMPI	Instituto Mexicano de Protección a la Infancia
IMSS	Instituto Mexicano de Seguro Social
INEE	Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación
INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
MAC	Mesas de Atención a Comités
MAPO	Mesas de Atención Personalizadas
MATER	Módulos de Atención a Embarazadas de Riesgo

NOM	Norma Oficial Mexicana
OCE	Observatorio Ciudadano de la Educación
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAJA	Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas
PAL	Programa de Apoyo Alimentario
PAREIB	Programa de Abatir el Rezago Educativo en Inicial y Básica
PASL	Programa de Abasto Social de Leche
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PEP	Programa de Educación Preescolar
PEI	Programa de Estancias Infantiles
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PFETyDI	Programa de Fortalecimiento a la Educación Temprana y al Desarrollo Infantil
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PROGRESA	Programa de Educación Salud y Alimentación
PRONIM	Programa de Educación Básica para Niños y Niñas de Familias Agrícolas Migrantes
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SEP	Secretaría de Educación Pública
SESA	Servicios Estatales de Salud
SNTE	Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación
SMNG	Seguro Médico para una Nueva Generación
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SSa	Secretaría de Salud
TCAS	Talleres Comunitarios de Autocuidado de la Salud
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia



Introducción

El problema y algunas preguntas clave

La importancia de invertir en el desarrollo de los niños durante sus primeros años de vida ha sido ampliamente documentada por la literatura especializada (p.ej., Heckman 2008; Vegas y Santibáñez 2010; Myers 1992). No es nuestro objetivo presentar una revisión de esta literatura y precisamente el propósito de no hacerlo fue el punto de partida para la elaboración de este trabajo.

En México, como en todo el mundo, se han producido cambios significativos que han supuesto una redefinición de roles e instituciones distintas de la familia – centros de cuidado, escuelas, centros de salud– han debido asumir una mayor responsabilidad en el desarrollo y bienestar de los niños pequeños. En este proceso, la historia de los apoyos sociales y las estrategias de protección a las familias mexicanas ha dejado al descubierto grandes desigualdades sociales, particularmente porque se ha definido la atención fuera del hogar como un derecho laboral para la población asalariada y no como un derecho de los niños. A la luz de esta inequidad, el gobierno enfrenta hoy el reto de tomar decisiones mayores en torno a cómo canalizar los recursos destinados a la primera infancia y su desarrollo, decisiones que pueden reforzar las tendencias actuales o moderarlas.

El propósito principal de este documento es describir y analizar las opciones dirigidas al mejoramiento del desarrollo infantil temprano en México, país grande y diverso, con múltiples contextos y poblaciones. Lo haremos con la intención de responder a un conjunto de preguntas clave, entre las cuales están:

1. ¿Cuáles son las estrategias, programas y servicios en marcha para mejorar el desarrollo infantil temprano?
2. ¿Qué sabemos sobre su efectividad?
3. ¿Son equitativas y, si no, cómo se puede moderar la inequidad?
4. ¿Los programas y servicios están coordinados e integrados para producir los mejores resultados?
5. ¿Cómo se financian los programas y servicios y cuáles son sus costos?
6. ¿Cuáles son los desafíos que se deben superar si se quiere mejorar el desarrollo infantil temprano?
7. ¿Qué es posible y conveniente hacer?

Cabe señalar que esta investigación difícilmente podría proponer soluciones definitivas al tema de cómo realizar la inversión de modo más efectivo, con estrategias únicas y válidas para todo contexto. Tampoco puede haber completa certeza sobre cuáles son las mejores acciones que pueden emprender la familia, el gobierno, el sector privado y la sociedad civil para favorecer la supervivencia, el crecimiento, la protección y el desarrollo integral de niños y niñas durante la primera infancia. Tradicionalmente, la familia extensa, apoyada por la comunidad local, ha sido la institución social responsable del desarrollo infantil temprano, pero el alto índice de pobreza en México hace que las condiciones de una proporción considerable de hogares estén lejos de ser adecuadas para propiciar el desarrollo infantil temprano.

¿Qué es el desarrollo infantil temprano?

En el centro de la discusión está el término desarrollo infantil temprano (Desarrollo

infantil temprano). Este puede ser definido e interpretado de diferentes maneras y, conscientes de que el análisis que se presenta aquí obedece a nuestra interpretación, nos parece pertinente aclarar lo que entendemos por desarrollo infantil temprano.

La definición de desarrollo que sirve para guiar nuestro análisis es: *un proceso de cambio en que el niño/a aprende a dominar niveles siempre más complejos de movimiento, pensamiento, sentimientos y relaciones con los demás.*

Así, el desarrollo es conceptualizado de forma multidimensional y las diferentes dimensiones o elementos están interrelacionados: deben ser considerados en su conjunto, es decir en una forma integral. El desarrollo es un proceso continuo que se produce cuando el niño interactúa (toma la iniciativa y responde) con las personas, las cosas y otros estímulos en su ambiente biofísico y social, y aprende de ellos¹. Poner las interrelaciones e interacción en el centro del proceso de desarrollo significa que su fomento integral exige que el niño tenga experiencias relacionadas con todas las dimensiones del desarrollo, no solamente del físico, y demanda ir más allá de la simple provisión de estímulos. Implica, asimismo, un reconocimiento, impulso y aprovechamiento de las iniciativas del niño y de las respuestas que a estas se les dé.

El desarrollo no depende solamente de la supervivencia (no morir), la condición saludable (ausencia de enfermedad) o el crecimiento (ser más grande). En nuestra

visión del desarrollo infantil temprano, es importante que un niño cuente con vida, salud y buena alimentación como parte de su bienestar y como bases para desarrollarse, pero no bastan para favorecer un desarrollo pleno. Un entorno propicio para el desarrollo infantil temprano –sea el hogar o un centro de cuidado– debe garantizar que se satisfagan no solo esos requerimientos de alimento, amparo, atención de salud y protección, sino también las necesidades que el niño tiene de afecto, interacción social, comunicación, seguridad emocional, consistencia y acceso a las oportunidades para la exploración y el descubrimiento.

Esta breve introducción conceptual es necesaria porque nuestro análisis conduce a conclusiones que no pueden ser comprendidas si no se las remite a lo que entendemos por “desarrollo”. Ayuda, asimismo, a distinguir entre actividades y ambientes que son meramente de cuidado y los que son de desarrollo integral.

Las palabras “infantil y “temprano” ubican el desarrollo en el tiempo. Se refieren a los periodos de embarazo, puerperio, infancia y edad preescolar, es decir hasta los 6 años de edad. Nuestro documento pone el acento en los programas que atienden a niños en los primeros 3 años de vida, pero también incluimos el periodo preescolar (3-6 años), aunque con menor profundidad.

Asimismo, es necesario considerar que los niños hacen parte de un grupo social determinado y que las oportunidades para su desarrollo son precarias si su contexto permanece limitado y empobrecido. Es por

¹ Las interacciones producen en el cerebro circuitos que constituyen la arquitectura del desarrollo. No es necesario entrar en detalle sobre este proceso pero vale la pena saber que el aumento de las conexiones, y no solamente la presencia y crecimiento de más neuronas, es crucial y define al desarrollo.

ello que cuando se piensa en desarrollo infantil es imprescindible considerar igualmente el desarrollo de las familias y de las comunidades a las que pertenecen los niños.

¿Cuáles son las estrategias principales de atención al Desarrollo infantil temprano?

La tipología de estrategias que presentamos en este trabajo fue construida a partir de la revisión de los programas que se desarrollan en México, pero pensamos que puede ser aplicada para analizar servicios y programas en otros contextos.

Estrategia 1. *Apoyar a quienes cuidan a los niños en el hogar para mejorar las condiciones y las prácticas de crianza que propicien el desarrollo durante los primeros años.* Con su enfoque en el hogar, la familia y los adultos, esta aproximación refuerza y mejora las condiciones del ambiente en que ocurre el desarrollo y las prácticas de crianza que lo favorecen. Existen varias formas posibles de apoyo:

Apoyo monetario. En un contexto de pobreza es importante atenuar las dificultades asociadas a la falta de recursos monetarios. El apoyo puede consistir en un subsidio sin o con condiciones. En el primer caso, los beneficiarios quedan en libertad de usar el dinero como dispongan. En el segundo, se les exige la comprobación de acciones que favorezcan la supervivencia, crecimiento o desarrollo. En los últimos años se han fortalecido en toda la región los programas de transferencias monetarias condicionadas. En el caso concreto de México, el Programa Oportunidades.

Apoyo en especie. Se ayuda al hogar con infraestructura, materiales, alimentación u otros recursos a fin de enriquecer el entorno y mejorar las condiciones para el desarrollo en la familia. Por ejemplo, se le ofrece leche en polvo a través del programa LICONSA.

Apoyo educativo y de acompañamiento. Este apoyo puede tomar la forma de cursos, talleres o pláticas dirigidas a madres y padres de familia. Es el caso del programa de educación inicial no escolarizada que ofrece el Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE) o los Talleres para el Autocuidado de la Salud del Programa Oportunidades.

Este tipo de apoyo puede entregarse a través de visitas periódicas a los hogares, que hacen posible brindar una atención más individual y atender las necesidades del contexto.

Otra modalidad es el trabajo en grupos, cuya ventaja radica en que además de ofrecer información a más personas al mismo tiempo, se establecen interacciones entre los participantes y es posible formar un grupo de referencia, lo que permite aprovechar el conocimiento de unos en beneficio de todos. Sabemos que el acompañamiento de otros en el proceso de la crianza ayuda a mejorarla (Zeitlan 1990).

El apoyo educativo y de acompañamiento puede ser responsabilidad de personal de educación o salud, bienestar familiar u otro sector. Lo esencial es que quienes estén a cargo cuenten con la formación, supervisión y capacidad necesarias.

Estrategia 2. *Ofrecer atención especializada para detectar y atender directamente problemas individuales de salud, nutrición, o desarrollo.*

La estrategia empieza con un diagnóstico de la condición en que se encuentran los niños y niñas, para luego ofrecer servicios especializados destinados a prevenir o tratar determinados problemas individuales que pueden presentar. La atención, que se brinda normalmente fuera del hogar, se organiza a partir de chequeos periódicos, seguidos de las acciones pertinentes lideradas por el sistema de salud tanto para atender insuficiencias de salud y nutrición, que se consideran esenciales, cuanto para detectar y tratar posibles rezagos en el desarrollo.

Estrategia 3. *Crear ambientes para el desarrollo infantil temprano fuera del hogar, que combinen la atención de niños en centros de cuidado y actividades continuas de desarrollo.* Esta estrategia requiere que los niños y niñas se ausenten de casa por periodos relativamente largos durante el día, que es cuando reciben atención. Se encargan de atenderlos, entre otros, las guarderías del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), las Estancias Infantiles de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), los Centros de Desarrollo Infantil (CENDI) de la Secretaría de Educación Pública (SEP) y los Centros de Asistencia para el Desarrollo Infantil (CADI) y Centros de Asistencia Infantil Comunitarios (CAIC) del Sistema Nacional del Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

Esta estrategia propicia la integración de servicios de educación, salud y alimentación así como la interacción de los niños con sus pares. Complementa, sin

reemplazarla, la atención en el hogar. En algunos casos, además de atender a los niños, los centros organizan programas de apoyo y educación para los padres, es decir que adoptan también la estrategia 1, ya descrita, pero desde un centro. Esto ocurre en las “escuelas para padres”. Aunque es lógico combinar las estrategias, esto no es lo que caracteriza a la atención en los centros, cuyo enfoque se concentra prioritariamente en los niños y niñas.

¿Cómo se clasifican las poblaciones a las que se va a atender?

Además de la definición de la población que nos interesa en términos de edad – como se evidenciará en este documento –, en México, la principal manera de clasificar a las poblaciones que van a ser atendidas por los servicios públicos está determinada por el estatus laboral de los padres de familia. Las madres y padres asalariados que trabajan en el sector formal gozan de prestaciones sociales como parte de sus beneficios laborales. Un conjunto de programas y servicios están disponibles exclusivamente para ellos y son financiados a través de los impuestos relacionados con su ingreso. Mientras tanto, la otra parte de la población que trabaja en el sector informal o no trabaja, la llamada población abierta, se beneficia de otros programas y servicios para cubrir sus necesidades, y recibe financiamiento por otras vías como la de los subsidios. Esta división histórica –atribuible a dicotomías entre poblaciones urbanas y rurales y entre indígenas e hispanohablantes– ha reforzado desigualdades en la sociedad y entre los niños según el tipo de servicio al que tienen acceso. Esta constituye una dimensión importante en el presente análisis.

Un panorama de los servicios y programas

En el documento utilizaremos las definiciones que hemos hecho de las estrategias y la división entre asalariados y población abierta para agrupar y analizar los programas y servicios que ofrecen las Secretarías de Salud, Educación y Desarrollo Social, encargadas de promover el desarrollo infantil temprano. En el Diagrama 1, que figura al final de esta introducción, presentamos un mapeo de los servicios y programas que serán materia de este documento, y que hemos ordenado según las instancias gubernamentales a las que corresponden, indicando las edades de los niños a los que están dirigidos. La Tabla 1, que le sigue al diagrama, recoge los servicios y programas, clasificados de acuerdo con las tres estrategias de atención y según la población (asalariada o población abierta) que tiene acceso a ellos.

Metodología

Hemos utilizado, para efectos de nuestros objetivos, información específica sobre los programas considerados, sus reglas de operación, informes anuales, estadísticas, reportes no publicados, normas, evaluaciones (de impacto, operativas y de satisfacción), artículos y otras fuentes secundarias, recurriendo muchas veces a internet. Asimismo, entrevistamos a actores clave de organizaciones que ofrecen programas y servicios con un componente de desarrollo infantil temprano. En el Anexo 2 se incluye una lista de las personas con las que dialogamos.

Organización del documento

El documento está organizado en cuatro secciones y ocho capítulos. En la primera sección, el capítulo 1 aborda el contexto que influye en la selección y operación de los programas y servicios. Se describe la condición de la niñez y su evolución, la pobreza y las circunstancias socioeconómicas del país, y el contexto político. En el capítulo 2 se hace una descripción y análisis de la normatividad vigente, que comienza con una revisión de los acuerdos internacionales en materia de atención a la primera infancia suscritos por México y cuyo estatus normativo y jurídico equivalen a mandatos de la Constitución y de las leyes de la nación (que también se examinan). Se identifican, asimismo, las Normas Oficiales pertinentes. Dedicamos una sección a discutir la génesis y las provisiones de la nueva Ley de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil.

La sección 2 del trabajo está dedicada a describir y analizar los programas y servicios que tienen un componente de desarrollo infantil temprano. Está organizada de acuerdo a las instancias gubernamentales responsables de ellos y que son las que se encargan de la elaboración de políticas y de la asignación de presupuestos. El capítulo 3 se ocupa de los programas y servicios de salud y nutrición. El capítulo 4 analiza el DIT en el sector educativo. En el capítulo 5 se describen y analizan los servicios públicos de cuidado infantil en centros de atención. El capítulo 6 se ocupa de la integración y coordinación entre programas y servicios. Cabe señalar que en cada capítulo se hace referencia a las tres estrategias antes descritas y en las que encajan los programas y servicios.

La tercera sección tiene un solo capítulo, el 7, y está dedicada al análisis de los costos y de las fuentes de financiamiento, del peso relativo del DIT en la política social de la trayectoria que éste ha tenido en los últimos años en materia de asignación de recursos.

Para cerrar, la cuarta sección presenta, en el capítulo 8, los retos identificados en el curso de la recopilación de información, del análisis de la misma y de las entrevistas realizadas, así como algunas conclusiones y recomendaciones de política pública.

Diagrama 1. Mapeo de Servicios y Programas de Salud, Nutrición y DIT-Niños y niñas menores de 6 años de edad.

Salud						
Salud y Nutrición*	Equidad/ Género y Salud Reproductiva Arranque Parejo en la Vida 0 a 2 años	Seguro Popular Embarazo Saludable 0 a 28 días	Seguro Popular Seguro Médico para una Nueva Generación 0 a 5 años	Prevención/ Promoción (CENSIA) Campañas de Vacunación 0 a 5 años	Prevención/ Promoción (CENSIA) Capacitación 0 a 5 años	Programa de Salud Indígena Familias
DIT**	Talleres de Estimulación temprana 0 a 2 años		Seguro Popular Estrategia de Desarrollo Infantil 0 a 5 años		Talleres de estimulación temprana 0 a 5 años	
Educación						
DIT	CONAFE Progr. De Ed. Inicial No-Escolarizado para padres 0 a 4 años	SEP-Educación Inicial PFETyDI 0 a 4 años	SEP-Educación Inicial CENDIs 45 días a 4 años 45 días a 6 años	Educación Indígena Prog. de Ed. Inicial y Básica para Pobl. Rural e Indígena 0 a 3; 3 a 6 años	Educación Básica/ Preescolar: General, Comunitaria, Indígena 3 a 6 años	
Desarrollo						
Nutrición	IMSS- Oportunidades Participación en SMNG 0 a 5 años	Oportunidades PAL 0 a 9 años	Programa Abasto Social de Leche (PASL) 0 a 12 años	Programa de Abasto Rural (DICONSA) Familias		
DIT	IMSS-Oport. TCAS Padres /madres de familia	Oportunidades Proyecto piloto con CONAFE Padres/madres			SEDESOL y DIF Programa de Estancias Infantiles 1 a 4 años	
IMSS						
Salud y Nutrición	Maternidad Menos de 43 días a 43 días de nacido	Maternidad Subsidios (información no disponible)	Seguridad social – Salud IMSS Prenatal a 5 años			
DIT	Guarderías Madres IMSS 43 días a 6 años	Guarderías Ordinarias 43 días a 4 años	Guarderías Vecinales Comunitarias 43 días a 4 años	Guarderías en Campo 43 días a 4 años	Guarderías Integradoras 43 días a 4 años	

Diagrama 1. Mapeo de Servicios y Programas de Salud, Nutrición y DIT-Niños y niñas menores de 6 años de edad.

ISSSTE						
Salud y Nutrición	Maternidad Menos de 60 días a 60 días de nacido	Maternidad Subsidios	Seguridad social – Salud ISSSTE Prenatal a 5 años			
DIT	Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil – Directos 60 días a 6 años	Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil – Indirectos 60 días a 6 años				
DIF						
Nutrición	Desayunos escolares 3 a 6 años					
DIT	Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil 45 días a 6 años	Centros de Asistencia Infantil Comunitarios 2 a 6 años				

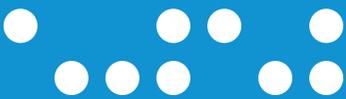
Notas:

* De acuerdo a la definición manejada en el presente trabajo, los programas de salud y nutrición inciden, en mayor o menor medida, en las condiciones que favorecen el desarrollo infantil temprano (DIT) sin tener acciones directas sobre él.

** Para nuestro análisis entendemos el desarrollo como “un proceso de cambio en que el niño/a aprende a dominar niveles siempre más complejos de movimiento, pensamiento, sentimientos y relaciones con los demás”.

Tabla 1. Clasificación de Programas y Servicios relacionados con el desarrollo infantil temprano

Programa / Servicio	Estrategias					
	Apoyo a la familia/cuidadores: prácticas de crianza		Atención especializada individual: madres y niños		Atención en Centros de Ciudado Integral	
	Asalariados con seguro	Población abierta	Asalariados con seguro	Población abierta	Asalariados con seguro	Población abierta
Salud						
Seguro Popular - Seguro Médico para una Nueva Generación				X		
Seguro Popular-Embarazo Saludable						
Arranque Parejo para la Vida		X				
Seguro Popular - Estrategia de Desarrollo Infantil		X				
IMSS - Maternidad, Atención individual, Atención en centros	X (Maternidad)		X (Salud)		X (Guarderías)	
ISSSTE - Maternidad, Atención individual, Atención en centros	X (Maternidad)		X (Salud)		X (Estancias)	
PEMEX, SEDENA, Marina, otros	X (Maternidad)		X (Salud)		X (Estancias)	
Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF)						
DIF - Nutrición		X				
DIF - CADI						X (CADI)s
DIF - CAIC						X (CADI)s
Desarrollo social (SEDESOL)						
IMSS-Oportunidades		X				
Oportunidades - Nutrición		X				
Nuevo programa con CONAFE, Educación de padres		X				
Programa de Estancias Infantiles						X
Programa de atención a jornaleros agrícolas		X				X
Educación (General e Indígena)						
Preescolar (general, comunitario, indígena)					X	X
Programa de Educación Inicial Indígena		X				X
Programa de Educación Básica para Niños y Niñas de Familias Jornaleras Agrícolas Migrantes (PRONIM)		X				X
Fortalecimiento a la Educación Temprana y el Desarrollo Infantil (incluye CENDIs y Educación de padres)					X (CENDIs)	X (CENDIs)
Educación (CONAFE)						
CONAFE - Programa Abatir el Rezago Educativo (PAREIB)		X				?
CONAFE - Educación Inicial No-escolarizada		X				X
CONAFE - Jornaleros		X				X
CONAFE - Preescolar comunitario		X				X
CONAFE - Educación indígena		X				X



Primera Sección

El contexto y los marcos normativos



Capítulo 1

El contexto

Los servicios y programas dirigidos a mejorar el desarrollo infantil temprano están influidos por y responden a las condiciones y características de los contextos en que son creados y donde operan. En este capítulo ofrecemos información sobre el contexto del DIT en México y los cambios recientes que se han operado, es decir sobre el escenario de las descripciones y análisis de los capítulos subsiguientes.

El capítulo se estructura en cuatro grandes apartados: datos generales del contexto; la niñez y su situación actual; la pobreza y las condiciones socioeconómicas del país; y, el contexto político del desarrollo de servicios para la primera infancia.

1.1 En general

En los últimos años ha disminuido el número absoluto de niños y niñas menores de 5 años en el país, reflejando un cambio en la tasa de fertilidad. Los indicadores de mortalidad, morbilidad y desnutrición infantil y el acceso a la educación preescolar e inicial han mejorado, pero persisten las grandes diferencias entre grupos urbanos y rurales así como entre hispano-parlantes e indígenas. La brecha también es considerable entre la población asalariada en el sector formal y la población abierta. Al momento en que se preparó este documento, todavía no se habían publicado los datos más recientes de la última encuesta en materia de salud y nutrición. Tampoco se dispone de información adecuada y con representatividad nacional en lo que concierne al desarrollo cognitivo, social y emocional de los niños y niñas menores de 5 años.

Pese a un incremento de los programas dirigidos a combatir la pobreza, entre 2008 y 2010 creció el número de pobres en 3.2 millones de personas, lo que significa que para 2010 el 46,2% de la población mexicana vivía en situación de pobreza (52 millones de personas). Este incremento refleja, en parte, un periodo de recesión económica mundial y nacional que, como es usual, afecta principalmente a niños y mujeres, particularmente de los grupos indígenas.

Las tendencias continúan marcando el crecimiento de la urbanización y de la participación de las mujeres en el mundo laboral, tanto formal como informal. El número de familias extendidas disminuye y aumentan las familias uniparentales, particularmente las de madres jefas del hogar.

El contexto político cambió en 2000 con la salida del Partido Revolucionario Institucional (PRI), que había permanecido en el poder 70 años. Desde entonces ha gobernado, a nivel federal, el Partido Acción Nacional (PAN). En estos 12 años se han introducido nuevos programas sociales relacionados con el DIT. El periodo se ha caracterizado por un aumento en la inseguridad relacionada con el crecimiento de la delincuencia organizada.

El incendio de la guardería ABC en el estado de Sonora, en el año 2009, donde murieron 49 niños, puso el tema de la atención a la primera infancia en la agenda pública y resultó en la creación y promulgación de la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil en octubre de 2011.

1.2 La niñez y su situación actual

1.2.1. Características demográficas

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda de 2010 (INEGI), en ese año había en México un total de 10'528.332 niños y niñas menores de 5 de edad. De estos, 51,3% eran niños. En la Tabla 1.1 presentamos la distribución de los niños de 0 a 4 años por tamaño de la localidad donde viven. También figura la distribución

de hablantes de lengua indígena (HLI) según la misma categoría.

En México, 26,2% de los niños menores de 5 años viven en áreas rurales (es decir en localidades con menos de 2.500 personas) y 35,6% en ciudades con 250.000 o más habitantes. No encontramos una cifra precisa para el número de niños “indígenas” menores de 5 años de edad pero basándonos en un análisis que utiliza resultados del conteo de la población

Tabla 1.1. Distribución de Niños 0 a 4 y de Hablantes de Lengua Indígena en México, por el tamaño de localidad en la que habitan, 2010

Localidad por número de habitantes	Niños de 0 a 4 años de edad en México			Total de habitantes de 5 años y más que habla lengua indígena (HLI)		
	Número de niños	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Número de personas HLI*	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1 - 249	612.419	5,82	5,82	988.524	18,49	14,30
250 - 499	516.355	4,90	10,72	912.771	20,30	27,50
500 - 999	692.174	6,57	17,30	1.130.690	18,63	43,86
1.000 - 2.499	941.225	8,94	26,24	1.255.207	14,97	62,01
2.500 - 4.999	653.350	6,21	32,44	742.918	12,51	72,76
5.000 - 9.999	616.775	5,86	38,30	448.033	7,89	79,24
10.000 - 14.999	365.199	3,47	41,77	186.879	5,46	81,94
15.000 - 29.999	633.729	6,02	47,79	186.900	3,13	84,65
30.000 - 49.999	406.700	3,86	51,65	156.381	4,01	86,91
50.000 - 99.999	568.656	5,40	57,05	131.073	2,38	88,80
100.000 - 249.000	775.697	7,37	64,42	194.081	2,41	91,61
250.000 - 499.999	1.138.380	10,81	75,23	155.267	1,20	93,86
500.000 - 999.999	1.376.205	13,07	88,30	265.248	1,74	97,69
1.000.000 - y más	1.231.458	11,70	100,00	159.390	1,15	100
Total	10.528.322			6.913.362	6,60	

FUENTE: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

*Nota: Los totales solamente incluyen a las personas que hablan una lengua indígena y no a quienes no lo hacen pero que se consideran “indígenas” porque viven en una casa donde el jefe del hogar, la cónyuge y/o ascendientes hablan una lengua indígena o porque se autodefinen como tales pese a no hablarla.

de 2005 (PNUD 2010), estimamos que en 2012 alrededor de un millón de niños viven en casas donde se habla una lengua indígena y representan el 9,5% del total de niños de edad temprana en México². La Tabla 1.1 muestra la gran concentración de indígenas en localidades rurales: 62% viven en localidades con menos de 2.500 habitantes mientras que solamente 6% están en ciudades con 250.000 o más personas. Se supone que la concentración de niños en casas donde se habla una lengua indígena sería similar y probablemente mayor en las áreas rurales.

El número absoluto de niños menores de 5 años ha disminuido ligeramente durante los últimos años. Con el cambio en la pirámide poblacional –que revela un incremento de la población en edades mayores– el porcentaje de ese grupo de edad bajó de 10,8% en 2000 a 9,4% en 2010. Como en la mayor parte del mundo, esto es atribuible, entre otras cosas, al incremento en el uso de anticonceptivos. Según datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO 2010) en 1979 la Tasa Global de Fecundidad era de 7,1 hijos por mujer y bajó secuencialmente a 4,8 en

1980 y a 2 en 2010. La literatura sobre el tema también da cuenta de que existe un cambio importante en el número de niños deseados y una relación entre fecundidad y nivel de instrucción. En México, en 1970 el 29% de las mujeres eran analfabetas mientras que en 2000 esa cifra había disminuido a 8,7% (UNICEF, en línea).

La disminución en la proporción de la población de 0 a 4 años ha facilitado el incremento relativo de la cobertura de programas dirigidos a mejorar su bienestar. En lo atinente al cuidado de la infancia temprana, este cambio marca transformaciones en la dinámica familiar³, en la que también incide la migración: hace que las familias se queden sin las redes de apoyo que pueden tener en su lugar de origen. Para 1980, 2,2 millones de mexicanos habían emigrado hacia Estados Unidos y en 2007 este número se calculó en 11,8 millones (CONAPO 2010), lo que deja un rastro de familias fragmentadas, con padres migrantes que no conocen a sus hijos o bien con madres que quedan solas, incluyendo amplios sectores donde solo madres, niños y ancianos permanecen en sus lugares de origen.

² La clasificación de personas como “indígenas” ha sido tema de debate. En la práctica, la tendencia es a determinar el estatus de indígena en relación con la capacidad de hablar una lengua indígena y la presencia en el hogar de personas (el jefe, la cónyuge o un ascendiente) que la hablan. La Comisión Nacional para el Desarrollo de Pueblos Indígenas-CDI (2002) ha debatido en torno a los problemas que plantea esta clasificación. Lo indígena no necesariamente se relaciona con el dominio de una lengua, lo cual es aún más evidente en el grupo de edad de nuestro interés. Según un análisis del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) realizado en colaboración con la CDI y basado en datos del censo de la población de 2005, 5'856.975 personas de 5 o más años hablarían una lengua indígena (HLI) en un hogar donde se la habla. En esa misma categoría, 2'719.520 personas de 5 o más años no hablarían una lengua indígena y tampoco lo harían 1'113.763 niños menores de 5 años (PNUD 2010, p. 30). A partir de esos datos, el porcentaje de niños indígenas de 0 a 4 en 2005 fue estimado en 11,6% de la población indígena total. Bajo el supuesto de que el número total de HLI y no HLI en casas de HLI ha disminuido ligeramente y que la fertilidad también ha bajado entre 2005 y 2012, un estimación de que 1'000.000 de niños indígenas viven en casas donde se habla un idioma indígena nos parece razonable, aun si resulta impreciso.

³ La Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI 2002) reporta, sin embargo, que son las mujeres hablantes de lengua indígena quienes menos acceso tienen a los anticonceptivos. Es difícil adentrarse más en las características demográficas de las minorías culturales ya que, como argumenta un estudio de la Universidad de Colima (Barroso 2004:80), “en México no existe fuente confiable alguna para el estudio demográfico indígena a nivel municipal o bien regional” debido sobre todo al subregistro de los censos de población y del Registro Civil en las poblaciones indígenas.

Al mismo tiempo, la migración interna ha sido intensa. En 1950 la población rural constituía el 57,4% del total de la población, mientras que en 2010 se calcula que solamente el 30% de los mexicanos viven en localidades de menos de 2.500 habitantes.

1.2.2 Mortalidad infantil y materna y estado nutricional de niños menores de 5 años

La Tabla 1.2 muestra cambios favorables en la mortalidad infantil y materna durante las últimas dos décadas. Desde una perspectiva más larga, UNICEF (en línea) indica que la situación de supervivencia ha mejorado considerablemente en el país ya que en 1960, 134 niños de cada mil fallecían antes de los 5 años y en 2008 esta cifra se redujo a 15,2 por mil, como puede apreciarse en la tabla, y a 14,2 por mil en 2010. La cifra, sin embargo, es aún alta si se la compara con Chile (9 de cada mil) o Cuba (7 de cada mil) en el mismo año.

Desafortunadamente las cifras presentadas son promedios, porque la tasa de

mortalidad infantil muestra variaciones por regiones y subregiones del país. Entre los indígenas, por ejemplo, la mortalidad infantil es 1,7 veces más alta que para la población general y en ciertas etnias llega a ser 7 veces mayor⁴. Esto, pese a que “el porcentaje de población que habla lengua indígena con carencia de los servicios de salud disminuyó de 52,8 por ciento en 2008 a 37,2 por ciento en 2010. Contrarrestando esta tendencia, el porcentaje de población que habla lengua indígena con un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo aumentó de 45 a 52 por ciento entre 2008 y 2010, mientras que el porcentaje de quienes tenían un ingreso inferior a la línea de bienestar se incrementó de 77 a 88,3 por ciento en dichos años” (CONEVAL 2011, p. 31).

Aunque la mortalidad materna bajó sustancialmente en el periodo entre 1992 y 2006, parece haberse estancado en años recientes pese a un incremento en la atención a este problema. La mortalidad materna está concentrada en tres estados: Chiapas, Oaxaca, Guerrero (Fundar 2004).

Tabla 1.2. Mortalidad infantil y materna, 1992 a 2010

Dimensiones	1992	2000	2006	2008	2010
Tasa de mortalidad infantil (defunciones de menores de un año por cada mil nacimientos)	31,5	19,4	16,2	15,2	14,2
Razón de mortalidad materna(defunciones maternas por cada 100 mil nacimientos)	89,0	72,6	60,0	57,2	(no hay información)

Fuente: CONEVAL 2011

⁴ Por ejemplo, la cifra para los Wurrárika fue estimada en 100 por cada 1000 nacimientos, para los Tarahumara en 95 y para los Cora en 89 [SSa (s.f.). “Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas de México”].

1.2.3 El estado nutricional de la población infantil

Las Tablas 1.3 y 1.4 presentan indicadores del peso y talla de los niños menores de 5 años en tres momentos temporales distintos y ofrecen datos de la población de ese grupo en general, por región y para los niños indígenas.

A partir de las tablas es posible concluir que el estado nutricional ha mejorado entre 1988 y 2006 (Tabla 1.3). Además, existe una brecha entre el estado nutricional de la población en general y el de los niños y niñas indígenas, especialmente respecto de su talla. La prevalencia de la baja talla es del 33,2% entre los niños indígenas, comparado con un 12,5% para la población en general, como se desprende de la Tabla

1.3. La región sur es la que muestra niveles más altos de deficiencias, especialmente en lo que concierne a la talla (Tabla 1.4). Por último, la desnutrición sube después de los 12 meses de edad respecto del peso y la talla y en todas las regiones (Tabla 1.4).

Además del peso y la talla, una descripción del estado nutricional de los niños menores de 5 años de edad requiere de información sobre la presencia o deficiencia de micronutrientes, que inciden en el crecimiento, la salud y el desarrollo. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2006 estimó las siguientes deficiencias de micronutrientes para niños de 1 a 4 años de edad a nivel nacional (reportado en Rivera 2012): 26% para el hierro, 28% para el zinc, 7,3% para la vitamina B12 y 3,6% para el ácido fólico.

Tabla 1.3. Estado nutricional de la población infantil: peso y talla

Dimensiones	1988	1999	2006
Porcentaje de prevalencia de bajo peso en menores de 5 años	14,2	7,6	5,0
Porcentaje de prevalencia de baja talla en menores de 5 años	22,8	17,8	12,5
Porcentaje de prevalencia de baja talla en menores de 5 años, por región*			
Región Norte	9,8	7,1	7,1
Región Centro	25,1	14,5	10,8
Región Sur	34,1	29,2	18,3
Ciudad de México**	11,0	13,1	11,9
Porcentaje de prevalencia de baja talla en menores de 5 años en la población indígena	48,1	44,3	33,2
Porcentaje de prevalencia de emaciación en menores de 5 años	6,0	2,1	1,6

*Regiones:

Norte: Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, Sonora, Tamaulipas.

Centro: Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Zacatecas, sin incluir municipios y localidades conurbadas de la Ciudad de México.

Sur: Campeche, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán.

Ciudad de México: Distrito Federal y municipios conurbados del estado de México.

**La muestra fue insuficiente para obtener resultados confiables. Todas las demás cifras son confiables al 95%.

Fuente: CONEVAL 2011.

Tabla 1.4. Estado nutricional de la población infantil: peso y talla por meses de edad, 2006

Peso: <-2 Z (2 desviaciones estándar)

Grupos de edad (meses)	Región Norte	Región Centro	Ciudad de México*	Región Sur
0 a 11	4,1	2,1	4,1	6,4
12 a 23	6,8	4,4	4,8	9,0
24 a 35	3,7	6,8	5,2	5,2
36 a 47	3,8	5,1	6,0	6,1
48 a 59	1,2	4,8	1,7	4,0
Total	3,9	4,8	4,6	6,0

Talla: <-2 Z (2 desviaciones estándar)

Grupos de edad (meses)	Región Norte	Región Centro	Ciudad de México*	Región Sur
0 a 11	7,4	6,8	5,7	17,9
12 a 23	9,5	13,7	10,4	18,3
24 a 35	7,0	12,2	8,0	13,9
36 a 47	7,6	11,1	18,2	18,2
48 a 59	4,1	9,6	13	21,8
Total	7,1	10,8	11,9	18,3

*Ciudad de México: Distrito Federal y municipios conurbados del estado de México.
Fuente: CONEVAL 2011 (tomado de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006).

En la Tabla 1.5 se presentan datos sobre la prevalencia de anemia, desglosados por grupo de edad.

De la tabla se desprende que la anemia disminuye a medida que avanza la edad (de 12 a 59 meses). También se advierte una reducción en la prevalencia de anemia entre 1999 y 2006 en tres de las cuatro regiones. La región sur, que concentra más pobreza y más población indígena, no registra variación.

Es importante notar que la fuente de los datos presentados en las tablas

es la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) realizada en 2006. Actualmente, el Instituto Nacional de Salud Pública está analizando los datos que la ENSANUT ha levantado durante el primer semestre de 2012. Se aspira a disponer de los resultados sobre el estado de la nutrición en el país a más tardar en 2013 para actualizar las estadísticas nacionales y retroalimentar a los funcionarios responsables de los programas y políticas de nutrición en torno a las acciones que deben emprenderse a fin de eliminar este problema invisibilizado de salud pública y sus consecuencias.

Tabla 1.5. Estado nutricional de la población infantil: la prevalencia de anemia en niños menores de cinco años, 2006

	Urbano	Rural	Región Norte	Región Centro	Ciudad de México	Región Sur
12 a 23	36,3	42,4	28,8	36,5	41,4	42,8
24 a 35	23,6	31,6	24,3	25,2	16,3	32,9
36 a 47	19,8	21,1	23,3	19,3	15,6	21,4
48 a 59	13,8	15,1	15,5	10,8	15,8	15,8
Todos 1999			26,0	27,5	27,2	27,6
Todos 2006			20,5	20,9	22,3	27,2
Total	22,8	26,1	22,6	22,1	21,1	26,9

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006

Lactancia materna. La práctica de la lactancia materna exclusiva guarda relación con varios de los indicadores presentados. Diversas fuentes consultadas, incluso un discurso del Secretario de Salud (véase *La Jornada*, 07. 12. 2011), revelan que esta práctica no es común en México. Según el titular de la Secretaría de Salud, solamente 22% de las madres brindan leche materna de manera exclusiva a sus hijos durante los primeros seis meses, que es lo que se recomienda. Además, el 56,7% la combinan con otros líquidos tres días (72 horas) después del parto.

Sobrepeso y obesidad. Según UNICEF (en línea), “México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil”. El problema parece ser de carácter nacional, pero es más pronunciado en las ciudades y en el norte del país. Las cifras de que se dispone se refieren a la obesidad en niños mayores de 5 años, pero el sentido común sugiere que empieza en los primeros años de vida.

1.2.4 El estado del desarrollo infantil temprano

No existe un acuerdo sobre cómo evaluar el desarrollo físico, cognitivo, social y emocional de los niños en México. Los datos que se utilizan para medirlo son la matrícula de niños y niñas en educación preescolar o su inscripción en programas de cuidado (véanse la Tabla 1.8 y los capítulos 4 y 5), que de ningún modo ofrecen un panorama del desarrollo integral.

En 2006, el Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE) realizó un estudio del aprendizaje en tercero de preescolar, enfocado en lenguaje y comunicación (véase la Tabla 1.6.), y en pensamiento matemático⁵.

La tabla 1. 6 muestra que, en promedio, más de 90% de los niños y niñas manejaban un nivel básico de lenguaje y comunicación. Además, las niñas mostraban ventaja sobre los niños. Se constata asimismo que el rendimiento es más bajo en los preescolares comunitarios

Tabla 1.6. Logros en lenguaje y comunicación, tercer nivel preescolar, 2006

Categoría	Debajo del básico	Básico	Medio	Avanzado
Nacional	9	45	31	15
Por sexo				
Niños	11	46	29	14
Niñas	7	44	32	16
Por ubicación y tipo de preescolar				
Comunitarios	26	51	18	5
Rural público	19	53	23	6
Urbano público	7	48	32	13
Privado	1	20	36	42

Fuente: INEE 2008

y rurales públicos. Por último, sin controlar por otras características de sus familias y su entorno, los niños y niñas de las escuelas privadas mostraron un nivel mucho más avanzado que los demás.

1.3 La pobreza y las condiciones socioeconómicas del país

Entre los elementos más críticos del contexto económico actual está el aumento en el número de pobres en México. El CONEVAL (2011) señala que a fines de 2008 y durante todo el 2009 el Producto Interno Bruto (PIB) se contrajo y para 2011 cayó en 6,3 %. Aunque se reporta igualmente cierta recuperación durante 2010, no se ha llegado a los niveles previos a la crisis. Como resultado, el porcentaje de población en situación de

pobreza aumentó de 48,8 a 52 millones de personas entre 2008 y 2010, lo que significa un aumento del 44,5% al 46,3% de la población total del país (véase la Tabla 1.7). De acuerdo a UNICEF (en línea), de la población total de niños menores de 5 años, en 2009 el 61,2 % vivía en condiciones de pobreza patrimonial y el 27,4% en pobreza alimentaria.

Entre los factores más importantes asociados con la situación de pobreza destacan el acceso a los alimentos, el desempleo y el valor adquisitivo del salario. El valor de la canasta alimentaria rural pasó de \$ 492,64 mensuales per cápita en enero de 2005 a \$ 723,32 en septiembre de 2011. La canasta urbana mensual per cápita pasó de \$ 711,46 a \$ 1.030,19 en el mismo periodo.

⁵ El instrumento se basó en competencias, ciñéndose al Programa de Educación Preescolar introducido en 2004. El estudio, centrado en lo cognitivo, no evaluó el desarrollo físico, social o emocional de los niños. La muestra no incluyó a los niños indígenas porque no fue posible traducir el instrumento a los múltiples idiomas. En 2011 se hizo un nuevo estudio para detectar los cambios operados en los últimos 5 años, pero los resultados todavía no están disponibles.

Tabla 1.7. Incidencia, número de personas y carencias promedio para los indicadores de pobreza, México 2008-2010

Indicadores	Estados Unidos Mexicanos					
	Porcentaje		Millones de personas		Carencias promedio	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010
Pobreza						
Población en situación de pobreza	44,5	46,2	48,8	52,0	2,7	2,5
Población en situación de pobreza moderada	33,9	35,8	37,2	40,3	2,3	2,1
Población en situación de pobreza extrema	10,6	10,4	11,7	11,7	3,9	3,7
Población vulnerable por carencias sociales	33,0	28,7	36,2	32,3	2,0	1,9
Población vulnerable por ingreso	4,5	5,8	4,9	6,5	0,0	0,0
Población no pobre y no vulnerable	18,0	19,3	19,7	21,8	0,0	0,0
Privacidad social						
Población con la menos una carencia social	77,5	74,9	85,0	84,3	2,4	2,3
Población con la menos tres carencias sociales	31,1	26,6	34,1	29,9	3,7	3,6
Indicadores de carencia social						
Rezago educativo	21,9	20,6	24,1	23,2	3,2	3,0
Carencia por acceso a los servicios de salud	40,8	31,8	44,8	35,8	2,9	2,8
Carencia por acceso a la seguridad social	65,0	60,7	71,3	68,3	2,6	2,5
Carencia por calidad y espacios de la vivienda	17,7	15,2	19,4	17,1	3,6	3,5
Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda	19,2	16,5	21,1	18,5	3,5	3,3
Carencia por acceso a la alimentación	21,7	24,9	23,8	28,0	3,3	3,0
Bienestar						
Población con un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo	16,7	19,4	18,4	21,8	3,0	2,7
Población con un ingreso inferior a la línea de bienestar	49,0	52,0	53,7	58,5	2,5	2,2

Fuente CONEVAL 2011, p. 21.

La tasa de desempleo, también según CONEVAL (2011), creció de 3,6 % en el segundo trimestre de 2008 a 6,2 % en el curso de 2009.

Desafortunadamente, la crisis y el empobrecimiento de la población experimentados en este periodo han afectado particularmente a los niños y a los grupos indígenas. “El porcentaje de la población menor a 18 años en situación de pobreza fue de 53.8 en 2010, lo que equivalía a 21.4 millones de niños y jóvenes; este es el grupo con mayor porcentaje de pobreza en el país” (CONEVAL, p. 29). Además de las condiciones de desigualdad endémica, durante el bienio otras 100 mil personas de las poblaciones indígenas pasaron a la pobreza, lo que equivale a decir que el 79,3 % de la población indígena era pobre en 2010.

Si un miembro de la familia tiene un empleo formal, accederá a la seguridad social financiada por las cuotas de los empleadores y por las contribuciones de los mismos trabajadores y el gobierno. Las personas sin trabajo formal han tenido durante mucho tiempo poco acceso a los

servicios de seguridad social entre los que destacan salud, vivienda, ahorro para el retiro, etc. (véase la Tabla 1.8).

Como puede verse en la Tabla 1.8, la falta de acceso a estos servicios se ha reducido durante los últimos 20 años (de 69,3% en 1992 a 39,5% en 2010), aún para el 20 % de ingreso más bajo (de 89,1 % a 22,3 %) y pese a la incorporación del Seguro Popular. Este estudio profundizará precisamente en aquellos servicios que han promovido el acceso de la población abierta y abordará algunos aspectos de su calidad.

Sin duda, otro de los servicios que más decididamente incide en el desarrollo infantil temprano es la educación. En la Tabla 1.9 pueden apreciarse algunos indicadores clave que describen el funcionamiento del sistema educativo. Destaca el hecho de que, comparado con los índices internacionales, el logro académico es bastante bajo en México.

Esta tabla presenta datos diferenciados sobre el porcentaje de niños de entre 3 y 5 años que asisten a educación preescolar. Mientras que para 1992, 2000 y 2006 se refiere solo a niños de 5 años, las cifras

Tabla 1.8. Acceso a servicios de seguridad social

Dimensiones	1992		2006		2008		2010	
	20% más pobre por ingreso	Nacional						
Porcentajes de hogares sin cobertura de programas sociales seleccionados ni seguridad social	89,1	69,3	38,8	50,1	31,0	43,9	22,3	39,5

Fuente: CONEVAL 2011. Comprende aquellos hogares que no cuentan con los apoyos de los programas Procampo y Oportunidades, en los que ningún miembro del hogar tiene Seguro Popular y donde el jefe del hogar no cuenta con derechohabencia a servicios médicos como prestación.

Tabla 1.9. Características de los servicios educativos y su acceso

Dimensiones	1992		2000		2006		2008		2010	
	20% más pobre por ingreso	Nacio-nal								
Asistencia Escolar por grupos de edad (%)										
De 3 a 5 años	40,7	62,9	69,5	85,2	86,2	93,6	64,1	69,5	66,6	71,9
De 6 a 11 años	88,3	93,9	93,3	96,6	96,3	98,0	97,0	98,3	96,8	98,3
De 12 a 14 años	69,2	82,4	82,3	88,9	88,5	92,4	86,6	91,5	85,8	91,6
De 15 a 17 años	28,3	51,0	35,5	58,4	51,8	65,9	52,9	65,0	50,6	66,3
De 18 a 25 años	5,6	20,1	9,0	24,9	8,5	25,7	12,2	25,8	12,0	27,6
Promedio en la prueba PISA* de matemáticas en México	n,d	n,d	n,d	386,8	n,d	404,2	n,d	n,d	n,d	419,0
Promedio en la prueba PISA de matemáticas los países no OECD	n,d	n,d	n,d	425,1	n,d	427,0	n,d	n,d	n,d	436,3
Lugar de México respecto de países no OECD en PISA matemáticas	n,d	n,d	n,d	9 a 13	n,d	18 a 26	n,d	n,d	n,d	16 a 32

Fuente: CONEVAL 2011. *PISA es una prueba de aptitudes aplicada a una muestra de alumnos de entre 15 años y 16 años de edad.

correspondientes a los años 2008 y 2010 toman en cuenta a niños de 3 a 5 años. Es este cambio en la definición de la variable el que explica la caída en el porcentaje de niños que asisten a la escuela en los dos últimos años reportados. Vale la pena tomar en cuenta la comparación que esta tabla de CONEVAL ofrece entre la población general y la del quintil más pobre. Los datos permiten afirmar que las condiciones de pobreza tienden a limitar el acceso a la educación preescolar pese a que en 2002 se decretó la obligatoriedad de este nivel.

1.4 El contexto político del desarrollo de los servicios para la primera infancia

2006 fue un año electoral en el que se eligió un nuevo gobierno federal.

El Partido Acción Nacional (de centro derecha o derecha, según la fuente) ganó por segunda ocasión la presidencia, lo que denota un ambiente más bien conservador en lo político. Entre sus primeras acciones estuvo la creación del Programa de Estancias Infantiles para Madres Trabajadoras. Como puede notarse desde su nombre, el nuevo programa no tenía entre sus objetivos principales el desarrollo infantil temprano sino más bien la creación de espacios que ofrecieran servicios de cuidado a los niños para facilitar la participación laboral de las madres que no tienen acceso a la seguridad social del sector formal. Este ha sido el programa que mayor crecimiento de cobertura ha experimentado durante el sexenio y varios de los entrevistados para el presente estudio se refirieron a él como “el programa del Presidente”, en

alusión al interés de hacerlo funcionar adecuadamente.

El 5 de junio de 2009 se incendió la guardería ABC del estado de Sonora, tragedia en la que murieron 49 niños y niñas y 76 quedaron heridos. Este suceso dejó al descubierto algunos de los problemas de calidad de los servicios de cuidado y la necesidad de contar con estándares de seguridad y calidad más estrictos. Como resultado, los padres de familia afectados iniciaron un movimiento que recibió la solidaridad de un grupo considerable de la población. Todos estos elementos hicieron que el tema de la atención a la primera infancia se colocara de modo permanente en la agenda de la opinión pública. En parte debido a este incidente y al posterior movimiento social que se gestó, en octubre de 2011 se promulgó la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil.

Junto a ello, la Constitución Política, máximo documento legal del país, fue modificada en su artículo primero en junio de 2011, estableciendo que todas las personas gozarán de los Derechos Humanos reconocidos tanto en la Constitución como

en aquellos tratados internacionales que México ha suscrito, entre los que figura la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN). Ambos avances jurídicos son aún muy recientes como para estar en posibilidad de dimensionar las repercusiones que tendrán, pero es posible prever que, como consecuencia de esta reforma constitucional, varias modificaciones serán necesarias a mediano y largo plazo en todos los servicios de atención a la infancia temprana en el país.

En lo que concierne al ambiente político, según datos del Latinobarómetro (2011) los mexicanos han experimentado una creciente ola de violencia en parte atribuida a las acciones del gobierno en contra del tráfico de drogas, lo que ha producido un descenso de la confianza en las instituciones democráticas. La misma fuente señala que se ha reducido a un 22% el porcentaje de mexicanos que tienen esperanza en que el país progrese. Un 78% de la población cree que el gobierno no trabaja para el bien de todo el pueblo y un 85% considera que la distribución del ingreso no es justa. Además, el 55% de las personas creen que hay que combatir la corrupción y solo un 31% tiene alguna confianza en el gobierno.





Capítulo 2

Marcos normativos para los servicios y programas destinados a mejorar el desarrollo infantil temprano*

Los marcos normativos varían en su origen, sus contenidos y su nivel de especificidad. La normativa respecto de los servicios y programas de desarrollo infantil temprano tiene por lo menos cuatro niveles que deben ser considerados:

- Los acuerdos internacionales suscritos por el país
- Los artículos de la Constitución de la República
- Las Leyes Generales
- Las Normas Oficiales Mexicanas

2.1 Los acuerdos internacionales

En las últimas décadas, el Estado mexicano ha ratificado diversos instrumentos jurídicos internacionales pertinentes al DIT, los cuales han adquirido el estatuto de Leyes Supremas a nivel nacional, conforme a lo estipulado en el Artículo 133 de la Constitución mexicana. Este reconocimiento significa que dichos instrumentos alcanzan una jerarquía jurídica superior a la legislación secundaria, sin importar si esta es de orden federal o estatal.

El reconocimiento constitucional de los Derechos Humanos expresados en instrumentos internacionales firmados por México es potencialmente muy relevante para el sector del DIT en el país, ya que los derechos del niño se incluyen en el catálogo de derechos que no pueden

suspenderse en ningún caso. Sin duda, este reconocimiento representa un avance significativo para el bienestar de la niñez, pues como señala Clavero (2011), “con la aceptación de la categoría internacional de Derechos Humanos no solo se introduce un cambio en la calificación de los derechos, sino también de su extensión, reubicación y fortalecimiento”. Con ello se estarían sentando las bases para que la protección y el desarrollo integral de la infancia se fundamenten en un enfoque de Derechos Humanos. Al mismo tiempo, hasta ahora no queda muy claro cómo este cambio reciente e importante en la Constitución va a afectar a la organización y las demandas dentro del sector. Existen expectativas altas en algunos grupos de la sociedad de que los cambios van a facilitar la exigibilidad y justiciabilidad de los derechos. Un reto para las personas y organizaciones interesadas en mejorar las políticas y servicios de desarrollo infantil temprano será determinar cómo aprovechar este cambio de la Constitución en los procesos de formulación, seguimiento y monitoreo de las políticas, programas y prácticas, especialmente para los niños vulnerables o en situación de pobreza⁶.

En ese contexto de cambio jurídico, de los tratados internacionales suscritos por México el que consideramos más importante para el DIT es la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), que forma parte de la normatividad internacional y que enmarcaría las

* Este capítulo se basa en el trabajo de investigación de Juan Luis Fernández elaborado en el proceso de preparación de este documento.

⁶ Existe evidencia de que los acuerdos internacionales pueden servir como base para demandas ciudadanas al gobierno, capaces de tener un efecto sobre las políticas y los programas. Por ejemplo, una demanda presentada por un grupo de maestros indígenas de Chiapas sobre el carácter discriminatorio de la prueba educativa ENLACE, presentada por medio de CONAPRED a la SEP y que incluye referencias a acuerdos internacionales y nacionales, está produciendo una revisión de la forma en que se evalúa a los niños y niñas indígenas en el sistema educativo.

políticas y programas dirigidos a la primera infancia del país.

Entre las principales características de la CDN destacan dos. Primero, se trata del único instrumento internacional que incluye toda la gama de derechos humanos: civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, ahora aplicados a la infancia y adolescencia. Segundo, se basa en una concepción novedosa de los derechos de los niños, que afirma su estatus de sujetos de derechos, es decir de titulares de los derechos y no como objetos de la caridad.

Especialmente pertinente a nuestro tema son los Artículos 6 y 27 en que se hace mención específica al derecho al desarrollo físico, mental, social, moral y espiritual y los Artículos 3 y 18 en que se establece la obligación del Estado de asistir a las familias en la crianza de sus hijos y de establecer instituciones, facilidades y servicios para cuidar a los niños.

La CDN determina que es obligación de los Estados parte informar al Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas acerca de los avances y dificultades en su aplicación. Luego de examinar estos informes oficiales y aquellos proporcionados por organizaciones civiles, y debatir con altos funcionarios sobre lo reportado, el Comité emite observaciones finales en las que expresa sus preocupaciones y recomendaciones sobre la aplicación de la CDN, las cuales tienen un carácter vinculante para los Estados, en virtud de lo establecido en la propia Convención.

La Convención ha tenido una influencia importante en la legislación nacional durante los últimos años. Sirvió como referente para la formulación de la nueva

ley de prestación de servicios de desarrollo infantil temprano.

Otros acuerdos relevantes sobre el desarrollo infantil temprano incluyen:

- Compromisos contenidos en el Documento final de la Sesión Especial de Infancia: *Un Mundo Apropiado para la Infancia (2002)*, que retomó y extendió los acuerdos de la Declaración sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño (1990).
- Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000).
- Las Declaraciones de Educación para Todos (1990 y 2000).
- La Declaración del Simposio Mundial de Educación Infantil (2000).
- El Convenio No. 103 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) relativo a la protección de la maternidad (revisado en 1952 y modificado en 2000 por el Convenio No. 183).
- La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y el Protocolo Facultativo (1981 y 2001).

2.2 La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

La Constitución Política de México es la norma más importante para el país. De ella emanan los principios fundamentales de la organización política y jurídica nacional.

Por consiguiente, toda legislación secundaria, sea de orden federal o estatal, debe subordinarse a lo convenido en la Constitución. En lo relacionado con el DIT, algunos artículos constitucionales reconocen derechos de la infancia y establecen medidas para promover su protección y desarrollo, mientras que otros se refieren a Derechos Humanos que son aplicables a ella. En el Anexo 1 se describen en detalle los respectivos artículos.

Reforma del Artículo 1 de la Constitución.

Todavía de mayor trascendencia es la reciente modificación del Artículo 1 de la Constitución, en el marco de las reformas constitucionales en materia de Derechos Humanos publicadas en junio de 2011. Con la modificación de los términos del Artículo 1 se reconoce por primera vez que todas las personas gozarán de los Derechos Humanos contenidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que México es parte. Se obliga a las autoridades de los tres órdenes de gobierno a promover, respetar, proteger y garantizar dichos derechos, para lo cual deben interpretar y aplicar la ley conforme al principio *pro persona*. Esto quiere decir que cuando existan dos normas aplicables en la materia, se optará siempre por aquella que favorezca más a la persona, con independencia del orden normativo fijado en el Artículo 133. Con esta reforma, los Derechos Humanos contenidos en instrumentos internacionales se elevan a rango constitucional, lo cual afianza la protección de los derechos de los niños.

2.3 Leyes generales y federales

En el orden jurídico nacional, las Leyes Generales determinan las reglas que son aplicables a la generalidad de sujetos y situaciones en todo el territorio nacional. Su objetivo es regir aspectos de carácter nacional como la salud, la educación y el trabajo, entre otros, en los que convergen tanto autoridades locales como federales, por lo que ambas están sujetas a dicha reglamentación. Las Leyes Federales, por su parte, marcan las disposiciones para regular las atribuciones de los estados, instituciones del ámbito federal, por lo que su aplicación no alcanza un carácter nacional.

Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes

Con ella el Estado sanciona los principios, derechos y medidas de protección mínimas para la niñez y la adolescencia en México. La ley se centra en definir quiénes son los niños; reconocer que la protección de sus derechos favorece su desarrollo integral; asegurar que su protección se base en los principios rectores de la CDN; aplicar las normas conforme al interés superior del niño; promover desde el ámbito federal un programa para la atención de los derechos de la infancia, en el que converjan los tres órdenes de gobierno, el sector privado y social; atender a la niñez privada de sus derechos; y, el deber de las niñas y niños de aprovechar los recursos de que dispongan para su desarrollo. Por otra parte, se fija por primera vez el deber de los padres o tutores de satisfacer las necesidades básicas para el desarrollo integral de los niños.

Los derechos de los niños reconocidos en esta ley son, entre otros, el derecho a la vida; a la no discriminación; a vivir en condiciones de bienestar y a un sano desarrollo psicofísico; a ser protegidos en su integridad y libertad, y contra el maltrato y el abuso sexual; a tener una identidad; a vivir en familia; a la salud; a la educación; al descanso y al juego; a tener libertad de pensamiento; a una cultura propia y a participar. Destaca, además, el capítulo especial acerca de los derechos de los niños con discapacidad.

Finalmente, la ley se refiere también a la Procuración y Defensa del menor. Para ello, se definen las respectivas sanciones, recursos administrativos y procedimientos, y se les otorga facultades a las instituciones de procuración de justicia ya existentes para que salvaguarden los derechos de la niñez y la adolescencia.

Ley General de Salud

Esta ley data de 1984 y en ella se establecen las reglas generales para la protección de la salud de toda la población. En su capítulo V aborda el tema de la atención de la salud materno-infantil. Al respecto, la ley establece que dicha atención es prioritaria y debe darse durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como al recién nacido. Según estipula la ley, el cuidado de la salud física y mental de los niños es corresponsabilidad de los padres, el Estado y la sociedad.

El Sistema de Salud, por su parte, debe promover la creación de comités para la prevención de la mortalidad materna e infantil. Asimismo, debe fijar los procedimientos para que la

familia participe en la prevención y atención oportuna de enfermedades y padecimientos; ejecutar acciones de orientación y vigilancia institucional, de fomento a la lactancia materna y, de ser necesario, dotar de alimentos al grupo materno-infantil para que mejore su estado nutricional; controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, procesos diarreicos e infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años; y, capacitar a las parteras a fin de elevar su competencia técnica para atender el embarazo, el parto y el puerperio.

La ley también indica que las autoridades sanitarias, educativas y laborales deben apoyar y fomentar la salud materno-infantil en todos los ámbitos de su competencia. En el año 2003 se hicieron adiciones a esta Ley para que mediante el Programa IMSS-Oportunidades se pueda proporcionar servicios de salud a la población no asegurada.

Ley General de Educación

Publicada en 1993, esta ley contiene las disposiciones generales que rigen a la educación en el país. En el caso de la Educación Inicial, esta se considera parte del Sistema Educativo Nacional e indispensable para el desarrollo integral de los niños, pero no se establece su obligatoriedad. Según la ley, el propósito del nivel inicial es “favorecer el desarrollo físico, cognoscitivo, afectivo y social de los menores de cuatro años de edad. Incluye orientación a padres de familia o tutores para la educación de sus hijas, hijos o pupilos”.

Respecto de la prestación de servicios públicos de Educación Inicial, la ley señala

que es competencia de las autoridades educativas federales y locales, las cuales se encargarán también de la formación, actualización y capacitación magisterial, con el fin de que los docentes de ese nivel tengan una formación profesional. Los prestadores privados, por su parte, deben cubrir las condiciones fijadas por la autoridad educativa competente: contar con personal acreditado para impartir educación; disponer de instalaciones limpias, seguras y apropiadas para la enseñanza; asegurar que el contenido pedagógico de sus programas educativos se ajuste a las directrices del Programa de Educación Inicial de la Secretaría de Educación Pública (SEP); y, facilitar la inspección de sus instalaciones para verificar que cumplan con estas condiciones.

En cuanto a la Educación Preescolar, esta ley señala que forma parte de la educación básica que el Estado está obligado a impartir; que es obligatoria, laica y gratuita si el servicio es público, y que es deber de los padres hacer que sus hijos la cursen. La SEP es la instancia encargada de definir el ciclo escolar y los planes y programas de estudio; de autorizar y establecer los criterios para el uso de libros de texto y material educativo; de regular la prestación de servicios educativos por parte de particulares; de reconocer la validez oficial de los estudios impartidos; y, de otorgar las facilidades para la supervisión escolar.

Ley Federal del Trabajo

Esta ley fue promulgada en 1970 y su última reforma data de 2006. En su título V, se enuncian los derechos laborales de la mujer en relación a la protección

de la maternidad: durante el embarazo las madres trabajadoras no realizarán trabajos que pongan en peligro su salud en relación con la gestación; disfrutarán de un descanso anterior y posterior al parto con goce de salario íntegro y preservarán su trabajo y sus derechos; en el período de lactancia tendrán descansos para alimentar a sus hijos. El artículo 171 establece que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) prestará los servicios de guardería incluso en aquellos casos en los que las guarderías estén instaladas al interior de las empresas.

Ley Federal para los Trabajadores al Servicio del Estado

En ella se establece que los trabajadores al servicio del Estado tienen derecho a la seguridad social y a los servicios sociales, incluyendo atención médica por maternidad y servicios de guardería infantil. El Artículo 28 contempla el derecho de la mujer trabajadora embarazada a una licencia por maternidad y a descansos para efectos de la lactancia de sus hijos recién nacidos.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Expedida en 2007, esta ley regula la seguridad social a cargo del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Entre los seguros reconocidos para la mujer derechohabiente del ISSSTE se encuentra el de maternidad, que comprende atención médica de diagnóstico, quirúrgica y hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación desde el comienzo del embarazo, además de atención médica

para el recién nacido y ayuda en especie para la lactancia. La ley reconoce como prestación de los trabajadores del Estado los servicios de cuidado y desarrollo infantil, a través de las Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil (EBDI).

Ley del Seguro Social

Esta ley fue publicada en 1995 y ha sufrido diferentes reformas en los últimos años. De acuerdo con su artículo 11, las personas derechohabientes del régimen obligatorio tienen derecho a un seguro de maternidad, que comprende atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria por maternidad; y acceso a servicios de guardería y prestaciones sociales, que pueden ser en dinero o en especie, tales como subsidios por incapacidad temporal (durante el periodo pre y posnatal) o la dotación de suplementos durante el periodo de lactancia.

Es importante destacar que existe la figura de la afiliación voluntaria a la seguridad social a través del IMSS. Cabe señalar, no obstante, que solo una minoría de personas de la población abierta optan por este tipo de afiliación.

En virtud de la ley, cuando la mujer es trabajadora del IMSS, su Contrato Colectivo de Trabajo le da derecho a más prestaciones: atención médica para su hijo durante la infancia; licencia por maternidad de 90 días; servicio de guardería o un pago supletorio mensual para costear un servicio privado en caso de no haber lugar en

guarderías del IMSS; permisos de uno a tres días por enfermedad de sus hijos. Por lo anterior, se considera que las trabajadoras del IMSS son un grupo privilegiado en el contexto laboral nacional.

2.3.1 La Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil

Nos referimos en acápite aparte a esta ley relativamente nueva, promulgada en octubre de 2011, porque tiene implicaciones importantes para las estrategias de mejorar el desarrollo infantil temprano en ambientes complementarios de atención fuera del hogar.

El proceso de reflexión y debate en la legislatura y con personas de la sociedad civil alrededor de esta ley resultó en un marco relativamente amplio, que tomó en cuenta los derechos de la infancia y el desarrollo integral como base para la elaboración de la misma. Esto se evidencia en la inclusión del término “desarrollo integral”⁷ en el título y en las referencias explícitas que se hacen en el texto a los derechos plasmados en la CDN. Por ejemplo, en la sección donde la ley propone crear una Política Nacional, dice: “*El proyecto reconoce que los entes que prestan un servicio de cuidado infantil deben llevarlo a cabo conforme a estándares de calidad donde lo prioritario sea la adecuada atención de niñas y niños, basados en el principio constitucional que tutela su desarrollo y el cumplimiento de sus derechos, en los principios del interés superior de la niñez*”.

⁷ En el Artículo 8 de la Ley se define al desarrollo integral como “ el derecho que tienen niñas y niños a formarse física, mental, emocional y socialmente en condiciones de igualdad”.

En el Artículo 11, se especifican los siguientes derechos:

- “A un entorno seguro, afectivo y libre de violencia;
- Al cuidado y protección contra actos u omisiones que puedan afectar su integridad física y psicológica;
- A la atención y promoción de la salud;
- A recibir la alimentación que les permita tener una nutrición adecuada;
- A recibir orientación y educación apropiada a su edad, orientadas a lograr un desarrollo físico, cognitivo, afectivo y social hasta el máximo de sus posibilidades;
- Al descanso, al juego y al esparcimiento;
- A la no discriminación;
- A recibir servicios de calidad y con calidez, por parte de personal apto, suficiente y que cuente con formación o capacidades desde un enfoque de los derechos de la niñez; y,
- A participar, ser consultado, expresar libremente sus ideas y opiniones sobre los asuntos que les atañen y a que dichas opiniones sean tomadas en cuenta”.

Aunque el discurso incluye referencias a la educación, al desarrollo integral, al juego, a la no discriminación y otros derechos y no solamente a la seguridad y protección

de los niños y niñas, el reto de cumplir con la ley va a ser incorporar estos elementos en los procesos de implementación.

Ello requiere, entre otras cosas, de:

- Una visión amplia de los servicios y programas que se ocupan del DIT, que vaya más allá del énfasis puesto por la ley en la atención en centros de cuidado y desarrollo. Es necesario incorporar servicios de atención directa y periódica a los niños en los centros de salud y, sobre todo, servicios de apoyo a los padres de familia para fortalecer sus prácticas de crianza en el hogar.
- Conceder al desarrollo integral la misma importancia que actualmente se da a la seguridad, la supervivencia, la salud y el crecimiento relacionado con la alimentación.
- Una puesta al día de las Normas Oficiales Mexicanas pertinentes al DIT, aprovechando de modo crítico las iniciativas que están en proceso explicitar su contenido y las acciones necesarias tendientes a mejorar el DIT.
- Una colaboración real entre las instituciones, que debe incluir la representación efectiva de la sociedad civil.
- Mejoramiento en el contenido, disponibilidad y transparencia de los sistemas de información relativos al DIT.

- Seguimiento de cerca de la implementación de ley y una demanda constante de que se la cumpla.

La ley crea una entidad, el Consejo Nacional de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil. El Artículo 24 dice que “El Consejo es una instancia normativa, de consulta y coordinación, a través de la cual se dará seguimiento continuo a las acciones que tengan por objeto promover mecanismos interinstitucionales que permitan establecer políticas públicas y estrategias de atención en la materia”.

2.4 Normas Oficiales Mexicanas (NOM)

Las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) establecen los lineamientos que los prestadores de servicios públicos o privados deben cumplir. A continuación se describen cuatro NOM que tienen que ver con los servicios y programas del DIT en México.

Norma Oficial Mexicana (NOM-031-SSA2-1999) para la Atención a la Salud del Niño

Esta norma establece los criterios, estrategias, actividades y procedimientos aplicables a todas las instituciones que prestan servicios de atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud: inmunización para prevenir las afecciones cubiertas en el esquema de vacunación universal, prevención, tratamiento y control de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, y control de

la nutrición mediante vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años. Estas acciones deben llevarse a cabo en los espacios con población cautiva: estancias infantiles, casas cuna, orfanatos, guarderías, jardines de niños, escuelas, albergues, internados, casas hogar, campos de jornaleros y migrantes.

Norma Oficial Mexicana (NOM-008-SSA2-1993) para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente

Esta norma regula los criterios para vigilar el estado de nutrición, crecimiento y desarrollo de los menores de cuatro años, en correspondencia con normas internacionales en la materia. Para este grupo poblacional se establece un mínimo de mediciones de peso y talla y de consultas médicas por año, así como valoraciones de su desarrollo en los siguientes aspectos: lenguaje, social, coordinación y motora (DOF 1994).
Norma Oficial Mexicana (NOM-167-SSA1-1997) para la Prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores

Su objetivo es normalizar las acciones de asistencia social realizadas por instituciones públicas, privadas o sociales del Sistema Nacional de Salud, principalmente en lo que se refiere a la calidad de la atención. La norma establece los procedimientos para uniformar principios, criterios, políticas y estrategias en la prestación de servicios y desarrollo de actividades en materia de asistencia social para menores, incluyendo la atención en salas cuna y guarderías infantiles; alojamiento temporal o permanente en ellas; alimentación conforme a los criterios de la normatividad

sobre nutrición del niño; vestido, excepto en guardería; fomento y cuidado de la salud y vigilancia del estado nutricional; vigilancia del desarrollo educativo e incorporación formal al nivel preescolar; atención a niños con discapacidades; actividades educativas, deportivas, recreativas y culturales; atención médica y psicológica; trabajo social y apoyo jurídico. Además, los prestadores de servicios están obligados a contar con un reglamento interno, manuales técnicos administrativos y un programa general de trabajo.

Esta norma también establece las características físicas, de equipamiento y las medidas de seguridad necesarias en las salas cuna y las guarderías, así como su tipo de personal y la calificación del mismo.

Norma Oficial Mexicana (NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.)

Clasificada como una norma “emergente”, incluye apéndices normativos de seguridad más rígidos (orientados principalmente a evitar incendios). Esta versión de la NOM fue hecha para responder a quejas de las familias cuyos niños murieron a causa del incendio de una guardería en Sonora. Una primera tarea del nuevo Consejo Nacional de Prestación de Servicios es la de revisar y cambiar esta norma. Por esto se la clasifica como “emergente”.

Reflexiones sobre las Normas Oficiales Mexicanas

Actualmente es posible identificar por lo menos tres procesos en marcha que van a requerir de cambios en la normatividad relativa al desarrollo infantil contemplada en las normas anteriormente descritas (ellos se abordan en mayor detalle más adelante en este documento):

- La iniciativa dentro del Seguro Popular que busca consenso en torno al tamizaje de niños pequeños en los centros de salud y al protocolo y las actividades que se deben emprender luego de la prueba para brindar apoyo a los niños que muestren señales de rezago.
- Un ejercicio colaborativo coordinado por Educación Inicial que pretende crear un conjunto de principios para guiar la atención al desarrollo infantil, sea en centros o en el hogar.
- El mandato al nuevo Consejo para la Prestación de Servicios de revisar y poner al día las normas para los servicios.

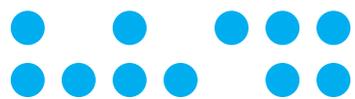
2.5 En resumen

México ha acumulado compromisos por ser firmante de un número considerable de acuerdos internacionales sobre derechos humanos y de la infancia; discriminación contra mujeres y grupos indígenas; derechos a la buena salud, alimentación, educación; condiciones de vida y de trabajo. Estos acuerdos proveen una base normativa sólida para los servicios y programas de desarrollo infantil temprano y han sido elevados a un nivel jurídico equivalente

a los principios y normas previstos en la Constitución de la República que, a su vez, ofrece fundamentos consistentes para trabajar en el desarrollo infantil temprano. Es decir, el problema de extender y mejorar la calidad de los servicios y programas dirigidos al DIT en México no es tanto uno de normatividad cuanto de implementación.

Las mejoras que se han introducido en las Leyes Generales en los últimos años también han contribuido a articular lineamientos relativamente sólidos para el desarrollo de una política nacional y de

programas específicos relativos al DIT. La reciente promulgación de la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil constituye una adición importante a este ámbito por su énfasis en los derechos de la infancia, las provisiones que norman el contenido que define la seguridad y buena atención en los centros, y por la creación de un Consejo con autoridad para coordinar esfuerzos en el diseño y seguimiento de una política nacional y reexaminar y mejorar las Normas Oficiales Mexicanas vigentes y pertinentes.





Segunda Sección

Programas y servicios para el desarrollo infantil temprano

- Salud
- Educación
- Centros de atención
- Coordinación e integración



Capítulo 3

El desarrollo infantil temprano en el sector salud

3.1 Una nota breve sobre la evolución de las políticas y programas en el sector salud

El sector salud en México se desarrolló lentamente en el siglo XX. Durante las últimas dos décadas del siglo empezó a responder a cambios demográficos (perfil de edades y migración continua a las áreas urbanas); cambios en la composición de la fuerza de trabajo (un incremento en la participación de las mujeres); cambios epidemiológicos (el aumento de algunas enfermedades –especialmente las relacionadas con el envejecimiento de la población– y la reducción de otras); y, al surgimiento de una perspectiva relacionada con los derechos humanos (CIDE 2011).

Cuatro características de esta evolución en el sector salud son centrales en nuestra discusión.

- *Un vínculo directo entre la política de salud y el empleo asalariado.* Esta relación creó una división inequitativa entre, por un lado, las personas asalariadas empleadas en el sector formal con acceso a beneficios de salud como parte de su seguridad social y, por otro, las personas no asalariadas empleadas en el sector informal, que operan su propio negocio, trabajan en la casa sin remuneración, y los desempleados que, juntos, constituyen “la población abierta” y carecen de los beneficios de la seguridad social. (véase la Tabla 3.1).

La mayoría de los trabajadores asalariados se encuentran en áreas urbanas mientras una proporción significativa de los demás están en

zonas rurales, con frecuencia también indígenas. El vínculo entre salud y trabajo generó también inequidades entre hombres y mujeres porque la tasa de participación de las mujeres en la fuerza de trabajo remunerada fue baja durante casi todo el siglo; ellas siguieron trabajando en casa como madres, o apoyando a sus maridos y compañeros en sus labores. Hasta hace muy poco, antes de una reforma a la Constitución en 1981 y de la aprobación de la Ley General de Salud en 1984, la atención a la salud fue vista como un derecho laboral y no como un derecho humano para todos los ciudadanos. Si bien hubo iniciativas aisladas tendientes a superar esas inequidades en el periodo 1970-2000, es solamente durante los últimos 15 años que se gesta un esfuerzo significativo en esa dirección.

- *Énfasis en curar y prevenir enfermedades.* Pese a la definición que contiene la carta constitucional de la OMS según la cual la salud es “un estado completo de bienestar físico, mental y social”, siempre se ha puesto el énfasis en la curación y prevención de enfermedades. La perspectiva de “desarrollo” no ha estado presente y, en particular, el desarrollo psicosocial no ha constituido una dimensión importante para el sector e incluso parece haber sido incorrectamente considerado como un resultado colateral de una buena salud y nutrición.
- Hasta la década de 1980 el paradigma enfocado en la enfermedad se concentró

Tabla 3.1. Instituto Mexicano de Seguro Social – Régimen Voluntario

Según la Ley del Seguro Social, existen tres modalidades de régimen voluntario:

1. La continuación voluntaria en el régimen obligatorio (para el asegurado con un mínimo de cincuenta y dos cotizaciones semanales acreditadas en el régimen obligatorio, en los últimos cinco años al ser dado de baja), que también se aplica a los seguros conjuntos de invalidez y vida así como de cesantía en edad avanzada y vejez pero, no incluye seguro de salud.
2. La incorporación voluntaria al régimen obligatorio para varios grupos no asalariados (industrias familiares, pequeños artesanos, comuneros, pequeños propietarios, trabajadores domésticos, personas físicas con trabajadores a su servicio y personas en ciertas áreas de administración pública), que pueden afiliarse para prestaciones en especie de enfermedad y maternidad, seguros de invalidez y vida, retiro y vejez y, en algunos casos, riesgos de trabajo y cesantía en edad avanzada.
3. El régimen voluntario del seguro de salud (para cualquier familia donde no hay asalariados).

La Ley especifica que:

Artículo 240. “Todas las familias en México tienen derecho a un seguro de salud para sus miembros y, para ese efecto, podrán celebrar con el Instituto Mexicano del Seguro Social convenio para el otorgamiento de las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, en los términos del reglamento respectivo”.

Artículo 241. “Los sujetos amparados por el seguro de salud para la familia son los señalados en el Artículo 84 de esta Ley”.

Artículo 242. “Todos los sujetos que voluntariamente se incorporen al seguro de salud para la familia [...] pagarán anualmente la cuota establecida correspondiente [...] Las cuotas serán calculadas de acuerdo a la siguiente tabla, la cual será actualizada en febrero de cada año de acuerdo al incremento en el Índice Nacional de Precios al Consumidor del año calendario anterior. El Estado contribuirá conforme a lo dispuesto en la fracción III del artículo 106 de la presente Ley por familia, independientemente de su tamaño.

Edad (años cumplidos)	Cuota (por miembro)	[Así, para una familia con padre y madre menores de 40 años de edad y dos hijos de menos de 5 años, la cuota anual sería de 3.856 pesos. Este monto equivale a aproximadamente 3 meses de ingreso para una persona que gana el salario mínimo].
0 a 19	889	
20 a 39	1.039	
40 a 59	1.553	
60 o más	2.337	

Según nuestros informantes, pocas personas aprovechan esta posibilidad pero no queda claro por qué: si porque la cuota es relativamente alta para muchas personas no asalariadas; porque el proceso de afiliación toma en ocasiones mucho tiempo; porque el servicio es evaluado como más limitado y de menor calidad que el que se puede obtener en el sector privado; porque el Seguro Popular ha asumido el papel del régimen voluntario; o, porque no existe la costumbre de buscar seguros para la salud.

Se intentó, sin éxito, encontrar la dependencia del IMSS que pudiera informar cuántas personas han optado por el régimen voluntario en los últimos años.

principalmente en el diagnóstico y la curación y no en la prevención. Un esfuerzo internacional intenso para reducir la mortalidad infantil durante las últimas dos décadas del siglo XX puso el acento en programas de inmunización, atención a enfermedades infantiles y en la educación a los padres de familia para que puedan reconocer “signos de alarma”. La iniciativa no incorporó el desarrollo psicosocial. Es solamente desde los primeros años del siglo XXI que empiezan a aparecer más acciones dirigidas a incorporar el desarrollo a las políticas y programas de salud en México.

- *La ausencia de una política de atención a niños y niñas pequeños.* Tradicionalmente, la responsabilidad de cuidar a los niños pequeños ha estado en manos de las familias y no ha sido una consideración central en la política social en México. Durante la segunda mitad del siglo XX, con la expansión de los servicios públicos de salud, algunos niños y niñas pudieron acceder a ellos dada la condición de trabajadores asalariados de sus padres. Cuando la atención más específica y universal a la salud de los niños comenzó a aparecer en los 1980, el énfasis, como ya indicamos, fue puesto en la reducción de la mortalidad infantil y de las enfermedades infantiles.
- *Financiamiento compartido.* El financiamiento de la seguridad social se ha dado bajo la premisa de que debe ser compartido entre gobierno, empleadores y trabajadores. Regresaremos con más detalle al

tema en el capítulo 7. El principio de corresponsabilidad ha sido aplicado también al diseño de programas dirigidos a la población abierta. En este caso la “coparticipación” de los beneficiarios consiste en el cumplimiento de determinadas condiciones (como la asistencia a los controles de salud en el Programa Oportunidades). Puede también consistir en el pago de cuotas por parte de los usuarios de un servicio subsidiado (como en las Estancias Infantiles de la Secretaría de Desarrollo Social - SEDESOL).

3.2 Los servicios y programas seleccionados para el análisis

El sector salud es complejo; cuenta con una amplia variedad de programas que afectan la sobrevivencia, crecimiento y desarrollo de los niños menores de 5 años de edad.

No trataremos en este documento los programas que atienden a un número muy limitado de niños o que se ocupan de una enfermedad o anomalía muy específica; por ejemplo, los dirigidos a niños con un problema congénito cardiovascular, cáncer o VIH/SIDA durante los primeros años. Si bien estos padecimientos amenazan la sobrevivencia e influyen en el crecimiento y desarrollo de los menores y aunque su diagnóstico y curación es fundamental, estos programas rebasan el marco de nuestro interés central en una estrategia general para mejorar el desarrollo integral.

Tampoco analizaremos un conjunto de otros programas de salud que no incorporan lo que puede llamarse un componente de “desarrollo” aunque tienen una cobertura amplia y son cruciales

para el bienestar de todos los niños y niñas menores de 5 años. Por ejemplo, las campañas de inmunización, que han alcanzado una cobertura casi nacional y tienen un impacto importante sobre la sobrevivencia infantil, pero no han incluido en su diseño otros elementos relacionados con el desarrollo infantil temprano. En esta categoría de programas, varias instancias del sistema de salud han desplegado esfuerzos educativos para enseñar a los padres de familia a reconocer signos de alarma y tratar enfermedades tales como la diarrea o la infección respiratoria aguda. Estos programas –que crecieron en las décadas de 1980 y 1990 junto con las inmunizaciones como parte de una iniciativa mundial para reducir la mortalidad infantil– en su mayoría no incluyeron acciones para mejorar las diferentes dimensiones del desarrollo infantil. Solamente cuando los programas de educación de padres incorporan específicamente el desarrollo, constituyen parte de una estrategia de desarrollo infantil integral.

Desde esa perspectiva, nos concentraremos en los programas más amplios. Concretamente, Arranque Parejo para la Vida y Seguro Popular, con sus programas afiliados de Embarazo Saludable y Seguro Médico para una Nueva Generación. También incluimos los componentes de salud y nutrición del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, ponemos especial atención en las nuevas iniciativas del Seguro Popular y Oportunidades que incorporan elementos de desarrollo infantil temprano, y nos ocupamos, además, del Programa de Comunidades Saludables. Todos estos programas constituyen esfuerzos por llegar a la porción de la población mexicana a la que le ha sido difícil acceder a servicios

públicos de salud debido, en parte, a la histórica y estrecha relación entre el trabajo formal y la atención a la salud, que ha tenido efectos negativos –por cierto predecibles– tanto en la salud de la población no asegurada como en su presupuesto.

Para cada programa se presenta una “ficha básica” que contiene información sobre su cobertura, organización y operación. Nos concentramos luego en el modo en que algún componente de desarrollo infantil temprano ha sido incorporado (o lo está siendo) en el programa. En la medida de lo posible, presentamos resultados de las evaluaciones de los programas.

3.3 Arranque Parejo en la Vida (APV)

Aunque actualmente ya no opera, este programa es de interés, en parte, porque fue una iniciativa innovadora en 2001 y porque es el precursor de programas más recientes como son Embarazo Saludable y Seguro Médico para una Nueva Generación.

Guardando consistencia con su nombre, el énfasis del programa se ha puesto en el periodo prenatal, el parto y los primeros días de vida, pese a que la atención a niños y niñas de hasta dos años estuvo explícitamente incluida en el diseño original del programa. En la práctica, dada su ubicación dentro de la Sub-Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud y en el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, se dio preferencia, primero, a la salud y sobrevivencia de la madre durante el embarazo y el parto (una meta mayor fue reducir la mortalidad materna); segundo, a la reducción de la mortalidad neonatal; y, tercero, a la

Arranque Parejo en la Vida

Ficha básica

Fecha de inicio: 2001/2002

Instituciones responsables: La Secretaría de Salud por medio de la Sub-Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud, con apoyo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. Su operación depende de las unidades de salud de la Secretaría de Salud (SSa), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores (ISSSTE), el IMSS-Oportunidades y otros.

A quién se ofrece: A mujeres embarazadas no derechohabientes de seguridad social, a quienes se les otorga facilidades para afiliarse al Seguro Popular, y a sus niños hasta los dos años de edad. Se ha enfocado en la atención de las mujeres en desventaja social, concentrando los esfuerzos en las entidades y municipios de mayor pobreza y marginación.

Cobertura: Nacional. No se encontró información reciente sobre el número de participantes.

Qué se ofrece: Servicios de salud materno-infantil, incluyendo vigilancia del embarazo, atención de emergencias obstétricas, atención de parto por personal calificado y promoción de la salud, seguimiento del crecimiento y desarrollo de los menores de dos años. También se ofrece acceso, por medio del Seguro Popular, al paquete de intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

Estrategias: Capacitación de personal; mejora de equipamiento e insumos; fortalecimiento de las redes de servicios (comunitarios, unidades médicas móviles, centros de salud rurales y urbanos, clínicas y hospitales); traslado oportuno de las pacientes que presentan complicaciones a hospitales con capacidad para Atención de Emergencias Obstétricas (AEO); instalación de Módulos de Atención a Embarazadas de Riesgo (MATER); construcción de Posadas de Atención a la Mujer Embarazada (AME); asistencia de las “madrinas comunitarias” a las embarazadas en los centros de salud.

Quién presta el servicio: La Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el IMSS-Oportunidades, y parteras certificadas por la SSa.

Relación con otros programas: Seguro Popular, especialmente el Seguro Médico para una Nueva Generación y Embarazo Saludable.

Financiamiento: El financiamiento se realizaba principalmente mediante transferencias a los estados (por medio de los Ramos 12 y 33 y de los presupuestos de la Secretaría de Salud, de IMSS-Oportunidades y del ISSSTE) pero el programa también contaba con apoyo de presupuestos estatales. A partir de 2004 los recursos se destinan a la atención de mujeres embarazadas a través del Seguro Popular. Una parte del equipo médico para el uso en APV fue donado por la Fundación Telmex y el programa recibió apoyo financiero de la Fundación Vamos México.

Evaluaciones: Instituto Nacional de Salud Pública (2006), Meléndez (2003), FUNDAR (2010).

atención al desarrollo del niño o niña durante los dos primeros años de vida.

Las acciones específicas que se encuentran en el Programa de Acción original (SSa 2001) como parte del componente titulado “Niños y niñas bien desarrollados” son: “1) otorgar 10 consultas entre el nacimiento y los 24 meses; 2) aplicar el esquema completo de vacunación; 3) administrar megadosis de vitamina A y micro nutrimentos; y 4) capacitar a las madres en técnicas de estimulación temprana y en la identificación de signos de alarma de enfermedades diarreicas, enfermedades respiratorias agudas y desnutrición”. En su conjunto, estas acciones constituyen un acercamiento integral al mejoramiento de la sobrevivencia, crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida, una visión que en ese entonces no era característica del sistema en general⁸.

La organización y operación de APV, descentralizada al nivel de entidades federativas por medio de convenios, incluyó un elemento importante de participación comunitaria mediante el uso y fortalecimiento de redes sociales. Sin embargo, según una evaluación realizada en 2006 por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), esta estrategia no fue muy exitosa, comenzando porque el grado de aceptación de las entidades federativas variaba mucho, así como el apoyo de los voluntarios al nivel municipal. Además, el cambio constante de médicos en los centros de salud locales resultó ser un problema y se recomendó fortalecer

la capacitación de enfermeras ya que garantizaban una presencia más estable. Una valoración temprana del programa en Guerrero y Chiapas (Meléndez 2003) mostró que “la disponibilidad de recursos humanos fue el talón de Aquiles para el programa y que varios de los centros de salud que dan atención no estaban equipados para atender a las madres”. En Chiapas “los servicios básicos de atención médica constituidos por los centros de salud y unidades médicas no tienen la capacidad de brindar urgencias obstétricas básicas”.

Estimulación temprana y desarrollo infantil en APV

De la revisión de los documentos disponibles y de nuestras entrevistas, se deduce que el elemento del desarrollo infantil temprano del APV fue asignado al Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CENSIA). Como apoyo a la estimulación temprana, en 2002 CENSIA preparó un manual para la capacitación (y uso) del personal de salud y de parteras empíricas (SS-CENSIA 2002), que contiene una “Guía Técnica para la Evaluación Rápida del Desarrollo” basada en un método para evaluar logros por edad en las categorías de desarrollo motor fino y grueso así como de desarrollo social y de lenguaje durante los primeros dos años de vida⁹. Los resultados de la evaluación permitieron determinar las acciones que se tomarían subsecuentemente. Si la evaluación mostraba un desarrollo adecuado, la acción

⁸ Por ejemplo, el Plan de Acción 2007-2012 (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2007) no menciona el desarrollo durante los dos primeros años y los indicadores para medir la efectividad del programa son la reducción de la mortalidad materna e infantil y la de los niños nacidos con defectos o discapacidades.

⁹ Estos logros se basan en el instrumento Denver Developmental Milestones.

que debía emprenderse era capacitar a los padres de familia en estimulación temprana y distribuirles tarjetas en las que les mostraba lo que debían hacer. Si, por el contrario, la evaluación mostraba un desarrollo inadecuado, el procedimiento era enviar al niño o niña al especialista más indicado para que reciba tratamiento. Es decir, solamente en los casos en que no se encontraba una patología, se recomendaba la capacitación grupal de los padres en temas de estimulación temprana mediante cursos ofrecidos en clínicas u hospitales clasificados como hospitales “Sí Mujer”.

Cabe destacar el hecho, ya repetido y presente en la NOM 031, de que el componente de desarrollo ofrecido en forma de estimulación temprana solamente se pone a disposición de los padres y tutores cuyos niños ya muestran lo que se define como un desarrollo adecuado. Es importante resaltar que los demás niños también podrían y deberían beneficiarse de ese componente.

No encontramos una evaluación de los efectos de APV sobre el desarrollo infantil temprano. Sin embargo, en una publicación de CENSIA en que se presentan “Lineamientos para la implementación de actividades de estimulación temprana” se identifican las siguientes debilidades del programa:

- No se acostumbra dar seguimiento al desarrollo neurológico de todos los niños después de nacer.
- Solo se detectan patologías para brindar atención especial.

- Las actividades de estimulación temprana se realizan a nivel hospitalario y para niños en riesgo.
- Falta personal capacitado.
- Existen pocos espacios físicos y materiales adecuados.

Además se anotaron como amenazas el presupuesto limitado, la poca sensibilidad y la falta de tiempo, tanto de los padres de familia como de los profesionales.

Cabe anotar que en esta área la contribución de CENSIA se limita esencialmente a diseñar un protocolo y a la capacitación de personal. No tiene una presencia operativa en el campo ni la capacidad de hacer un seguimiento directo de las acciones. Además, la coordinación entre CENSIA y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva es mínima. Salud Reproductiva se responsabiliza del periodo prenatal y de los primeros días después del nacimiento y CENSIA del resto del periodo: los dos primeros años de vida del niño.

El estatus actual de APV

En el Programa de Acción 2007-2012 APV¹⁰ se enfatiza el compromiso de todas las instituciones públicas y privadas de salud de bajar la mortalidad materna e infantil. Para este periodo el programa iba a concentrarse en Chiapas, Guerrero y Oaxaca, donde la tasa de mortalidad infantil ha sido relativamente alta, y en los 125 municipios de menor Índice de Desarrollo Humano. Para evitar

¹⁰ www.cnegsr.gob.mx/programas/

defectos y discapacidad en los niños al nacer se destaca la importancia de los micronutrientes, la atención de calidad durante el periodo prenatal y el parto, y el protocolo de tamiz neonatal y atención al recién nacido. Una meta prevista para 2012 fue realizar la prueba de tamizaje neonatal en el 90 por ciento de los niños. El programa no incluye un indicador relacionado con el desarrollo psicosocial o la estimulación temprana.

En una evaluación hecha en 2010 (Fundar 2010) se argumenta que el hecho de que el Seguro Popular financie las actividades de APV mediante transferencias a los estados ha resultado en una mayor descentralización del proceso, lo que “hace difícil el control y rectoría desde el ámbito federal” y da lugar a “la disociación entre los programas y el presupuesto público asignado al sector”. Se señala además que aunque existen APV y por lo menos tres programas adicionales dirigidos a reducir la mortalidad materna¹¹, el efecto ha sido mínimo y persisten las desigualdades entre áreas urbanas y rurales, indígenas y no indígenas, y entre entidades federativas.

Actualmente, APV no existe administrativamente y algunos de los servicios contemplados en este programa se trasladaron a Embarazo Saludable para las mujeres y al Seguro Médico para una Nueva Generación para los niños recién nacidos y durante sus primeros años de vida.

3.4 Seguro Popular – Embarazo Saludable

Embarazo Saludable está enfocado en las mujeres y, a diferencia de APV, no tiene un componente de DIT. Al momento del nacimiento de un bebé, la familia debe canjear su póliza de afiliación a la estrategia de Embarazo Saludable por la póliza del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación. Este canje es el que le da acceso al niño a los beneficios de su seguro médico, descritos en el siguiente apartado (Reglas de Operación).

3.5 Seguro Popular – Seguro Médico para una Nueva Generación

El SMNG es el programa que potencialmente puede alcanzar al mayor número de niños y niñas sujetos del enfoque de este estudio pues busca incrementar la atención desde su nacimiento hasta los cinco años de edad. El incentivo para que las familias de la población abierta se afilien y utilicen los servicios existentes es alto porque supone ahorros importantes. Por otro lado, el programa capta a niños que anteriormente no participaban en otros programas tales como los de vacunación. Según la evaluación de CONEVAL (2011), el programa tiene grandes posibilidades de cumplir con sus objetivos generales. Atiende en su gran mayoría (83%) a niños de hogares ubicados en los cuatro deciles más pobres de la población pero, aun así, se requiere de un esfuerzo mayor para lograr la afiliación de la población rural.

¹¹ Estos son: Embarazo Saludable, la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de Mortalidad Materna y el programa 100 x 100 enfocado en los municipios que presenten los menores Índices de Desarrollo Humano (IDH).

Seguro Popular – Embarazo Saludable

Ficha básica

Fecha de inicio: Mayo de 2008

Instituciones responsables: El Seguro Popular es responsable del financiamiento pero las entidades federativas reciben transferencias por medio de Ramo 12 y administran el programa.

A quién se ofrece: A mujeres embarazadas no derechohabientes de los sistemas de seguridad social. Se ha enfocado en la atención a las mujeres en desventaja social, concentrando los esfuerzos en las entidades y municipios de mayor pobreza y marginación.

Cobertura: En 2007, 188.900 mujeres embarazadas. En diciembre de 2009, 568.246. En 2011, 1'444.800 (COIA 2011).

Qué se ofrece: Servicios de salud materno-infantil, incluyendo vigilancia del embarazo, atención de emergencias obstétricas, atención de parto por personal calificado y promoción de la salud de los menores de dos años. Acceso, por medio de Seguro Popular, al paquete de intervenciones en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

Estrategias: Capacitación de personal y de parteras empíricas; mejora de equipamiento e insumos; fortalecimiento de las redes de servicios (comunitarios, unidades médicas móviles, centros de salud rurales y urbanos, clínicas y hospitales); traslado oportuno de las pacientes que presentan complicaciones a hospitales con capacidad para Atención de Emergencias Obstétricas (AEO); instalación de Módulos de Atención a Embarazadas de Riesgo (MATER); construcción de Posadas de Atención a la Mujer Embarazada (AME); asistencia de las “madrinas comunitarias” a las embarazadas, en los centros de salud; programas de estimulación temprana e identificación de signos de alarma en los niños por parte de las madres participantes.

Quién presta el servicio: La Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el IMSS-Oportunidades y parteras certificadas por la SSa. Se han construido redes sociales y de participación comunitaria y se ha previsto el trabajo con el sector privado y ONGs para realizar el programa, que ha sido operado mediante convenios con las entidades federativas.

Relación con otros programas: Acogió varios de los servicios de Arranque Parejo en la Vida.

Financiamiento: Por medio de Seguro Popular. Las mujeres embarazadas que se ubican en los primeros siete deciles más bajos de la distribución del ingreso no pagan cuota para afiliarse.

Evaluaciones: No se encontraron.

Además de llegar directamente a los niños con la estrategia de diagnóstico, prevención y tratamiento directo de problemas de salud y nutrición, el SMNG se extiende a los padres y madres de familia por medio de programas de orientación y educación para mejorar las prácticas de crianza

relacionadas con el DIT. En ese sentido, resultan de especial interés para nuestro diagnóstico los Talleres Comunitarios de Autocuidado en Salud (TCAS) pues brindan la oportunidad de incluir en el programa el desarrollo integral que, de otra forma, difícilmente se incorpora.

Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG)

Ficha básica

Fecha de inicio: Diciembre de 2006.

Instituciones responsables: Como parte del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el SMNG depende de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, aunque las instancias ejecutoras son los sistemas de salud de las entidades federativas, las cuales reciben transferencias por atender a los niños inscritos en el Seguro Popular.

A quién se ofrece: A las niñas y niños mexicanos nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006 que no estén afiliados a la seguridad social y cuyas familias solicitan la afiliación.

Cobertura: Nacional. En 2007 la cobertura se estimó en 820.000 niños. Según CONEVAL (2011) se había alcanzado una afiliación de 4'444.227 en febrero de 2011. La afiliación es voluntaria. Se busca alcanzar una cobertura del 100%.

Qué se ofrece: Un seguro para cubrir el costo de la protección contra los principales padecimientos neonatales y los que se presentan en los primeros cinco años de vida. El seguro incluye atención médica en materia de prevención, diagnóstico, estudios de laboratorio y gabinete, tratamiento y rehabilitación para enfermedades adicionadas al Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) y al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Específicamente, el SMNG cubre 128 intervenciones y la dotación de medicamentos para afecciones perinatales (principalmente durante el primer mes de vida) y enfermedades neonatales (infecciosas, parasitarias, endocrinas, metabólicas, nutricionales, de la sangre, de la piel, del ojo, del oído, tumores y padecimientos de los sistemas nervioso, circulatorio, respiratorio, digestivo, osteomuscular y genitourinario: Secretaría de Salud, s.f.). Actualmente, se está desarrollando una propuesta para incorporar la estimulación y el desarrollo tempranos en el programa.

Estrategias: Una Consulta Saludable al afiliarse, que identifica factores de riesgo e incluye tamizaje metabólico y de audición. Da acceso a servicios de salud certificados para el diagnóstico y tratamiento de problemas en una amplia gama de áreas. Ofrece Talleres Comunitarios de Autocuidado en Salud (TCAS) a las familias. Apoya campañas de vacunación.

Quién presta el servicio: Instituciones acreditadas dentro del sistema de salud, que atienden a la población abierta.

Relación con otros programas: Íntimamente relacionado con el Programa de Embarazo Saludable.

Financiamiento: Una combinación de fondos de los presupuestos generales de la nación y de los estados, y cuotas de recuperación pagadas por las familias que se ubican en los deciles quinto hacia arriba de la distribución de los ingresos nacionales (cuota determinada según el nivel económico). Recientemente el programa ha financiado, con su propio presupuesto, parte de las campañas de vacunación y la detección de dificultades de audición. El presupuesto total ejercido en 2010 fue de 2,245.46 millones de pesos.

Evaluaciones: CONEVAL (anual), Informe de Evaluación del programa SMNG (2011).

Según las Reglas de Operación para 2012 los TCAS para padres incluyen temas relacionados con el recién nacido, el menor de un año, el menor de 5 años, las enfermedades diarreicas y respiratorias

agudas. Las mismas Reglas indican que si el presupuesto lo permite, se debe también ofrecer TCAS sobre la lactancia materna, la prevención de la muerte en cuna y el desarrollo cognitivo del niño.

3.6 La Estrategia de Desarrollo Infantil

La Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) tiene la responsabilidad no solamente de montar un sistema de Consulta Segura en el que, entre otras cosas, se evalúa el estado del desarrollo de los niños y se le da seguimiento, sino de analizar y validar los contenidos de la capacitación de los TCAS. Así, en colaboración con el Hospital Infantil Federico Gómez, se inició un proyecto que tiene como objetivo introducir el desarrollo infantil temprano en el programa SMNG por medio del diagnóstico sistemático del desarrollo y la creación de intervenciones para apoyar a los niños que muestran rezagos. Se solicitó la asistencia de UNICEF en la producción de material didáctico para los talleres sobre el tema. Asimismo, se organizó con el Banco Mundial una consulta con neuropediatras, psicólogos y otros especialistas para determinar la mejor manera de identificar a los niños y niñas cuyos padres deben participar en el taller; definir cuál instrumento se debería utilizar para evaluar el desarrollo integral; y, crear un protocolo a seguirse para los que necesitan ayuda especial y los que deben asistir al taller. En una tercera instancia de consulta, se organizó con el BID y UNICEF un taller para discutir el diseño operativo de una estrategia de atención a los niños con rezagos mediante el trabajo con grupos de padres en talleres semanales.

Como resultado de este proceso, se ha desarrollado y validado un instrumento para identificar a los niños que presentan

rezagos en una de cuatro dimensiones de su desarrollo (social, de lenguaje, motricidad fina y motricidad gruesa). El protocolo empieza con el tamizaje al momento de la Consulta Segura para detectar familias y niños en situaciones de riesgo. La prueba de tamizaje determina si el desarrollo del sujeto es inadecuado (rojo), mediano (amarillo) o bueno (verde). Los rojos son evaluados nuevamente con la prueba Battelle¹². Si se confirman los resultados del tamizaje, se procede a enviar a los niños donde especialistas, dentro del sistema de salud, para determinar cómo remediar el problema (que puede ser de índole física o estar relacionado con la desnutrición). En lo que concierne a los niños clasificados como amarillos, se invita a los padres a participar en talleres semanales que fortalezcan sus capacidades en la crianza y la estimulación temprana. Estos talleres son administrados por el personal comunitario de salud. Todos los niños que pasan por la Consulta Segura (incluyendo aquellos que no presentan rezagos en su desarrollo y se clasifican como verdes) se benefician de los talleres Creciendo y Aprendiendo Juntos que se ofrecen como parte del sistema y que fortalecen temas relacionados con el apego, la importancia de las interacciones entre padres e hijos y la calidad del ambiente del hogar. Se supone que existe un vínculo entre este proceso y los TCAS que organizan los centros de salud en combinación con vocales de salud elegidos localmente y capacitados para impartir los talleres.

Sería importante reconsiderar el protocolo de este programa para asegurar sinergias entre la estimulación temprana y el

¹² Para hacer este diagnóstico y apoyar el proceso de referencia y seguimiento, el programa ha proyectado contratar a un grupo de psicólogos (cada uno con responsabilidad sobre 40 unidades).

desarrollo integral, que pueden fortalecer el proceso de recuperación nutricional (Myers 1992) y, al mismo tiempo, mejorar el desarrollo. Tal como está concebida, la focalización no permite a todas las madres y padres de familia acceder a los beneficios potenciales de los talleres. Consideramos que todas las familias deben recibir apoyo para entender cómo asistir a sus niños en su proceso de desarrollo, independientemente del diagnóstico.

En este proyecto, los talleres sobre estimulación temprana y desarrollo integral son responsabilidad de los estados y de las unidades de salud de los varios sistemas de atención que operan en cada uno. La expectativa es que estos talleres puedan ser añadidos a las responsabilidades de los vocales de salud y nutrición que se seleccionan en cada localidad cubierta por una unidad de salud. Ellos deben recibir capacitación, en cascada, impartida por el técnico en salud primaria u otra persona para poder, a su vez, ofrecerla. Cabe señalar, no obstante, que esta aspiración puede resultar poco realista dado el hecho de que los vocales ya están saturados de trabajo y que su dedicación es voluntaria. Actualmente el proyecto está en una fase de implementación piloto en áreas delimitadas de cuatro estados¹³.

3.7 Programa Oportunidades – Componentes de Salud y Nutrición

Para niños y niñas menores de 5 años de edad, desde su inicio, el Programa Oportunidades ha puesto el énfasis en el mejoramiento del estado nutricional y de salud, con fondos procedentes del Sector Salud y de SEDESOL. La contribución del sector educativo al programa no es pertinente para nuestro análisis pues empieza en el tercer grado de primaria, más o menos a la edad de 9 años.

La identificación de los beneficiarios de Oportunidades ocurre en dos etapas. Primero, se elige a las localidades donde puede operar el programa, según los indicadores de pobreza y la presencia de servicios de educación y salud; y, segundo, se selecciona a las familias cuyo ingreso per cápita estimado es menor a la Línea de Bienestar Mínimo (LBM).

La estrategia principal de Oportunidades es otorgar apoyos monetarios mensuales a las familias beneficiarias para contribuir a que mejoren la cantidad, calidad y diversidad de su alimentación¹⁴. Este apoyo está condicionado al cumplimiento por parte de la familia de ciertas actividades –lo que se denomina su “corresponsabilidad”–, como su

¹³ Uno de los autores de este documento observó, hace varios años, una experiencia aparentemente exitosa de cómo incorporar el desarrollo integral al programa de salud. El Hospital Regional en Río Blanco, Veracruz, formó grupos de madres en su área de responsabilidad, que dieron a luz durante un periodo de aproximadamente un mes. Así, el grupo se conformó con madres de niños de la misma edad en lugar de madres con niños de varias edades y en diferentes momentos de su crecimiento y desarrollo. Periódicamente (al comienzo cada mes), convocaron a las madres a una sesión en el hospital con un pediatra y una enfermera para conversar sobre los problemas que habían enfrentado en la crianza y para recibir consejos de los “expertos” y de otras madres sobre cómo resolverlos. El método fue más del tipo de escuchar y responder que de dar charlas formales o pláticas a las madres. Durante la visita se administró una prueba (el Denver) a los niños, para hacer un seguimiento de su desarrollo y disponer de una base que permita dar orientaciones específicas cuando los resultados eran preocupantes. El programa ofreció atención especializada de profesionales y no dependía de voluntarios. Fue posible en parte porque el hospital regional contaba con el personal adecuado para la tarea y porque puso énfasis en el tema.

¹⁴ Se parte del supuesto de que el dinero se gastará en mejorar la alimentación.

Oportunidades – Componentes de Salud y Nutrición

Ficha básica

Fecha de inicio: Agosto de 1997, como Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA). Cambió su nombre en 2002.

Instituciones responsables: Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, programa descentralizado de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). Oportunidades cuenta con “delegaciones en las entidades federativas, las cuales son responsables de la atención de las familias beneficiarias, así como de la operación y seguimiento del Programa en los estados. Los gobiernos de las entidades federativas, las delegaciones y las representaciones de los programas federales, en su caso, son los responsables de operar y otorgar los servicios de educación y de atención a la salud de la población” (Reglas de Operación).

A quién se ofrece: A familias cuyo ingreso per cápita estimado es menor a la Línea de Bienestar Mínimo (LBM) en localidades, Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB), colonias o manzanas seleccionadas según indicadores de pobreza y con acceso a servicios de salud y educación. Se pone énfasis en mujeres embarazadas y niños menores de 5 años.

Cobertura: Nacional. En 2010 hubo 5'819.000 familias beneficiarias de las cuales 1'522.900 eran niños menores de 5 años. Al empezar 2011 la cobertura quedó estable, con 5'800.000 beneficiarios y 1'505.800 niños (Informe Anual del Presidente 2011). De entre ellos 250.000 se encontraban en estado de desnutrición. En septiembre de 2011 el total fue de 1'642.011 niños.

Qué se ofrece: Consultas médicas y acceso gratuito al Paquete Básico Garantizado de Servicios de Salud gratuitamente; apoyo alimentario de 405 pesos mensuales por familia tras cumplir con las consultas y talleres programados; 105 pesos mensuales por niño para familias con hijos menores de 9 años (limitado a 3 niños); dotación de suplemento alimenticio (para mujeres embarazadas y lactantes, todos los niños de 6 a 23 meses y de 24 a 59 meses con algún grado de desnutrición). Seguimiento del estado nutricional y tratamiento especial de casos de desnutrición. Se ofrecen talleres para padres de familia.

Estrategias: Transferencia monetaria condicionada a familias cuando cumplen con sus corresponsabilidades; provisión de suplementos nutricionales y servicios de salud; vigilancia y orientación nutricional; Talleres Comunitarios de Autocuidado de Salud (TCAS).

Quién presta el servicio: Las unidades del primer nivel de la Secretaría de Salud o IMSS Oportunidades.

Relación con otros programas: Los beneficiarios pueden afiliarse al Seguro Popular para recibir atención en unidades de salud del segundo o tercer nivel. Se ha evaluado a escala piloto una relación con CONAFE.

Financiamiento: Asignación de recursos de los presupuestos de SEDESOL, SEP, Ssa e IMSS. Gastos de operación: 5 % del total.

Evaluaciones: Evaluación anual de CONEVAL; Gertler y Fernald 2005; Behrman, Fernald, Gertler, Neufeld y Parker 2008. Para otras evaluaciones externas de impacto, véase la sección sobre evaluaciones en la página web de Oportunidades (<http://www.oportunidades.gob.mx/>).

contribución al programa. Entre estas actividades está la de llevar a sus niños y niñas a consultas médicas periódicas durante las cuales se “toman medidas antropométricas, se da seguimiento al crecimiento y desarrollo de los niños y niñas” (Reglas de Operación 2012). En el caso de mujeres embarazadas o lactantes, se evalúa la evolución de su salud y su estado nutricional. Si se identifica un problema de salud o de desnutrición que no puede ser tratado localmente, los niños y las madres embarazadas tienen derecho a ser atendidos en unidades de salud del segundo o tercer nivel, ahora dentro del paquete básico garantizado por Seguro Popular (en el SMNG o Embarazo Saludable).

Como parte de la corresponsabilidad, se exige también de las familias su participación en los Talleres Comunitarios de Autocuidado de Salud (TCAS), ofrecidos por medio del sistema de salud.

En años recientes, Oportunidades ha formado redes sociales comunitarias que funcionan en paralelo con las redes comunitarias del sistema de salud y están lideradas por vocales (voluntarias) que participan en el programa como beneficiarias. Las vocales ayudan a otros beneficiarios a entender lo que tienen que hacer para cumplir con las obligaciones del programa así como a realizar los múltiples trámites requeridos para participar y recibir su subsidio. Las voluntarias reciben ayuda de dos personas pagadas por Oportunidades. La primera es una Responsable de Atención cuya tarea

consiste en seleccionarlas y apoyarlas y la segunda es un Promotor Social quien, más que nada, se dedica a tareas “masivas” de administración (inscripción en el programa, entrega de tarjetas, etcétera).

Entre las actividades de las redes sociales hay dos reuniones bimestrales, una para vocales (mesas de atención a comités - MAC) donde se los capacita y orienta en sus tareas y la otra, para vocales y otros beneficiarios (mesas de atención personalizadas – MAPO), en que el Responsable de Atención se comunica directamente con los beneficiarios y les ofrece orientación y capacitación en temas específicos: institucionales, autoestima de las mujeres y temas de interés general o “coyunturales” tales como alimentación, discapacidad, prevención de adicciones, o dengue¹⁵.

Desde la perspectiva de nuestro diagnóstico de programas, cabe destacar que en este sistema de redes sociales y en los temas tratados con los beneficiarios el desarrollo infantil temprano está totalmente ausente.

El desarrollo integral y Oportunidades

El hecho de que el programa llega a aproximadamente 1.600.000 niños menores de 5 años de edad en familias con pocos recursos pone a Oportunidades en una posición de tener un efecto importante sobre el desarrollo infantil temprano¹⁶. Sin embargo, una evaluación realizada en 2008 para determinar el impacto del

¹⁵ En 2010 se publicó una “Guía de orientación y capacitación para beneficiarias” que define 6 módulos para dirigidos a “ayudar a conocer y aprender cosas nuevas sobre un problema o un asunto que le puede interesar para mejorar su vida”. Los temas de los módulos son: el Programa Oportunidades, Organizo mi dinero; Vivo con salud; Mujeres y hombres: iguales en derechos; Me valoro, me cuido y participo en mi comunidad.

programa después de diez años, sobre el desarrollo, educación y nutrición de niños que entraron a participar a una edad de menos de 36 meses, mostró un impacto positivo sobre el crecimiento de los niños¹⁷ mientras que su efecto sobre el desarrollo cognitivo y de lenguaje no fue significativo (Behrman et al. 2008, p. 44). Basados en su estudio los investigadores recomendaron: “Desarrollar un enfoque programático de estimulación en los primeros años de vida a través de modelos desarrollados por CONAFE¹⁸” y, “examinar la forma en que Oportunidades pueda abordar el tema del desempeño muy bajo en pruebas de cognición y lenguaje, de manera particular en zonas indígenas”.

Una alternativa para responder a la recomendación de los investigadores ha sido buscar la manera de incorporar la estimulación temprana más directamente en el programa, a través de la estructura de IMSS-Oportunidades. Esta estructura incluye Instancias Ejecutoras de Acción Comunitaria con un supervisor y un promotor de acción comunitaria (ambos pagados), así como una Organización Comunitaria de Salud con vocales (elegidos y voluntarios) cuyo Comité de salud está conformado por un Presidente y seis vocales. Las áreas de responsabilidad para los vocales son: salud, saneamiento, nutrición, educación, control y vigilancia, y contingencias. Además existen parteras voluntarias. Según las Reglas de Operación, el vocal de salud tiene

actividades de promoción y educación y participa en visitas domiciliarias. El de educación recibe orientación por parte del personal institucional para la promoción y difusión de prácticas saludables. Entre estas prácticas saludables, parece lógico incluir la estimulación temprana y el desarrollo infantil temprano. Así, IMSS-Oportunidades participa en las discusiones organizadas por Seguro Popular alrededor de la Estrategia de Desarrollo Infantil descrita en el apartado anterior.

Al mismo tiempo, la Coordinación Nacional de Oportunidades exploró con el Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE) la posibilidad de obtener su colaboración para fortalecer el componente de desarrollo infantil en este programa. Un primer acercamiento se hizo con el fin de ofrecer a las madres (y padres) la posibilidad de participar en los cursos de Educación Inicial No Escolarizada del CONAFE como una manera de cumplir con su corresponsabilidad. Esto se acordó informalmente pero nunca llegó a aceptarse formalmente.

Asociados con esta iniciativa estuvieron un estudio piloto y una evaluación llevada a cabo por el INSP para estudiar el impacto sobre el desarrollo infantil de la participación de las beneficiarias de Oportunidades en los talleres de CONAFE. El piloto tuvo problemas de implementación y los resultados de la evaluación sugieren que hubo efectos

¹⁶ Nos llama la atención que la distribución de niños por edad dentro del programa muestra que hay menos beneficiarios durante el primero y el segundo año de edad que en las edades de tres a cinco. La distribución en octubre de 2011 fue: 0-1 102.935; 1-2 264.339; 2-3 379.711; 3-4 429.246; y 4-5 465.780. No sabemos a qué atribuir esta situación, pero es probable que esté relacionada con los retrasos en el registro en el programa del nacimiento de nuevos niños en hogares beneficiarios (este trámite depende de la coordinación entre el sector salud y Oportunidades).

¹⁷ Para aquellos cuyas madres no tenían educación, el crecimiento fue de 1,5 centímetros.

¹⁸ Consejo Nacional de Fomento Educativo.

modestos de esta intervención sobre el estado nutricional de los niños, acotados a ciertos subgrupos de la muestra de la evaluación. No se identificaron mejoras en el desarrollo infantil de los niños cuyas familias participaron de esta iniciativa.

Nuestra interpretación de estos resultados es que las sesiones de estimulación temprana o de desarrollo infantil temprano basadas en un sistema abreviado del CONAFE y a cargo de personal voluntario no son suficientes para producir resultados significativos.

3.8 Programas de apoyo alimentario

En México existe una plétora de programas de apoyo alimentario dirigidos a familias con pocos recursos y, en algunos casos, específicamente a niños menores de 5 años de edad. Aunque fortalecen la base para el desarrollo integral, el vínculo con el desarrollo no es siempre evidente. En algunos casos, se construye un nexo entre los programas de apoyo alimentario y algún componente de estimulación temprana o de desarrollo integral, pero estos no incluyen explícitamente este componente.

Presentamos un resumen de tres de estos programas:

1. Programa de Apoyo Alimentario (PAL)
2. Programa de Abasto Rural a cargo de DICONSA
3. Programa de Abasto Social de Leche a cargo de LICONSA (PASL)

3.8.1 Programa de Apoyo Alimentario (PAL)

Este programa ha cambiado mucho desde su inicio en 2004, en la responsabilidad para operar el programa (desde 2010, Oportunidades y antes DICONSA); en la entrega de leche fortificada (Nutrisano)¹⁹ o la transferencia de dinero; y, en la focalización que inició en áreas rurales y aisladas sin centros de salud y se expandió también hacia las áreas donde opera Oportunidades y a familias que, guardando consistencia con el criterio de Oportunidades, están debajo de la Línea de Bienestar Mínimo determinada por el valor de una canasta básica de alimentos. Los beneficiarios siguen siendo niños menores de 5 años de edad y mujeres embarazadas o lactantes.

La incorporación a Oportunidades ha facilitado la coordinación de este programa con otros pero también ha creado confusión porque en las mismas localidades, pueden coexistir hogares que reciben pagos del PAL con beneficiarios de Oportunidades. Además, las condiciones de corresponsabilidad son diferentes para los dos programas, aun si operan en la misma localidad²⁰.

En 2010 la cobertura del programa fue de 677.000 familias en 54.366 localidades (CONEVAL). El presupuesto para el mismo año fue de 3.545,89 millones de pesos.

En su evaluación de 2010-2011 CONEVAL sugiere “un diagnóstico amplio que justifique la pertinencia, temporalidad y

¹⁹ En una entrevista nos dijeron que la leche en polvo (Nutrisano) es más aceptada en áreas rurales que urbanas, aparentemente porque cuesta tiempo preparar la bebida.

²⁰ En el caso del PAL hay que acudir cada semestre a la unidad de salud para acceder a las acciones establecidas en la cartilla Nacional de Salud. No es necesario haber participado en sesiones de educación nutricional.

población objetivo de PAL y del resto de los programas alimentarios”. Entendemos que el INSP está en el proceso de analizar datos de la encuesta nacional de nutrición y salud realizada en 2011 que deben ayudar a aclarar hasta qué punto existe duplicidad entre los programas²¹.

3.8.2 Programa de Abasto Rural a cargo de LICONSA

El programa ofrece productos básicos, con descuentos de aproximadamente 20% en tiendas de localidades de entre 200 y 2.500 habitantes que presentan altos niveles de marginación. El supuesto es que si se ofrecen productos saludables a un precio más bajo, se puede ayudar a cambiar los hábitos alimentarios de la población. Sin embargo, entre sus productos también se cuentan algunos poco saludables como refrescos y dulces. En teoría, el programa es un complemento natural de la estrategia de transferencias monetarias que hay detrás de Oportunidades porque ofrece un lugar donde los que las reciben pueden utilizar su subsidio para comprar productos relativamente baratos y sanos. En 2010 el programa operaba en 21.420 localidades. El presupuesto fue de 1.986,89 millones de pesos.

3.8.3 Programa de Abasto Social de Leche (PASL) de LICONSA

El propósito del PASL es mejorar los niveles de nutrición de familias en condiciones de pobreza patrimonial, especialmente niños de hasta 12 años de edad. Para ello distribuye leche fortificada a un precio

reducido. LICONSA está constituida como una empresa de participación estatal mayoritaria. Las entidades federativas junto con LICONSA establecen las localidades de focalización. LICONSA colabora con las tiendas de DICONSA en la distribución de la leche pero también mantiene sus propios puntos autorizados de distribución.

En 2009 el programa benefició a 3,8 millones de niños y niñas menores de 12 años de edad. En un estudio del INSP (2007) se reportó que:

- El consumo de la leche fortificada LICONSA por uno o dos años ha permitido que en más de un millón de niños de entre uno y cuatro años de edad, la tasa de anemia se reduzca hasta en tres veces más que en los que nunca la tomaron.
- El índice de deficiencia de hierro disminuyó casi en un tercio.
- Se presentaron menores tasas de desnutrición crónica: se observó que los niños alcanzaron 2,6 centímetros más de estatura, cuentan con 700 gramos más de masa muscular y desarrollan un coeficiente intelectual más alto (COIA, p. 52).

Este estudio fue criticado porque parece que los resultados no tomaron en cuenta diferentes condiciones socioeconómicas en los grupos comparados. Además, la evaluación no muestra si hubo una diferencia en el desarrollo entre quienes participaron en el PASL y los que no lo hicieron.

²¹ Los encargados del estudio son Juan Rivera, Salvador Villapando y Tere Shamah.

3.8.4 Otros programas de apoyo alimentario

Además de estos programas existen varios otros con dotaciones de alimentación ofrecidos a grupos con bajos recursos.

Entre estos se encuentran:

1. El Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas (PAJA)
2. Las Caravanas de Salud
3. Dotaciones de alimentos en varios programas del Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), incluyendo Desayunos Escolares
4. El Programa de Kilo de ayuda (no-gubernamental - Televisa)

Sin duda existen otros programas que no se pudieron identificar durante la elaboración de este estudio.

3.8.5 Micronutrientes

Es conocido que los micronutrientes cumplen un papel central en el crecimiento y desarrollo, especialmente durante los primeros años de la vida. En el capítulo 1 presentamos datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 que muestran reducciones en las deficiencias en micronutrientes, pero también niveles relativamente altos en la región sur del país y en poblaciones indígenas. Según un editorial en la revista Salud Pública de México (Rivera, marzo-abril de 2012, p. 101), las deficiencias de micronutrientes en México constituyen un problema invisible. Esto se atribuye a las mejoras identificadas entre 1988 y 2006 por las

encuestas nacionales de salud y nutrición al estado de nutrición en la población y al incremento en el problema de sobrepeso y obesidad que ha atraído más atención últimamente. En el editorial se dice:

“El Gobierno Federal está implementando acciones de probada eficacia para la prevención de anemia y de varias deficiencias de micronutrientes que han sido evaluadas con rigor científico, como la entrega de suplementos y alimentos enriquecidos con hierro, zinc y varios otros micronutrientes por programas como Oportunidades, LICONSA y otros. Sin embargo, las prevalencias aún elevadas de anemia y de deficiencias de micronutrientes en 2006 indican que estas intervenciones no han alcanzado suficiente cobertura o adecuada utilización por parte de la población, para conseguir la eliminación de estas deficiencias. Además del uso de suplementos y alimentos fortificados en poblaciones vulnerables, es fundamental promover de manera efectiva el aumento en la calidad de la alimentación en hogares e individuos cuyas dietas tienen una baja densidad de los micronutrientes a los que nos hemos referido o que contienen componentes de la dieta que afectan su absorción”.

Varias estrategias existen en México para mejorar la situación nutricional de niños, niñas y mujeres embarazadas respecto de los micronutrientes. En general, se las encuentran como componentes en programas multidimensionales como Oportunidades o Arranque Parejo en la Vida. Hemos mencionado en la descripción de programas manejados por Oportunidades la estrategia de

entregar leche fortificada a niños y niñas menores de 5 años en algún grado de desnutrición determinado por medio de consultas médicas periódicas. También se distribuyen suplementos fortificados (Nutrivida) a mujeres embarazadas y madres lactantes. Los suplementos incluyen “requerimientos mínimos de micronutrientes diarios recomendables para el grupo objetivo” (COIA 2009, p. 49), por ejemplo, vitamina A, hierro y ácido fólico. “En 2009, se estima que 299.553 mujeres embarazadas o lactantes recibieron complemento alimenticio, al igual que 601.696 niños menores de cinco años de edad” (íd.) de los cuales 393.857 tenían entre 6 y 24 meses y 217.879 entre 2 y 5 años de edad.

En 2009 la Red Nacional para la Prevención de la Discapacidad y Teletón montaron –en colaboración con DICONSA– un esfuerzo que resultó en la distribución de 19,4 millones de frascos de ácido fólico para 30,6% de mujeres en edad fértil.

La estrategia de promover la alimentación sana, que incluye micronutrientes, ha sido un tema de los Talleres Comunitarios de Autocuidado de Salud.

3.8.6 Lactancia materna

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida no es una práctica común en México. Igual que en el caso de los micronutrientes, las acciones para promover y mejorar la lactancia materna forman parte de los componentes

de programas más amplios como Arranque Parejo en la Vida u Oportunidades. Un programa que se desarrolló en 1989 con un enfoque en la lactancia materna es el Programa Hospital Amigo del Niño, promovido por UNICEF y la Secretaría de Salud pero sin mucho apoyo financiero.

La estrategia principal para lograr una lactancia mejor es esencialmente de comunicación por medio de promoción y educación. Según el Director de Seguro Médico para una Nueva Generación, desde 2010 se ha tratado de revertir la baja en la lactancia materna exclusiva por medio de un modelo llamado “Yo quiero, yo puedo darte pecho, acostarte boca arriba y jugar contigo”, que consiste en impartir talleres a prestadores de servicios y usuarias del sector salud, y que hasta la fecha se ha llevado a cabo en 16 entidades federativas. (La Jornada, 07.12.11).

En cuanto a nuestro tema principal, el desarrollo infantil temprano, es importante destacar lo que parece ser una ausencia completa de vínculo entre lactancia materna vista como una fuente de comida y micronutrientes, y lactancia materna como un proceso social y psicológico de apego y de interacciones que promueven el desarrollo integral.

3.9 Programa de Comunidades Saludables²²

Este programa ofrece fondos a municipios (que pueden emplearse en localidades rurales de entre 200 y 2.500 habitantes)

²² Una comunidad saludable es “el resultado del proceso de organización de las familias, los grupos sociales y comunitarios, los servicios educativos y las autoridades municipales a favor de acciones que beneficien directamente su salud y calidad de vida” (Reglas de Operación).

para incrementar la conciencia pública sobre la salud, propiciar estilos de vida saludables y estimular la participación en actividades que modifiquen conductas importantes para la buena salud. Se dice que el programa “recupera e integra los componentes sustantivos y transversales del servicio integrado de promoción de la salud para generar y compartir experiencias exitosas en este ámbito de la salud pública, unificar criterios, evitar duplicidades y potenciar los recursos existentes” (Reglas de Operación 2012, p. 5). Se financian proyectos presentados por los Ayuntamientos, creados por su Comité Municipal de Salud y basados en un diagnóstico participativo y en la priorización establecida en un taller intersectorial. En el centro de cada propuesta debe estar la atención al manejo de riesgos personales; el desarrollo de competencias en salud; la participación social para la acción comunitaria; y el desarrollo de entornos favorables a la salud. Los Servicios Estatales de Salud (SESA) son responsables de la coordinación del programa en su ámbito de competencia.

Incluimos este programa en nuestro análisis porque, como se señala en el capítulo 6, nos parece importante, a la luz de la fragmentación de programas y diversidad de estrategias de atención, fortalecer la capacidad de familias y comunidades para integrar componentes que llegan de diferentes sectores y entidades gubernamentales. Notamos que en las Reglas de Operación del programa se habla de coordinación vertical entre municipios, estados y el sistema federal y entre diferentes instituciones responsables de la promoción de la salud (por ejemplo, el IMSS-Oportunidades, con su sistema muy elaborado de operación al

nivel local con vocales que desempeñan diferentes funciones), pero no se habla de coordinación intersectorial. No se menciona la posibilidad de coordinarse, al nivel municipal, con educación (el CONAFE, por ejemplo). Incluso, no se hace mención de los programas del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) los cuales, formalmente, son parte del sector salud.

3.10 Atención a la salud y desarrollo de la población indígena

Como se indicó en el capítulo 1, existe una brecha en México entre la condición de la salud de las niñas y los niños de procedencia indígena comparada con la de los no indígenas. Esto es evidente en las estadísticas presentadas sobre mortalidad infantil, bajo peso, déficit de talla o anemia. Se evidencia asimismo en las condiciones que afectan la salud y desarrollo tales como el nivel de pobreza, el acceso a agua potable, drenaje y electricidad, el tipo de piso de la casa, la educación de las madres y padres y otras condiciones en que viven los niños indígenas (SSa, Programa Nacional de Salud 2007, p. 40; Hernández Rodríguez 2011 y CONEVAL 2011).

En el año 2006 se aprobaron cambios en la Constitución para explicitar el derecho de miembros de comunidades indígenas a servicios básicos de salud (Artículo 27, X) y el derecho de tener atención y asesoría por parte de las autoridades en la lengua de la región o comunidad (Artículos 51 y 54)²³.

Frente a la situación inequitativa y tomando en cuenta el cambio constitucional, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 incluyó como su

segundo objetivo “reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas”. Como acciones tendientes a lograr este objetivo, se prometió en el programa “promover una política intercultural” (p. 104), “incrementar el conocimiento de medicina tradicional” (p. 112), e “impulsar una política integral de atención de la salud de los pueblos indígenas” (p. 113).

Para llevar estas promesas a la acción, la Secretaría de Salud creó un documento titulado “Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas de México, Elementos Generales para la Construcción del Programa de Acción”. Además de presentar un diagnóstico, el documento propone (p.13) poner el acento en los 101 municipios con los menores índices de desarrollo social²⁴.

Elabora cuatro estrategias:

- Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud (la planeación, coordinación sectorial e

intersectorial y civil, su operación y ajustes al marco normativo).

- Mejorar la oferta, tanto en prevención y promoción como en atención. El plan enfatiza el desarrollo de competencias y habilidades de profesionales para trabajar en y con comunidades indígenas (por medio de talleres y basados en la creación de materiales para este propósito), así como mejorar la infraestructura y las redes funcionales de salud. Esto ocurrirá por medio de, y en coordinación con, los Servicios Estatales de Salud (SESA)²⁵.
- Coordinar esfuerzos (con IMSS-Oportunidades, ISSSTE, PEMEX, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas - CDI, el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas, la Comisión de Derechos Humanos, el Instituto de Mujeres INMUJERES y el Programa de Educación Intercultural –Bilingüe de la Secretaría de Educación Pública - SEP).

²³ **Artículo 27.** Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: X. La asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas.

Artículo 51 Bis 1.- Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen. Cuando se trate de la atención a los usuarios originarios de pueblos y comunidades indígenas, estos tendrán derecho a obtener información necesaria en su lengua.

Artículo 54. Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran, así como mecanismos para que los usuarios o solicitantes presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos. En el caso de las poblaciones o comunidades indígenas las autoridades sanitarias brindarán la asesoría y en su caso la orientación en español y en la lengua o lenguas en uso en la región o comunidad.

²⁴ En los 101 municipios se hablan 20 lenguas y se encuentran 1'126.554 personas atendidas en 29 jurisdicciones sanitarias con 385 unidades de salud.

²⁵ Las metas específicas indicadas para las entidades federativas son: 1) Acreditar con elementos interculturales el 100 % de las unidades fijas y móviles de salud de los 101 municipios prioritarios; 2) Articular los servicios de salud de los 101 municipios en redes funcionales de servicios; y, 3) Verificar la percepción que tiene la población indígena de los servicios de salud vía aval ciudadano.

- Fortalecer las capacidades de la población. Se incluye una lista relativamente larga de acciones específicas que deberá considerar un programa de desarrollo de capacidades, por ejemplo:
 - Promover mediante “encuentros de enriquecimiento mutuo” el conocimiento y la difusión de las funciones de la unidad médica (fija y móvil), de la red de servicios, la información médica, los programas comunitarios y las expectativas de los usuarios.
 - Presentar en las asambleas comunitarias o en el comité de salud los programas a implementarse y, si se requiere, traducir la información. Promover en el personal de salud el uso de la lengua local en la atención a los pacientes.
 - Lograr que las unidades médicas cuenten con la capacidad de traducción y con folletos o cartillas informativas en lengua indígena.
 - Fortalecer a los equipos de personal de apoyo especializado (reorganizar las funciones de las auxiliares indígenas comunitarias de salud, de los supervisores, de los coordinadores operativos) a fin de agilizar la detección oportuna de riesgos y daños a la salud y apoyar la canalización de los enfermos.
 - Incorporar a terapeutas tradicionales con reconocimiento comunitario a las instancias de representación de las instituciones de salud.

En gran parte, el programa depende de la extensión y ajuste a las circunstancias de pueblos y comunidades indígenas de las acciones actualmente contempladas por Seguro Popular (incluso Embarazo Saludable, Seguro Médico para una Nueva Generación y talleres de capacitación); la Dirección de Equidad de Género y Salud Reproductiva y el Centro Nacional de Salud para la Infancia y Adolescencia (responsables del programa de vacunación y del suministro de micronutrientes a niños de 6 a 24 meses y de 2 a 4 años durante la Semana Nacional de Salud); IMSS-Oportunidades y el programa de Caravanas de Salud. El programa se distingue por su focalización en municipios con una concentración grande de indígenas y en esfuerzos concretos por incorporar a los pueblos indígenas, tanto a través de la oferta de información y de servicios en los idiomas pertinentes como de la promoción de la participación local en el proceso de prevenir y atender problemas de salud. Según entendemos, no existe financiamiento adicional para nuevos programas.

Dentro de la Secretaría de Salud, la coordinación de este Programa de Acción está asignada al Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud conjuntamente con la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural.

No ha sido posible encontrar en la documentación de la Secretaría de Salud o entre las evaluaciones de CONEVAL ningún

estudio que indique hasta qué punto el programa de acción ha sido implementado. Las evaluaciones encontradas de Seguro Popular, SMNG y Caravanas no analizan resultados comparativos de su implementación en comunidades indígenas versus otros grupos. La página de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural no incluye un documento de seguimiento del Programa de Acción. Aparentemente, el que este no tenga reglas de operación y no entrañe un nuevo presupuesto hace que se preste poca atención a los resultados.

Cabe señalar que en ninguna parte del Programa de Acción existe mención explícita de un componente de desarrollo infantil o de estimulación temprana.

3.11 En resumen

Es solamente en los últimos años que el sistema de salud ha empezado a hacer un esfuerzo concertado para atender a la población abierta (principalmente rural e indígena) que no participa en el sistema de aseguramiento formal de asalariados. Se pueden identificar avances importantes en lo concerniente a reducir la mortalidad infantil y la morbilidad en los niños de familias pertenecientes a esta población. Sin embargo: 1) persisten inequidades importantes en la disponibilidad y calidad de servicios así como en los resultados; y, lo más importante para nuestro diagnóstico, 2) el enfoque en la ausencia de enfermedad en general y respecto de la población abierta ha hecho muy difícil incorporar lo que definimos como desarrollo infantil temprano en el sistema, no obstante la mención de estimulación temprana y de desarrollo infantil que se

encuentra en documentos de planeación, reglas de operación y normas sectoriales.

Hemos identificado y discutido esfuerzos alentadores pero incipientes para integrar el desarrollo infantil temprano a programas del Seguro Popular y Oportunidades como una respuesta a evaluaciones de impacto que mostraron una falta de efecto de los programas sobre el desarrollo cognitivo y del lenguaje de los niños en sus primeros años de vida. Nuestra hipótesis es que para que estas iniciativas tengan un efecto significativo sería necesario que se opere un cambio conceptual respecto del desarrollo infantil dentro del sector salud para lograr una mayor presencia de ese componente. También se requiere poner más atención a la calidad de las actividades propuestas para incorporar el desarrollo psicosocial en los programas. La evidente falta de efectividad del programa Arranque Parejo en la Vida respecto de la incorporación del desarrollo infantil temprano mediante redes comunitarias y voluntarios es una lección que se debe tener en cuenta. Además, la dimensión cultural del desarrollo infantil demanda más atención específica.

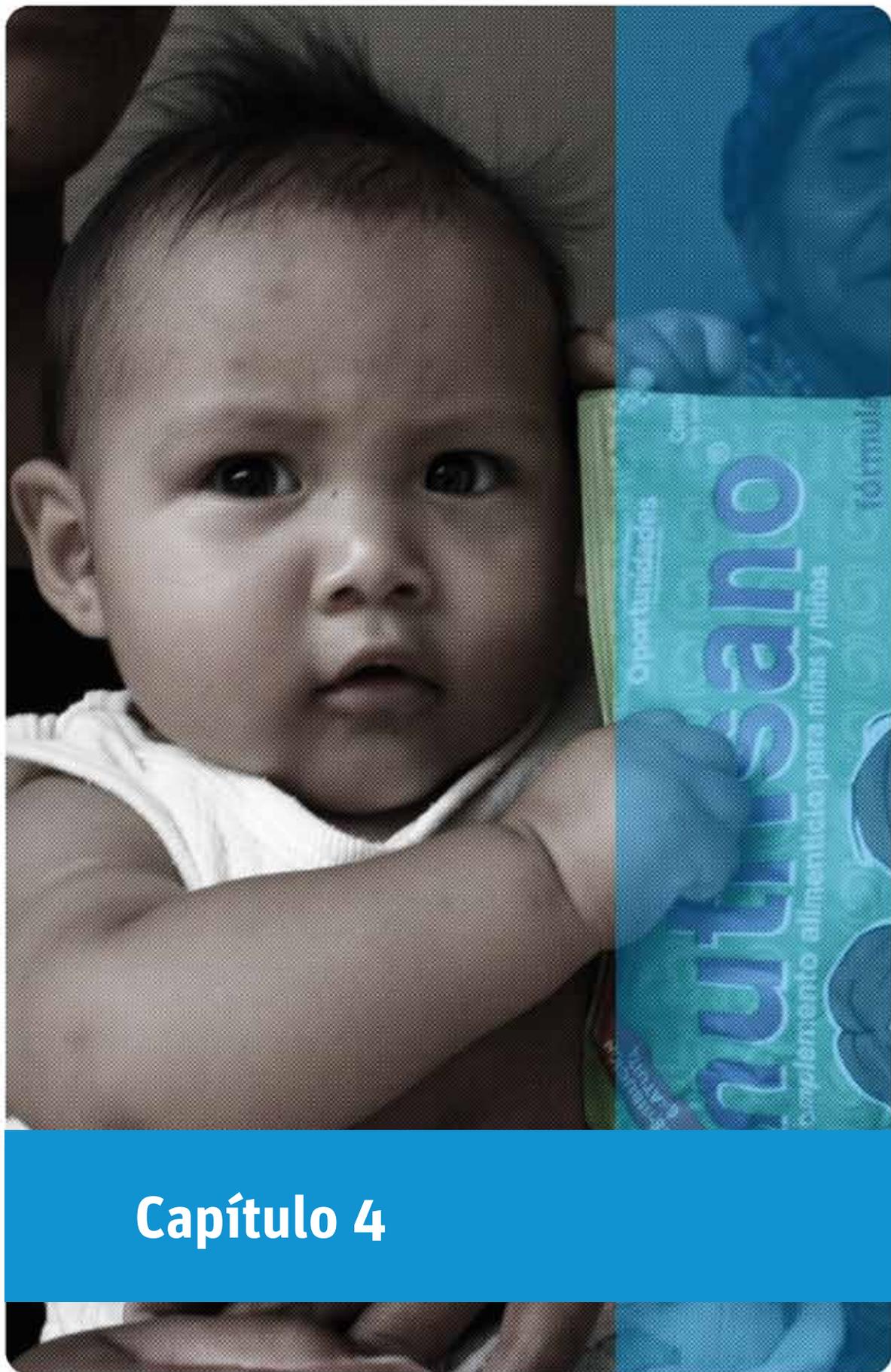
En la línea de la recomendación de CONEVAL, hemos sugerido que el gran número de programas de alimentación actualmente en operación deben ser examinados con lupa para determinar una mejor manera de definir destinatarios y coordinar entre intervenciones. Se esperan los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2011 para retroalimentar la programación.

Aunque el sector salud muestra un programa de acción dirigido a pueblos y comunidades indígenas, parece más un

esfuerzo por incorporar a la cultura en los programas que una estrategia innovadora para cerrar la brecha en el estatus de salud y nutrición que caracteriza a los niños y las niñas indígenas y sus familias.

Finalmente, consideramos que es importante aclarar cómo están funcionando las redes sociales vinculadas a la salud al nivel de comunidades y municipalidades, para aportar a la integración de actividades de diferentes partes del sistema de salud y hacerlo de una manera intersectorial.





Capítulo 4

El desarrollo infantil temprano en el sector educativo

En este capítulo se presentan los programas que, desde el sector educativo, prestan servicios a la infancia y promueven el DIT. Se describen tanto programas escolarizados como no escolarizados, la atención a la población indígena, y un esfuerzo nacional al nivel nacional de crear un marco y nuevo currículo para uso en todos los servicios y programas de educación inicial. En general puede apreciarse que el sector muestra pocas conexiones con otros servicios que atienden a la primera infancia. Además, tiene su propia definición de “desarrollo integral”.

Debe aclararse que en México existen dos niveles educativos que atienden a la infancia temprana. Por un lado, está la educación inicial que se enfoca en la población menor de tres años y, por otro, la educación preescolar que abarca desde los tres a los cinco. Cada nivel tiene su propia administración y normatividad. Pese a ello, hay ciertos servicios en que confluyen ambos niveles.

4.1 Nota breve acerca del desarrollo del sector

Hacia finales de la década de los 1980, México comenzó un proceso de descentralización educativa. Hasta ese momento, la administración y currículo de la educación básica estaban centralizados. La descentralización consistió en transferir la administración de los servicios educativos a los gobiernos estatales mientras la Secretaría de Educación Pública (SEP) conservó la responsabilidad de normar el desarrollo curricular de la educación básica, en ese momento constituida por la educación primaria y secundaria.

Aunque los niveles de educación inicial y preescolar no eran parte de la educación básica, su administración también fue descentralizada. En 2002 la Reforma de la Educación Preescolar incluyó una modificación constitucional que volvió a este nivel parte de la educación básica, que fue decretada como obligatoria. En 2004 se editó el Programa de Educación Preescolar (PEP 2004), que se convirtió en un currículo normativo nacional, no solo obligatorio para los servicios estatales sino también para el sector privado. De esta forma, la SEP recuperó su papel rector en este nivel.

Siguiendo la experiencia del PEP 2004, durante los últimos años se trabajó un currículo para la educación inicial, desarrollado colectivamente con maestros, proveedores de servicios de varias dependencias, académicos y representantes de todos los estados. Este currículo ya está terminado y parte de una óptica que promueve el enfoque de derechos y comprende capacidades compatibles con el PEP 2004. Su publicación representaría igualmente la recuperación de la rectoría del estado sobre la educación preescolar. Desafortunadamente, este documento aún no ha sido publicado.

Paralelamente a la SEP existe el Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE), responsable del Programa de Educación Inicial no Formal que, creado en 1992, ha extendido su cobertura hasta convertirse en el esquema más grande de educación inicial que trabaja con los padres o responsables de los niños. El CONAFE tiene la misión de llevar servicios educativos a las comunidades rurales, mestizas o indígenas, donde la SEP no los ofrece debido al reducido número

de alumnos que no justifica, bajo las normas actuales, la construcción de una escuela y el mantenimiento de una planta de maestros. El CONAFE trabaja con prestadores que fungen como agentes educativos becados durante un ciclo.

Algunas personas a quienes entrevistamos piensan que la importancia del componente educativo en los nuevos servicios de DIT ha sido marginada en las últimas administraciones federales por motivos políticos, ya que se busca no involucrar al Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE).

Las principales características del sector educativo durante los últimos dos sexenios han sido:

- Fragmentación de los servicios de educación inicial y preescolar, con diversidad de programas en los estados y con un enfoque más asistencial que educativo en los primeros. Esto, acompañado de una falta de normatividad nacional para la prestación de estos servicios.
- Una posición poco importante de la educación inicial dentro de la Secretaría de Educación Pública. Ello, acompañado de una inversión magra en el sector. De hecho, actualmente la oficina de educación inicial se encuentra en Educación Básica, aunque formalmente no es parte de los niveles de preescolar, primaria y secundaria.
- Una consolidación conceptual acerca del desarrollo y de las condiciones necesarias para promover el DIT. Durante los últimos años se han creado e implementado marcos

curriculares adecuados para la operación de los programas de educación inicial y preescolar (2004) y para la educación inicial en el subsistema de educación indígena e incluso para el Programa Nacional de Guarderías, ambos como resultado de los esfuerzos de la SEP.

- Crecimiento de la educación inicial no formal manejada por el CONAFE y dirigida a padres, aunque fuertemente operada por mujeres de sectores vulnerables.
- El avance potencialmente más importante ha sido la creación de un currículo nacional para el nivel inicial. Sin embargo, su publicación no se ha concretado. La publicación del currículo del nivel preescolar trajo varias consecuencias positivas, aunque creó igualmente condiciones difíciles para los servicios ofrecidos por iniciativa de la sociedad civil organizada. Es de suponer que ello puede suceder igualmente en el nivel inicial. Pese a todo ello, el subsistema de educación indígena sí logró publicar un currículo nacional para sus servicios.
- El sector privado ha sido poco relevante y su actuación se ha restringido a las zonas urbanas de mayor afluencia.

Los programas que se consideran en este documento

En este trabajo se hace referencia a dos niveles educativos: inicial (de 0 a 3 años) y preescolar (de 3 a 5 años). La razón no solo es que existe cierto empalme entre ellos al atender a la población de 3 años.

El servicio de inicial también se extiende hasta los 5 años en algunos programas. Complementariamente, considerar ambos niveles tiene la ventaja de que muestra la fragmentación de servicios aun dentro del mismo sector. Se presenta también un programa específico que corresponde al subsistema de Educación Indígena.

4.2 Los servicios de educación inicial

4.2.1 Educación Inicial SEP-Escolarizada Los Centros de Desarrollo Infantil (CENDI)

Esta modalidad de educación inicial que atiende a niños en centros fuera del hogar es similar a los servicios de cuidado infantil que manejan el IMSS y el ISSSTE (que se describen y discuten en el siguiente capítulo). El modelo de los

Educación Inicial SEP – Escolarizada

Ficha básica

Fecha de inicio: En la década de los 1980

Institución responsable: SEP

A quién se ofrece: A niños de 45 días a 5 años 11 meses. Sujeto a cupo pero, en principio, abierto a todos.

Qué se ofrece: Tiene dos modalidades:

Escolarizada. Los Centros de Desarrollo Infantil (CENDI) ofrecen atención a niños de 45 días a 3 años 11 meses de edad. Además de los servicios educativos, se incluye atención médica, psicológica, trabajo social, y alimentación. Opera en diversos horarios, de lunes a viernes, de acuerdo al calendario escolar.

Semi escolarizada. Se ofrece en el Distrito Federal (DF) a través de los Centros de Educación Inicial, creados en los 1990 con el nombre de Centros Infantiles Comunitarios. Atiende a niños de 2 a 4 años en grupos de 15 a 20 niños. Trabajan de 3 a 5 horas o hasta 8 en caso de los servicios mixtos. La comunidad proporciona el espacio y los padres los recursos materiales y humanos. Es un modelo de autogestión. La SEP proporciona capacitación y, en algunos casos, materiales. No profundizamos en esta modalidad.

Cobertura: La matrícula en los CENDI fue de 236.924 niños en 2011 en toda la República.

Quién ofrece el servicio: La SEP es responsable exclusivamente en el DF y cada secretaría estatal en el área de su incumbencia. La operación recae directamente sobre la SEP federal o estatal cuando el servicio se ofrece a empleados de la SEP. En otros casos, la operación es competencia de otra instancia del gobierno o de una organización privada supervisada por la SEP. No se restringe la atención a niños y niñas de trabajadores del sector formal.

Relación con otros programas: La SEP supervisa los aspectos pedagógicos de otros centros.

Financiamiento: Proviene de la SEP, los estados y las municipalidades y se incrementa con las cuotas que pagan las familias.

CENDI se inició con el propósito de ofrecer servicios de cuidado a los hijos de las madres trabajadoras. En su origen estuvo dirigido a quienes trabajan en el sector educativo. El servicio se concibió enfocado en el desarrollo integral, en contraste con el enfoque asistencial de las “guarderías”.

Lo que empezó como un servicio para las mujeres que trabajan en la SEP se ha extendido y hoy en día existen variantes de los CENDI. La SEP opera CENDI “oficiales” en el Distrito Federal y en los estados para sus empleados. Además, se supervisa otros centros que incluyen, según el estado, centros financiados por otras entidades (por ejemplo, los Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil - CADI de DIF) y centros

de otras instancias del gobierno que no están dentro del sistema del IMSS y del ISSSTE. El mayor número de CENDI son operados por organizaciones privadas. Dentro de esta categoría se puede encontrar tanto centros subrogados del IMSS y el ISSSTE, como centros operados por organizaciones independientes. El marco para esta supervisión viene de Educación Inicial al nivel nacional y, actualmente, del Programa de Fortalecimiento de Educación Temprana y Desarrollo Integral, que se aborda más adelante.

En el siguiente recuadro se describe una experiencia exitosa de un modelo de CENDI particular.

Centros de Desarrollo Infantil del Frente Popular “Tierra y Libertad”

Los Centros de Desarrollo Infantil (CENDI) del Frente Popular “Tierra y Libertad” son instituciones públicas de educación temprana, en Nuevo León. La iniciativa lleva 17 años y durante este periodo breve ha logrado prestigio nacional e internacional. Su propósito es facilitar el trabajo de mujeres, además de promover el desarrollo integral de los niños durante sus primeros años.

En su modalidad formal, en estos centros se imparten dos niveles educativos: el nivel inicial (que atiende a niños desde los 45 días de nacidos hasta los 3 años de edad), y el nivel preescolar, (para niños de 3 a 6 años de edad). Sus 12 centros, en 4 municipios, sirven a un total de 3.150 niños y niñas. Se ofrece una atención integral: no solo se imparte educación formal, sino que se brinda atención médica, nutricional, pedagógica y psicológica, además de actividades especiales como música, gimnasia y yoga. Los centros no solo brindan atención a niños y niñas cuyos padres y madres son derechohabientes, sino también a los hijos de la población abierta. De hecho, se reserva un tercio de los lugares para estos últimos.

Para los padres y madres se ha creado una Escuela de Padres que es obligatoria (una sesión cada mes), donde se tratan temas de salud, nutrición, adaptación, ablactación, control de esfínteres, estimulación temprana y primeros auxilios. Además de este servicio, opera una modalidad no formal en las comunidades aledañas a los CENDI. Este es el programa “Aprendiendo Juntos”, que da capacitación, atención y educación temprana. Se dirige a niños y niñas de 0 a 6 años (un total de 1.150) y sus familias y es atendido por docentes y especialistas, educadoras, asistentes educativos, psicólogas, médicos, nutriólogos y trabajadores sociales.

El financiamiento viene principalmente de fondos públicos pero también se cobra una cuota de recuperación a los padres, cuyo valor depende de la situación económica de la familia. Es importante señalar que con los fondos públicos se ha podido brindar una atención de alta calidad (los centros han ganado varios premios) a un menor costo que, por ejemplo, el de las guarderías del IMSS o las estancias del ISSSTE. En Colima, por ejemplo, donde el modelo de este programa fue adoptado en 2008, se estima que los gastos que el servicio destina a cada niño son de alrededor de 2.000 pesos por mes.

Poco puede decirse en cuanto a evaluaciones de los CENDI. Se sabe que los centros “oficiales” para empleados de la SEP ofrecen uno de los mejores servicios, equivalente al del IMSS y el ISSSTE. El nuevo marco para el servicio todavía no ha sido evaluado.

4.2.2 Educación Inicial No Escolarizada CONAFE

El Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE) opera, desde 1992, el programa de educación no escolarizada para padres de familia. Este programa funciona, como en general lo hace el CONAFE, en las poblaciones rurales (mestizas e indígenas) aunque en este caso específico también se desarrolla en áreas urbano-marginales. Por

Educación Inicial No Escolarizada CONAFE

Ficha básica

Fecha de inicio: 1992

Institución responsable: CONAFE

A quién se ofrece: A padres de familia, aunque las evaluaciones señalan que las participantes son mayoritariamente mujeres, ya sea madres, abuelas, tías o hermanas de los niños menores de 48 meses.

Cobertura: 424.202 padres directamente, con un cálculo de 452.599 niños beneficiados de forma indirecta en 2010. Ello, en un total de 27.757 comunidades de toda la República (excepto el DF) en 2010.

Qué se ofrece: Servicios de educación no formal a padres de familia. Para operar, se requiere que los grupos estén conformados por integrantes de al menos 8 familias. En cada comunidad atendida se reúne a un grupo de padres con una sesión semanal durante el ciclo escolar (nueve meses al año). Existen libros gratuitos para los asistentes, diseñados con ilustraciones que los hacen accesibles a poblaciones con bajo nivel educativo. También hay materiales para niños y para los instructores comunitarios (usualmente miembros de la comunidad).

Estrategias: Sesiones con grupos de padres que incluyen trabajo presencial con los niños.

Relación con otros programas: Oportunidades es uno de los programas que ha experimentado relacionarse con este programa.

Financiamiento: Proviene de la SEP.

Evaluaciones: Hay una gran cantidad de evaluaciones operativas y cualitativas sobre el funcionamiento del programa. La mayor parte de ellas tiende a encontrar beneficios en los niños, en su entrada a la escuela, así como mayor autoestima entre las madres. Señalan también que las mujeres a cargo del programa en las comunidades hacen grandes esfuerzos a cambio de la satisfacción de descubrirse útiles para sus comunidades. Sin embargo, el Programa parece demandar mucho trabajo por el que reciben una remuneración muy limitada que brinda pocas oportunidades de romper el círculo de pobreza (Evaluación del Ciesas: Galván Lafarga et al. s/f). No se ha publicado una evaluación de impacto rigurosa de este programa.

mucho –como podrá verse en la estadística presentada al final de la sección–, este es el programa de educación inicial más extendido en el país en cuanto a cobertura. Las promotoras en cada comunidad son gente local con una remuneración de salario mínimo y con capacitación y supervisión.

El currículo de educación inicial fue formulado con un enfoque en competencias y precede al PEP de 2004. Entre sus logros destaca el alineamiento logrado para las competencias en varios espacios culturales. Se plantean competencias para niños, para familias, para promotores educativos y para la comunidad en general. Sin embargo, y sin que medie una explicación clara, el currículo cambió

a su forma actual en 2010. Muchas de las características mencionadas se conservan y, de acuerdo a algunos de nuestros informantes, se trata del mismo currículo pero puesto de una forma más comprensible para las figuras educativas.

Un avance importante de este currículo es su concepción acerca del desarrollo y de las condiciones necesarias para que se produzca.

Como puede apreciarse claramente, el CONAFE conceptualiza salud, alimentación, higiene y protección como condiciones que son necesarias para que el desarrollo tenga lugar. Este se promueve en las dimensiones Personal y social, Lenguaje y comunicación y Exploración y conocimiento del medio.

Tabla 4.1. Necesidades infantiles, ejes curriculares, ámbitos y subámbitos

Necesidades infantiles	Ejes curriculares		
Condiciones de cuidado y protección	Eje curricular 1 Ámbito: Cuidado y protección infantil		
	Subámbitos		
	Salud y alimentación	Higiene	Protección
Características del desarrollo	Eje curricular 2 Ámbito: Personal y social.	Eje curricular 3 Ámbito: Lenguaje y comunicación	Eje curricular 4 Ámbito: Exploración y conocimiento del medios
	Subámbitos		
	. Identidad / autoestima . Autorregulación/ autonomía . Interacción con otros	. Comunicación a través de gestos, sonidos y movimientos . Comunicación a través de palabras, frases, oraciones y números . Comunicación gráfico-plástica	. Control y equilibrio del cuerpo . Exploración y manipulación de objetos . Representación . Categorización

Fuente: CONAFE 2011, p. 14

Por ello, la definición de desarrollo es bastante completa y la relación potencial con otros programas tiene cabida en el esquema que organiza las condiciones para el desarrollo y el desarrollo mismo. Como se ha discutido antes, el CONAFE y Oportunidades han intentado colaborar para mejorar la nutrición y el desarrollo de los niños pequeños. Desafortunadamente, los resultados de esa colaboración no fueron los esperados, probablemente porque se trató de implementar un programa de intensidad reducida que fue insuficiente.

De acuerdo al Instituto Nacional de Salud Pública (2012), un estudio comparativo que busca identificar los efectos combinados de ambos programas en comunidades donde los dos operan en forma independiente revela que la mayor parte de las comunidades estudiadas aceptaron el programa del CONAFE y a lo largo de su implementación este ha tenido buena recepción y ha contado con asistencia. No obstante, un pequeño grupo de comunidades ha rechazado la instalación y operación del programa sin que queden claros los motivos. Una de las dificultades detectadas en la asistencia es aún la gran distancia que puede existir entre el lugar donde se llevan a cabo las sesiones y los hogares dispersos de la población objetivo. La evaluación de esta intervención piloto, mencionada en el capítulo anterior, sugiere que tuvo efectos modestos sobre el estado nutricional de ciertos subgrupos de niños y que no mejoró su desarrollo infantil.

Específicamente en lo que concierne al funcionamiento del programa en zonas rurales e indígenas, Rodríguez y Vera

(s/f) señalan una serie de limitaciones respecto de construir conocimientos a partir del reconocimiento de las prácticas de crianza. Aunque se parte de la premisa de que el programa debe reflexionar sobre las prácticas de crianza locales para poder enriquecerlas con nueva información, el personal, particularmente el no hispano parlante, enfrenta dificultades en el manejo de las sesiones. Quizá una de las mayores observaciones que se le puede hacer a este programa es que pone una carga muy fuerte en hombros de la comunidad que aporta mucho trabajo voluntario. De acuerdo a Galván Lafarga (s.f.), la mayor parte de los agentes educativos son mujeres que trabajan más de lo especificado por la norma, se comprometen con sus comunidades pero al final, después de los nueve meses que dura la intervención, tienen pocas expectativas laborales tanto dentro como fuera del programa.

4.2.3 Educación Inicial Indígena

Otro de los programas de educación inicial importantes es el correspondiente al subsistema de Educación Indígena. Parte del personal de este programa participó en la construcción del Modelo de Atención con Enfoque Integral orientado al fortalecimiento del desarrollo físico, afectivo, social y cognitivo de las niñas y los niños desde el nacimiento hasta los 3 años de edad²⁶. A diferencia del subsistema regular, el indígena logró publicar su marco curricular en 2011. En este apartado se analiza el sistema en forma independiente de los otros cambios y avances a nivel nacional.

²⁶ <http://educacioninicialindigena.mx/menu.html>.

Educación Inicial Indígena

Ficha básica

Fecha de inicio: Educación Inicial Indígena empezó en 1992-3. La Dirección General de Educación Inicial dentro de esta fue creada en 2010.

Institución responsable: Dirección General de Educación Indígena

A quién se ofrece: A niños de 2 a 3 años, a padres de familia y a agentes comunitarios indígenas.

Cobertura: 61.342 niños (prácticamente 50% de cada sexo) y 60.942 padres (84% mujeres) en 2010.

Qué se ofrece: Dada la diversidad de los grupos indígenas de México –aproximadamente 360 variantes lingüísticas–el programa ofrece servicios directos a los niños en centros educativos y de cuidado diario, y también educación a padres y a agentes comunitarios. Dependiendo de las características culturales y las demandas específicas, el programa puede atender a las comunidades con una o varias de estas opciones. Particularmente se hace hincapié en la pertinencia cultural y lingüística de los servicios. La atención directa a los niños se da en centros con un máximo de 20 niños y suele acompañarse con la presencia de los padres u otros adultos para realizar actividades de juego y de estimulación. La atención de agentes comunitarios es individualizada y se realiza a través de visitas domiciliarias.

Estrategias: El programa trabaja con maestros, con padres de familia y, directamente, con niños. Hace un diagnóstico acerca de las pautas de crianza y propone un acercamiento, lo más pertinente posible, que enriquezca estas prácticas con información científica.

Relación con otros programas: No tiene relación directa. Sin embargo, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) sirve de intermediaria con otros programas dirigidos a los pueblos indígenas. No obstante, al interior del programa no parece haber formas de colaboración con otras iniciativas.

Financiamiento: A través de la SEP.

Es importante notar que la característica principal del programa es el esfuerzo por ser cultural y lingüísticamente apropiado. En el ámbito de la educación inicial esto significa la sistematización de las pautas de crianza y su enriquecimiento a partir de la intervención educativa. Se considera claramente a los niños y niñas como protagonistas de su aprendizaje y visiblemente contextualizados en el ambiente de su familia y su comunidad. Esto es muy importante en términos del presente reporte, ya que se comienza a

considerar elementos del desarrollo (la interacción iniciada por los niños así como sus iniciativas para conocer su medio y complejizar sucesivamente su actividad) además de objetivos educativos para familias y comunidades. De hecho, se define al desarrollo como “un proceso sistemático de cambios en el cuerpo y la conducta de los infantes, producto del intercambio entre el organismo y el medio. El proceso de maduración y el aprendizaje influyen en el desarrollo infantil. Puede afirmarse que el desarrollo es el resultado

²⁷ Íd.

de la maduración aunado a las experiencias que niños y niñas obtienen en el mundo”²⁷. Además, el marco curricular es explícito en aclarar que el proceso de desarrollo es distinto entre los niños y, como depende de las interacciones específicas, se requiere de atención individual, aunque muchas veces el emplazamiento de ambientes enriquecedores es suficiente para alentar las interacciones que producen desarrollo.

Los ámbitos específicos de desarrollo claramente están relacionados con los previamente presentados por el PEP 2004:

- Identidad personal, social, cultural y de género
- Lenguaje, comunicación y expresión estética

- Interacción con el mundo
- Pensamiento lógico matemático
- Salud

El marco curricular de la educación inicial indígena contempla igualmente actividades y estrategias para atender a niños con necesidades educativas especiales. Sin duda, la publicación de este marco curricular –que retoma muchos avances del trabajo interinstitucional encabezado por la SEP– ha sido un avance muy importante en el área. A menos de un año de su lanzamiento es aún imposible tener una estimación de su implementación y mucho menos de sus resultados en los niños. Sin embargo, por las razones mencionadas, hay expectativas positivas sobre sus efectos.

Tabla 4.2. Estadísticas de atención de Educación Inicial

	1996	2007	2008	2009	2010
Educación inicial	490.592	662.593	706.164	714.400	706.890
CENDI total	133.267	210.409	230.405	241.246	229.350
CENDI lactante	36.134	67.631	75.102	78.645	75.144
CENDI maternal	97.133	142.778	155.303	162.601	154.206
CENDI personal	2.386	4.148	4.220	4.207	5.236
Niños vía padres (CONAFE)	357.325	452.184 (409.871)	475.759 (436.712)	473.154 (438.455)	477.540 (452.599)
Padres capacitados (CONAFE)	307.984	415.340 (367.986)	435.153 (393.316)	447.612 (400.023)	456.570 (424.202)
Educación indígena. Niños		62.330	66.214	61.342	
Educación Indígena. Padres		60.942	60.942	61.243	
Comunidades atendidas	12.840	28.208	28.856	29.220	29.431

Fuente: SEP, CONAFE y Educación indígena.

En la Tabla 4.2 se presentan estadísticas sobre la atención a niños en los programas y servicios de educación inicial de la SEP que se han analizado hasta este momento.

Como puede verse, el programa educativo de mayor cobertura es el de educación no formal del CONAFE. No solamente ha ido creciendo durante el periodo al que se refiere el cuadro, sino que al mismo tiempo se advierte un estancamiento, y acaso una ligera baja, en la atención directa a niños en los CENDI. Este dato adquiere mayor relevancia si se considera el crecimiento paralelo del programa de Estancias Infantiles, que comenzó como un servicio para madres trabajadoras y cuyo componente educativo empieza a aplicarse 5 años después de creado y desarrollado no por la Secretaría de Educación sino por la de Desarrollo Social. Algunos de nuestros informantes clave creen que el motivo por el cual las Estancias Infantiles se crearon fuera del sistema de la SEP es político y refleja un intento por evitar que el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE) experimente un crecimiento en su poder e influencia.

Como punto aparte, es imprescindible hacer énfasis en dos asuntos. Primero, la reflexión acerca de las posibilidades de un programa enfocado en los padres para favorecer el DIT a partir del marco conceptual presentado al inicio de este documento. Segundo, las implicaciones financieras de esta decisión, en la que se ha elegido la opción “barata” ya que el programa del CONAFE opera solo durante nueve meses cada año, no cuenta con infraestructura y trabaja con agentes educativos que perciben una remuneración mínima.

Desde nuestra perspectiva, el apoyo a los padres es una estrategia útil y valiosa para fomentar el DIT porque fortalece las posibilidades de que los adultos actúen de forma más adecuada e informada para favorecer el desarrollo de los niños pequeños. Incluso, en ambientes culturales donde los padres no desean que sus niños pasen tiempos considerables en centros de atención, esta puede ser la mejor opción. Sin embargo, también se ha señalado que el desarrollo es necesariamente integral, es decir que requiere no solo de familias informadas sino también de servicios disponibles como los de salud y desarrollo social. Puesto de otra forma, las estrategias para padres que muestren efectividad deberían generalizarse hacia todos los padres usuarios de los distintos tipos de servicios directos de cualquier sector gubernamental.

4.2.4 El Programa de Fortalecimiento a la Educación Temprana y el Desarrollo Infantil (PFETyDI)

El PFETyDI se creó en 2008, después de casi dos décadas en las cuales no hubo mayor movimiento en el nivel inicial. Este programa fue el encargado de construir el Modelo de Atención con Enfoque Integral orientado al fortalecimiento del desarrollo físico, afectivo, social y cognitivo de las niñas y los niños desde el nacimiento hasta los 3 años de edad, que es el nuevo currículo aún en espera de publicarse. El modelo y nuevo currículo deben ser pertinentes y aplicables en cualquier centro de educación inicial del país así como en programas de educación inicial no escolarizada.

Programa de Fortalecimiento a la Educación Temprana y el Desarrollo Infantil

Ficha básica

Fecha de inicio: 2008

Institución responsable: SEP nacional, Educación Inicial y Educación Básica.

A quién se ofrece: A programas de educación inicial, tanto escolarizados como no escolarizados.

Cobertura: Nacional.

Qué se ofrece: Un proceso de colaboración en la creación de un nuevo currículo disponible como un marco para la educación inicial escolarizada o no-escolarizada.

Estrategia: Convocar a un grupo de instituciones responsables de la educación inicial para crear en conjunto un nuevo currículo. Desarrollo de un curso de capacitación sobre el manejo del nuevo modelo. Concurso de experiencias innovadoras en educación inicial.

Relación con otros programas: El relacionamiento comienza poco antes de que inicie la realización del Modelo y lo emprenden los usuarios. Varios grupos de padres de la modalidad semiescolarizada solicitaron individualmente recursos del Programa Nacional de Guarderías y Estancias Infantiles. Estos lazos no se dieron entre las instituciones. Al comenzar los trabajos para la construcción del Modelo, se hicieron varios contactos con otras secretarías federales que tienen servicios de cuidado infantil (Secretaría de Defensa y de Marina, IMSS e ISSSTE), con organizaciones civiles e iniciativas de los gobiernos estatales y las universidades (UNAM, IPN), entre otras. También con otras instancias de la SEP como Educación Indígena y el CONAFE. Además, participaron instancias internacionales como la OEA, la Universidad de California y otras.

Financiamiento: Aunque tiene una partida en el Presupuesto de Egresos de la Federación, no recibe estos fondos y Educación Básica es la responsable de su financiamiento.

Evaluaciones: No encontramos evaluaciones.

El equipo encargado de este programa provenía del mismo que realizó la Reforma de la Educación Preescolar y que diseñó el Programa de Educación Preescolar 2004 (PEP 2004). En este sentido, se retomaron varias de las características y de los aprendizajes de aquella experiencia para el desarrollo en Educación Inicial. El Modelo fue construido en forma participativa no solo con proveedores de servicios, sino con maestros y especialistas a través de discusiones, capacitación y sensibilización. De acuerdo a la página electrónica del PFETyDI muchas de estas reuniones tuvieron lugar entre 2008 y 2009. Aunque varios de nuestros informantes confían en

que el currículo será publicado antes de diciembre de 2012.

El proceso mismo de elaboración de este currículo tiene varias implicaciones importantes. Primero, en cuanto a los participantes, la SEP retomó una presencia nacional (durante más de una década estuvo confinada solamente al DF) y abarcó otros servicios no solamente educativos al involucrar a proveedores de servicios de cuidado diario. Segundo, se promovió una reflexión amplia entre los proveedores de servicios, incluyendo a parte del sector privado y organizaciones de la sociedad civil. Finalmente, se presenta un marco

conceptual actualizado que incluye el enfoque de derechos de los niños, las neurociencias, el apego y los vínculos.

Entre 2000 y 2006, se inició una Reforma de Educación Preescolar (dirigida a niños de 3 a 5 años) que ha sido relevante por varias razones y que ha facilitado el camino para un trabajo semejante en la Educación Inicial (menores de 3 años). Es importante explicar que ambos niveles coinciden en atender al grupo de edad que interesa a nuestro trabajo. Debido a que los programas se dividen de acuerdo a estas edades, las estadísticas, evaluaciones y desarrollos de política obedecen

igualmente a estas categorías etarias. Teniendo en cuenta la publicación de la nueva Ley de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil, será la nueva administración federal (2012-18) la encargada de continuar con la implementación de estas iniciativas.

4.3 Los servicios de educación preescolar

La educación preescolar fue considerada por el sistema educativo como parte de la educación básica solo a partir de la Reforma de Preescolar iniciada en 2002,

Programa de Educación Preescolar

Ficha básica

Fecha de inicio: 2004

Institución responsable: Secretaría de Educación Pública.

A quién se ofrece: A niños y niñas de 3, 4 y 5 años.

Cobertura: 4'641.060 niños de 3 a 5 años en todos los estados de la República en el ciclo 2010-11.

Qué se ofrece: Educación escolarizada y presencial de lunes a viernes durante el año escolar. Los niños reciben libros de texto gratuitos. También existe biblioteca en el aula. Buena parte de los preescolares urbanos tiene docentes complementarios en educación física y en educación artística.

Estrategias: El PEP está desarrollado a partir de la definición de competencias y se considera integral porque las promueve para seis diferentes áreas de desarrollo. A través de una planeación flexible, se espera que los docentes aprovechen las actividades cotidianas para diagnosticar, promover y evaluar las competencias. Dadas las características del nivel, no existe reprobación.

Quién opera el servicio: La educación preescolar, como el resto del sistema de educación básica, está descentralizada. El nivel federal es el responsable de las normas, el contenido del currículo y la evaluación, pero la operación administrativa de las escuelas es de responsabilidad de las entidades federativas.

Relación con otros programas: Aunque se trata del programa más importante del nivel y su currículo es de alcance nacional, hay poca relación con otros programas incluso dentro de la misma SEP. El PEP inició su implementación experimentalmente en el ciclo 2004-2005 y algunos estados comenzaron a hacerlo en el siguiente ciclo. El subsistema indígena lo incorporó desde el ciclo 2009-2010.

Financiamiento: Proveniente de la SEP.

que posteriormente incluyó el Programa de Educación Preescolar en 2004 (PEP 2004). Quizá el elemento más importante de esta reforma –desde el punto de vista de nuestro enfoque– fue la obligatoriedad decretada para los tres años de este ciclo educativo. Esto supone que todos los niños de 3, 4 y 5 años deberán estar forzosamente inscritos en este nivel. El Decreto de obligatoriedad de la educación preescolar expedido en noviembre de 2002 en su artículo quinto transitorio dice:

“La educación preescolar será obligatoria para todos en los siguientes plazos: en el tercer año de preescolar a partir del ciclo 2004-2005; el segundo año de preescolar, a partir del ciclo 2005-2006; el primer año de preescolar, a partir del ciclo 2008-2009. En los plazos señalados, el Estado mexicano habrá de universalizar en todo el país, con calidad, la oferta de este servicio educativo”²⁸.

De acuerdo a los datos estadísticos oficiales de la SEP, el porcentaje de niños

que asisten a educación preescolar, por grupos de edad y para todas las modalidades, es el que se reporta en la Tabla 4.3.

Como puede observarse, la atención a los niños de 4 y 5 años de edad casi ha completado su cobertura, si bien un poco más tarde de lo estipulado. La atención a los niños de 3 años, sin embargo, aún no llega al 50% en el ciclo 2010-11. El Observatorio Ciudadano de la Educación (Villa Lever *et al.* 2008) realizó un análisis acerca de esta política y las razones de su implementación. De acuerdo a su interpretación, la reforma estuvo impulsada por razones políticas más que por fundamentos científicos. Los partidos intentaban convencer a los electores de su interés por la educación y no se puso a discusión si el formato escolarizado del nivel era la mejor forma de atender a los niños de 3 años. No se consideró seriamente la inversión que demandaría la infraestructura para poder atender el crecimiento en la matrícula, el número de niños por maestro, etc. Tampoco se

Tabla 4.3. Porcentaje de Atención de Educación Preescolar por edad. Ciclos 2005-06 a 2010-11

Edad	2005-06			2008-09			2009-10			2010-11		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
3 años	24,7	24,1	25,4	38,3	37,4	39,3	39,5	38,5	40,6	43,4	42,4	44,5
4 años	80,0	78,9	81,2	97,2	96,0	98,4	98,9	97,8	100,1	101,1	100,1	102,2
5 años	92,8	92,2	93,5	96,2	95,4	97,0	98,4	97,8	99,0	97,7	97,2	98,3
3, 4 y 5 años	66,6	65,8	67,4	77,6	76,7	78,6	79,1	78,2	80,1	80,9	80,0	81,8

T= total H = hombres M = mujeres

²⁸ <http://www.reformapreescolar.sep.gob.mx/NORMATIVIDAD/decreto/decreto.HTM>

tuvo en cuenta que la tasa de crecimiento poblacional continuaría en declive ni se hizo un plan estratégico para que la infraestructura que se construyera fuera flexible en su uso. En principio, los preescolares experimentaron un aumento en la matrícula pero, como puede verse en la Tabla 4.4 que reúne los datos estadísticos oficiales, la matrícula está registrando una ligera baja, particularmente en el sostenimiento particular. No se encontraron estudios que expliquen más profundamente estas tendencias.

No puede dejar de mencionarse que la Tabla 4.4 refleja un período de crisis económica. Es posible que las familias que utilizaban los servicios particulares se hayan visto obligadas a acudir a la educación pública para reducir gastos. Ante ello, en febrero de 2011, el gobierno decretó que las colegiaturas podrían ser deducidas de los impuestos²⁹. Esta acción fue evaluada por el CONEVAL (2011) como una de las políticas más regresivas del período, ya que favorecía a las familias más afluentes.

En cuanto al desarrollo curricular, como se señaló en la ficha básica, el PEP 2004 se considera integral porque promueve competencias para seis diferentes áreas de desarrollo. Así, 52 competencias se agrupan en seis “campos formativos” que son:

1. Desarrollo personal y social
2. Lenguaje y comunicación
3. Pensamiento matemático
4. Exploración y conocimiento del mundo
5. Expresión y apreciación artísticas
6. Desarrollo físico y salud

Como puede notarse, el PEP 2004 ha influido fuertemente en el desarrollo de los marcos curriculares de educación inicial elaborados en los últimos años.

En la Tabla 4.5 presentamos las modalidades de educación preescolar más importantes. Se desprende que el servicio “general” ofrecido por la SEP desconcentrada en los estados y en el Distrito Federal es el programa más importante por su cobertura. Como se

Tabla 4.4. Matrícula en Educación Preescolar

	Matrícula total	Sostenimiento Público			Particular
		Total Federal	Federal	Estataly Autónomo	
2010-11	4.641.060	3.993.595	388.293	3.605.302	647.465
2009-10	4.608.255	3.955.460	386.907	3.568.553	652.795
2008-09	4.634.412	3.951.853	382.302	3.569.551	682.559
2007-08	4.745.741	4.031.768	384.862	3.646.906	713.973
2006-07	4.739.234	4.016.514	396.215	3.620.299	722.720

²⁹ http://www.ccpm.org.mx/avisos/NOTICIAS%20FISCALES%20129_ANEXO%20B.pdf

Tabla 4.5. Porcentaje de población atendida según modalidad de preescolar

	Preescolar general	Preescolar indígena	CENDI	CONAFE (total que incluye todas las modalidades)
2010-11	86,8%	8,4%	1,4%	3,4%
2009-10	86,8%	8,3%	1,5%	3,4%
2008-09	86,9%	8,3%	1,5%	3,3%
2007-08	87,3%	8,0%	1,5%	3,2%
2006-07	87,2%	8,0%	1,6%	3,2%

Fuente SEP

puede apreciar, las cifras prácticamente no han experimentado cambios importantes respecto del tipo de programa.

Aunque se puede elaborar en muchas direcciones para profundizar en la reflexión sobre el nivel preescolar, en este informe nos proponemos limitar la discusión a las posibilidades que tiene el programa de favorecer el desarrollo infantil de acuerdo con la definición establecida en este informe. Así, solo se hace mención al proceso de Reforma Integral de la Educación Básica (RIEB), que se implementa a partir de 2008 y se propone, entre otras cosas, hacer coherente y secuenciada la educación ofrecida en los niveles de preescolar, primaria y secundaria. El enfoque está basado en competencias y de forma poco justificada y fundamentada incluye estándares de desempeño, lo que cambia en mucho la concepción de evaluación formativa postulada por el PEP 2004. Una parte importante de la comunidad de investigadores educativos del país se ha manifestado públicamente en contra de la RIEB, argumentando que se realizó sin haber evaluado el funcionamiento del PEP 2004 y su enfoque por competencias. Aunado a esto, existe cierta evidencia de

que la calidad de la educación preescolar experimentó una sensible baja como resultado del aumento en el número de alumnos en las aulas, causado por la obligatoriedad del nivel (OCE 2008, Martínez y Myers 2008). De igual modo, se advierte la misma tendencia que se ha encontrado consistentemente en la investigación educativa durante décadas: la mejor calidad tiende a encontrarse en zonas urbanas mientras que la más baja se ubica en zonas rurales, especialmente en las zonas indígenas. Cabe también notar que los desarrollos encontrados entre el PEP 2004 y la RIEB ponen de manifiesto la controversia que existe en torno a la tendencia mundial a escolarizar el ambiente preescolar (Dalhberg y Moss 2006).

El sector educativo ha establecido su propia definición sobre el desarrollo integral, basada en las áreas de desarrollo y limitándose al conocimiento sobre temas de salud y nutrición. Este enfoque no necesariamente se propone generar acciones que aseguren la articulación con otros sectores. Con todo, existen iniciativas que apuntan en esa dirección. Entre ellas destaca El Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria - Estrategia

Contra el Sobrepeso y la Obesidad, un programa elaborado por la SEP y la Secretaría de Salud³⁰ en el cual se da cuenta de los lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica. Este acuerdo es un ejemplo de las posibilidades de trabajo conjunto entre las Secretarías de Educación y de Salud. Los lineamientos fueron elaborados intersectorialmente y el programa contiene disposiciones sobre los alimentos y también una estrategia educativa dirigida a promover la salud que incluye el ejercicio físico dentro y fuera de las escuelas. También involucra la educación de familias y comunidades así como el fomento de la participación social. Este constituye un ejemplo de cómo lograr políticas sinérgicas más completas.

Entre los programas que ofrecen alimentos desde el sector educativo destacan el Programa de Desayunos Escolares del DIF³¹ o Desayunos Calientes (Puebla)³², Tlaxcala³³ y Coahuila³⁴. Todos ellos proporcionan alimentos pero funcionan como complementarios a las actividades escolares en la educación básica. No se encontró evidencia de trabajo interinstitucional o que produjera algún efecto sinérgico.

El Programa *Escuelas de tiempo completo*, que opera en escuelas de educación básica voluntarias, reportaba para

enero de 2011, 595 establecimientos preescolares en el programa (0,65% del total). Solo en 2014 se tendrá la primera evaluación de impacto. Este programa, además de proponerse elevar la calidad de la educación, tiene un componente que proporciona alimentos a los niños. Sin embargo, según reporta el CONEVAL en algunos estudios realizados hasta el momento:

“los maestros se quejan de falta de incentivos para ellos, y de falta de apoyos para la comida de los estudiantes. Esto es significativo, porque si dependen de financiamiento de las familias de los alumnos, estas escuelas no llegarán a los pobres, que potencialmente se verían muy beneficiados por el programa”³⁵.

En general, podría decirse que si bien se observa una tendencia hacia el trabajo interinstitucional, aún no se ha considerado al DIT como uno de los objetivos de las estrategias.

4.3.1 Educación Preescolar Indígena

En general, se sabe que la educación indígena es el servicio que posee la peor infraestructura y tiene los resultados más bajos del sistema educativo en las evaluaciones nacionales (véase, por ejemplo, el informe del INEE: Backhoff et al. 2007). No es extraño entonces que el

³⁰ http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/635/1/images/acuerdo_lin.pdf

³¹ http://dif.sip.gob.mx/?page_id=7870

³² http://www.pueblacapital.gob.mx/wb/pue/desayunos_calientes

³³ http://transparencia.tlaxcala.gob.mx/transparencia/view_docs.php?recno=2232

³⁴ http://www.nl.gob.mx/?P=aa_praque

³⁵ http://basica.sep.gob.mx/tiempocompleto/pdf/evaluaciones/Informe_ejecutivo.pdf

Educación Preescolar Indígena

Ficha básica

Institución responsable: Dirección General de Educación Indígena.

A quién se ofrece: a niños y niñas de 3, 4 y 5 años.

Cobertura: 389.137 niños en el ciclo 2010-11.

Qué se ofrece: Educación escolarizada y presencial de lunes a viernes durante el año escolar. Los niños reciben libros de texto gratuitos. Buena parte de los preescolares urbanos tienen docentes complementarios en educación física y en educación artística.

Estrategias: El servicio utiliza el PEP 2004. El objetivo principal de este subsistema es ofrecer un servicio lingüística y culturalmente pertinente con docentes que hablen la lengua materna de los niños e integren el contexto cultural a los contenidos.

Relación con otros programas: El programa De la Gestión al Tequio Educativo - Estrategia de Fortalecimiento de Gestión para la Calidad de la Educación Indígena es un programa importante que le otorga a la educación indígena el papel de convocante de otros programas y servicios en las comunidades para lograr una sinergia entre sus actividades y el uso de recursos en forma coordinada. Involucra programas de SEDESOL, Oportunidades, CONAFE y otras instancias en los niveles municipal y estatal.

Financiamiento: Proviene de la SEP.

subsistema haya experimentado varias innovaciones durante los años recientes en un intento por subsanar algunas de estas deficiencias.

Entre estas iniciativas, se encuentra el programa De la Gestión al Tequio Educativo - Estrategia de Fortalecimiento de Gestión para la Calidad de la Educación Indígena³⁶.

Este programa se propone:

- “Generar en cada estado mesas interinstitucionales que permitan operar acuerdos, nacionales y estatales, en corresponsabilidad con las autoridades de los estados y municipios, a través de planes

de acción y programas operativos compartidos.

- Apoyar en el diseño de procesos de coordinación y operación de estrategias locales para la detección y solución de necesidades y problemáticas en los servicios de educación indígena, mediante la integración de equipos y recursos interinstitucionales”.

De esto se deduce que la estrategia busca decididamente promover el trabajo interinstitucional en los niveles estatal y municipal.

Si bien el programa ha centrado su esfuerzo en el mejoramiento de la

³⁶ <http://basica.sep.gob.mx/dgei/pdf/inicio/coordinacion/Presentacion.pdf>

infraestructura y la medición de resultados a través de la prueba estandarizada Evaluación Nacional del Logro Académico en Centros Escolares ENLACE, cabe señalar que la medición del aprendizaje pues el desarrollo es un proceso complejo e integral que abarca varias dimensiones. Además, la prueba ENLACE se aplica solamente en los niveles de primaria y secundaria, por lo que su consideración para estimar lo que sucede en el preescolar daría una visión bastante indirecta. En todo caso, este trabajo interinstitucional, al proponerse lograr sinergias en el nivel municipal y estatal, es un ejemplo del tipo de estrategias que podrían utilizarse desarrollar acciones que podrían, en efecto, promover el DIT. Sus objetivos hacen referencia al abatimiento del rezago en la cobertura, a la infraestructura, provisión de computadoras, capacitación de maestros bilingües y transparencia en la asignación de plazas. En algunos estados, como Quintana Roo, se incluye a la educación inicial entre los niveles considerados.

Por otro lado, reforzando esta idea, el Programa de Educación Básica para Niños y Niñas de Familias Jornaleras Agrícolas Migrantes (PRONIM)³⁷ trabaja en condiciones extremas, que hacen imprescindible e trabajo interinstitucional e integral para poder obtener resultados:

“Para resolver la brecha de desigualdad educativa de los niños y niñas de familias jornaleras, es necesario que el programa se articule con otras dimensiones de la exclusión (salud, acceso a vivienda, nutrición, ingresos, entre los más importantes) para revertir las con-

diciones de desventaja de este sector de la población”.

Este programa está a cargo de la Dirección General de Desarrollo de la Gestión e Innovación Educativa y ha logrado el trabajo interinstitucional entre la SEP y el CONAFE.

Está en marcha un proyecto con las Direcciones de Educación Indígena en los estados de Michoacán y Yucatán que busca mejorar la calidad de la educación preescolar por medio de la capacitación y participación de supervisores y Asistentes Técnico-Pedagógicos (ATP) en un proceso acordado de evaluación de centros, retroalimentación de los resultados y acompañamiento de acciones (Banco Interamericano de Desarrollo y Hacia una Cultura Democrática 2012).

4.3.2 Educación Preescolar Comunitaria – CONAFE

Este programa interviene principalmente en comunidades rurales e indígenas con menos de 500 habitantes. La educación comunitaria opera a través de jóvenes instructores comunitarios que fungen como docentes. Estos jóvenes, en su mayoría de entre 15 y 29 años, han terminado recientemente un ciclo educativo y dedican un año (o hasta dos) a servicios en una comunidad a cambio de una beca durante ese año y que se prolonga durante el siguiente ciclo educativo que cursen. El programa ha sido criticado por el uso de personas no profesionales y con alta rotación (durante un solo ciclo educativo). Por otro lado, el CONAFE, reconociendo

³⁷ <http://basica.sep.gob.mx/dgei/pdf/inicio/pronim/evalext/EvaluacionExterna2010.pdf>

Educación Preescolar Comunitaria –CONAFE

Ficha básica

Institución responsable: CONAFE.

A quién se ofrece: A niños y niñas de 3, 4 y 5 años que viven en comunidades rurales que tienen un número pequeño de niños, por lo que no se justifica la construcción de una escuela y el mantenimiento de una planta docente, según la norma de la SEP (comunidades de menos de 500 habitantes).

Cobertura: 158.120 niños en el ciclo 2010-11

Qué se ofrece: Educación escolarizada y presencial de lunes a viernes durante el año escolar. Los niños reciben libros de texto gratuitos. Se ofrecen tres modalidades de atención: preescolar comunitario rural, preescolar comunitario indígena y preescolar comunitario migrante. Tienen materiales específicos para el servicio así como algunos lineamientos generales que ayudan a la inclusión de niños con discapacidades. Durante muchos años, el CONAFE tenía su propio currículo, que se desarrolló pensando en las necesidades de modalidades multigrado o bilingües de su población objetivo. Desde 2007, sin embargo, CONAFE asumió el PEP 2004 con una pequeña adaptación que consiste en sugerencias más específicas acerca de cómo estructurar las clases y algunas secuencias didácticas armadas como demostraciones y apoyo, particularmente en los servicios de preescolar indígena y migrante. También desarrolla instrumentos de seguimiento y evaluación que, nuevamente en el PEP 2004, aparecen abiertos. No pudieron encontrarse datos precisos de en qué lenguas y variantes se ha aplicado el programa.

Estrategias: Se ofrece enseñanza preescolar, a veces acompañada de apoyo nutricional.

Relación con otros programas: Aunque se reportan innumerables formas de relación en el campo, al parecer la mayoría de ellas han sido promovidas por los participantes y no de manera institucional formal. Una excepción es la colaboración con programas de alimentación.

Financiamiento: Proviene de la SEP pero se espera que la comunidad absorba el costo del alojamiento y alimentación de los instructores.

que a sus instructores les falta formación, les ofrece una capacitación durante seis semanas antes de empezar el año escolar, capacitaciones mensuales a lo largo del año, y el acompañamiento de un tutor-capacitador (cada uno encargado de dar seguimiento a 10 instructores) para ayudarles a resolver problemas sobre la marcha.

Existe relativamente poca información acerca de los resultados del programa. En un informe del Centro de Investigación y Docencia Económicas (Bracho *et al.* 2008)

se afirma que los programas comunitarios del CONAFE –incluido el preescolar– carecen de indicadores acerca del efecto del programa y que dos años antes de esa fecha no se habían realizado estudios de impacto. CONEVAL (2011) reporta que se tiene planeada una evaluación de impacto en 2013. Además, Bracho *et al.* afirman que no se había tenido en cuenta las recomendaciones de otras evaluaciones externas anteriores a esta. Se dispone, por supuesto, de indicadores de matrícula, de aprobación y reprobación. Este informe deja en claro que el programa está bien

focalizado, que llega a los lugares donde se requiere y que es capaz de demostrar que lo hace adecuadamente.

El Instituto Nacional para la Evaluación Educativa realizó un estudio sobre el rendimiento escolar comparando varias modalidades (INEE 2007). El informe se situó en el tercer año del nivel de preescolar y presenta algunos resultados difíciles de interpretar pues los alumnos del CONAFE sobresalen frente a todos los demás de otras modalidades. Sin embargo, los alumnos de todos los demás años se desempeñan por debajo de todos los otros alumnos de otros tipos de atención. En otro informe sobre los resultados de estos programas, el CONEVAL (2010) utiliza como índice de desempeño escolar el promedio de calificaciones obtenidas en las materias de primaria y secundaria. Nuevamente, además de las limitaciones de estos indicadores, ninguno de ellos permite formarse una idea sobre los resultados del programa en los niños. Bracho *et al.* (ob. cit.) remiten a una serie de estudios sobre la opinión de los padres acerca de los efectos en los niños. En general, los padres tienen una actitud muy positiva hacia el programa, aunque los resultados parecen indicar que su opinión se refiere al acceso al servicio más que a su calidad. Parece necesario que los padres conozcan y entiendan los objetivos educativos para que puedan exigir mayor calidad.

4.4 En resumen

La educación inicial formal ofrecida en los CENDI requiere de más estudio para describir las variaciones entre los servicios a cargo de distintos proveedores, la administración por parte de las entidades

federativas, su calidad, su financiamiento y sus efectos sobre el desarrollo. El programa de Fortalecimiento de Educación Temprana y Desarrollo Integral ha logrado unir fuerzas para definir un nuevo modelo de atención en los CENDI, pero su falta de financiamiento ha hecho difícil su tarea de publicar y aplicar los resultados de su trabajo.

El Sistema de Educación Indígena ha logrado algunos avances en la oferta y contenido de la educación inicial.

El CONAFE, con el programa no escolarizado dirigido a madres y padres de familia, sigue siendo la entidad con la mayor cobertura en educación inicial. Tiene experiencia, un currículo probado, y cuenta con aceptación en la gran mayoría de las comunidades donde funciona. Sin embargo, requiere de ajustes en las áreas indígenas. Falta evidencia contundente sobre sus efectos en las prácticas de crianza y el desarrollo. Debe prestar atención a la remuneración y formación de las promotoras que sostienen el programa, así como a su permanencia en las comunidades.

La educación preescolar ha incrementado su cobertura para llegar a casi todos los niños y niñas de 4 y 5 años de edad, pero no logra incorporar a la mayoría de niños y niñas de 3 años, como resultado de una controvertida reforma que decreta su obligatoriedad para esa edad, sin contar con los suficientes recursos para hacerla posible. Falta atención a la calidad de la educación preescolar, especialmente en las áreas rurales e indígenas, pese a los esfuerzos que en esa dirección despliega el subsistema de educación indígena.





Capítulo 5

Cuidado infantil en centros de atención

5.1 Breve historia

Históricamente, el cuidado infantil en centros fue ofertado, casi exclusivamente, por guarderías privadas o jardines de niños cuyos servicios estaban dirigidos a familias procedentes de las clases media y alta. Debido a que las madres eran consideradas como las únicas responsables del cuidado infantil, este último no era concebido como un servicio en sí mismo. Esto fue el caso hasta la década de 1970, pese a que en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 se incluyó el derecho de las mujeres trabajadoras a tener acceso a “guarderías” para sus niños y niñas³⁸.

No sorprende entonces que los primeros esfuerzos institucionales para prestar este servicio se dirigieran a las madres trabajadoras urbanas que se integraban al mercado laboral, en buena medida como respuesta a las demandas de sectores urbanos articulados políticamente. Así se crearon el Programa de Guarderías del IMSS, en 1973, y las Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil del ISSSTE, en 1985. Posteriormente, ya en la década de los 90, comienza a configurarse una concepción más integral del cuidado infantil, ligada al desarrollo del menor en términos de construcción de capacidades y formación integral para la vida, y entendida como parte de los derechos sociales y de una política laboral de mayor alcance.

Si bien la creación de los Centros de Atención de Desarrollo Infantil (CADI)

y de los Centros de Atención Infantil Comunitarios (CAIC) del Sistema Nacional DIF, en la década de 1980, amplió la cobertura de atención al ofrecer este tipo de servicios a los hijos e hijas de la llamada población abierta o sin aseguramiento formal, la mayor expansión de este tipo de servicios empezó en el año 2007 con el arranque del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras y Padres Solos (PEI) operado por SEDESOL y DIF. La oferta de guarderías del IMSS y del ISSSTE también ha aumentado desde 1995, a partir de un esquema de subrogación en el que centros privados, regulados por ambas instituciones, proveen el servicio.

La tragedia ocurrida en 2009 en la Guardería ABC en Hermosillo, Sonora, justamente una guardería subrogada del IMSS, ha puesto la mira en la calidad de los servicios que se ofrecen en todos los centros de atención y cuidado infantil. En este capítulo se revisan los principales programas que ofrecen este servicio: cuándo surgen, cómo funcionan, cuál es su población objetivo, qué cuotas cobran y cuál es su fuente de financiamiento, y también qué dicen las evaluaciones sobre sus principales alcances y retos.

El capítulo concentra información sobre la estrategia de desarrollo infantil temprano realizada por medio de atención directa, formal y, en algunos casos, integral, a niños y niñas en centros de cuidado infantil. En la segunda y tercera secciones

³⁸ “Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximadamente para el parto y de otros dos después del mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el período de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos. Además, disfrutarán de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayudas para la lactancia y del servicio de guarderías infantiles” (Artículo 123, sección X, inciso c).

se revisan, respectivamente, el Programa de Guarderías del IMSS y el de Estancias de Bienestar para el Desarrollo Infantil del ISSSTE, que brindan atención a los hijos e hijas de derechohabientes o población asegurada. La cuarta y quinta secciones, por su parte, presentan información sobre los centros de cuidado operados por el DIF nacional y por los estatales y por el Programa de Estancias Infantiles de la SEDESOL, respectivamente, que surgen como apoyos para la llamada población abierta. En la penúltima sección se reseña brevemente una experiencia exitosa de atención integral a menores: los Centros Municipales de Bienestar Infantil de Ciudad Juárez. En la última sección se presentan algunos comentarios finales.

5.2 Guarderías del IMSS

Descripción del programa

Las Guarderías del IMSS surgen en 1973, a partir de que se reconoce en la Ley del Seguro Social la obligación de ofrecer este servicio a todas las madres que trabajan. La inclusión del servicio para padres viudos o divorciados se adoptó en 1995. El principal objetivo de este programa es contribuir a que las madres trabajadoras aseguradas, los padres viudos y los padres divorciados con la custodia legal de sus hijos se integren al mercado laboral mediante el apoyo del servicio de guarderías para sus hijos. A la vez, el programa busca favorecer el desarrollo

Guarderías del IMSS

Ficha básica

Fecha de inicio: 1973

Institución responsable: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

A quién se ofrece: Los distintos esquemas de guarderías atienden a los niños y niñas desde los 43 días de nacidos hasta los 4 años de edad, hijos e hijas de trabajadores derechohabientes del IMSS. La única excepción es la del esquema “Madres IMSS”, exclusivo para las trabajadoras del propio Instituto y que brinda atención a niños de un rango de edad más amplio: de los 43 días a los 6 años.

Cobertura: Nacional (32 entidades federativas, 300 municipios). En 2011 la cobertura en 1.452 centros con una capacidad de atención a 234.815 niños, fue de 206.078.

Qué se ofrece: Servicios integrales de cuidado infantil, mediante acciones educativas, nutricionales, de preservación y fomento a la salud.

Quién presta el servicio: El IMSS es responsable directo de la operación de dos esquemas (“Madres IMSS” y “Ordinario”) y responsable indirecto de la atención en los demás establecimientos que son operados por organizaciones privadas que reciben subsidios de y son supervisados por el IMSS.

Financiamiento: Por medio de impuestos generales y un impuesto pagado por las empresas. En los centros “indirectos”, además del subsidio de 2.850 pesos por mes por niño, se pide una cuota (monto variable) a las familias.

Evaluaciones: CONEVAL (2010, 2011); Auditoría Superior de la Federación (2011); Transparencia Mexicana (2010).

integral de estos niños mediante acciones educativas, nutricionales, de preservación y fomento de la salud (CONEVAL 2011; IMSS 2008). La legislación del país deposita en el IMSS la obligación de prestar el servicio de guardería como lo establece el Artículo 171 de la Ley Federal del Trabajo.

El servicio de guarderías se proporciona bajo dos modalidades: 1) prestación directa, mediante los esquemas “Madres IMSS” y “Ordinario”; y, a partir de 1997, 2) prestación indirecta (o subrogada), a través de los esquemas “Vecinal Comunitario Único”, “Guardería Integradora” y “En el Campo”. La principal diferencia entre las dos modalidades es su dependencia administrativa y sus características operativas. La modalidad de prestación directa depende del IMSS, por lo que su personal es contratado, capacitado y supervisado por el propio Instituto (SEP 2003). En la modalidad de prestación indirecta, el IMSS suscribe contratos anuales o plurianuales con terceros para que presten el servicio de guardería y verifica que cumplan con la normatividad.

Desde 1997 el IMSS se encarga de administrar directamente los esquemas “Ordinario” y “Madres IMSS”, y de contratar, asesorar y supervisar las guarderías subrogadas en todo el país. El esquema subrogado respondió a la incapacidad del IMSS de incrementar la oferta del servicio por la vía de la provisión directa. Para 1995, veintidós años después de la creación del servicio, el IMSS apenas operaba 466 guarderías en todo el país. La crisis económica de

este entonces, combinada con el costo relativamente alto del modelo de atención vigente, hizo imposible responder a la creciente demanda por más espacios de cuidado. Esto resultó en un cambio de la política organizacional hacia la expansión por medio de guarderías subrogadas, en las que un particular ofrece el servicio de cuidado infantil en un espacio construido o alquilado por él y que, en principio, cumple con todas las normas que exige el IMSS. A cambio, el proveedor recibe una cuota determinada y pagada por el Instituto por cada niño o niña³⁹. Este tipo de modelo es común en la región y se usa en varios países para la provisión de servicios de cuidado subsidiados con fondos públicos. Tiene la ventaja de facilitar la expansión de cobertura pero, a menos que se cuente con un proceso de supervisión y control estricto, tiene la desventaja de que es difícil asegurar que los proveedores cumplan con los estándares de calidad requeridos por el programa.

También existen las llamadas “Guarderías con Convenio”, que funcionan mediante convenios con distintas empresas públicas o privadas, entre ellas la Comisión Federal de Electricidad, Ferrocarriles Nacionales de México, Nacional Financiera y Teléfonos de México, que adecuan los servicios a sus horarios y necesidades. En 1999 el IMSS hizo un convenio con la Comunidad Down A.C. para que en sus instalaciones los niños derechohabientes con Síndrome de Down recibieran atención (SEP 2003). Con base en esta experiencia, desde el año 2006 el IMSS implementa el modelo de “Guardería Integradora”, que consiste en asignar un porcentaje de los lugares

³⁹ Una de las mayores críticas a este esquema es que si bien permitió expandir los servicios de guarderías, lo hizo en detrimento de su calidad.

disponibles en la guardería a niños con alguna discapacidad moderada (Síndrome de Down, problemas de lenguaje, parálisis cerebral o discapacidad física, entre otras). En estas guarderías los niños reciben atención individualizada que se complementa con asesoría y orientación a sus padres. A finales de 2011, el IMSS contaba con 34 de estas guarderías en diversas entidades del país (IMSS 2011c)⁴⁰.

En la Tabla 5.1 se presenta información detallada sobre el tipo de beneficiarios, horarios, cobertura y número de centros de los distintos modelos dentro del sistema de IMSS.

En todos estos esquemas se brinda una atención integral que incluye servicios de salud, vacunación, higiene, nutrición y seguimiento del peso y talla, psicología, odontología, trabajo social y educación bajo una modalidad escolarizada. Los programas pedagógicos de las guarderías subrogadas son aprobados y supervisados por el IMSS, mientras que las guarderías administradas por el Instituto se guían por un programa interno enfocado en la estimulación temprana, con base en el Programa de Educación Inicial de la SEP. Es importante señalar que únicamente en las Guarderías “Madres IMSS” se tiene un componente de educación preescolar (IMSS 2008). Las guarderías ofrecen el servicio regularmente de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.

Población objetivo y cobertura

Respecto de su población objetivo, todos los esquemas atienden a los niños desde los 43 días hasta los 4 años, hijos e hijas de trabajadores derechohabientes del IMSS. El esquema “Madres IMSS” es exclusivo para las trabajadoras del propio Instituto y el rango de edad para atender a los niños es más amplio, ya que va hasta los 6 años. Las guarderías del IMSS operan en las 32 entidades federativas y en 300 municipios (CONEVAL 2011). Sin embargo, los esquemas “Ordinario”, “Participativo”, “Guarderías por Convenio” y “Vecinal-Comunitario” son de alcance nacional, mientras que los esquemas “Madres IMSS” y “En el Campo” operan solamente en el Distrito Federal y su Área Metropolitana y en ciertas áreas rurales, respectivamente. De hecho, las guarderías en el campo solo funcionan en las regiones que concentran mayor población agrícola migrante y el periodo de atención es temporal, conforme al ciclo agrícola de la región donde se ubiquen (IMSS 2005).

La Tabla 5.1 muestra inequidades dentro del sistema IMSS, entre el esquema “Madres IMSS” y los demás, y entre los centros administrados por el IMSS y los subrogados. Por ejemplo, se puede observar que “Madres IMSS” es el único esquema donde hay un médico de planta. En general, el personal de los centros administrados por el IMSS está mejor capacitado que el de los demás esquemas. Es decir, no existen los mismos estándares entre los centros subrogados y los administrados por el IMSS. Estas diferencias y el hecho de que

⁴⁰ En las “Guarderías Integradoras” se brinda atención especializada a los menores con discapacidad moderada, mediante servicios de medicina física, rehabilitación y terapias (IMSS 2007).

Tabla 5.1. Estadísticas para Modelos de Guarderías IMSS

Modelo	Inicio	Beneficiarios	Horarios	Cobertura		No. centros		Personal de cada centro
				2006	2010*	2006	2011	
Centros de administración y operación directa por el IMSS								
Madres IMSS	1973	Empleadas IMSS Niños de 43 días a 6 años. Solo en el DF	5 días de la semana. Mín. 9 horas Entre 7 y 7	1.623	1.353	8	8	Alrededor de 9 personas entre la Directora, el Administrador, el Auxiliar de servicios de intendencia, la Enfermera general, la Nutricionista dietista, el Manejador de alimentos, la Educadora y el Técnico en puericultura, más 11 personas especialistas en puericultura.
Ordinarios	1973	Derecho-habientes Niños 43 días a 4 años	nd	25.169	21.800	134	134	Similar a la anterior
Centros administrados por terceros (subrogados)								
Participativos	1997	Derecho-habientes Niños 43 días a 4 años	nd	110	0	1	0	Alrededor de 9 personas entre la Directora, la Coordinadora del área educativa, una Educadora, la Coordinadora del área de promoción y fomento a la salud, el o la Asesora de nutrición, el jefe de cocina, el Auxiliar de cocina, el Auxiliar de limpieza y el Conserje o Vigilante, más 8 asistentes educativas.
Vecinales comunitarios	1997	Derecho-habientes Niños 43 días a 4 años	nd	177.238	168.137	nd	nd	nd
En campo	nd	Jornaleros agrícolas Temporal según ciclo agropecuario	nd	525	941	nd	nd	nd
Integratoras	2006		nd	1.901	6.790	nd	nd	nd

nd: No se dispone de información
*No pudimos conseguir los datos para 2011.

“Madres IMSS” incluye un componente de preescolar seguramente hace más caro este modelo⁴¹.

Como se puede observar en la Tabla 5.2, entre 2000 y 2006 el número de guarderías aumentó en 73% (de 899 a 1.554) y el número de niños beneficiados se incrementó en casi 100% (de 103.707 a 206.566). Posteriormente a este año, el crecimiento en la cobertura se detuvo.

Durante el sexenio actual, de 2006 a 2011, se cerraron 102 centros luego de los cambios ocurridos en 2010 después de la tragedia en Hermosillo. Sin embargo, la población atendida se mantuvo constante (206.078 niños y niñas en el año 2011). En todo el periodo, el número de guarderías

en el modelo de prestación directa no se incrementó (se mantuvo en 142); todos los aumentos y bajas se dieron en centros subrogados o de prestación indirecta.

Financiamiento y cuotas

De acuerdo con la Evaluación de Desempeño del Programa de Guarderías del IMSS (CONEVAL 2011), el presupuesto original para la operación de las guarderías se redujo de 2008 a 2009 pero se recuperó ligeramente en 2010 sin alcanzar el presupuesto original de 2008. En los tres años señalados el presupuesto modificado estuvo por debajo del presupuesto original y el presupuesto ejercido fue aún menor. La evaluación citada señala que para 2010

Tabla 5.2. Número de Guarderías Instaladas por Modalidad y Niños Atendidos, 2000-2011, IMSS

Año	Total de guarderías	Prestación directa	Prestación indirecta	Niños atendidos
2000	899	142	757	103.707
2001	1.175	142	1.033	125.296
2002	1.163	142	1.021	142.136
2003	1.320	142	1.178	155.314
2004	1.359	142	1.217	173.900
2005	1.516	142	1.374	190.057
2006	1.554	142	1.412	206.566
2007	1.565	142	1.423	214.894
2008	1.554	142	1.412	214.034
2009	1.568	142	1.426	204.169
2010	1.459	142	1.317	199.232
2011	1.452	142	1.310	206.078

Nota: Las cifras de 2000 a 2010 son al mes de diciembre. Para 2011 son cifras al mes de julio.
Fuente: Informe Anual del Presidente 2011, anexos.

⁴¹ Durante el desarrollo de este trabajo de investigación se solicitó información relativa al costo unitario para este modelo pero se nos dijo que las autoridades no pueden suministrarla.

el presupuesto se redujo debido al cierre de unidades: se registraron 113 cierres⁴² y 30 unidades redujeron su capacidad principalmente por no cumplir con los estándares de seguridad y protección civil, originando una reducción de 12.895 espacios disponibles o cupos.

Es importante señalar que en la Ley de 1997 el servicio de guardería se eleva a rango de Seguro y adquiere una fuente propia de financiamiento con las cuotas del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, equivalente al 1% del Salario Base de Cotización, que pagan exclusivamente los patrones por cada uno de sus trabajadores.

Respecto de las cuotas, hay que señalar que las guarderías de prestación directa del IMSS (esquemas “Madres IMSS” y “Ordinario”) no cobran cuotas a las familias por el servicio, a diferencia de las guarderías subrogadas. El costo del servicio en estas últimas se determina conforme a las zonas geoeconómicas definidas por la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos. Los centros subrogados reciben un subsidio de 2.850 pesos por mes por niño atendido y las familias pagan una cuota que varía de centro en centro (en promedio, 350 pesos por mes). En el capítulo 7 se hablará más sobre el financiamiento como parte de una

discusión de las estrategias variadas para apoyar el DIT.

Qué dicen las evaluaciones

Si bien el programa no cuenta con evaluaciones de impacto, el IMSS ha realizado evaluaciones de satisfacción de los usuarios de sus servicios⁴³. Las evaluaciones muestran un nivel muy alto de satisfacción general con el servicio (98%). Respecto de las características específicas de los servicios, los resultados reflejaron los siguientes niveles de satisfacción: Capacitación del personal, 94%; Alimentación, 97%; Saturación (número de niños atendidos), 80%; Número suficiente de personal, 79%; Mantenimiento de instalaciones, 94%. No se muestra en la página web⁴⁴ si existe una diferencia entre los centros con administración directa e indirecta.

El CONEVAL ha llevado a cabo evaluaciones de desempeño (en 2010 y 2011). En ambas se señala que el número de guarderías todavía no supe la demanda por el servicio⁴⁵.

En la Evaluación de Desempeño del CONEVAL de 2011 también se indica que la reducción en la población atendida entre 2009 y 2010 obedece, en parte, a que *“el número de beneficiarios nuevos fue*

⁴² Las cifras citadas del reporte de CONEVAL no corresponden exactamente a las estadísticas de la Tabla 5.2, que muestran una reducción de 102 centros. Se supone que algunos de los centros cerrados volvieron a abrir o que se añadieron nuevos centros durante el periodo.

⁴³ Las evaluaciones fueron realizadas por Transparencia Mexicana en junio de 2009 y mayo de 2010.

⁴⁴ www.imss.gob.mx

⁴⁵ La evaluación indica, sin embargo, que “es importante considerar que por motivos de seguridad, se modificó el contrato de prestación del servicio por medio del cual ya no se permite tener la sobreinscripción del 15 % que se tenía hasta 2009” y que posiblemente “también contribuyó (en este decremento), el cierre de guarderías que tuvieron que adecuarse a los nuevos requisitos establecidos por el Instituto” (CONEVAL 2011).

menor al esperado puesto que las solicitudes pendientes de inscripción disminuyeron en comparación con años anteriores en donde no existieron procesos de expansión, es decir, existieron menos asegurados con derecho al servicio que manifestaron interés por él”⁴⁶.

Cambios recientes

Como ya se señaló, después de 2009 se produjo el cierre de guarderías y las que siguieron operando debieron adecuarse a nuevos requisitos establecidos por el Instituto. A partir de entonces, el IMSS realiza supervisiones más rigurosas en las guarderías subrogadas, las cuales pueden ser suspendidas si no cumplen con los estándares de seguridad y protección civil, entre los que se encuentran las características del inmueble, contar con salidas de emergencia, rutas de evacuación, equipo contra incendios y botiquín médico. De acuerdo con la Evaluación de Desempeño de 2011 (CONEVAL 2011), “se modificó el contrato de prestación del servicio por medio del cual se establece la necesidad de cumplir con estándares de calidad”. Además de que “no fue posible llevar a cabo ningún proceso de licitación para 2010, debido a que se esperaba el fallo de la Suprema Corte de Justicia con relación a las facultades del Instituto para contratar

el servicio de guarderías con terceros” (CONEVAL 2011)⁴⁷. De hecho, esta decisión ya se tomó y fue a favor de contratar con terceros.

Como parte de los cambios ocurridos, a finales de 2010 la Coordinación de Guarderías del IMSS puso en marcha el proyecto *Desarrollo Armónico, Nuestra Responsabilidad* (DAR), cuyo propósito es elevar la calidad del servicio de guarderías mediante la mejora de los procesos de operación y supervisión de las mismas. La primera fase de este proyecto incluyó la revisión de dichos procesos y la detección de áreas de mejora. A partir de ello se elaboraron propuestas de rediseño para los rubros de administración, salud, alimentación, educación, planeación y supervisión. Así pues, en 2011 se inició la capacitación del personal de las guarderías para actualizarlo respecto de los cambios en el servicio.

Otra reforma importante fue la promoción de la participación de los padres de familia para vigilar las guarderías, a través de una metodología desarrollada por la asociación civil Transparencia Mexicana (TM). Cada mes se selecciona al 10 % del total de guarderías que operan en cada una de las Delegaciones del IMSS en los estados, y de cada guardería se eligen 20 padres de familia para ser invitados a

⁴⁶ En esta evaluación se indica que “El Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales no es un programa, sino un seguro establecido en la Ley del Seguro Social y cuya recaudación está directamente relacionada al crecimiento y oportunidades del mercado laboral” (CONEVAL 2011).

⁴⁷ La Evaluación indicaba que para 2011 no se tenía presupuestada la expansión del servicio por lo que no sería posible incrementar el número de guarderías.

⁴⁸ Dentro del material que se les proporciona a los padres se incluye la Guía “Pasos a seguir durante la visita”, que es la herramienta donde anotan las respuestas de lo que observan durante su recorrido por las instalaciones, que luego se capturan y se imprime un reporte que se coloca en un lugar visible de la guardería y se integra al expediente electrónico como información que puede ser consultada en el Visor de Guarderías del Instituto. La Guía, firmada por todos los padres participantes, se hace llegar en sobre cerrado y sellado a Transparencia Mexicana y, con base en lo registrado y en los reportes que se publican, TM elabora informes trimestrales con recomendaciones para el IMSS. Véase <http://siag.imss.gob.mx/ParticipacionSocial/>

participar. De dicha selección se da aviso a las Delegaciones del IMSS a fin de que programen las visitas a realizarse por parte de los padres y preparen un paquete con el material requerido para cada guardería⁴⁸.

Los cambios relativos al componente de alimentación consisten en la modificación de las dietas, la promoción de hábitos alimentarios saludables y de la lactancia materna, así como del retraso de la ablactación, todo ello con el fin de prevenir el sobrepeso y la obesidad infantil y reducir la incidencia de alergias en los menores. En cuanto al componente de salud, se modificaron los mecanismos para atender urgencias, detectar sobrepeso o bajo peso y promover el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica. Finalmente, respecto de la enseñanza en las guarderías, se estimula la formación de hábitos en los niños y su preparación para la educación preescolar. Además, este proyecto contempla la actualización de la normatividad y la utilización de tecnología avanzada para facilitar el cumplimiento de las responsabilidades operativas (IMSS 2011).

Pese a los cambios señalados, permanece no solo el reto de ofertar una cantidad mayor de espacios, que cubran la demanda por el servicio, sino de que estos espacios cumplan con los requisitos mínimos de seguridad y calidad. De otra forma, seguirán existiendo opciones de primera y de segunda, incluso para aquellas personas que cuentan con el privilegio de disponer de un esquema formal de aseguramiento.

5.3 Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil del ISSSTE

Antecedentes

Las Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil (EBDI) del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) se remontan a la década de 1940. En 1941 se inaugura en la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro, precursora del ISSSTE, la primera guardería para hijos de trabajadoras al servicio del Estado, en la que se atiende a 3 niños en las instalaciones de la propia Dirección General. En los 1970 se adopta el nombre de Estancias de Bienestar Infantil y se incorpora una perspectiva educativa a la atención brindada a los niños. Posteriormente, las distintas dependencias y entidades públicas del ámbito federal pusieron a disposición de las madres trabajadoras las Estancias de Bienestar Infantil, administradas por las propias dependencias.

A partir de 1983, fecha en que la Ley del ISSSTE recoge la obligación del Estado de brindar el servicio de estancias infantiles, se aseguran espacios para la protección y desarrollo de los hijos e hijas menores de seis años de las madres trabajadoras. Posteriormente, en 1984, el ISSSTE asume la rectoría del servicio de estancias que brindaban las Secretarías de Salud, Marina, Comunicaciones y Transportes, Comercio y Fomento Industrial, Programación y Presupuesto, Hacienda y Crédito Público, Energía, Minas e Industria Paraestatal y Turismo. En 1989 este conjunto de estancias adopta el nombre de Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil (EBDI).

Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil del ISSSTE

Ficha básica

Fecha de inicio: 1983 (con su nombre actual desde 1989).

Institución responsable: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

A quién se ofrece: La población objetivo de las estancias del ISSSTE son los niños de 60 días hasta 6 años de edad, hijos e hijas de madres o padres (viudos o divorciados con la custodia legal) que trabajen al servicio del Estado (gobierno federal).

Cobertura: Nacional. Estimada al mes de diciembre de 2011: 37.740 en 250 estancias.

Qué se ofrece: Atención integral en los rubros de trabajo social, nutrición, salud, educación, psicología y odontología.

Quién presta el servicio: De las 250 estancias, el ISSSTE administra directamente 127 y 123 se denominan de carácter participativo.

Evaluaciones: CONEVAL (2010-11); Auditoría Superior de la Federación (2011).

Descripción del programa

Las estancias del ISSSTE o EBDI tienen como objetivo proporcionar “atención para el Bienestar y Desarrollo Infantil, que asegure la integridad de los niños, garantice su seguridad, propicie su aprendizaje, su formación y esté en búsqueda permanente de la satisfacción de los derechohabientes” (ISSSTE s/f). Las estancias brindan atención integral en los rubros de trabajo social, nutrición, salud, educación, psicología y odontología. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 5:00 p.m. y su operación puede estar a cargo del ISSSTE o de personas físicas o morales, ya que desde el año 2001, al igual que en el IMSS, se permite la subrogación del servicio a terceros como parte del Proyecto de Participación Social, cuya regulación está a cargo del ISSSTE.

Para su atención, los niños son clasificados por grupos de edad: lactantes, maternas y preescolares. El servicio médico incluye vigilancia, cuidado y

control de la salud; filtros médicos a la entrada de los niños para evitar contagios al interior de las estancias; atención o canalización de los niños enfermos; elaboración y seguimiento de su historial clínico, de las vacunas aplicadas y los programas de nutrición seguidos; orientación y capacitación a los padres de familia sobre el cuidado de la salud infantil; promoción de la salud bucal y formación de hábitos de higiene bucal. En cuanto a los servicios psicológicos, se vigila la salud mental de los niños, se diagnostican y atienden problemas de desarrollo o de conducta, y se da orientación a los padres sobre las distintas etapas del desarrollo infantil. Respecto del componente de nutrición, se cuida que las dietas sean balanceadas y adecuadas a la edad de los niños, y se promueve una alimentación saludable e higiénica en el hogar mediante pláticas con los padres de familia (ISSSTE 2002).

El servicio de educación, por otro lado, comprende los niveles de inicial

y preescolar, ambos en modalidad escolarizada. El primero de ellos retoma los principios pedagógicos del *Programa Integral Educativo* (PIE) del ISSSTE, compuesto por tres subprogramas: 1) Pedagógico, 2) Capacitación y asesoría al personal, y 3) Orientación y apoyo a los padres de familia (SEP 2003). Cabe señalar que, como parte del *Programa de Fortalecimiento a la Educación Temprana y Desarrollo Infantil*, se contempla la actualización del modelo de educación inicial de las EBDI.

Las actividades en el nivel preescolar, por su parte, están sujetas al Programa de Educación Preescolar y a la normatividad de la Secretaría de Educación Pública (SEP). El ISSSTE reporta que tanto en el nivel inicial como en el preescolar, las actividades pedagógicas son planeadas y adecuadas según el desarrollo de los niños, y que reciben la aprobación del encargado del área pedagógica. En cuanto a la calificación del personal, las EBDI cuentan con un equipo de especialistas para las áreas de medicina general, pediatría, nutrición, odontología y psicología, así como personal técnico en enfermería y trabajo social. El componente educativo lo imparten educadoras calificadas con el apoyo de una o varias asistentes educativas, dependiendo del tamaño de los grupos. Las asistentes, a su vez, se encargan de ayudar a los niños en las actividades pedagógicas, de alimentación, estimulación, higiene y uso de los sanitarios, los momentos de recreo, y otras actividades lúdicas.

La supervisión de las estancias la realizan diferentes instancias internas (Dirección de Prestaciones Económicas del ISSSTE, Delegaciones Estatales y Regionales y la Comisión de Vigilancia) y externas

(dependencias locales de Protección Civil, Educación y Salud), las cuales vigilan el cumplimiento de la normatividad (ISSSTE 2011a). Las EBDI han implementado programas de capacitación para su personal en materia de primeros auxilios, manejo de equipo contra incendios y medidas de seguridad y evacuación ante contingencias. Aunque no existe mucha información que describa el proceso de monitoreo de la calidad del servicio ofrecido, el ISSSTE reporta que desde el año 2002 se implementa el Sistema de Gestión de la Calidad de las EBDI, que tiene como objetivo elevar la calidad del servicio. Para 2011 el servicio brindado en 18 de las 250 estancias se encontraba certificado bajo la norma ISO 9001:2000 (ISSSTE 2011a).

Población objetivo y cobertura

La población objetivo de las estancias del ISSSTE son los niños y niñas desde los 60 días de nacidos hasta los 6 años de edad, hijos e hijas de madres o padres (viudos o divorciados con la custodia legal) que trabajen al servicio del Estado. Las EBDI alcanzan una cobertura nacional, teniendo una alta concentración en el Distrito Federal. Para 2011 operaban en todo el país 250 estancias, entre las administradas por el propio Instituto (127) y las de carácter participativo o subrogadas (123) (ISSSTE 2011b). De acuerdo con una auditoría llevada a cabo en 2009, al 31 de diciembre de ese año la población beneficiaria del servicio de las EBDI fue de 33.102 niños y niñas, de los cuales 24.834 fueron atendidos en EBDI propias y representaron el 75% del total nacional, y 8.268 (25%) recibieron el servicio en EBDI de participación social (estancias subrogadas). La cobertura en 2011 fue de 37.740.

Financiamiento

El artículo 199 de la Ley del ISSSTE señala que para financiar el servicio de las EBDI, las dependencias y entidades cubrirán el 50% del costo unitario por cada uno de los hijos de los trabajadores que hagan uso del servicio. El acuerdo N° 31.1316.2008, adoptado por la Junta Directiva del ISSSTE el 11 de diciembre de 2008, determinó para el ejercicio fiscal de 2009 un costo unitario de atención por niño en el servicio de EBDI de 1.930 pesos quincenales, equivalentes a 3.900 pesos mensuales y a 46.300 pesos anuales. El ISSSTE aporta el 50% restante con cargo al Programa Presupuestario EO38 “Servicios de Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil”.

Qué dicen las evaluaciones

Durante el desarrollo del presente documento no se encontró información disponible sobre los alcances y retos del programa. Hasta donde se tiene conocimiento, y al igual que en el caso de las Guarderías del IMSS, aún no se han llevado a cabo evaluaciones externas que den cuenta del impacto de las EBDI en el desarrollo integral de los niños y niñas beneficiarios. La poca información sobre los alcances y retos del servicio se encuentra en el dictamen de la Auditoría de desempeño a la función de la Secretaría de Gobierno en Regulación y

Supervisión de Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil (ISSSTE) de la cuenta pública de 2009, cuyo objetivo fue fiscalizar el cumplimiento de los procesos de contratación, subrogación, regulación, supervisión y vigilancia de los servicios de las EBDI que se prestan a los derechohabientes⁴⁹. La auditoría citada determinó 22 observaciones que generaron 22 recomendaciones y 7 promociones de responsabilidad administrativa sancionatoria. El dictamen de la Auditoría Superior de la Federación señaló que, en términos generales y respecto de la muestra auditada, el ISSSTE no cumplió con las disposiciones normativas aplicables a los procesos de contratación, regulación, supervisión y vigilancia de los servicios de EBDI que presta a sus derechohabientes, lo cual puede tener efectos en la integridad física de los menores que acuden a las EBDI.

Retos y perspectivas

Las EBDI, al igual que el Programa de Guardería del IMSS, han evolucionado con el tiempo: no solo han expandido su cobertura (alcanzando una atención cercana al 89,3 % de su población potencial)⁵⁰, sino que han llevado a cabo cambios importantes en la concepción misma del servicio, integrando componentes que denotan la preocupación por brindar una atención más integral. Como ya mencionamos, las EBDI también

⁴⁹ La auditoría comprendió la revisión de la documentación relativa a las debilidades del control interno identificadas en la revisión N° 1115 correspondiente a la Cuenta Pública 2008 sobre la prestación del servicio de estancias de bienestar infantil; a la demanda y contratación del servicio; a los 13 procesos de licitación y 11 adjudicaciones directas realizadas por las delegaciones del ISSSTE en 2009; al cumplimiento de las obligaciones contractuales de 41 contratos de prestación de servicios de EBDI de participación social (estancias subrogadas) suscritos en 2009; y, a los programas e informes de supervisión.

⁵⁰ Esta cifra se puede encontrar en el dictamen de la Auditoría Superior de la Federación (www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2009i/Tomos/Tomo4/2009_0302_aa.pdf).

han entrado en un proceso de certificación ISO 9001:200, lo cual sin duda evidencia la búsqueda de calidad en el servicio ofrecido. Sin embargo, lo señalado en el dictamen de la Auditoría Superior de la Federación indica que aún hay serios retos en lo concerniente a la firma de contratos con privados para la operación de las llamadas guarderías subrogadas y la supervisión de su operación. Por ello, al igual que en el caso del IMSS, sugerimos que el ISSSTE esté abierto a la rendición de cuentas y se contraten evaluaciones externas que permitan no solo conocer sus alcances y retos, sino determinar el impacto en términos del desarrollo de los niños y niñas beneficiarios.

5.4 Centros operados por el DIF

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) se encarga de proporcionar asistencia social a la población. Atiende a menores que sufren alguna condición de desamparo o vulnerabilidad, brindándoles el servicio de guarderías infantiles y/o protección, alimentación y cuidados. El DIF tiene dos grandes modelos de atención en centros: los Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil (CADI) y los Centros de Atención Infantil Comunitarios (CAIC). A continuación presentamos una breve ficha y descripción de los CADI y los CAIC. Ambos otorgan servicios integrales de cuidado infantil a niños y niñas de la llamada población abierta, esto es a personas sin un esquema formal de aseguramiento.

5.4.1 Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil (CADI)

Antecedentes

En 1972 surgen los centros de desarrollo de la comunidad, que realizaban acciones de asistencia social, entre las que destacaba la atención a menores en centros de desarrollo infantil y en jardines de niños. En 1991 surge el modelo de Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil o CADI, con la idea de brindar un servicio integral a la población infantil más necesitada. Se reorienta el servicio asistencial y se unifican los criterios de operación bajo una misma línea normativa, enfocada en el establecimiento de mecanismos de control, supervisión, seguimiento y evaluación.

Descripción de los centros

Los CADI brindan atención integral que incluye servicios para los niños y la familia. Su objetivo es contribuir al desarrollo integral de los niños en condiciones de desventaja social mediante servicios de trabajo social, educación, alimentación, salud, servicios generales y asistenciales. El componente educativo es educación preescolar en modalidad escolarizada durante el ciclo escolar regular, con base en el programa oficial de la SEP. Esta institución además apoya a los Centros con orientación pedagógica, asesoría y supervisión. El componente asistencial, por su parte, se apoya en las acciones compensatorias del DIF para los menores en condiciones de vulnerabilidad (SEP 2003: 39).

Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil

Ficha básica

Fecha de inicio: 1991

Institución responsable: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

A quién se ofrece: Su población objetivo son las niñas y los niños de 45 días a 5 años 11 meses, hijos de madres o padres sujetos de asistencia social, de escasos recursos económicos y carentes de prestaciones sociales.

Cobertura: La cobertura de estos servicios es casi nacional y operan tanto en zonas rurales como urbano-marginadas donde no existe la oferta educativa oficial. Para 2009 funcionaban 559 centros en 174 municipios. En 2011, se atendió a 52.248 niños y niñas.

Qué se ofrece: Atención integral que incluye servicios para los niños y la familia. Su objetivo es contribuir al desarrollo integral de los niños que se encuentran en condiciones de desventaja social, mediante servicios de trabajo social, educación, alimentación, salud, servicios generales y asistenciales. El componente educativo es educación preescolar en modalidad escolarizada durante el ciclo escolar regular, con base en el programa oficial de la SEP.

Financiamiento: Los fondos para la operación de los CADI provienen del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) a través de los sistemas estatales y municipales DIF.

Quién presta el servicio: Los CADI son administrados por el DIF estatal.

Evaluaciones: No se encontró información al respecto.

Población objetivo y cobertura

Su población objetivo son las niñas y niños desde los 45 días de nacidos hasta los 5 años 11 meses de edad, hijos de madres o padres sujetos de asistencia social, de escasos recursos económicos y carentes de prestaciones sociales. La cobertura de estos servicios es casi nacional y operan tanto en zonas urbanas como rurales. La selección de las familias beneficiarias se hace sobre la base de los resultados de estudios socioeconómicos (Secretaría de Salud y Sistema Nacional DIF 2008). Para 2009 funcionaban 559 centros en 174 municipios (UNICEF 2011i). La cobertura en 2011 fue de 52.248 niños y niñas.

Fuentes de financiamiento

Los fondos para la operación de los CADI provienen del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) a través de los sistemas estatales y municipales DIF. Sin embargo, no existe mucha información disponible respecto de los montos específicos que se destinan a cada centro y de los criterios para determinar su apertura o clausura. Esta información debe buscarse directamente en los estados y municipios.

5.4.2 Centros de Asistencia Infantil Comunitarios (CAIC)

Antecedentes

De manera simultánea al desarrollo de la Educación Inicial y Preescolar así como a la consolidación de su instancia normativa en la SEP, surgen diversos programas de participación comunitaria dirigidos a la atención de la población infantil vulnerable. En este ámbito, el Instituto Mexicano de Protección de la Infancia (IMPI) crea en el año 1974 el programa de Centros de Atención Preescolar al Aire Libre. Posteriormente, en 1978, poco después de la fusión del Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN) y el IMPI, de la que surge el Sistema Nacional DIF, se redimensiona este programa con un nuevo

enfoque hacia la salud como resultado de la vinculación del DIF al Sector Salud. Dicho programa se difunde y opera a nivel nacional con el nombre de Centros de Atención Preescolar Comunitarios (CAPC). En 1987 el DIF asume la cobertura del programa únicamente en el Distrito Federal y la zona metropolitana. A partir de entonces, cada entidad federativa se hizo cargo de la operación y seguimiento del programa de manera independiente.

En 1995 el programa se reconceptualiza y redimensiona de acuerdo a las nuevas políticas de la asistencia social, para darle un enfoque más integral, con énfasis en la acción preventiva y en la participación social, razón por la cual se coordinan y articulan esfuerzos con la Dirección de Educación Inicial de la SEP. Esto último

Centros de Asistencia Infantil Comunitarios

Ficha básica

Fecha de inicio: 1995

Institución responsable: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

A quién se ofrece: A niños y niñas de entre 2 años y 5 años 11 meses de edad, hijos de madres trabajadoras sin prestaciones sociales y con un ingreso no mayor a dos salarios mínimos. En algunos casos los CAIC ofrecen educación preescolar a niños y niñas de entre 4 y 6 años de edad.

Cobertura: Estos servicios alcanzan una cobertura nacional, principalmente en zonas rurales y urbano-marginadas donde no existe la oferta educativa oficial. Para 2008 había 2.195 centros en 473 municipios.

Qué se ofrece: Los CAIC brindan servicios de cuidado, asistenciales y educativos en una modalidad semiescolarizada (y escolarizada) a un promedio de 20 niños y niñas por centro.

Quién presta el servicio: Gente de la comunidad: se llaman “orientadoras” y son capacitadas por el DIF.

Financiamiento: Una combinación de subsidio del DIF estatal o municipal y padres de familia que pagan una cuota que depende (en algunos estados) de un estudio de las condiciones socioeconómicas de la familia.

Evaluaciones: No se encontró información al respecto.

con la finalidad de actualizar y enriquecer la orientación y los contenidos del modelo al que se denomina Centros de Asistencia Infantil Comunitarios (CAIC).

Descripción de los centros

Los centros funcionan como espacios de protección temporal y atención integral y dependen del Sistema Nacional DIF (Secretaría de Salud y Sistema Nacional DIF 2008). Brindan servicios de cuidado, asistenciales y educativos en una modalidad semiescolarizada. Su propósito es contribuir al desarrollo integral infantil con la participación de los padres de familia y la comunidad, por medio de pláticas y orientaciones sobre diversos temas (UNICEF 2011j). Los centros conjugan acciones asistenciales dirigidas por el DIF con el modelo de educación inicial de la SEP. Esta última avala la capacitación del personal encargado de impartirla, mientras que el DIF “asesora, capacita, asiste, supervisa y coordina toda la operación del servicio” (SEP 2003: 39).

Población objetivo y cobertura

La población objetivo de los CAIC son los niños y niñas de entre 2 años y 5 años 11 meses de edad, hijos e hijas de madres trabajadoras sin prestaciones sociales y con un ingreso no mayor a dos salarios mínimos. Los centros tienen una cobertura nacional, principalmente en zonas rurales y urbano-marginadas donde no existe la

oferta educativa oficial. Los CAIC brindan servicios a un promedio de 20 niños y niñas por centro, en horarios variables que generalmente cubren toda la mañana, a manera de una escuela que ofrece educación preescolar, con un margen un poco mayor de dos a tres horas para darle tiempo a los padres de familia de recoger a sus pequeños (a las 3 de la tarde). Algunos CAIC también atienden a niños de mujeres jóvenes que estudian, previa la aplicación de estudios socioeconómicos. Para 2008 había 2.195 centros en 473 municipios (Secretaría de Salud y Sistema Nacional DIF 2008).

Financiamiento y cuotas

Al igual que los CADI, los fondos para la operación de los CAIC provienen del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) a través de los sistemas estatales y municipales DIF. Los montos de los subsidios a dichos centros varían o no son fijos y no existe información que nos permita determinar cuál es el criterio para determinarlos. En una entrevista que realizamos en Colima tuvimos la impresión de que la asignación presupuestal es discrecional. En otras palabras, que depende de la agenda y prioridades que determine cada municipio.

Es importante señalar también que para su incorporación a los CADI y CAIC se aplican estudios socioeconómicos a las familias de los menores, que ayudan a determinar el costo de la inscripción y las cuotas de

⁵¹ Al preguntarle a la Directora del Preescolar visitado cuánto le costaba al DIF municipal la operación de la escuela, nos comentó que no tenía a la mano esa información pero estimó, con una hoja de cálculo de Excel, una recuperación de cuotas mensual de 27.357 pesos (correspondiente a las cuotas de 88 niños). Nos comentó que esa recuperación solo alcanzaba para pagar los sueldos mensuales de 2 maestras y que en la escuela trabajaban un total de 14 personas pagadas por el DIF (más una psicóloga y una doctora remuneradas por el DIF estatal).

recuperación. En Colima, por ejemplo, encontramos que la cuota de recuperación mensual promedio de un preescolar del DIF (antes CADI) era de 310 pesos (aproximadamente 25 dólares)⁵¹.

Retos y perspectivas de los CADI y CAIC

Como ya se mencionó, los centros del DIF atienden a un sector vulnerable de la población, es decir a aquellos niños y niñas cuyos padres no cuentan con un esquema de aseguramiento formal. Sin embargo, su cobertura es aún incipiente (menos de 3 mil centros en todo el país).

Para conocer más detalladamente la operación, alcances y retos de los centros será necesario llevar a cabo una investigación más profunda y realizar visitas a los diferentes estados de la república mexicana pues son los DIF estatales y municipales quienes se encargan de los CADI y los CAIC. En la visita que realizamos al estado de Colima, por ejemplo, encontramos que dos de los cuatro CADI que operan ofrecen educación preescolar y no trabajan con niños de 40 días a 4 años de edad, que un CADI más (el “Preescolar Rosario Castellanos”) dejó de serlo –hace varios años– para convertirse en un preescolar del DIF con número de registro ante la SEP y que los doce CAIC de la entidad atienden a niños de 4 a 6 años. Estos últimos, según se nos dijo en la entrevista, son una copia del modelo CADI pero operan en áreas rurales (mientras que los CADI lo hacen en el municipio de Colima).

Lo anterior nos hace pensar que parte de la información vertida en esta sección (sobre la edad de la población atendida, los servicios ofrecidos, etc.) necesita revisarse

caso por caso, o entidad por entidad, pues la operación y el funcionamiento de ambos tipos de centros han sido dejados en manos de los DIF estatales y municipales, por lo que las variaciones de los modelos CADI y CAIC pueden ser infinitas.

5.5 Programa de Estancias Infantiles para Madres Trabajadoras (PEI)

Antecedentes

El Programa de Estancias Infantiles surge en 2007 en respuesta a la demanda de cuidado infantil y a su baja cobertura, expresada en múltiples diagnósticos, en los sectores de madres con menos recursos y necesitadas de integrarse a actividades remuneradas. El programa surge con la idea de subsidiar de manera focalizada la oferta de cuidado infantil para hogares de bajos ingresos, cuyas madres (o padres solos) trabajan o requieren hacerlo y establece que las y los beneficiarios potenciales serán aquellos que carecen de acceso a otros sistemas de seguridad social públicos (como IMSS o ISSSTE) que proporcionen este servicio a sus afiliados.

Descripción del programa

El PEI tiene como objetivo central promover la incorporación de las mujeres al mercado laboral, o permitirles retomar sus estudios, a fin de disminuir su vulnerabilidad y contribuir a su desarrollo económico y social. El programa opera a través de una red de estancias infantiles que prestan servicios de cuidado y atención a los hijos de las personas inscritas en él. Cada una de las estancias está a cargo de una responsable capacitada

y supervisada por el DIF nacional y la SEDESOL. Para su afiliación a la red, la estancia debe cumplir con los requisitos establecidos en las Reglas de Operación (por ejemplo, ubicación y características del inmueble, entre otros). Dicha afiliación es por tiempo indeterminado mientras la estancia no incurra en alguna de las causales de suspensión.

A diferencia de las Guarderías del IMSS, las Estancias de Bienestar del ISSSTE y la mayoría de los CADI y CAIC del Sistema DIF, los servicios que ofreció el PEI en sus primeros años de operación no fueron integrales: no incluían trabajo social, un componente pedagógico, ni el cuidado de la salud. No obstante, esto ha cambiado en el tiempo y ahora el programa cuenta con su propio currículo para la educación inicial y un sistema para evaluar el desarrollo. La atención a la

salud es improvisada. Las estancias, como veremos, operan con bajo presupuesto, lo cual por otro lado ha permitido la expansión de su cobertura en un lapso corto de tiempo.

Las estancias cuentan con un reglamento interno. Conforme a la normatividad, el personal requerido es una asistente por cada ocho niños registrados y, de contar con niños con alguna discapacidad, una asistente por cada cuatro. Debido a que el monto que paga la SEDESOL a las responsables de las estancias depende del número de niños con asistencia regular, es indispensable que las madres firmen un formato de registro cada vez que llevan a sus hijos a la estancia. También deben llevar los materiales de higiene y los medicamentos en caso de que los niños se encuentren bajo algún tratamiento.

Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras

Ficha básica

Fecha de inicio: 2007

Institución responsable: Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SDIF).

A quién se ofrece: A niños y niñas de entre 1 año y 5 años 11 meses de edad, hijos de madres trabajadoras y padres trabajadores solos (o madres y padres solos estudiando o buscando trabajo) sin prestaciones sociales.

Cobertura: Estos servicios alcanzan una cobertura nacional. En mayo de 2011 operaban 9.255 estancias y los niños y niñas atendidos fueron 265.415.

Qué se ofrece: Servicios de cuidado infantil.

Quién presta el servicio: La operación del servicio está a cargo del DIF nacional, que la supervisa y capacita a terceros responsables para el funcionamiento diario de los centros.

Financiamiento: Los fondos provienen de SEDESOL, que paga a los que operan los centros una cuota mensual de 700 pesos por niño. Las familias también pagan una cuota mensual, llamada cuota de corresponsabilidad.

Es importante señalar que la normatividad del PEI permite que instituciones de educación media-superior y superior participen con proyectos de servicio social o prácticas profesionales para el fortalecimiento del Programa. La regulación de dicha participación está prevista en sus Reglas de Operación, en las que se establecen las características mínimas que los proyectos deben cumplir para ser aceptados. En 2011 se aceptaron proyectos en las áreas de salud, nutrición, psicología, odontología, estomatología, medicina, enfermería, administración, contabilidad, economía, finanzas, puericultura, pedagogía, asistencia educativa, música, actividades lúdicas e ingenierías en sistemas, informática, mecánica y civil (SEDESOL, SSa y DIF 2010).

Población objetivo y cobertura

A mayo de 2011 el Programa beneficiaba a 249.282 madres y padres solos, recibiendo a 265.415 niños y niñas en 9.255 estancias en todo el país (INSP 2011). El PEI tiene una cobertura nacional y opera mayoritariamente en localidades urbanas y semiurbanas, aunque también en algunas rurales. Se dirige a las madres o padres solos que trabajan, buscan empleo o estudian y que viven en hogares en situación de pobreza patrimonial (ingresos mensuales de hasta 1,5 salarios mínimos per cápita). La atención se brinda a niños de entre 1 y hasta 3 años 11 meses de edad o hasta 5 años 11 meses en caso de niños con alguna discapacidad. Para los hombres jefes de familia, las Reglas establecen que deben ser los únicos responsables del cuidado de los niños.

Financiamiento y cuotas

A estas estancias la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) les asigna un monto inicial para la adecuación del inmueble, su equipamiento y elaboración de un Programa de Protección Civil avalado por las instancias locales correspondientes, y posteriormente les entrega un apoyo mensual por cada niño inscrito y el número de asistencias que registra por mes. A su vez, los padres de familia beneficiarios cubren la otra parte del costo de los servicios mediante cuotas mensuales denominadas “de corresponsabilidad”, cuyo monto no debe ser mayor al subsidio otorgado por SEDESOL, que para 2011 era de 700 pesos mensuales y 1.400 en el caso de niños con discapacidad.

Qué dicen las evaluaciones

La mayoría de las evaluaciones del PEI se han concentrado en analizar su impacto en la vida de las mujeres beneficiarias. La Evaluación de Desempeño de CONEVAL (2011) señala que el programa genera las condiciones para que las madres tengan una probabilidad mayor de disponer de tiempo para realizar actividades distintas del cuidado y atención de sus hijos. En efecto, si el PEI suspendiera su operación, 34 % de madres beneficiadas dejarían sus empleos de inmediato para cuidar de sus hijos⁵².

La “Encuesta Cualitativa con Enfoque de Género” (FLACSO 2010), por su parte, buscó medir los cambios que se producen en el empoderamiento de las beneficiarias

⁵² Las Estancias de la SEDESOL ofrecen un horario de atención mínimo de ocho horas de lunes a viernes. Los horarios varían, pero pueden empezar desde muy temprana hora. Algunas estancias extienden sus horarios más allá de las ocho horas.

y responsables de Estancias una vez que cuentan con los apoyos del programa. La evaluación encontró cambios positivos en la vida de las beneficiarias, quienes dijeron desarrollar con mayor tranquilidad su trabajo al tener un espacio seguro en donde dejar a sus hijos, lo cual también tuvo repercusiones en sus relaciones con su pareja y sus familiares cercanos, mejorando también su autoestima y sus habilidades para la negociación y toma de decisiones. Respecto del impacto del PEI en la vida de las responsables de estancias, la evaluación encontró que si bien las mujeres sentían el reconocimiento de la comunidad, lo cual elevaba su capacidad de gestión y su autoestima, también enfrentaban tensiones serias pues era mucho el trabajo y sus pagos no siempre llegaban a tiempo. Aunque dicha evaluación no tuvo como foco de análisis el impacto del PEI en la vida de los menores, arrojó evidencia cualitativa interesante respecto de los cambios que las beneficiarias habían notado en sus hijos e hijas a raíz de su entrada al programa. Las mujeres entrevistadas mencionaron que sus hijos habían logrado una mayor independencia, habilidades de socialización, adquisición de hábitos (alimentación y limpieza) y valores, desarrollo de psicomotricidad gruesa y fina, desarrollo del lenguaje, desarrollo cognitivo y emocional y una mejor nutrición gracias al apoyo alimentario.

Lo mencionado en esta evaluación se refuerza con los resultados de la evaluación de impacto llevada a cabo en 2011 por el Instituto Nacional de Salud

Pública, que encuentra efectos positivos, aunque más matizados, dependiendo de la submuestra analizada⁵³. Esta es la primera evaluación del PEI que estima, entre otras cosas, el impacto en salud, diversidad de la dieta y desarrollo infantil de las niñas y niños beneficiarios. La evaluación indica que respecto de los resultados en niños, en la muestra completa no se encontraron efectos en la diversidad de la dieta o el desarrollo infantil, aunque sí hay impactos positivos en algunos subgrupos de niños: “En términos de desarrollo infantil el programa mejora el puntaje de la escala de comunicación en el subgrupo de niños con más exposición al PEI”. Además de que “se identificó que los hijos de las titulares que no trabajaban antes de entrar al programa, son los que más se benefician en cuanto al desarrollo del comportamiento individual-social y este efecto es mayor conforme aumenta la exposición” (INSP 2011: 16).

La evaluación señala asimismo que: “al analizar la prevalencia de enfermedad en los 15 días previos a la encuesta, se identificó una mayor probabilidad de enfermedad en la muestra completa de niños. Sin embargo, al analizar los resultados por subgrupos de edad y tiempo de exposición al programa, el aumento en la prevalencia de enfermedad se da únicamente en el grupo de niños más pequeños (menores de 30 meses) y este efecto disminuye conforme aumenta la edad y el tiempo de exposición al programa, lo cual es consistente con resultados de otros estudios sobre programas similares (Íd.: 17).

⁵³ La evaluación también utilizó submuestras de las madres beneficiarias y sus hijos e hijas para identificar impactos de acuerdo al tiempo de exposición de los niños al Programa, así como determinar el estatus laboral de la madre (si la madre trabajaba o no antes de entrar al PEI).

Retos y perspectivas

El PEI es un programa que ha evolucionado con el tiempo. Si bien nace, como todos los programas que ofrecen cuidado infantil en centros, a partir de la necesidad de ofrecer a las madres y padres trabajadores espacios de cuidado para sus hijos, entre sus grandes aciertos destaca el de haber ido incorporando en su diseño e implementación un modelo de atención para el desarrollo integral de los niños y niñas beneficiarios. De hecho, actualmente se está piloteando el modelo de atención integral desarrollado por DIF-SEDESOL, el cual busca brindar elementos comunes a todas las estancias del país en cuanto a currículo y actividades al interior de los centros.

El Programa tiene cobertura nacional y ha crecido estrepitosamente desde 2007, cuando fue creado, a la fecha. Sin embargo, este crecimiento no ha ido acompañado de más recursos. De hecho, en la entrevista con varios funcionarios del PEI también se hizo evidente que uno de los mayores retos es aumentar el presupuesto del programa, pues este viene operando prácticamente con el mismo presupuesto global desde hace cuatro años, lo cual ha implicado que no se pueda aumentar el subsidio que la SEDESOL destina a cada estancia para la atención de niños y niñas. Sin un aumento en el subsidio, no va ser económicamente posible para los y las responsables de las estancias continuar operando sin incrementar la cuota de corresponsabilidad que pagan las familias beneficiarias.

5.6 Una experiencia exitosa: Centros Municipales de Bienestar Infantil de Ciudad Juárez

Antes de finalizar el capítulo nos parece importante mencionar de manera muy breve una experiencia novedosa. Es la de los aproximadamente 60 Centros Municipales de Bienestar Infantil de Ciudad Juárez, Chihuahua, que brindan una atención integral a niños de entre 4 y 12 años de edad. Si bien la población objetivo incluye a niños y niñas que rebasan la edad del grupo que interesa a nuestro diagnóstico, nos parece una experiencia de la que se pueden extraer lecciones que sirven de ejemplo para posibles réplicas en otras latitudes.

Los centros, que ocupan las instalaciones de las mismas escuelas, centros religiosos, etc., nacieron hace unos años con la finalidad de otorgar atención a los menores que acuden al nivel preescolar y hasta la primaria, desde las 5 de la mañana y hasta las 5 de la tarde. Fue una respuesta al gran problema de que no había quien atendiera a los pequeños de las mamás trabajadoras (sobre todo en la industria maquiladora) a partir de las 12h30, hora en que termina el horario de preescolar.

Estos niños y niñas, se nos dijo en una entrevista⁵⁴, o no iban a la escuela o tenían que ir, regresar y comer solos, o bien cuidar de sus hermanos a una edad muy temprana. En algunos casos, nos fue dicho, incluso se encontró que las mamás literalmente amarraban a los pequeños para poder ir a trabajar.

⁵⁴ Realizamos una entrevista telefónica con Clara Torres, miembro de la asociación civil “Desarrollo Comunitario Santa María”, de Ciudad Juárez, Chihuahua. Llegamos a esta persona por sugerencia de directivos de la SEDESOL, quienes conocen bien el caso y han entablado comunicación con esta asociación para aprender lecciones importantes de esta experiencia.

La experiencia es novedosa pues ofrece un servicio integral que incluye desde acompañarlos a la escuela, recogerlos y alimentarlos, hasta hacerles participar en actividades lúdicas y artísticas que fomenten su desarrollo humano. Lo más original de este tipo de centros, que actualmente atienden a aproximadamente 2.000 menores, es sin duda que operan “reciclando” los activos que hay en la comunidad: esto es, utilizando espacios que el propio municipio o los vecinos donan y recurriendo al trabajo de mujeres que prefieren trabajar en estos centros en lugar de en el servicio doméstico.

En entrevista con la persona encargada del diseño y expansión de los centros se nos dijo que operan con recursos mucho menores que las estancias del PEI de SEDESOL (cobran una cuota mensual de aproximadamente 600 pesos)⁵⁵, por lo que valdría la pena conocer en mayor profundidad su modelo de atención y aprender qué cosas se pueden replicar para atender a niños de 0 a 6 años de edad en centros de este tipo.

5.7 Comentarios finales

La oferta de servicios de centros de cuidado infantil surgió muchos años después de haber sido consagrada en la Constitución y a partir de la demanda de mujeres urbanas que se fueron

incorporando al mercado laboral. Durante muchos años esa oferta estuvo destinada casi exclusivamente a mujeres trabajadoras del sector formal, dejando de lado a la llamada población abierta, carente de cualquier esquema de aseguramiento.

Si bien ha habido una expansión muy importante de los centros públicos que ofrecen servicios de cuidado infantil en los últimos años (según Gerhard 2010 la oferta aumentó en un 690% de 1995 a 2009), el número de centros es aún insuficiente y se siguen concentrando en las capitales de los estados y en las ciudades medias y grandes⁵⁶. Aunque existe una oferta privada de este tipo de servicios, no se cuenta con información disponible que nos permita determinar su cobertura, costos y, sobre todo, calidad.

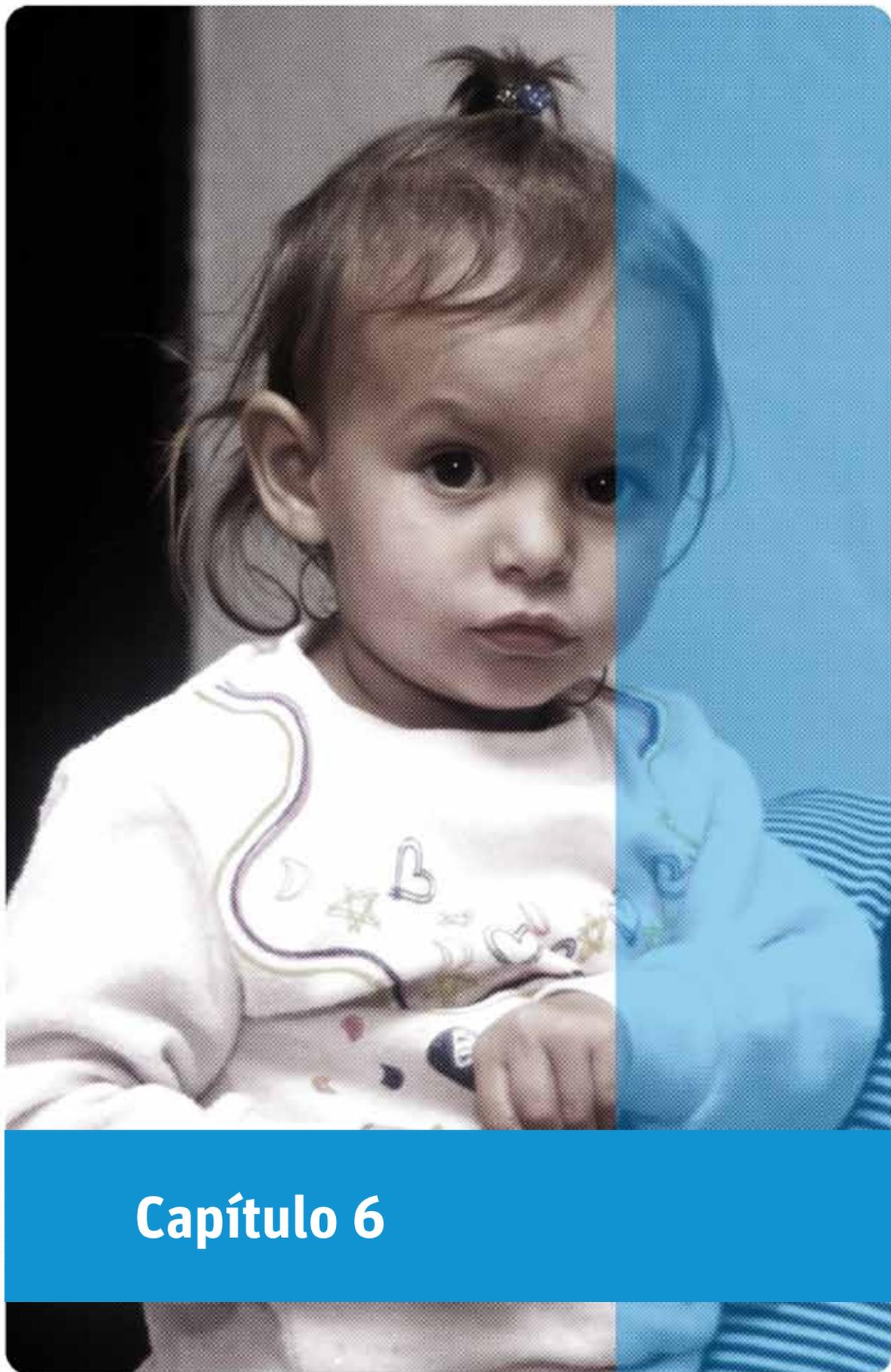
Por otro lado, la expansión de la oferta pública ha sido posible a partir, antes que nada, de la subrogación a privados (en los casos del IMSS y del ISSSTE) y, en segundo lugar, tras el lanzamiento del Programa de Estancias Infantiles operado por SEDESOL y DIF. Sin embargo, la subrogación ha sido criticada ante la ausencia de una adecuada supervisión y de monitoreo, y las estancias de SEDESOL y DIF también han recibido críticas por operar con un esquema muy austero, sobre todo respecto del número y preparación del personal que trabaja en ellas.

⁵⁵ La cuota la pagan los padres de familia y existen subsidios o becas para aquellas familias que no pueden pagar la totalidad de la cuota o que tienen a más de un niño en los centros, aunque se nos dijo que el servicio nunca es gratuito y que las personas beneficiadas deben cubrir por lo menos lo equivalente a las comidas de los niños.

⁵⁶ Si bien es cierto que en las localidades rurales e indígenas de México existen otras prácticas de crianza, por lo que puede haber cierta renuencia de los padres de familia a enviar a sus hijos a este tipo de centros, también lo es que pueden probarse algunos esquemas alternativos de atención (quizá menos horas) que brinden a las mujeres mayores oportunidades para emplearse fuera de casa y a los niños la posibilidad de recibir una atención integral a una edad temprana.

En un país como México, en donde los recursos son escasos y un 36% de la población económicamente activa labora dentro de la economía informal (Gerhard 2010), conviene revisar y reevaluar la oferta de este tipo de servicios. Además, hace falta empujar el tema en la agenda de gobierno para que se destinen más recursos a este rubro, pues “de acuerdo con estimaciones del Consejo Nacional de Población en el país existen 5’737.200 niños y niñas en edad de recibir el servicio, de los cuales solo lo reciben efectivamente un 10,3%” (Íd.: 52). El mayor reto corregir la desigualdad que existe en la distribución del gasto público en este rubro: “para cubrir los servicios del 56% de los niños y niñas se destinan 23% de los recursos, mientras que 44% de los niños y niñas beneficiados reciben 78% del monto. Es decir, las estancias de SEDESOL reciben 23% de los recursos, mientras que las del IMSS y el ISSSTE obtienen 78% de los mismos” (Íd).

Lo anterior tiene implicaciones muy importantes pues la calidad de los servicios está relacionada estrechamente con el costo del programa, sobre todo si se toma en cuenta que los salarios del personal que labora en estos centros representan los gastos más significativos en los servicios de cuidado infantil: “las guarderías o estancias infantiles caras pueden ofrecer mejor salario a los cuidadores, lo cual atrae a gente más especializada y evita una alta rotación del personal” (Íd.).



Capítulo 6

La coordinación e integración* de programas y servicios de DIT

La coordinación e integración de programas y servicios pueden ser analizadas de varias maneras y respecto de diferentes dimensiones. Empezamos este capítulo formulando algunas preguntas en torno a distintos aspectos.

- **La conceptualización del DIT y del problema.** ¿Se busca un acuerdo mínimo sobre qué es el DIT y cómo promoverlo? ¿Se piensa en el DIT como un estado o proceso integral y, si es el caso, cuáles son las dimensiones que requieren integrarse? ¿La normatividad obedece a una conceptualización integral y es consistente entre servicios y programas?
- **En el contenido de políticas, planes y programas.** ¿Los documentos principales que establecen líneas generales y acciones concretas reflejan una visión integral del DIT? ¿Participan en los procesos de formular políticas, planes y programas grupos de diferentes sectores del gobierno y de la sociedad civil?
- **La organización e implementación de servicios y programas.** En un sistema federalista y un mundo dividido siempre más en áreas de conocimiento especializado vinculado a estructuras burocráticas organizadas verticalmente, ¿ha sido posible lograr colaboración e integración operacional entre “sectores” en la entrega de servicios y entre niveles (nacional, estatal y municipal) de gobierno?
- **En sistemas de información contruidos para ayudar a la formación de políticas, procesos de planeación y rendición de cuentas.** ¿Se incluyen indicadores de DIT? ¿Existe colaboración entre los sectores en la definición y presentación de estos?
- **En las acciones y prácticas de crianza de familias y comunidades.** ¿Ha sido posible propiciar la integración de los distintos elementos del DIT al nivel de familias y comunidades?

Para tratar el tema juntamos información relevante –ya presentada en los capítulos anteriores– y añadimos otras ideas provenientes de nuestras búsquedas y entrevistas.

6.1 Integración conceptual

En capítulos previos hemos hablado de la dificultad de llegar a una definición común de desarrollo infantil temprano. La que domina dentro del sector salud no es la misma que la de educación o de varios programas de cuidado y protección de niños pequeños. En salud, parece

* “Parte del problema asociado a la ‘integración’, cuando se la aplica a las políticas y la planeación, es semántico. La palabra ‘integración’ va acompañada de falsas expectativas. En consonancia con la definición del diccionario, la integración evoca la idea de ‘combinar las partes en un todo’. Sugiere una relación que es mucho más entrelazada y permanente que una en la cual las partes de un todo están simplemente puestas unas junto a otras. La integración supone mucho más que ‘trabajar conjuntamente en una relación de cooperación’. Depende de la aceptación mutua y se expresa plenamente en la unidad de propósitos y en la organización. Estos requisitos son difíciles de cumplir en la atmósfera cotidiana de la especialización y de la competencia por recursos escasos que caracterizan a las burocracias y, de hecho, a mucho de la vida misma” (Myers 1992).

que el énfasis en la reducción de la mortalidad y la ausencia de enfermedad en niños pequeños ha ido acompañado por la idea de que el desarrollo integral (motor, cognitivo y de lenguaje, social y emocional) ocurría naturalmente siempre que estén presentes las condiciones que producen y mantienen la buena salud y nutrición. Por el contrario, el sector educativo ha tenido mayor claridad sobre la necesidad de promover el desarrollo integral activamente.

Aunque la idea de estimulación temprana y su efecto sobre el desarrollo del cerebro parece ser compartida por las Secretarías de Salud y Educación, la manera de concebir la “estimulación” es diferente. En la Secretaría de Salud, la estimulación es principalmente dirigida al crecimiento y al desarrollo motor. No se pone tanto el acento en la importancia de la interacción social entre los que ofrecen y los que reciben la estimulación, ni en la de responder a las señales que presentan el niño o niña. Estimulación es algo que la persona que cuida hace o provee a quienes están bajo su cuidado. En Educación, se concibe a la estimulación como una manera de mejorar el desarrollo cognitivo y social. La interacción social y el ejercicio de escuchar y responder al niño son ideas centrales. En los programas de cuidado de niños en centros la tendencia ha sido la de ofrecer protección física, con menos atención a lo social y educativo.

Algo que puede ayudar a los diferentes grupos para acercarse conceptualmente es el posicionamiento del DIT en un marco más amplio, que no dependa de los ámbitos de salud o de educación o del sistema de protección de niños en centros. Un marco que ha ayudado a integrar la conceptualización del DIT en el cruce entre

salud, nutrición, educación y protección social son los derechos de la niñez. Como ejemplo, volvemos al análisis que hicimos en el capítulo 2 sobre la nueva Ley de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil Temprano. En ese caso, la tendencia de restringir la ley a garantizar el cuidado de los niños en un ambiente seguro, saludable y con buena alimentación fue superada al incluirse el derecho al desarrollo visto como “el derecho que tienen niñas y niños a formarse física, mental, emocional y socialmente”.

La falta de acuerdos respecto de la definición del DIT se evidencia en la existencia de normas diferentes para guiar servicios y programas administrados por las Secretarías de Salud, Educación y Desarrollo Social.

Al mismo tiempo, hemos hecho referencia en los capítulos anteriores a varios esfuerzos coordinados por llegar a consensos en torno a cómo definir el DIT. Por ejemplo:

- Durante muchos años el CENSIA, en colaboración con otras instancias, ha buscado una manera de construir, en el ámbito de la salud, un acuerdo respecto de la conceptualización del DIT.
- El currículo del CONAFE muestra una visión integral del desarrollo.
- El programa de Fortalecimiento de Educación Inicial y Desarrollo Integral ha sido un proyecto colaborativo que involucra a una amplia gama de instituciones gubernamentales con responsabilidades para la operación

de centros de cuidado diario. Esta iniciativa ha funcionado casi sin presupuesto. En el proceso ha sido necesario lidiar con la separación que se produce entre quienes siguen pensando en los centros como lugares “custodiales” de protección que no deben preocuparse mucho del desarrollo y los que empiezan desde una visión “integral” de desarrollo psicosocial pero dejan de lado los elementos de salud y nutrición que deben, sin duda, ser incorporados como base. Como resultado, la conceptualización del desarrollo integral se ha quedado en un nivel muy general y abstracto para muchas de las organizaciones participantes.

- La nueva Ley de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil en centros ofrece otra oportunidad de colaborar en la creación de una normatividad consistente.

La Estrategia de Desarrollo Infantil EDI (en la que participa el CENSIA) organizada por Seguro Popular para reconceptualizar el DIT, encontrar los instrumentos para hacer diagnósticos y evaluación continua, y acordar un protocolo para cambiar las prácticas de madres y tutores, especialmente respecto de la estimulación temprana. Queda por verse si la presencia dominante de participantes del sector salud permite abrir el ejercicio a uno con un enfoque integral.

Es de esperar que estos esfuerzos de coordinación y la efervescencia que generan logren producir más claridad y consistencia. Nuestra opinión es que las diferencias van a persistir, pero cabe preguntarse si, finalmente, es

bueno o malo que lo hagan. Puede ser bueno en la medida en que responden a condiciones diferentes relacionadas con estrategias distintas. O puede ser malo porque existen algunos principios básicos del desarrollo que deben ser seguidos independientemente de la estrategia o el grupo de participantes. Podría también decirse que la persistencia de las diferencias es simplemente inevitable, dadas las perspectivas divergentes entre distintos sectores y organizaciones.

6.2 Integración en el contenido de los documentos de políticas, planes y programas

Una revisión de los programas sectoriales 2007-2012 de salud y de educación muestra que el componente de desarrollo integral está casi ausente en salud y el componente de salud está casi ausente en educación. La Secretaría de Desarrollo Social muestra en el contenido de su programa Oportunidades una integración de salud, nutrición y educación. Pero, hasta ahora, en términos de promover el DIT en Oportunidades, esa integración ha sido débil porque el componente educativo no comienza sino en el tercer año de primaria. Y, como hemos mostrado con anterioridad, en los Talleres Comunitarios de Autocuidado en Salud, el desarrollo ha quedado casi ausente, como un tema secundario y no obligatorio.

En el Presupuesto de Egresos de la Federación todavía no se organizan las erogaciones por edades para poder ver qué es pertinente a la infancia temprana. Tampoco se llega a especificar e integrar partidas de los programas (o partes de ellos) que afectan la supervivencia, crecimiento y desarrollo de los niños

menores de 5 años. Con la adición del Anexo 24 y un trabajo de UNICEF (2011) se ha iniciado un proceso para intentar reunir en un solo lugar todas las erogaciones que se piensa son pertinentes a niños y adolescentes. Esto puede servir como precedente para un ejercicio similar que permita determinar la proporción del presupuesto asignada al DIT.

Como hemos mencionado, existen varios esfuerzos por integrar el contenido que se ofrece en programas específicos. El trabajo hecho por el CENSIA para Arranque Parejo en la Vida llegó a definir doce acciones clave para los niños de 0 hasta 2 años de edad. Una de ellas es la estimulación temprana⁵⁷ y existe una guía con sugerencias concretas sobre cómo trabajarla. También el Seguro Popular ha reunido a personas de varias áreas de salud y desarrollo infantil a fin de acordar el contenido de un instrumento y metodología para el tamizaje y la evaluación más completa del desarrollo, así como para especificar las acciones a tomarse en un protocolo de atención. Estas actividades muestran un esfuerzo por integrar contenidos, pero todavía se limitan al sector salud.

Los programas de atención a niños en centros buscan integrar componentes de salud, nutrición y desarrollo psicosocial con diferentes niveles de éxito. En guarderías y estancias, el componente educativo ha estado presente pero ha sido relativamente débil. La atención a los componentes de salud y nutrición varía mucho, desde la presencia y

atención directa de niños por un médico o enfermera, una nutrióloga y cocineras en los centros grandes del IMSS y el ISSSTE, hasta la simple preparación de alimentos por la cuidadora y la observación de reglas de higiene en centros pequeños donde, en las mejores circunstancias, tienen un botiquín y un centro de salud o un médico cerca, a donde se puede llevar a los niños en casos de emergencia. La capacitación de las cuidadoras en asuntos de salud, higiene y prevención de accidentes también varía.

En educación inicial, pese a la iniciativa coordinada de crear un marco conceptual para el DIT, varias instituciones han trabajado en paralelo para crear sus propios currículos. Tanto el IMSS como el Programa de Estancias de la SEDESOL, los centros operados por el DIF y Educación Indígena han creado, cada uno, su propio currículo nuevo (todos en forma más o menos simultánea). La explosión de los nuevos currículos es evidencia del reconocimiento reciente de la importancia del desarrollo durante los primeros años de vida, pero también de la dificultad de lograr consensos, al nivel de la operación de programas, sobre qué es exactamente el DIT y el modo de propiciarlo.

En educación preescolar la atención a la salud ha sido muy débil y las prácticas relacionadas a la nutrición muy descuidadas, lo que ha llevado a una nueva legislación sobre qué alimentos se deben permitir dentro de la escuela. El contenido del currículo educativo de 2004 incluye atención al desarrollo de competencias

⁵⁷ Los demás procedimientos e intervenciones son reanimación neonatal; cuidados inmediatos del recién nacido (vitamina K, A y cloranfenicol); exploración física; alimentación con el seno materno; toma de tamiz neonatal; vacunación del recién nacido; sueño seguro; cuidados del recién nacido en el hogar; prevención de accidentes; capacitación de padres; y, consulta y control del niño sano a los 7 y 28 días de edad (www.censia.salud.gob.mx).

en el área de salud pero tanto las condiciones sanitarias de las escuelas como las prácticas constituyen un currículo escondido que, con frecuencia, contradice lo que dice el oficial. En el preescolar se priorizan los varios componentes de desarrollo cognitivo y de lenguaje.

Todavía no existe una política nacional que guíe y/o enmarque la atención, protección y desarrollo de los niños durante sus primeros años de vida. El nuevo Consejo Nacional está encargado de formular una política pero su Comisión parece estar restringida a los servicios de atención de niños y niñas en centros. La estrategia de trabajar con las familias y comunidades y de lograr cambios en las prácticas de crianza no está presente⁵⁸. Una política nacional debe incorporar toda la gama de estrategias que coadyuven a mejorar el desarrollo infantil temprano.

6.3 Organización e implementación

En nuestra exploración hemos encontrado por lo menos dos esfuerzos importantes por coordinar (e integrar) la organización, operación e implementación de programas y servicios. Uno es el Programa Oportunidades, que junta acciones en salud, educación, nutrición y desarrollo social. Aunque el componente de educación ha sido, hasta ahora, al nivel de primaria, es evidente que existe una apertura hacia la integración de un componente de desarrollo temprano en sus actividades. En esa dirección, el programa tiene algunas ventajas. Primero, está ubicado en la Secretaría de Desarrollo

Social y no en un “sector” (educación o salud). Segundo, su esfuerzo de integrar programas se ve facilitado porque, por ley, cuenta con recursos provenientes de los diferentes sectores. Tercero, la integración operacional es más viable por su focalización en ciertas comunidades y familias para las que los distintos componentes del programa convergen y se los entrega a las mismas personas.

Otro ejemplo de colaboración e integración operacional es el trabajo de la Comisión de Protección Social de Seguro Popular, que maneja elementos de salud y nutrición y está experimentando con la integración de desarrollo infantil temprano. En ambos casos, sus programas se ofrecen a la población abierta.

Hasta cierto punto, las organizaciones responsables de la atención de niños y niñas en centros muestran combinaciones de los elementos de salud, nutrición y educación en sus programas. Pero la integración ocurre dentro de los centros y no implica coordinación entre las organizaciones responsables. Una excepción es la coordinación entre la Secretaría de Desarrollo Social y el DIF en el Programa de Estancias Infantiles en donde SEDESOL administra y el DIF es responsable de varios aspectos operativos.

Aunque los programas dirigidos al cuidado y desarrollo en centros tienen –o deben tener– mucho en común, las instituciones del gobierno que los administran no han colaborado entre sí. Reconociendo las ventajas potenciales de mejorar la colaboración entre estos programas, el

⁵⁸ No obstante, el lenguaje de la ley ofrece una pequeña apertura para considerar las condiciones y prácticas en el hogar porque dice que los servicios deben “promover pautas de convivencia familiar y comunitaria”.

Presidente creó por decreto el Sistema de Guarderías y Estancias en 2007. Pero el mecanismo fue inoperante durante cuatro años⁵⁹. Solamente en junio de 2011 el Sistema empezó a funcionar y lo hizo de una manera tímida. Su colaboración no tiende a la integración de la organización y entrega de servicios. El sucesor del Sistema, el Consejo para la Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil, está actualmente en proceso creación⁶⁰, debe fortalecer la coordinación de esfuerzos.

Hasta aquí nuestra discusión se ha referido a la coordinación y colaboración entre sectores y organizaciones y no entre niveles de gobierno. En los programas de salud y educación esta colaboración es crítica: las dos Secretarías son descentralizadas y las entidades federativas son las que tienen la responsabilidad de implementar los programas. Una queja común es que el uso que hacen los estados de los fondos transferidos varía mucho y que hay falta de transparencia.

El hecho de que los sectores de Salud, Educación y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) están organizados verticalmente, cada uno con sus propios enlaces con autoridades en los estados y cada uno con su cadena de instituciones, hace difícil la integración operacional de programas y servicios entre estas instancias. Además, compiten por presupuestos. Por otro lado, cada sector tiene su cultura, sus demandas respecto de su personal, su forma de capacitar, sus fuentes de financiamiento, etc. La

separación histórica entre programas dirigidos a la población con un esquema de aseguramiento formal y los dirigidos a la población abierta también impide la integración y coordinación.

En la SEDESOL y en la administración de los programas de Estancias Infantiles por el DIF Nacional, así como en la atención a la salud en IMSS-Oportunidades, la operación está centralizada y no es necesario hacer grandes transferencias de fondos a entidades federativas ni municipalidades. Ello, sin duda, facilita la operación.

6.4 El DIT en los sistemas de información para el seguimiento y rendición de cuentas

Si examinamos fuentes de información que pretenden integrar datos sobre el desarrollo social en México, vemos que el indicador principal del DIT es el número de niños atendidos en guarderías, estancias y educación preescolar. Estas fuentes también incluyen indicadores del estatus de salud y nutrición de niños menores de 5 años de edad. No hay indicadores sobre el desarrollo psicomotor y social. Por ejemplo, el Quinto Informe del Presidente (2011) presenta en sus anexos estadísticas sobre:

- La matrícula en educación preescolar y en los centros de atención de competencia del IMSS y el ISSSTE, y el programa de Estancias de SEDESOL⁶¹;

⁵⁹ Además fue constituido por un grupo muy exclusivo de solamente seis organizaciones.

⁶⁰ Los transitorios de la Ley estipulan que el Consejo debe ser formado antes del 28 de abril de 2012.

- La tasa de mortalidad infantil y sus causas;
- La incidencia de enfermedades previsible;
- La cobertura de vacunación;
- El número de consultas de primera vez a niños menores de 5 años, que en su nota explicativa dice que “se refiere a vigilancia nutricional y del desarrollo psicomotor”⁶².

Un mecanismo creado en 2002 para integrar y presentar información periódicamente sobre la infancia es el Consejo Nacional para la Infancia y la Adolescencia (COIA), coordinado por SEDESOL. Siete organizaciones del gobierno conformaron el COIA⁶³. En 2011 se publicó en internet un informe para el periodo 2007-2009 titulado “Un México Apropiado para la Infancia y la Adolescencia”. El documento reúne mucha información sobre el avance de México respecto de las metas acordadas en un Programa de Acción en 2002, entre las cuales se encuentra la de “ampliar y mejorar el cuidado y la educación integral de la niña y niño en la primera infancia, especialmente de los niños más vulnerables y desfavorecidos”⁶⁴. El informe incluye datos sobre el número de niños atendidos en educación preescolar y en

los centros de SEDESOL, IMSS, ISSSTE y DIF. También presenta estadísticas del programa de Educación Inicial No-Escolarizada del CONAFE y describe el proceso seguido en el Programa de Fortalecimiento a la Educación Temprana y el Desarrollo Infantil. Pero, nuevamente, no incluye indicadores del estatus del desarrollo integral de los niños y niñas.

La Secretaría de Relaciones Exteriores (SER) es responsable de coordinar la preparación de informes periódicos sobre el cumplimiento por parte de México de la Convención de Derechos del Niño. Como mencionamos en el capítulo 2, el país tiene la obligación de presentar un informe al Comité sobre los Derechos del Niño cada cinco años. En marzo de 2011 la SRE dio a conocer un borrador del informe del país. El informe contiene mucha información en el documento y los anexos. Nuevamente el DIT está representado por la cobertura de niños y niñas en programas de educación pero no contiene datos sobre el estatus de su desarrollo. El informe es triunfalista y carece de una perspectiva crítica.

El Sistema de Guarderías y Estancias establecido en 2007 incluyó la creación de un Sistema Único de Información para ser compartido entre las organizaciones participantes. Esta iniciativa es muy limitada en cuanto a la información incluida y no está disponible al público.

⁶¹ Esta información sobre atención en centros es incompleta porque no incluye la atención a niños en centros operados por DIF, PEMEX, SEDENA, y otros.

⁶² Si la consulta determina la condición del desarrollo psicomotor debe ser posible construir y presentar un indicador basado en los resultados. De hecho, hasta ahora no se ha puesto atención a la parte psicomotor de la primera consulta. Si el proyecto de Seguro Popular logra introducir en la consulta una manera de sistemáticamente hacer un tamizaje del desarrollo de los niños, es posible que se pueda integrar en los sistemas de información estos resultados como un indicador de desarrollo.

⁶³ SEDESOL, Ssa, SEP, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, IMSS, ISSSTE y DIF.

⁶⁴ Al parecer este esfuerzo de coordinar la presentación de información no va a continuar porque el programa fue definido para el periodo 2002-2010.

Hay que ver si el nuevo Consejo creado por la Ley de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil ayudará a la construcción de un mejor sistema de información compartida y de libre acceso.

La información que más se acerca al desarrollo de los niños en la primera infancia son los resultados de la aplicación de una prueba nacional desarrollada por el Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE), que busca evaluar lenguaje y comunicación, y pensamiento matemático entre niños de 5 años⁶⁵.

6.5 Integración y coordinación al nivel de comunidad y familias

Son las comunidades y familias quienes juntan los elementos de salud, nutrición, protección y desarrollo integral en la vida cotidiana. En varios programas hemos visto esfuerzos por construir redes comunitarias para promover, entre otras cosas, el DIT. Ejemplo de ello son el Programa Arranque Parejo en la Vida, el Programa de Educación No-Escolarizada del CONAFE, las redes para la promoción de la salud de IMSS-Oportunidades (que incluyen los Talleres de Autocuidado en Salud) y, más recientemente, el Seguro Médico para una Nueva Generación. No obstante, no es muy clara la relación

entre las redes promovidas desde esas instancias como tampoco lo es la capacidad de los respectivos programas para lograr entendimiento y atención al componente de desarrollo integral.

La impresión que tenemos a partir de las entrevistas realizadas con distintos actores clave y la revisión de estudios, evaluaciones y Reglas de Operación es que el trabajo con familias ha tenido un efecto sobre prácticas que afectan la nutrición, la prevención y atención de diarreas y problemas respiratorios, y sobre la participación en campañas de inmunización, pero no sabemos si existe un impacto sobre el desarrollo integral. Es probable que esta estrategia requiera de más atención y recursos para lograr un efecto significativo sobre las prácticas de crianza.

En las entrevistas realizadas hemos escuchado opiniones sobre la falta de colaboración entre las tres principales entidades descentralizadas hasta el nivel de municipalidad que ofrecen apoyo a familias: las Secretarías de Salud y de Educación y el DIF. De ahí surgen las siguientes preguntas: ¿Es posible involucrar a las autoridades municipales más directamente para propiciar la cooperación entre estos programas? ¿Existen otras estrategias para lograr sinergias al nivel local?⁶⁶.

⁶⁵ Esta prueba fue cuidadosamente desarrollada y aplicada. No incluye medidas de desarrollo motor, social o emocional, de modo que no es una prueba ni constituye un indicador de “desarrollo integral”. La muestra de niños a los que fue aplicada no incluyó a niños indígenas porque se argumentó que sería injusto hacerlo a menos de que se creara y aplicara una versión especial en las lenguas de los diferentes grupos indígenas. Es interesante constatar que los resultados parecen demostrar que los niños de preescolar se manejan razonablemente bien en las áreas de desarrollo mencionadas, un hallazgo que no corresponde a los resultados de las pruebas estandarizadas para los niveles de educación primaria y secundaria.

⁶⁶ Brasil puede ofrecer modelos. En un programa promovido por UNICEF las municipalidades pueden ganar un sello de certificación como municipalidades que promueven los derechos de los niños y niñas, lo que resulta políticamente atractivo para las autoridades locales. Para obtener la certificación, las municipalidades deben mostrar su compromiso y sus logros respecto de varios indicadores de derechos de la infancia.

6.6 Conclusiones

Las consideraciones presentadas en este capítulo nos llevan a varias conclusiones:

- Existe más coordinación que integración.
- La integración de ideas en un marco conceptual común para guiar acciones en salud, educación, protección social y desarrollo social es una tarea pendiente. Los distintos sectores obedecen a sus propias normas respecto del desarrollo. La Ley de Prestación de Servicios abre la posibilidad de consolidar normas, por lo menos para programas que ofrecen atención en centros.
- No existe una política general sobre el desarrollo infantil integral. En planes y programas, la tendencia es a incluir varios componentes juntos pero sin coordinarlos o integrarlos. Tampoco hay integración o coordinación entre programas dirigidos históricamente a la población asalariada y los que atienden a la población abierta.
- Existen varios esfuerzos por integrar el contenido de los programas pero esto ocurre en paralelo dentro de las diferentes líneas de acción de salud, educación y seguridad social. La integración de contenidos es más fuerte dentro de los programas que entre programas, incluso entre programas dentro de un mismo sector.
- La organización e implementación de programas es todavía vertical y, con excepciones, falta construir una colaboración efectiva, aún dentro de sistemas de entrega de diferentes componentes del mismo programa. Al mismo tiempo, se pueden identificar ejemplos de coordinación operacional que parecen funcionar relativamente bien como el Programa Oportunidades y la Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud.
- Los sistemas de información al nivel nacional todavía no han encontrado la manera de incorporar dimensiones del estatus del desarrollo psicosocial de los niños y niñas para facilitar el seguimiento y para rendir cuentas claras. El proceso de comparecer ante el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas puede verse como un esfuerzo por integrar información sobre la primera infancia.
- La prueba final de la coordinación e integración de componentes del desarrollo infantil temprano es su presencia y aplicación en las familias y comunidades. Hay que entender mejor la operación de las redes sociales establecidas para promover acciones de desarrollo integral al nivel de las comunidades. Nuestra impresión es que funcionan a medias. Para lograr una mejor integración a este nivel es necesario prestar más atención que en el pasado a la “convergencia” de programas y componentes en las comunidades y familias. Además, parece importante construir una política y estrategias concretas de colaboración e integración entre servicios de salud, educación y bienestar al nivel local de municipalidades para lograr los resultados esperados.



Tercera Sección

Costos y financiamiento



Capítulo 7

Costos y financiamiento

Notas aclaratorias y precauciones para la interpretación

Aunque los términos “costos” y “financiamiento” están íntimamente relacionados, significan cosas muy distintas. El costo de una acción se refiere al valor de los recursos que se usan (o deberían usarse) para lograr un objetivo. La pregunta formulada en este estudio referida al costo es “¿cuál es el valor de los recursos que se usan (o deberían usarse) para ayudar a los niños a desarrollarse óptimamente?”. Otra pregunta que frecuentemente se formula es “¿a cuánto asciende el costo en que un determinado programa incurre por cada niño para promover el DIT?”. El financiamiento se refiere a la obtención y administración de recursos que se requieren para cubrir los costos reales o construidos a partir de un modelo. ¿De dónde salen (o pueden salir) los recursos? ¿Cuáles son las estrategias para financiar el DIT? ¿Quién financia (o debería financiar) el costo de las actividades diseñadas para favorecer el nivel deseado de DIT? ¿Cuál es el flujo que siguen los recursos en el sistema y quién los administra? Antes de iniciar la discusión sobre los costos y el financiamiento del DIT, ponemos a consideración del lector algunas reflexiones.

La relación entre costo y resultado. Calcular el costo de algo sin referirse al objetivo deseado puede resultar engañoso. Una opción de bajo costo puede ser atractiva porque usa pocos recursos (o quizá porque se encuentra en los límites de los recursos disponibles) pero puede producir pocos

o ningún resultado y representar un desperdicio mientras es posible que una opción de mayor costo produzca buenos resultados. Aunque solemos pensar que las opciones de mayor costo tienden a producir mejores resultados, esta relación no siempre es lineal o siquiera clara. Esta precaución en las interpretaciones de los resultados se hace para dejar claro el argumento obvio, pero no siempre considerado, de que no debe juzgarse a los programas o servicios solo a partir de su bajo o alto costo. En este documento no contamos con la información suficiente para considerar sus resultados como evaluaciones de impacto ni análisis de costo-beneficio. La posible interpretación de las relaciones entre costos y beneficios será apenas inferida e indirecta.

Como se ha sugerido a lo largo del documento, el resultado que buscamos en los programas analizados es el desarrollo de niños menores de cinco años. Además, se ha dejado en claro la diferencia entre el desarrollo infantil temprano (el desarrollo armónico entre lo motor, lo cognitivo, el lenguaje, lo social y lo emocional) y el solo crecimiento (el hacerse más grande), la supervivencia y el buen estado de salud. Ya hemos sugerido que el estado nutricional y de salud de los niños así como las condiciones que pueden mejorar ese estado, ya sea identificando enfermedades o previniéndolas, son actividades básicas para promover el desarrollo, pero no pueden garantizar que este se lleve a cabo⁶⁷.

De esta manera, al estimar los costos se requiere de un juicio acerca de qué

⁶⁷ Establecemos nuestro desacuerdo con la noción de que un buen estado de salud y de nutrición produce por sí solos y en forma espontánea el desarrollo.

condiciones o acciones para favorecer el desarrollo son necesarias. Hemos considerado una visión relativamente amplia que contiene programas y servicios de salud y nutrición dirigidos a la primera infancia (incluyendo a las madres durante el periodo prenatal) aun si no incorporan específicamente un componente de desarrollo. Menos claro era considerar –y cómo hacerlo– los costos de otros programas que se dirigen a mejorar en general las condiciones del hogar y que, sin realizar acciones que afecten explícitamente a los niños pequeños, podrían influir en el desarrollo infantil. No se incluyeron en este estudio, por ejemplo, aquellos programas que se proponen para mejorar las viviendas, que proporcionan agua potable o en general educación para adultos o niños más grandes, que incrementan el “capital educativo”. Tampoco se incorporaron programas dirigidos a mejorar la inclusión de adultos en el mercado laboral o aquellos que promueven la organización productiva de miembros de la familia. Podría argumentarse que todos estos programas contribuyen de alguna forma a mejorar el desarrollo infantil y, en teoría, una parte de su presupuesto debería considerarse para determinar el efecto en el DIT. Por ello, seguramente este estudio subestima el valor de los recursos que proporciona el gobierno para la promoción del desarrollo infantil.

Costos programados, ejercidos o estimados. En la mayoría de los casos, el gasto programado o ejercido diferirá del

presupuesto que debería ser programado o ejercido. Bajo esta concepción, los costos necesarios para poder lograr un objetivo podrían ser estimados a partir de la suma de gastos que se emplean para tratar de producir el efecto deseado. Alternativamente, los costos pueden ser reconstruidos a partir de la estimación de lo que idealmente debería considerarse para producir los resultados. El primer procedimiento implica la búsqueda de gastos programados o ejercidos, o la observación y contabilización de las actividades que en efecto se desarrollan en un programa o centro determinado. El segundo requiere de la construcción de un modelo basado en resultados de investigación así como de la experiencia y el cálculo de sus costos⁶⁸. En este documento usaremos casi de manera exclusiva información de presupuesto y gasto ejercido para estimar el valor de los recursos empleados en los programas que se considera promueven el DIT, y no presentaremos estimaciones de lo que debería ser invertido para obtener un mínimo de resultados. Por lo general, lo que en verdad se gasta es más bajo que lo que la “ciencia” y la experiencia nos indican que debería gastarse. Esto es así porque los recursos son limitados y dominan las “segundas mejores opciones”⁶⁹.

Gastos públicos y privados. Los costos siempre son pagados por alguien. Si lo que interesa es saber cuánto le cuesta al gobierno cada servicio, la estimación de costos será muy distinta de la estimación

⁶⁸ Este método es poco usado para estimar costos pero puede ser extremadamente revelador y productivo, especialmente si se compara con los costos reales. Véase por ejemplo Williams (2004).

⁶⁹ Ocasionalmente, sin embargo, estas diferencias pueden presentarse de manera contraria. Por ejemplo el valor de ciertos recursos puede inflarse por los costos de salarios impuestos por sindicatos poderosos o por la compra de materiales costosos que no producen mejores resultados que el uso de materiales más baratos.

que se necesitaría para conocer lo que le cuesta a un individuo, a una familia o a la sociedad en su conjunto. Así, considerar solamente lo que gasta un gobierno en determinado programa que favorece el DIT y dividirlo entre el número de niños atendidos solo nos da una estimación gruesa de los gastos ejercidos por el gobierno y una aproximación más alejada de los costos totales (este estudio usa este procedimiento para calcular el gasto unitario). Para estimar los costos a la sociedad en su conjunto es necesario considerar también el costo no cubierto por el gobierno que pagan los participantes en el programa (incluyendo las cuotas que las familias deben pagar o el valor de la “corresponsabilidad”). También es necesario agregar los costos de actividades que son financiadas de forma independiente por individuos o asociaciones privadas o sociales. Este documento se centra en los costos y el financiamiento ejercidos por el gobierno para favorecer el DIT pero en ocasiones ha sido necesario considerar los gastos ejercidos por otras figuras.

Costos no monetizados. El cálculo del costo total de una actividad o programa debería incluir el valor del tiempo y de los recursos en especie que han sido utilizados. La tendencia es a hacer la estimación y comparación de los costos monetarios sin considerar estos elementos. Desafortunadamente ello conduce en ocasiones a una considerable subestimación de los costos de los programas y los datos resultantes pueden no reflejar los costos reales o totales de un programa. Más aún, ello nos lleva a no reconocer a quienes financian actividades con su tiempo y recursos en especie. Por ejemplo, los voluntarios en un programa donan su tiempo (que podría

estar dedicado a otras actividades). Si un programa requiere de un alto grado de tiempo donado, este debería ser reconocido, al menos para planear la contingencia de tener que remplazar el tiempo de voluntarios y mantenerse en funciones. Aquí no se abundará en este debate y nos será imposible cuantificar estos costos pagados por voluntarios y los pagos realizados en especie.

Lo que quisiéramos saber

De este análisis quisiéramos conocer, idealmente:

1. ¿Qué tan importante es el DIT en la agenda del gobierno federal según se refleja en la proporción del presupuesto total asignado a este fin y a otros sectores que tienen en parte el objetivo de favorecer el DIT? ¿Este gasto ha cambiado durante los últimos años? ¿Qué indica el presupuesto de 2012 respecto de las políticas actuales?
2. ¿Cuál es el costo por niño para los diferentes programas?
3. ¿Qué estrategias (consideradas según su presencia o ausencia en programas y servicios específicos) se ven favorecidas por el financiamiento y a qué costo relativo?
4. ¿De dónde salen los recursos? ¿Quién los paga?
5. ¿Cómo se distribuyen los recursos? ¿Qué tan equitativa es su distribución? Ello, considerando:

- a. Niños de familias derechohabientes de la seguridad social comparados con niños de la población abierta.
- b. Niños de áreas rurales en comparación con niños de áreas urbanas.
- c. Niños de áreas de alta marginación comparados con otras áreas.
- d. Niños indígenas comparados con otro tipo de niños.
- e. Niños con necesidades especiales (como discapacidad) comparados con otro tipo de niños.

Este documento solo podrá presentar respuestas parciales a estas preguntas.

Método

Se ha recabado información de los informes gubernamentales sobre gastos presupuestados y gastos ejercidos publicados anualmente. En su mayor parte, la información se obtuvo del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), publicado en internet por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). En algunos casos se ha podido encontrar información específica por programa, ya sea por la existencia de evaluaciones o por conversaciones con los funcionarios responsables. Los costos unitarios fueron calculados usando la información presupuestal pero también la de estudios que han hecho este esfuerzo previamente.

El uso de los datos proporcionados por el presupuesto federal acarrea ciertas

dificultades debido a la forma en que la información ha sido clasificada y a su nivel de desagregación. En efecto, una primera conclusión de esta investigación debe ser que, aun antes de revisar los números, el DIT no es de una alta prioridad debido a que el presupuesto no está organizado de forma tal que resulte fácil determinar cuánto se ha invertido en DIT y porque muchos de los programas específicos se encuentran escondidos en los presupuestos de programas más amplios.

Organización del capítulo

El capítulo se organiza según las cinco preguntas presentadas anteriormente. Comienza con un análisis general del presupuesto de 2008 a 2012 para brindar una idea de la proporción del gasto destinado a los programas más importantes en comparación con los sectores a los que se dirigen. Tras ello se presentan los datos disponibles acerca de los costos unitarios. Después se examinan las estrategias de financiamiento para favorecer el DIT con el fin de identificar aquellas que son y no son utilizadas.

7.1 ¿Cuánto gasta el gobierno para servicios y programas del DIT?

Para responder a esta pregunta es necesario conocer cuánto se ha gastado en todas las estrategias, programas y servicios que comparten este objetivo. Ello no ha sido posible porque esta información no está disponible. Para aproximarse a una respuesta, se hizo una revisión del Presupuesto de Egresos Federales, poniendo énfasis en información sobre algunos de los programas a los que nos hemos referido en este documento

Tabla 7.1. Análisis de Presupuesto: Programas que consideran el desarrollo infantil temprano. Estrategias 1 y 2. (Apoyo y educación a la familia / Prácticas de crianza y programas de atención especializada e individual para madres y niños)
(Millones de pesos)

Programa	Presupuestado			Variación	
	2008	2011	2012	2008-2012	2011-2012
Estrategia 1. Apoyo y Educación a la Familia/Prácticas de Crianza					
Educación Inicial No-Escolarizada (CONAFE)	n.d.	424,7	427,5	n.d.	+0,6%
Educación inicial y básica para la población rural e indígena	2.051,0	2.783,4	2.739,9	+36%	-1,5%
Estrategia 2. Programas de atención especializada e individual a madres y niños					
Seguro Médico para una Nueva Generación	2.641,2	2.563,3	2.653,0	+0,4%	+3,5%

Fuentes: Presupuestos de Egresos de la Federación, 2008, 2011 y 2012. CONAFE, Departamento de Finanzas.
n.d.: No se dispone de información.

Estrategia 1: Financiamiento de programas que brindan apoyo y educación a la familia para cambiar las prácticas de crianza

A. Programa de Educación Inicial No-escolarizada de CONAFE

Se trata del único programa dedicado explícitamente a educar a padres sobre el desarrollo infantil en comunidades rurales e indígenas y además contempla áreas urbano-marginadas. Este programa forma parte de la estrategia más amplia llamada Programa Compensatorio para Abatir el Rezago Educativo en Educación Inicial y Básica. De acuerdo al Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) el presupuesto para 2012 de este programa ascendió a 312'100.000 de pesos. De acuerdo al CONAFE el presupuesto real será mayor, llegando a 427'520.632 de pesos (cerca de US\$ 34'200.000).

Si se compara el presupuesto destinado al CONAFE con el presupuesto total para programas de educación (Ramo 11) (251.764'577.932), puede notarse que la cantidad corresponde a dos décimos del 1% del total.

La Tabla 7.1 muestra un pequeño incremento absoluto en el presupuesto para este programa de 2011 a 2012 pero no suficiente para mantenerlo por arriba de la inflación.

B. Educación inicial y básica para la población rural e indígena

Es difícil interpretar la cifra de 2.739,9 millones de pesos presupuestados en 2012 para la educación inicial y básica de la población rural e indígena. No pudo hallarse información que permitiera desglosar los niveles educativos, particularmente diferenciar a la educación inicial de los tres niveles de educación básica y, dentro de esta, al preescolar de la primaria y secundaria (que correspondería a la estrategia 3) para poder contrastarla con la educación a padres.

C. Educación a padres proporcionada por centros infantiles

Aunque no aparece explícitamente en la Tabla, sabemos que algunos centros

infantiles –de hecho muy probablemente la mayoría– proporcionan servicios educativos a los padres usuarios de los centros. No hay forma de conocer qué proporción de los recursos –que serán analizados en la estrategia 3– se dedica a la educación a padres (por ejemplo IMSS, ISSSTE, Estancias, DIF u otros servicios). Sin embargo, si consideramos que en el mejor de los casos hay reuniones con los padres con este propósito una vez al mes por un periodo de dos horas, el tiempo dedicado por el personal a esta actividad es muy pequeño (probablemente menos del 2%) y habría otros gastos menores involucrados. En otras palabras, la inversión para esta actividad debe ser mínima.

D. Redes Sociales de Salud y Oportunidades

Al igual que el caso anterior, el presupuesto no aparece desglosado como para poder calcular qué proporción del presupuesto dado a IMSS-Oportunidades o a las redes de Oportunidades se destina a la educación a padres para promover el DIT. Pero además se identificó que la mayor parte de los recursos utilizados para la realización de los talleres proviene del trabajo voluntario de los vocales. Como ya se ha discutido previamente, los contenidos predominantes de estos talleres tienen que ver con la prevención de enfermedades y el mejoramiento del estado nutricional, con poco o ningún tiempo dedicado a tratar temas de DIT. Por el momento la conclusión no puede ser sino que las actividades tendientes a favorecer el DIT están prácticamente ausentes.

Conclusión: El financiamiento para esta estrategia de promoción del DIT es muy pequeño y apenas visible en la agenda. Aunque existen algunas nuevas iniciativas, estas todavía no están explícitamente presentes en el presupuesto general y no se financian de una manera significativa.

Estrategia 2: Costos de programas de atención especializada e individual a madres y niños

En esta estrategia se enfatizan los programas que atienden directamente a las mujeres embarazadas y a las madres lactantes durante los primeros meses de vida de sus bebés. No se pudo encontrar la información suficiente para analizar los costos del Programa Embarazo Saludable, así que se hará referencia al Seguro Médico para una Nueva Generación.

A. Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG)

En la Tabla 7.1 se puede encontrar la cantidad presupuestada por el gobierno federal para el programa SMNG. Adicionalmente, los gobiernos estatales están obligados a proveer otros recursos que no aparecen reflejados en la cifra correspondiente. Algunos de esos recursos pueden tener un origen federal transferido a través del Ramo 33. La cantidad de las contribuciones de los estados solo puede ser estimada al final del año dado que la suma depende del número de nuevas afiliaciones y de los tratamientos de urgencia que el programa debe atender.

La Estrategia de Desarrollo Infantil (EDI) es el proyecto dentro del Seguro Popular y SMNG responsable de diagnosticar y evaluar el desarrollo infantil así como de atender a los niños con rezago (a través de educación a padres). Esta Estrategia se deberá financiar con recursos del Seguro Popular, SMNG, Oportunidades-Salud y recursos estatales de salud. Idealmente, un programa como este debería acompañarse no solamente de la capacitación al personal de salud de oficinas centrales y en localidades sino además de la contratación de nuevo personal, particularmente para centros de atención primaria donde el personal ya se encuentra saturado. Sería interesante hacer el ejercicio de construir estimaciones de lo que costaría proveer adecuadamente dicho servicio en diferentes contextos bajo diferentes supuestos (relacionados con la cantidad del trabajo que podría depender de voluntarios y cuánto de este requiere la contratación de personal nuevo).

Estrategia 3: Programas de atención en centros de cuidado infantil

Esta sección trata exclusivamente del presupuesto destinado a la atención de niños en centros, el mismo que se describe en la Tabla 7.2.

A. Programa Estancias Infantiles de SEDESOL (PEI)

La cantidad de 2.915,5 millones de pesos destinada al PEI representan el 3,4% del presupuesto total asignado a la Secretaría de Desarrollo Social (Ramo 20 = 84.860 millones de pesos). El presupuesto comprometido para el PEI se incrementó significativamente durante 2008 y 2009 mientras el programa arrancaba y se expandía en cobertura, aunque se estancó entre 2010 y 2012. Aunque al ver la Tabla 7.2 parecería que hubo un retroceso en la inversión entre 2011 y 2012 debe

Tabla 7.2. Análisis de Presupuesto: Programas que afectan el desarrollo infantil temprano. Estrategia 3 (Atención en centros de cuidado infantil) (Millones de pesos)

Programa	Presupuestado			Variación	
	2008	2011	2012	2008-2012	2011-2012
Estrategia 3. Atención en centros de cuidado infantil					
PEI – SEDESOL	1.499,2	3.000,5	2.915,5	+94,5%	-2,8%
PEI – DIF	n.d.	202,4	624,5	-	+209%
Guarderías IMSS	9.011,4	7.954,9	8.160,6	-9,4%	+2,6%
EBDI - ISSSTE	1.274,9	1.126,3	1.271,0	0,0	+12,8%
CENDI - SEP	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Fortalecimiento a la educación temprana y desarrollo infantil (incluye CENDI) – SEP	600,0	550,0	700,0	+16,7%	+27,2
Programa para la Protección y Desarrollo Integral de la Infancia - DIF	135,5	143,6	145,0	+7,0%	+0,9%

Fuentes: Presupuestos de Egresos de la Federación, 2006, 2011 y 2012.
n.d.: No se dispone de información.

considerarse que el DIF –en el segundo reglón de la misma tabla– comenzó igualmente a operar dentro del PEI, de tal forma que el presupuesto total para estancias sería la suma de las dos primeras filas de la tabla, o 3.540 millones que, comparados con los 3.202,9 millones de 2011, indica un incremento de 10,5%.

Pese a este incremento, como se discutió en el capítulo 5, el tamaño de los subsidios por niño entregados a los proveedores no ha variado en cuatro años y el crecimiento en el número de centros no ha disminuido.

B. Guarderías del IMSS

El programa más caro de atención directa a los niños en centros es el programa de Guarderías del Instituto ofrecida por el Instituto Mexicano de Seguro Social con un presupuesto de 8.160,6 millones de pesos para 2012, lo que equivale a un poco más de US\$ 652'000.000.

Desde 2008 se aprecia que el presupuesto decayó, lo que refleja la clausura de algunos centros, así como los estragos de la crisis en el periodo que va de 2008 a 2010. Sin embargo, entre 2011 y 2012 los recursos se elevaron ligeramente.

Debería ser relativamente fácil realizar una comparación entre el presupuesto destinado a los diferentes modelos proporcionados por el IMSS. Sin embargo, no fue posible encontrar la información desagregada para poder hacerlo. Claramente, los modelos de administración indirecta –los subrogados– cuestan al gobierno menos que los modelos administrados directamente por el IMSS.

C. Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil (EBDI) del ISSSTE

Los fondos directos reflejados en el presupuesto para los centros del ISSSTE se han mantenido sin cambio entre 2008 y 2012. No obstante, como en el caso de las guarderías del IMSS, hubo una caída en la inversión entre 2009 y 2011, lo que refleja la crisis económica. Aunque hubo un incremento en 2012, este solo recuperó el nivel de 2008, de tal manera que se evidencia que la inversión no ha crecido con la inflación.

De acuerdo a las Reglas de Operación para las EBDI de ISSSTE, las instituciones gubernamentales cuyos empleados son los derechohabientes deben contribuir con el equivalente del 50% del costo del servicio. Si esto fue así, entonces la inversión gubernamental tendría que haber sido el doble del valor que se presenta en la Tabla 7.2, es decir 2.542 millones de pesos (cerca de US\$ 20,3 millones).

D. Centros de Desarrollo Infantil (SEP)

Según las estadísticas educativas oficiales, un total de 236.924 niños fueron atendidos en los CENDI, algunos de los cuales son operados por la Secretaría de Educación Pública, otros por entidades de los estados de la República que por alguna razón no son considerados parte del ISSSTE e incluso por algunas instituciones privadas que son supervisadas por la SEP. El sistema de CENDI es responsabilidad de los departamentos de Educación Inicial de las entidades federativas, algunos de los centros operan de forma independiente y otros son parte de la organización de

Educación Preescolar. Para poder calcular el financiamiento de los CENDI y rastrear sus diferentes fuentes (federal, estatal, municipal y privada) sería necesario explorar cada una de las estrategias utilizadas en los estados para tratar de establecer las formas complejas y enredadas de su financiamiento.

Se sabe que la educación integral proporcionada por los CENDI tiene una alta inversión ya que incluye una variedad de tipos de atención descritos brevemente en el capítulo 4. No sería sorprendente encontrar que el costo unitario es comparable con el de las guarderías del IMSS o las Estancias del ISSSTE. Para hacer una estimación conservadora del costo unitario de los CENDI tomaremos la cifra de 24.000 pesos anuales por niño⁷⁰. Utilizando esa cifra para multiplicarla por la matrícula obtenemos un total de 5.686.2 millones de pesos (US\$ 454.9 millones). Sin embargo, aun si esta cifra se aproxima a la usada en los CENDI, es necesario decir que no es una cifra completamente independiente de las proporcionadas anteriormente ya que la estadística de matrícula incluye la matrícula de IMSS, ISSSTE y DIF. No se sabe cuántos de los usuarios de CENDI son empleados de la SEP u otras instituciones gubernamentales que no son atendidos por el ISSSTE. De esta forma, los recursos asignados a los CENDI corresponden a una parte de esos 5.686.2 millones de pesos. Para nuestra estimación conservadora, consideraremos que un 20% de los recursos para los CENDI

provienen de fuentes distintas a las ya mencionadas. Ello equivaldría a 1.137,24 millones de pesos (US\$ 90'979.000).

E. Programa de Fortalecimiento de Educación Temprana y Desarrollo Integral (PFETyDI) (SEP)

Nuestros esfuerzos por documentar la forma en la que se han utilizado los 700 millones de pesos que aparecen como presupuesto asignado a este programa no han sido productivos⁷¹. Esta cantidad es mayor que la asignada al Programa de Educación Inicial No Formal del CONAFE, el programa más grande del país dirigido a la educación de padres. En el presupuesto esta cantidad aparece desde 2008 en el concepto de “ampliaciones” que realiza el Congreso al presupuesto original.

Si sumamos el total de fondos estimados para la atención a la infancia temprana en servicios de cuidado para 2012 encontramos que las cifras en millones de pesos son las siguientes:

Estancias	2.915,5
Estancias DIF	624,5
Guarderías IMSS	8.160,6
EBDI ISSSTE	1.270,0
CENDI –SEP	1.137,2
FETyDI – SEP	700,0
DIF	145,0
Total	14.952,8
	(US\$ 1.196,2 millones)

⁷⁰ Esta cifra proviene de una estimación presentada por el Gobernador de Colima durante la inauguración de varios CENDI en ese Estado, basados en un modelo de Nuevo León (descrito en el capítulo 4).

⁷¹ Lo que es interesante y difícil de explicar es que estos fondos de hecho no han sido utilizados en el programa de Fortalecimiento de Educación Temprana y Desarrollo Infantil, que lleva a cabo algunas actividades con recursos provenientes del presupuesto de Educación Básica. No pudo determinarse quién recibe y usa este presupuesto.

Sin duda, esta cifra subestima la inversión porque no se han incluido los subsidios otorgados a instancias como Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA), Universidades Públicas y otras. Tampoco hemos considerado que la inversión reportada para el ISSSTE sea del 50% de lo que debería ser. Con todo ello, el total del financiamiento federal asignado a esta estrategia es probablemente un 10% mayor al presentado aquí. Esto significaría que el total estimado se elevaría a un poco más de 16.000 millones de pesos o cerca de 1.300 millones de dólares (el presupuesto para educación preescolar no ha sido incluido en esta estimación). Aunque esta cifra representa una considerable inversión en DIT, la suma representa menos del 0,5% del presupuesto programable⁷² en el presupuesto nacional para 2012.

F. Preescolar SEP

A la suma anterior debería haberse agregado el presupuesto asignado a la educación preescolar. Sin embargo, las cifras disponibles etiquetan su financiamiento junto con toda la educación básica y no ha sido posible desagregarlas. Las cifras presentadas por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) reportan que el gobierno mexicano gastó 0,59% de su PIB para la educación preescolar (OCDE 2011). Eso significaría que en 2008 se invirtió en este nivel 71.452 millones de pesos. El gasto total para la educación (Ramo 11,

Ramo 25 y Fondo de Aportaciones para la Educación Básica y Normal-FAEB del Ramo 33) en ese entonces representó 420.000 millones de pesos. Es decir, el presupuesto destinado a la educación preescolar equivalió al 17% de la inversión total. Esto nos parece difícil de creer.

En síntesis:

Una conclusión básica de este ejercicio debe ser que el Programa de Estancias Infantiles iniciado por el Presidente Felipe Calderón representó un importante compromiso de nuevos recursos que, a pesar de que su objetivo explícito es ayudar a las madres a participar en el mercado laboral, tiene un componente de DIT que ha ganado importancia. Este compromiso constituye un nuevo esfuerzo por favorecer el DIT a través de atención directa en centros a bajo costo⁷³ con el fin de extender la cobertura de manera rápida.

Notamos igualmente que, pese a que se invierten cantidades considerables en los programas que favorecen el DIT a través de la atención directa en centros, estas cifras son relativamente pequeñas comparadas ya sea con el gasto social total o con el Producto Interno Bruto.

El análisis del gasto revela inequidades. Por ejemplo, la cantidad destinada a los niños hijos de derechohabientes (considerando tanto al IMSS como al ISSSTE) equivale a 2,5 veces lo que se asigna para la población abierta aun

⁷² El gasto neto total para 2012 (según el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2012) fue de 3.706.922.200.000. De este monto, se clasifica como "programable" aproximadamente 2.821.000.000.000. Se excluye rubros como el pago de la deuda pública y las participaciones de Entidades Federativas y Municipios.

⁷³ Los costos se mantuvieron bajos al contratarse personal con salarios bajos y transferir una parte de la carga a los usuarios a través de sus cuotas.

a pesar de que la cantidad de niños atendidos por la primera estrategia es ligeramente menor a la atendida por la segunda. Si a ello agregamos el apoyo a los CENDI, los centros de PEMEX, SEDENA y otros organismos semiautónomos, podríamos estimar que el gasto para niños de familias derechohabientes es 3 veces mayor al de niños de la población abierta. Esta inequidad reaparece en nuestro análisis acerca de los costos unitarios. Además, el hecho de que la atención en centros es una modalidad predominantemente urbana significa que los grupos rurales e indígenas reciben menor atención.

Debido a la ausencia de datos que muestren la inversión para la educación preescolar, nuestra estimación, basada en la de la OCDE, da como resultado una cifra alta respecto del monto total asignado a la educación. Una estimación más cuidadosa de este punto llenaría el vacío del presente diagnóstico.

7.2 ¿Cuál es el costo unitario para los diferentes programas?

En la Tabla 7.3 presentamos estimaciones gruesas que han sido calculadas a partir de diferentes fuentes para aproximarnos a estos costos unitarios. Estas estimaciones deben tomarse con precaución aunque muestran tendencias generales. Los programas incluidos en la tabla fueron descritos en los capítulos 3 y 4 y son parte de la Estrategia 1: *Apoyo y educación a la familia para mejorar prácticas de crianza* (en el caso del CONAFE) o de *atención especializada individual de madres y niños*.

Estrategias 1 y 2

Educación Inicial No-escolarizada (CONAFE)

El costo unitario se obtuvo simplemente dividiendo el presupuesto anual para 2012 entre el número de niños atendidos

Tabla 7.3. Estimaciones gruesas de costos unitarios financiados con fondos públicos de los programas de atención a niños y niñas menores de 5 años de edad

Programa	Presupuesto 2012	Atendidos 2011	Costo Unitario/año	
			Pesos	US dólares
Educación Inicial No-Escolarizada CONAFE	427.520.632	452.599	944	76
SMNG	2.653.000.000	4.444.227	597	48
Embarazo Saludable	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Oportunidades: Apoyo Infantil*	2.068.933.860	1.642.011	1.260	101
PAL**	3.545.890.000	677.000 familias	5.237	419
PASL	13.797.000	3.800.000	3,6	0,29

*Tomados de tabuladores proporcionados por la Dirección General de Información Geoestadística, Análisis y Evaluación, Oportunidades.

**La cobertura corresponde a 2010. Fuente: CONEVAL 2012.

en 2011. Esto da como resultado una estimación de 944 pesos por niño (aproximadamente US\$ 76).

Otra forma de calcular el costo unitario de este programa es tomar el salario asignado a cada promotor (844 pesos mensuales o 10.128 pesos anuales)⁷⁴, multiplicarlo por el número de comunidades atendidas (27.757) (suponiendo que opera un grupo de padres en cada comunidad) y después dividir el número resultante entre el número de niños atendidos. Este proceso lleva a estimar un gasto unitario de 621 pesos o cerca de US\$ 50. Esta estrategia subestima los gastos pues no considera los costos de la supervisión, capacitación continua o administración.

La inversión en el SMNG representa sin duda una considerable inversión en el bienestar infantil. Es asimismo un componente principal del Sistema Nacional de Protección Social en Salud.

Embarazo Saludable

Desafortunadamente no fue posible encontrar cifras que nos permitieran estimar los costos unitarios para este programa. En principio, parecería que pocos o ningún recurso de este programa es usado explícitamente para mejorar el DIT y cualquier efecto ocurriría indirectamente a través de la supervivencia y mejor salud de las madres.

Seguro Médico para una Nueva Generación

En este caso la estimación del costo unitario fue de 597 pesos (US\$ 46), empleados para cubrir un amplio rango de servicios médicos. A primera vista, parecería que, por su bajo costo unitario, comparado con el programa de Educación Inicial no Formal del CONAFE el programa SMNG tiene un potencial de costo-beneficio mucho más alto y una cobertura significativamente más amplia. Sin embargo, esta primera apreciación sería incorrecta pues, centrándose en el desarrollo infantil temprano, apenas una pequeña e inestimada proporción de ese presupuesto se usa específicamente para incorporar acciones tendientes a promover el DIT, además de que se desconocen los efectos logrados.

Programas de nutrición

Las sumas presentadas para los programas de nutrición son relativamente grandes como lo son las cifras de niños atendidos. La cantidad que se refleja en la Tabla 7.3 de 1.260 pesos anuales por niño para el programa *Apoyo Infantil Vivir Mejor* de Oportunidades solo incluye las transferencias de dinero de 105 pesos mensuales por niño. La cifra representa el total, que incluye a niños de hasta 9 años, lo que significa que aproximadamente el 50% corresponde a niños menores de 5 años. De acuerdo a las Reglas de Operación, la cantidad de 105 pesos es la misma para todas las edades. Existen otras transferencias monetarias para alimentación, ya sea para la unidad familiar o para los mayores de 70 años, con un límite superior de 450 pesos mensuales

⁷⁴ Debe notarse que esta cantidad corresponde al 80% del salario mínimo. No se espera que los promotores trabajen a tiempo completo pero sí que preparen las sesiones e idealmente realicen visitas domiciliarias durante la semana.

por familia. Algunos de estos fondos podrían estar usándose para los niños, pero no sabemos si esto ocurre.

La información sobre el Programa PAL se ha tomado de CONEVAL y corresponde al año 2010. El costo unitario parece elevado y probablemente debe disminuir debido a que algunas familias pueden tener más de un niño que se beneficia del programa.

Como ya se ha comentado en el capítulo 3, no tenemos una idea clara acerca de cuántas personas participan en más de un programa.

Estrategia 3: Atención en Centros de Cuidado Infantil

En la Tabla 7.4 se presenta una aproximación gruesa a los costos unitarios para las diferentes modalidades de atención a niños en centros, para lo cual se han utilizado cifras del

presupuesto de 2012 y el número de niños beneficiados durante 2011. Se asume que la cifra de niños atendidos no variará significativamente en estos años.

A continuación se examinan estas cifras para cada caso y se comparan con las obtenidas por otros estudios.

A. Estancias de SEDESOL

La estimación gruesa de 10.949 pesos (US\$ 876) corresponde a los gastos del gobierno para operar este programa. Sin embargo, las familias usuarias de estos servicios también colaboran pagando una cuota mensual. En promedio, esta cuota se ubica en los 350 pesos mensuales, por lo que habría que agregar otros 4.250 pesos (US\$ 340) al costo unitario calculado para aproximarnos al costo total⁷⁵. Ello resulta en US\$ 1.216 por niño por año, de los cuales un 28% es cubierto por los usuarios del servicio.

Tabla 7.4. Estimación gruesa de costos unitarios financiados con fondos públicos Centros de cuidado

Programa	Presupuesto 2012	Atendidos 2011	Costo Unitario/año	
			Pesos	US dólares
Estancias (SEDESOL)	2.915.500.000	266.269	10.949	876
IMSS Guarderías	8.160.600.000	206.078	39.600	3.168
ISSSTE (EBDI)	1.271.000.000	37.740	33.676	2.694
SEP - CENDI	n.d.	236.924*	n.d.	n.d.
CADI	n.d.	52.248	n.d.	n.d.
CAIC	n.d.	82.150	n.d.	n.d.
Educación preescolar**	n.d.	4'670.216	n.d.	n.d.

* Cobertura CENDI 2011. Fuente: SEP. "Quinto Informe de Labores", p. 183, Educación Extraescolar.

** Cobertura preescolar 2011. Íd. p. 103.

n.d. = información no disponible.

B. Guarderías IMSS

Esta cifra (39.600 pesos o US\$ 3.168) representa un promedio que debería ser desagregado según el tipo de centro. Así podría reflejarse la diferencia entre el costo que tienen los centros administrados directamente por el IMSS y el costo de centros operados por terceros. Los primeros tienen un costo significativamente mayor por niño debido a que el personal es más numeroso y más capacitado y ofrecen un mayor número de servicios que los centros operados por terceros. En estos últimos, parte de los gastos pueden estar siendo cubiertos con las cuotas de sus usuarios.

federales, pero desconocemos si ello se refleja en este presupuesto.

En el capítulo 5 se citó un documento oficial del ISSSTE que estableció el costo unitario de atención por niño en el servicio de estancias para 2009 en 46,3 miles de pesos anuales, la mitad pagados por el ISSSTE y la otra mitad por las instancias gubernamentales donde laboran los derechohabientes. De acuerdo al tipo de cambio de 13 pesos por dólar, ello equivale a US\$ 3.562 anuales por niño, un monto un poco más elevado que la estimación obtenida dividiendo el presupuesto corriente por el número de niños atendidos.

C. Estancias de Bienestar y Desarrollo Integral del ISSSTE

Esta estimación (33.676 pesos o US\$ 2.694) puede ser imprecisa pues desconocemos si la cantidad presentada en el presupuesto de 2012 incluye todas las fracciones presupuestales que aportan las diferentes áreas de gobierno a los centros que administra el ISSSTE. Por ejemplo, pudimos ver que el Sector Salud presupuesta para Estancias 219.000.000 de pesos. Tenemos la impresión de que esta cifra representa solo la contribución del Sector Salud. Nuestros informantes clave afirman que el 50% del costo de las EBDI es cubierto por las instancias gubernamentales cuyos trabajadores son derechohabientes. De esta manera, todos los fondos son

D. CENDI

Debido a que en el PEF no aparece una cifra específica para el financiamiento de los CENDI, no puede ofrecerse un cálculo grueso del precio unitario de este servicio. Como se ha indicado previamente, una estimación proporcionada por el Estado de Colima sitúa este precio en 24.000 pesos (US\$ 1.920) anuales por niño.

E. CAIC y CADI

Carecemos de información sobre este servicio. No pudo ser encontrada ni en la literatura ni en la información oficial disponible en internet.

⁷⁵ Además, hay una cantidad no determinada del presupuesto gubernamental total que ha sido pagada a proveedores para mejorar las condiciones de los centros de acuerdo a las normas. La cantidad total asignada será pequeña, ya que el número de niños y centros se ha mantenido estable. De cualquier forma, dicha cantidad será amortizada, digamos, por un periodo de 10 años, de tal forma que el costo anual por niño se reduciría ligeramente cada año. Es por ello que el efecto sobre el costo unitario es mínimo.

F. Educación Preescolar formal

Desafortunadamente, para esta modalidad tampoco pudo encontrarse una cifra oficial que permita estimar el costo unitario. Sin embargo, en las estadísticas de la OCDE (2008) se reporta una estimación anual por niño de US\$ 2.391. Además, un estudio de campo con una pequeña muestra de 8 preescolares (7 de los cuales eran rurales) (Myers 2008) reporta estimaciones del costo total anual por niño que van de los 9.011 a los 18.109 pesos (de US\$ 850 a US\$ 1.708) con un costo promedio por niño de 14.598 pesos (US\$ 1.377). El estudio también determinó que, en las ocho escuelas, el gobierno cubría solo un 45% del gasto total combinando el gasto federal, estatal y municipal, es decir unos 6.569 pesos (US\$ 620) y la diferencia la asumían principalmente las familias. Esta estimación considera solo los gastos locales; no incluye los gastos administrativos en los niveles estatal y federal.

7.3 ¿Cuáles son las estrategias y mecanismos de financiamiento utilizados para apoyar el desarrollo infantil?

Esta sección comienza con estrategias y mecanismos que, hasta donde sabemos, no son utilizados por el gobierno para proveer mejor atención a la infancia temprana.

1. *Subsidios estandarizados universales a las familias con niños para ayudarles con los gastos generados en la atención a la infancia temprana.* En algunos países el nacimiento de un bebé hace que la familia automáticamente se haga beneficiaria de un pago directo para ayudar a con estos gastos.

Para el uso de estos fondos no se ponen condiciones. Este pago puede influenciar la decisión de los padres de continuar trabajando o permanecer en casa para criar a sus hijos durante un periodo de la infancia. Ello implica que “quedarse en casa” durante los primeros meses –y en algunas ocasiones años– de vida de los niños es una opción posible y valorada que, al mismo tiempo, puede reducir los costos asociados a la provisión de servicios de cuidado infantil. Esta estrategia no ha sido promovida en México, donde los índices de natalidad –al menos hasta hace poco– indicarían la posibilidad de que aplicarla podría incentivar a las familias pobres a tener más niños.

La estrategia de Oportunidades de transferir dinero en efectivo bajo ciertas condiciones es distinta de la de subsidios estandarizados universales, por dos razones. La primera, porque está disponible solo para la población abierta que participa en el Programa y consecuentemente no es universal. La segunda es que la ayuda está condicionada a la realización de ciertas acciones.

2. *Licencia de maternidad/paternidad independiente del estatus laboral.* En Francia los nuevos padres tienen la prerrogativa de solicitar licencia laboral, tengan o no empleo en ese momento. Para ello deben tener dos o más niños. Los padres que tienen dos niños deben haber trabajado al menos dos de los últimos cinco años y aquellos con tres niños o más, dos de los últimos 10 años (OCDE 2006, p. 106). El subsidio se extiende hasta el cumplimiento de los tres años.

3. *Subsidios o “becas” para que los niños acudan a centros infantiles o preescolares.* En el Programa Oportunidades, los niños reciben “becas” por asistir a la escuela desde el tercer año de primaria, pero no existe este incentivo para que acudan a centros de cuidado infantil o educación preescolar, pese a que este es ya un nivel de educación básica obligatoria.
4. *Vales para que los padres puedan elegir el tipo de servicio deseado entre las opciones disponibles.*
5. *Deducciones fiscales para absorber los costos que implica el cuidado infantil en un centro acreditado.* Este esquema existe para niveles educativos superiores pero no en la infancia temprana. Este ha sido un punto de debate ya que hay quienes argumentan que se trata de una medida regresiva al favorecer a quienes cuentan con los recursos para pagar el servicio.

Estrategias utilizadas:

1. *Licencia maternal (parental).* Las madres trabajadoras en el sector formal tienen el derecho a obtener su licencia con el 100% de su sueldo durante al menos 6 semanas previas y seis semanas posteriores al parto y se garantiza su regreso a su mismo trabajo. Además, estas madres son derechohabientes de servicios de salud así como de fondos para vestido y alimentación. Estas prestaciones son exclusivas de madres empleadas en el sector formal. El periodo de licencia puede ir de 43 a 60 días dependiendo de

la instancia donde labora (la última cifra corresponde al ISSSTE).

En otros países el periodo que cubre la licencia subsidiada es más prolongado. Además en México esta prestación es exclusiva para mujeres, aunque en ocasiones se considera a los padres varones cuando no existe la figura materna. En algunos lugares el apoyo financiero puede extenderse, aunque en un menor porcentaje, durante más semanas, lo que favorece que las familias con mejor ingreso prolonguen esta licencia. En México, esta no es una opción.

Como parte del sistema social, en México el financiamiento de estas licencias es compartido entre los empleadores, el gobierno y las cuotas de los trabajadores. La licencia solo es posible si el trabajador se encuentra laborando en ese momento en empleo formal.

El tiempo asignado a la licencia es, sin duda, una decisión política que tiene implicaciones en las dimensiones sociales y de desarrollo así como en la económica. Evidentemente, mientras más se prolongue la licencia mayor será el costo para el gobierno. También es claro que el periodo que dure esta licencia responde –al menos en parte– a nociones relacionadas con el beneficio percibido en el desarrollo temprano por el cuidado infantil en casa o en centros. Si uno cree en lo que sugiere la ciencia –que un buen desarrollo requiere de amamantamiento libre y de la consolidación del apego–, entonces la mejor decisión sería fomentar una licencia más larga.

Desde el punto de vista gubernamental existe un dilema entre lo político y lo económico: o la inversión en un desarrollo temprano sano con efectos a largo plazo o una licencia corta con retorno casi inmediato. Sin embargo, para muchas familias de bajos ingresos la decisión de invertir fondos privados para prolongar la ausencia del trabajo no es una opción real a menos que exista un subsidio (licencia por maternidad o pago directo por niño) porque los recursos son necesarios para cubrir los gastos esenciales. Esto es más cierto en los tiempos actuales debido a que han disminuido las familias extensas.

En teoría, un efecto de prolongar los beneficios de la maternidad (o igualmente de universalizar el pago a las familias para apoyar a los niños) sería que los recursos podrían tomarse de los utilizados para establecer cuidados tempranos fuera de casa (desde los 43 días de nacidos). No obstante, si los empleados ganan más que el mínimo, el costo de extender su licencia puede ser más alto que el de proveer cuidados en centros fuera de casa. Esta diferencia se incrementa a medida que aumenta el monto del salario, de tal forma que para los empleados bien remunerados esta diferencia favorecerá el pago por el cuidado en centros.

Esta situación produce que, mientras más grandes sean los costos para los empleadores, menor será el incentivo para contratar personal femenino a tiempo completo y por largos periodos y, en su lugar, optar por

contrataciones cortas. De esta forma, una política que haya sido pensada para beneficiar, puede resultar perjudicial para el empleo femenino.

Sobre este punto, no sobra decir que el Programa Estancias Infantiles de SEDESOL PEI fue creado para apoyar a las madres que quisieran trabajar cuando sus hijos cumplieran el año de edad. Ello implicaría que las madres deberían quedarse en casa durante este tiempo. Sin embargo, hay otras circunstancias que pueden hacer que se tome esta decisión. El cuidado que demandan los niños más pequeños es más caro que el que requieren los niños más grandes. Además, los riesgos son también mayores. De hecho, algunos de nuestros informantes clave dijeron que varias guarderías del sistema del IMSS, aunque tuvieran lugar para cuidar a niños de 43 días, solo aceptan hacerlo cuando los niños han cumplido los 6 meses pues tienen temor de asumir la responsabilidad del cuidado de niños tan pequeños.

2. *Servicios gratuitos financiados públicamente.* Los servicios disponibles están mayormente financiados por el presupuesto federal, ya sea a través del presupuesto de programas nacionales o a través de transferencias a los estados que realizan el gasto. Ejemplos de esta estrategia –que es la predominante– son aquellos centros operados estatalmente y que proveen servicios de educación a padres o bien de atención a la salud y nutrición. Ya hemos mostrado que los recursos proporcionados para atender a los niños en centros

son considerables y han aumentado durante los últimos años, aunque comparados con el presupuesto total, siguen siendo relativamente modestos.

Favorecer el acceso de las familias de los deciles de ingreso más bajo al Seguro Popular sin pago alguno es también un ejemplo de cómo el gobierno presta servicios gratuitos financiados con recursos públicos.

3. *Subsidios a la oferta.* Se otorgan a individuos u organizaciones privadas o sociales para que puedan establecer centros “privados”⁷⁶. El arreglo común es que el gobierno subsidia a centros privados a través del pago a proveedores por cada niño atendido y mantiene la responsabilidad de normar, capacitar y supervisar el servicio. Esta estrategia se usa actualmente para financiar la mayor parte de las guarderías y Estancias del IMSS, ISSSTE y aquellas del PEI de SEDESOL.

El pago de estos subsidios produce varios resultados. Primero, favorece que los pequeños empresarios inviertan en el cuidado infantil. Segundo, le ahorra algunos costos al gobierno, por ejemplo evitar que los trabajadores se sindicalicen. Tercero, esta política puede favorecer prácticas corruptas en la selección de las organizaciones que van a ser subsidiadas. Cuarto, esta política transfiere algunos costos

a las familias porque se solicitan cuotas, lo que puede verse como una “corresponsabilidad” financiera (a diferencia de la corresponsabilidad en tiempo o a través de acciones realizadas por los padres para mejorar el desarrollo de sus niños) o incluso como un esfuerzo del servicio para darle la vuelta al concepto de que este debería ser gratuito.

4. *Subsidios a la demanda.* Aunque los vales y las becas no se utilizan para incentivar a los padres a llevar a sus hijos a los programas dirigidos a la infancia temprana, sí se hacen transferencias condicionadas a acciones que favorezcan la salud o nutrición. Esta estrategia ha sido utilizada para promover el DIT realizando pagos condicionados a la participación en TCAS (que en teoría incluyen temas relativos al DIT). La estrategia no ha sido usada para favorecer que los padres lleven a sus niños a centros infantiles o a centros preescolares. A través del Seguro Popular se otorga un incentivo para que las personas de bajos ingresos acudan al servicio médico, cubriendo costos para emergencias y cuidado general.
5. *Uso de ganancias gubernamentales específicas para fomentar el DIT.* De algún modo, todas las estrategias anteriores usan ganancias gubernamentales para promover el DIT. Sin embargo, quisimos destacar esta estrategia ya que utiliza –total o parcialmente– una ganancia

⁷⁶ Se utilizan las comillas porque el llamado sector privado incluye igualmente organizaciones sin fines de lucro que ofrecen servicios y pueden recibir subsidios del gobierno.

particular para promover el DIT, en lugar de presupuestar ciertas cantidades para servicios específicos provenientes del presupuesto general. Un pequeño ejemplo de esta estrategia es el uso de una porción de las ganancias obtenidas por el gobierno a partir del inusual manejo de servicios de empeño (Monte de Piedad). Parte de estas ganancias se usan para apoyar a Instituciones de Asistencia Privada (IAP), organizaciones sociales que usualmente ofrecen cuidado infantil en centros.

6. *Utilización de financiamiento internacional.* El gobierno mexicano ha solicitado asistencia internacional para financiar sus programas de desarrollo y educación, la mayoría de las veces endeudándose para ello (su amortización debe ser agregada al costo total de la promoción del DIT aun cuando no aparezca claramente en alguna etiqueta del presupuesto). Un ejemplo importante de esta situación es el financiamiento utilizado para el programa del CONAFE⁷⁷, que después de muchos años ha sido incluido en el presupuesto ordinario.

es importante recordar que la mayor parte de los recursos empleados para promover el DIT son privados, sobre todo en la forma de tiempo, aportaciones en efectivo o en especie, además de las contribuciones que las familias hacen para cuidar a sus niños ya sea en casa o para contratar a alguien que lo haga en casa o fuera de ella. Cuando las familias contratan servicios, estos pueden provenir de organizaciones privadas o de servicios gubernamentales que les demandan contribuir para su operación. Otra de las formas que adquiere el financiamiento privado para promover el DIT son los servicios proporcionados por grupos comunitarios u organizaciones filantrópicas. Con nuestro énfasis en las políticas públicas y el gasto gubernamental, es fácil pasar por alto que una avasallante parte del costo del DIT recae en las familias.

Más aún, el cambio de política que incluye la expansión de servicios y programas a través del subsidio a la oferta, acompañado de un sistema de cuotas que las familias deben pagar para usar los servicios, no ha hecho más que elevar la responsabilidad financiera de las familias. Este es el caso de las Estancias subrogadas del IMSS y el ISSSTE así como del PEI de SEDESOL.

7.4 ¿Cuál es el origen de los recursos?

Los recursos para promover y ofrecer una mejor atención al DIT en México provienen de fuentes públicas y privadas. Aunque el énfasis se ha puesto en los fondos públicos,

El financiamiento público para la promoción del DIT

A manera de introducción a este apartado, se señalan varias características de los recursos gubernamentales que deben ser destacadas:

⁷⁷ Esto comenzó en 1991 tras la Conferencia Mundial *Educación para Todos*. El programa incluyó en su plan de acción a la educación temprana como una de sus cinco líneas de acción. LA SEP negoció con el Banco Mundial el financiamiento para un proyecto de educación a padres, que más tarde se convirtió en el Programa de Educación Inicial no Escolarizada y que continuó siendo financiado con préstamos internacionales por muchos años.

1. En México, la capacidad de recaudar impuestos personales por el ingreso es débil comparada con la de muchas otras naciones. Esto significa que aunque los recursos destinados al desarrollo social (la educación por ejemplo) pueden ser relativamente altos, la cantidad disponible para financiar programas y servicios es menor que la de otros países con niveles semejantes de desarrollo económico.
2. El gobierno depende en gran parte del precio fluctuante del petróleo. Esto dificulta determinar con precisión cuánto dinero estará disponible durante el año ya que hay un grado de incertidumbre respecto de los precios en el mercado internacional.
3. Los gobiernos locales y municipales tienen poca autonomía para recaudar ganancias y por tanto dependen fuertemente del presupuesto federal. Algunos impuestos que estos gobiernos recaudan deben ser enviados a la Federación, la cual devuelve fondos etiquetados. Esta cantidad depende, en parte, de la que han logrado recaudar, lo que produce inequidades que la Federación apenas ha logrado atenuar. El sistema de desembolso parece mantenerse por inercia y necesita ser examinado.
4. El sistema de distribución de fondos a los estados ha hecho difícil la transparencia y la rendición de cuentas.

Los recursos nacionales, estatales y municipales destinados a los servicios y programas se pagan a través de los

presupuestos operativos de los diferentes niveles de gobierno. Estos fondos provienen de:

- Impuestos (a individuos, empresas, ventas), impuestos especiales a bienes y servicios específicos (gasolina, tabaco, alcohol, apuestas, autos nuevos, telecomunicaciones, comercio internacional, cuentas bancarias, etc.);
- Derechos y tarifas (licencias, multas);
- Contribuciones de empleadores y empleados a la seguridad social;
- Ingresos de empresas descentralizadas (petróleo, utilidades, lotería, etc.); y,
- Préstamos y concesiones internacionales.

El análisis de la forma en la que México ha utilizado ciertas recaudaciones es pertinente para nuestra investigación. Por ejemplo, una parte de los impuestos relacionados con la seguridad social es etiquetada explícitamente para las licencias maternas y para gastos en cuidado infantil.

Resulta interesante comparar la posición política de México y Colombia, que relaciona el DIT con el seguro social y las cuotas pagadas por empleadores y empleados. El sistema mexicano garantiza que estos fondos sean utilizados por derechohabientes, que pueden cambiar su estatus en un determinado momento y perder sus derechos⁷⁸. En Colombia, un impuesto sobre el salario (ahora de 4%) se cobra en todas las organizaciones, públicas

y privadas, y lo recaudado se paga al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, que lo utiliza para operar un sistema comunitario de cuidado infantil. El uso de estos servicios no depende del estatus laboral de los miembros de la familia sino que se focaliza hacia los estratos socioeconómicos más pobres.

Con la gran excepción del impuesto para seguridad social y la pequeña excepción de las ganancias en las casas de empeño, México no ha decidido, hasta donde sabemos, utilizar ganancias específicas para la promoción del DIT (por ejemplo, un impuesto a los cigarrillos o al alcohol).

7.5 ¿Cómo se distribuyen los recursos? ¿A quién se favorece?

Los fondos provenientes de ingresos tributarios, no tributarios y del sector paraestatal que son distribuidos por el gobierno federal van:

1. A la Secretaría de Salud Federal (por Ramo 12, Salud) que los distribuye a una variedad de programas operados por:
 - a. Los gobiernos estatales y sus Secretarías y Servicios Estatales de Salud (SESA)
 - b. Gobiernos Municipales
 - c. IMSS-Oportunidades
 - d. Organizaciones Públicas Descentralizadas
 - e. Organizaciones no gubernamentales

2. A gobiernos estatales (por medio de Ramo 33) que añaden aportaciones de sus propias fuentes de fondos y los distribuyen a:
 - a. Sus Secretarías y Servicios Estatales de Salud (SESA)
 - b. Gobiernos municipales
 - c. Organizaciones Públicas Descentralizadas
3. Al Fondo para la Seguridad Social (por medio de Ramo 19)
 - a. IMSS
 - b. ISSSTE
 - c. Seguro Popular (que también recibe aportaciones de los estados)

La relación entre el sector público y el sector privado (empresas y hogares) es compleja dado que éstos gastan en salud de varias maneras –pago de impuestos, copagos para algunos programas y el gasto directo para servicios– y, por otro, reciben subsidios para operar programas subrogados o para pagar los servicios ofrecidos por los múltiples proveedores.

La transferencia de fondos por diferentes vías, directas e indirectas, y pasando por los varios niveles del sector público dificulta mantener un sistema claro de contabilidad y asegurar transparencia en el uso de los fondos.

⁷⁸ Uno de los argumentos utilizados por Santiago Levy para proponer una reconsideración del sistema de seguridad social en México es que una proporción importante de trabajadores entra y sale de la fuerza de trabajo formal haciendo difícil una conceptualización de lo que es “un trabajador” (Levy 2008).

Al revisar el presupuesto anual puede notarse que los fondos recibidos por el gobierno se distribuyen de varias maneras:

- Por sector
- Por divisiones políticas
- Por programas
- Por clasificación económica
- Por geografía
- Por categorías culturales
- Por el estatus laboral y la forma en que está empleada una proporción de la población.

A lo largo de este documento hemos mostrado el tratamiento desigual que reciben las poblaciones rurales respecto de las urbanas, las indígenas de las hispano-parlantes así como los grupos de diferente nivel de ingreso en cuanto a los programas y servicios a los que tiene acceso. Como se ha visto, estas inequidades son bastante claras.

Ya se ha establecido también que estas desigualdades se producen al relacionar los servicios con los sistemas de seguridad social, que diferencian a los asalariados de la población abierta. Santiago Levy, en su libro *Buenas intenciones, malos resultados*, analiza este fenómeno y justifica la creación de un sistema diferente que logre romper esta división. Desde nuestra perspectiva, coincidimos en que esta reconsideración es necesaria pues el acceso a los programas depende de ello. Sin embargo, esto debe hacerse cuidadosamente y sin crear servicios regresivos.

Una alternativa, al menos para el cuidado infantil relacionado con el seguro social, sería introducir impuestos tanto en las empresas como en las instancias de gobierno que producen ganancias que, como en el caso de Colombia, podrían destinarse

específicamente a promover el DIT. El acceso a estos servicios no dependería del estatus laboral de los individuos ni de su pertenencia al sector formal.

En resumen:

Costos

- El análisis del presupuesto muestra que el DIT no es una prioridad para el gobierno, lo que se refleja no solamente en los montos relativamente bajos asignados para programas específicos sino en la incapacidad de organizar el presupuesto de una manera tal que resulte fácil determinar cuánto se ha invertido en DIT
- La cantidad de financiamiento invertida a través de la estrategia de orientar o educar a padres es muy pequeña. De manera similar, el financiamiento para la atención directa a través de diagnóstico y seguimiento es limitada (estas estrategias apenas figuran en el horizonte fiscal), aunque hay mejoras en los niveles de financiamiento disponible para atender el estado nutricional y de salud.
- La cantidad de recursos disponibles en 2012 para la estrategia de atención a niños, sumando gastos de las tres estrategias que hemos identificados, parece ser mayor a 20.000 millones de pesos (US\$ 1.600 millones). Esta estimación muy gruesa indica que se hace una inversión considerable en esta modalidad, pero al mismo tiempo muestra en perspectiva que esta

cantidad es muy pequeña comparada con el presupuesto total programable autorizado para 2012.

- Los costos unitarios varían ampliamente, con estimaciones muy bajas para las estrategias 1 y 2 cuando se comparan con el gasto en la atención en centros. Por ejemplo, el costo unitario por niño-año para la atención en una guardería del IMSS es 42 veces más alto que el costo por niño cuyos padres participan en el programa de educación inicial no escolarizada del CONAFE. También los costos unitarios anuales para diferentes modalidades de atención en centros varían, desde 10.000 pesos (Estancias Infantiles) hasta casi 40.000 pesos y probablemente más si se pudiera desglosar la cifra para los modelos del IMSS y del ISSSTE.
- Existen inequidades obvias entre el financiamiento disponible para la atención a los niños de familias derechohabientes y aquellos que no lo son, lo que es evidente no solo en las cantidades totales sino también en los costos anuales por niño de los diferentes servicios, programas y estrategias.

Financiamiento

Hay que notar los obstáculos que México tiene, comparado con muchos otros países, por su incapacidad de recaudar impuestos personales; la dependencia de precios fluctuantes del petróleo; y, el acatamiento de los estados –con poca capacidad para recaudar fondos propios– al gobierno

federal. También, el sistema complicado de distribución hace difícil la transparencia y la rendición de cuentas.

México no utiliza varias de las estrategias y mecanismos para el financiamiento del DIT que se aplican en otras partes. Por ejemplo, no utiliza:

- Subsidios estandarizados universales a familias para ayudarles con la crianza;
- Licencia de maternidad/paternidad independiente del estatus laboral;
- Subsidios o “becas” para que los niños acudan a centros infantiles o preescolares;
- Vales (*vouchers*);
- Deducciones fiscales para absorber los costos que implica el cuidado infantil en un centro acreditado.

Las estrategias utilizadas incluyen:

- Licencia materna (pero para un periodo relativamente corto), solamente si la madre es empleada;
- Servicios gratuitos financiados públicamente (Seguro Popular, algunos centros de atención infantil, preescolar);
- Subsidios a organizaciones privadas o sociales para establecer centros (subrogados del IMSS, el ISSSTE, el PEI) a veces con resultados negativos (una baja en la calidad, prácticas corruptas, transferencia parcial de costos del gobierno a la familia);

- Subsidios a la demanda por medio de transferencias condicionadas a ciertas acciones que promueven el DIT;
- Fondos etiquetados de fuentes específicas de ganancias gubernamentales (existe pero en una escala reducida);
- Financiamiento internacional (con la inconveniencia de contraer deuda).

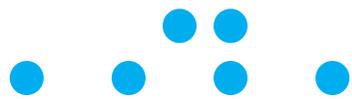
El hecho de vincular los pagos de los empresarios a un seguro social que beneficia solamente a sus trabajadores contrasta con una política en Colombia en virtud de la cual un impuesto sobre el padrón se aprovecha para establecer un sistema de centros de cuidado abiertos a la población de los estratos socioeconómicos más bajos.

Es importante recordar que la mayor parte de los recursos empleados para promover el DIT no provienen del gobierno sino que los generan en efectivo, especie o tiempo las familias con niños menores de 5 años.

Como resultado del análisis anterior, pensamos que sería adecuado examinar las estrategias que actualmente se usan para favorecer el DIT, incluyendo la consideración de alternativas que no se utilizan (por ejemplo subsidiar la asistencia de los niños a centros de cuidado o crear impuestos etiquetados para cubrir los costos de servicios con componentes de DIT). También se debe reconsiderar la tensión que se produce entre una política que pone el acento en construir y operar nuevos centros y una eventual estrategia de subsidiar la crianza de los niños en casa hasta los tres años.

Se requiere de reformas estructurales que permitan una mayor eficiencia en la recaudación de impuestos y para su devolución a los estados.

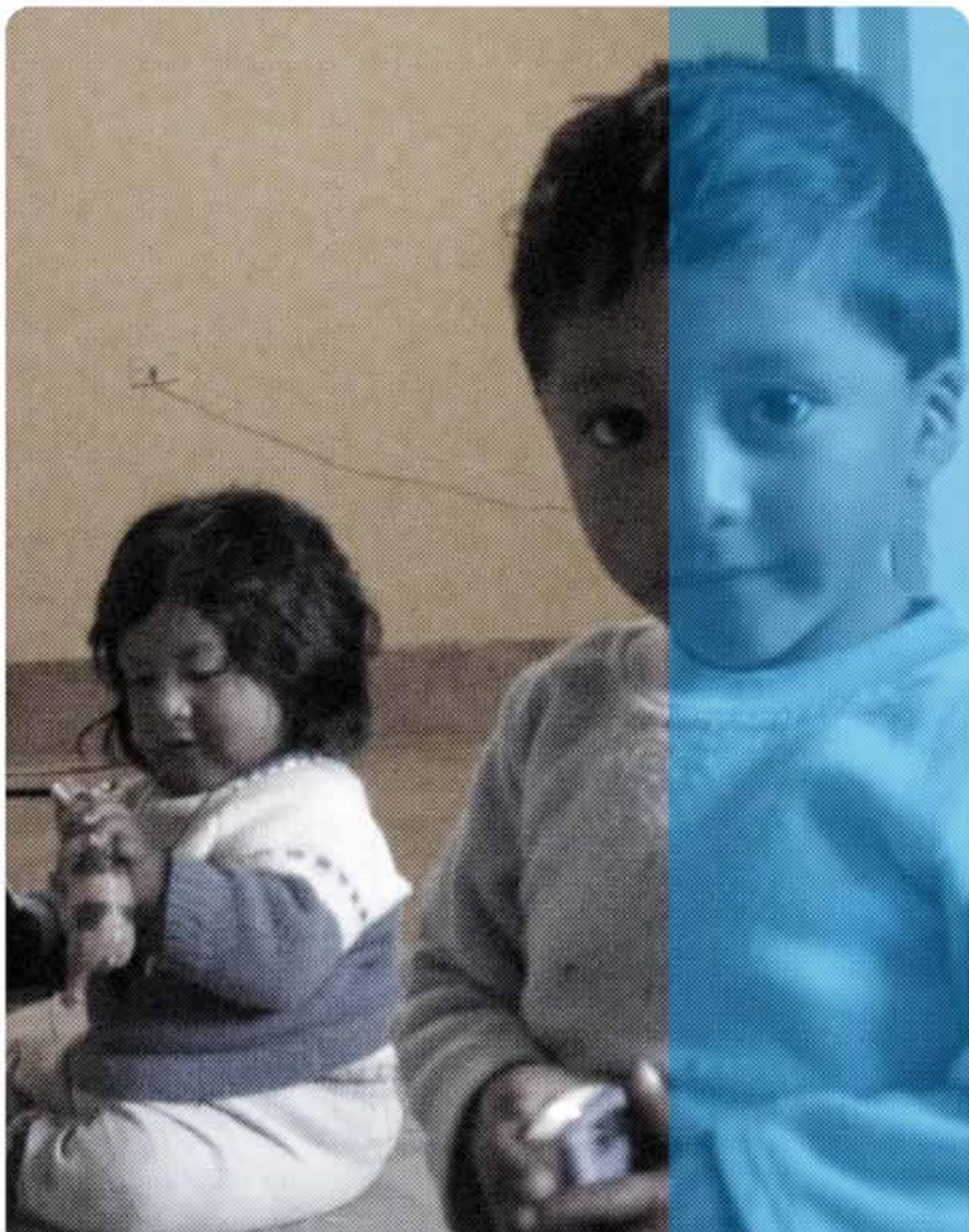
También se necesita un esfuerzo continuo para superar las desigualdades entre las poblaciones urbanas y rurales, indígenas e hispano-parlantes. Es especialmente importante una reforma que ponga fin a la división existente entre la población asalariada en el sector formal y la población abierta para que esta última pueda beneficiarse de los servicios y programas dirigidos a promover el DIT.





Cuarta Sección

Conclusiones, retos y recomendaciones



Capítulo 8

Conclusiones, retos y recomendaciones

Conclusiones y retos

1. *El desarrollo infantil temprano está más vigente en el discurso, en los programas y en los servicios que en 2000.*
- Esta mayor presencia del DIT en el discurso y las políticas públicas está en parte relacionada con el desarrollo de nuevos conocimientos y su disseminación (especialmente investigaciones sobre el desarrollo del cerebro, los retornos económicos de invertir en este período del ciclo vital y la factibilidad de varios modelos). Es producto de una necesidad política de responder a la demanda de las mujeres trabajadoras por servicios de cuidado diario y a las grandes desigualdades presentes en México. Es también resultado del cabildeo alrededor de los derechos de niños y niñas. Y, sin duda, su inclusión en la agenda pública es una reacción a la demanda organizada de padres y madres de familia que han exigido mejoras en la calidad de los servicios que reciben sus hijos.
 - La nueva presencia se evidencia en la puesta en marcha y evolución del programa de Estancias Infantiles; la nueva Ley de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil; las nuevas iniciativas de crear currículos para Educación Inicial (en la SEP, Educación Indígena y varios servicios de atención en centros); y, los esfuerzos de Seguro Popular y Oportunidades para incluir el DIT en el proceso de diagnóstico y seguimiento de la salud.

Reto: Mantener y aprovechar este interés por incluir el desarrollo infantil temprano (DIT) en el diseño de políticas y programas para extender y mejorar su calidad.

2. *Todavía persiste la noción dominante de que el desarrollo infantil es el resultado espontáneo de la buena salud, alimentación y cuidado en vez de un proceso integral que incluye el impulso al desarrollo motor, cognitivo, de lenguaje, social y emocional de los niños y niñas. El DIT requiere por tanto de la atención directa y en sinergia de distintas acciones sobre la salud y el crecimiento.*
- En la estrategia de atender a niños y niñas en centros de cuidado todavía subsiste el concepto de “guardar”, custodiar o mantener seguros a los niños y niñas sin considerar las potencialidades para el desarrollo que podrían brindar los servicios.
 - En la estrategia de atención directa a mujeres embarazadas así como a niños y niñas prevalece un enfoque centrado en la enfermedad y el déficit en salud. Todavía no existe una visión de cómo promover el máximo desarrollo infantil posible, ni se incluye como uno de los principales objetivos de las intervenciones.
 - Aunque en la estrategia dirigida a cambiar las condiciones en el hogar y la comunidad y mejorar las prácticas de crianza, el “desarrollo integral” aparece como un concepto clave en los programas de educación, este no es el caso en los programas de salud. En estos últimos se habla más de “estimulación temprana”

pero no necesariamente de “desarrollo integral.”

- Por otro lado, en los programas educativos aparece el objetivo de desarrollo integral pero pocas veces la atención a la salud o el cuidado de la nutrición figuran como algo más que contenidos educativos.

Reto: Cambiar el lenguaje; dejar de utilizar “guardería” y “estancia.” Buscar, en su lugar, una palabra o definición que incluya las múltiples dimensiones del desarrollo integral y, asimismo, poner el énfasis en la interacción del niño con su entorno.

3. *La disminución en el número absoluto de niños y niñas menores de cinco años de edad durante los últimos años, así como las mejoras en la supervivencia y el estatus nutricional de los menores ofrece una ventana de oportunidad para mejorar el desarrollo infantil temprano.*

- No obstante, los cambios en la estructura de la familia y en las prácticas de crianza, la crisis económica reciente con su consecuente incremento en el nivel de pobreza y el crecimiento de la inseguridad y la violencia complican la atención al DIT y al mismo tiempo hacen aún más importante su atención.

Reto: Reconocer y reafirmar la importancia del DIT en condiciones difíciles para aprovechar la ventana de oportunidad.

4. *El marco normativo para servicios y programas de DIT ha mejorado pero todavía requiere de modificaciones.*

- Aunque México ha suscrito muchos compromisos internacionales y se han introducido cambios importantes en la Constitución, las Leyes Generales y las Normas Oficiales Mexicanas que fundamentan el derecho de los niños y las niñas al desarrollo integral, las normas están dispersas y obedecen a la organización de los sistemas de seguridad social así como a la división del gobierno por sectores.
- Si bien la nueva Ley de Prestación de Servicios abre posibilidades de mejorar y consolidar normas, estos avances legislativos y normativos no parecen apuntar todavía a una estrategia sólida de integración de servicios o de elaboración de estrategias sinérgicas que pongan en el centro al DIT.

Reto: Aprovechar el nuevo nivel jurídico de los compromisos internacionales y la Ley de Prestaciones de Servicios para mejorar la normatividad y promover el DIT.

5. *La atención al DIT está muy fragmentada, entre diferentes estrategias y entre (y dentro de) las diferentes instancias gubernamentales.*

- La fragmentación es producto de:
 - La historia y evolución de múltiples sistemas de seguridad social así como de políticas y

programas distintos dentro de los sectores (educación, salud, desarrollo social) que parten de diferentes conceptos y modos de operación.

- La falta de planeación estratégica que, en la mayoría de los casos, no consideró o reforzó lo que ya existía, dando como resultado la adición sucesiva de servicios y programas no integrados, o la eliminación de otros.
- Procesos de descentralización parciales o incompletos, con resultados distintos para cada programa y para cada entidad federativa.
- La gran diversidad de contextos geográficos y culturales dentro del país.
- Criterios políticos que se antepusieron al interés supremo de la niñez.

Reto: Crear una política nacional que aúne esfuerzos y elimine, en la medida de lo posible, las grandes diferencias entre la población derechohabiente y la población abierta, y que tenga como eje el bienestar y el interés supremo de la niñez.

6. *Existe una tensión entre la perspectiva del DIT como un derecho universal y la focalización en grupos definidos de niños y niñas.*

- Persiste una focalización “regresiva” que favorece a hijos e hijas de trabajadores asalariados pese a la emergencia de nuevos esfuerzos para ampliar las posibilidades de atención a la población abierta.

- La focalización hacia la detección y tratamiento de problemas y carencias de salud es comprensible para el sector pero no propicia la implementación de acciones que promuevan el derecho al desarrollo integral temprano para todos.
- La focalización hacia áreas o comunidades pobres no solamente tiene la ventaja de identificar a niños y niñas con más necesidades sino de facilitar la convergencia e integración de servicios.
- La focalización de programas hacia la población abierta de bajos ingresos, la estrategia de liberar a familias con bajos recursos del pago de servicios y la inclusión de familias con más recursos en los programas siempre y cuando paguen una cuota (de acuerdo a la capacidad de pago) pueden matizar la tensión entre la focalización y la universalidad de los servicios.

Reto: Extender la convergencia e integración de servicios y programas que favorecen a comunidades y familias de bajos recursos al tiempo de abrir a otras la posibilidad de participar por su cuenta y según su capacidad de pago.

7. *Ha habido un incremento en el número de lugares disponibles, principalmente para niños y niñas de la población abierta, en centros de atención, cuidado y desarrollo fuera del hogar.*

Sin embargo:

- La disponibilidad de lugares, tanto para hijos e hijas de

derechohabientes como de personas sin un esquema de aseguramiento, es todavía limitada e insuficiente. Esto es evidente cuando se considera que menos del 10% de las familias tienen acceso a servicios de atención en centros y que existen listas de espera significativas en los distintos centros.

- La diferencia es notable entre los centros privilegiados del IMSS y el ISSSTE, en comparación con los que ofrecen una prestación indirecta (los llamados subrogados) o los que brindan atención a la población abierta, que funcionan con menos recursos y con menos personal (y menos capacitado).
- La calidad de las condiciones y la atención varía mucho entre programas, en general y más específicamente en relación al componente de desarrollo integral.

Reto: Extender el acceso a servicios, fortalecer el componente de desarrollo integral en estos programas y mejorar la calidad de la atención, especialmente en centros que atienden a la población abierta.

8. *Las iniciativas recientes del sistema de salud para incluir el DIT en su programación muestran potencialidad pero están lejos de incorporarlo satisfactoriamente.*

- Para tomar fuerza, estas iniciativas requieren de un cambio de conceptualización (como se mencionó en el punto 2). La contratación de psicólogos para evaluar a niños y

niñas, por ejemplo, no va a resolver la necesidad de llegar a las madres y padres de familia con información, orientación y apoyo en el hogar relacionados al DIT.

- El personal de salud y sus vocales presentan sobrecarga de trabajo y difícilmente podrían incorporar estrategias de promoción del DIT en sus actividades por lo que es necesario repensar las responsabilidades asignadas y entender, definir y mejorar el funcionamiento de las redes sociales en la promoción y capacitación para el mejoramiento del DIT.

Reto. Experimentar y evaluar iniciativas innovadoras con la intención de hacer los ajustes necesarios para su implementación a gran escala.

9. *El apoyo alimentario para niños y niñas menores de cinco años de edad es extenso.*

Sin embargo:

- Falta coordinación y definición clara de los beneficiarios.
- Hay que repensar la relación entre desnutrición, suplementos alimentarios, recuperación nutricional y DIT, especialmente en su forma de estimulación temprana.

Reto: Estudiar, entender y mejorar estas relaciones.

10. *En educación la atención ha privilegiado al nivel preescolar casi durante dos sexenios. La educación inicial no ha tenido el mismo impulso y se corre el peligro de no tener efectos significativos por el atraso sufrido en su implementación.*

- Aunque la cobertura de educación preescolar ha mejorado mucho, la calidad de los centros sigue siendo baja, con inequidades que favorecen a los centros urbanos e hispanohablantes en comparación con centros rurales e indígenas.
- El programa de Educación Inicial no-escolarizado del CONAFE, con una cobertura de cerca de un medio millón de niños y niñas, parte de un currículo integral y representa una opción importante para llegar a familias de áreas rurales e indígenas. Aunque ha sido bien recibido en la mayoría de las comunidades donde opera, es esporádico, no permanente. El efecto del programa sobre las prácticas de crianza y el DIT parece positivo pero pequeño. Su financiamiento es muy modesto y pone una carga muy grande en la comunidad: en términos financieros, exige mucho trabajo esencialmente voluntario, algo difícil de sostener por largos periodos, lo cual atenta contra un impacto a largo plazo. Con su experiencia y organización, el CONAFE es una institución que está en capacidad de llevar el DIT a más familias en las áreas rurales e indígenas, pero requeriría de una base financiera más sólida que le permita ofrecer una atención más intensa y sostenida. Es necesario reflexionar sobre la duración de su

intervención y el desarrollo de su personal, aspectos que sí se toman en cuenta en otros programas del mismo CONAFE.

- El Programa de Fortalecimiento a la Educación Temprana y el Desarrollo Integral (PFET-DI) ha funcionado casi sin presupuesto. Ha facilitado la comunicación entre organizaciones que atienden a niños y niñas de 43 días a 6 años de edad en centros pero no ha logrado publicar una nueva norma o currículo.
- Educación Indígena ha creado y publicado una nueva norma y currículo para uso en sus programas de educación inicial y representa un esfuerzo por ser cultural y lingüísticamente apropiado. Además se ha empeñado en lograr un trabajo interinstitucional pero no específicamente para promover el DIT.

Retos:

- Aprovechar la experiencia y organización del CONAFE para trabajar con familias en áreas rurales e indígenas, probablemente en coordinación con Salud.
- Tomar en cuenta el trabajo de Educación Inicial de la SEP en la creación de una nueva norma para programas de DIT, sea en centros o para trabajar con familias.
- Mejorar la calidad de la educación preescolar particularmente en las zonas rurales e indígenas.

11. *Los programas y actividades dirigidos a apoyar a familias y comunidades con pocos recursos (CONAFE, Redes Comunitarias de salud y los Talleres Comunitarios de Auto Cuidado en Salud), así como los centros de atención a la población abierta (CAIC y hasta cierto punto el Programa de Estancias Infantiles de SEDESOL) dependen mucho de mujeres que reciben una remuneración muy baja o que, en ocasiones, trabajan de modo totalmente voluntario. En general, esta circunstancia hace que los programas:*

- No ayuden a valorar profesional, social y económicamente a los adultos que podrían estar abocados a promover el DIT. Casi todos estos programas basan su implementación en una preparación mínima para las actividades, escasas posibilidades de formación en el trabajo, falta de esquemas de mejoramiento financiero que podría resultar precisamente de la formación en el trabajo o de la conexión con otras posibilidades de desarrollo profesional o económico.
- Refuercen roles tradicionales de género en virtud de los cuales las mujeres se encargan, sin recibir ingresos o a cambio de una remuneración muy baja, del cuidado y bienestar de los menores.
- Estén justificados, en gran parte, por la falta de recursos.

Reto: Encontrar la manera de ofrecer a las mujeres promotoras y/o responsables de los programas una mejor formación y capacitación, así como condiciones e incentivos para desempeñar su trabajo

mejorando, junto con el desarrollo de los niños, las condiciones de las comunidades a las que pertenecen.

12. *Existen varias iniciativas tendientes a promover el trabajo interinstitucional entre las instancias encargadas de la atención a la primera infancia con el fin de obtener mejores resultados en sus objetivos, incluso el de mejorar el DIT.*

Sin embargo:

- No existe una política general sobre el desarrollo infantil integral. En los planes y programas la tendencia es incluir varios componentes, unos junto a otros, pero sin coordinar o integrarlos. No hay integración o coordinación entre programas dirigidos históricamente a la población asalariada y aquellos destinados a la población abierta.
- La integración de ideas en un marco conceptual común para guiar acciones en salud, educación, protección social y desarrollo es algo que está por hacerse pese a los esfuerzos desplegados por lograr acuerdos. Los distintos sectores obedecen a sus propias normas respecto del desarrollo.
- La organización e implementación de programas es todavía vertical y, con excepciones, falta construir colaboración efectiva, incluso dentro de sistemas de entrega de diferentes componentes del mismo programa.
- Los sistemas de información a nivel nacional todavía no han encontrado

la manera de incorporar dimensiones del estatus del desarrollo psicosocial de niños y niñas para facilitar el seguimiento y para rendir cuentas claras respecto del desarrollo.

- A nivel local existen redes sociales que funcionan en paralelo. Las municipalidades no parecen haber asumido un papel fuerte en lo que concierne a coordinar y facilitar la colaboración en sus ambientes de influencia de salud, educación y desarrollo social a pesar de la “convergencia” de programas y componentes en las mismas comunidades y familias.

Reto: Superar la organización por sectores en líneas verticales, la competencia entre organizaciones para la consecución de fondos y la simulación de colaboración e integración que se evidencia en los numerosos comités y consejos.

13. *En las condiciones actuales es imposible determinar el total de los recursos financieros públicos destinados a programas y servicios de desarrollo infantil temprano.*

- Las erogaciones no están clasificadas por edad pero algunos esfuerzos para estimar recursos dirigidos a la infancia y la adolescencia –por ejemplo los realizados por UNICEF y el Anexo 24 del Presupuesto de 2012– pueden servir como precedente para estimar los destinados solo a la primera infancia.
- El nivel de desagregación actual no permite identificar algunos servicios y programas conocidos y muchas actividades que incluyen elementos

de desarrollo infantil quedan escondidas dentro de partidas más amplias.

Reto: Mejorar las bases de información sobre los recursos asignados a programas de desarrollo infantil temprano.

14. *Con la información disponible es posible decir que el financiamiento de programas y servicios del DIT es todavía relativamente bajo, está concentrado en recursos para la operación de centros de cuidado y desarrollo, y la distribución es muy inequitativa.*

- La diferencia entre los recursos disponibles para programas dirigidos a la población abierta y a los derechohabientes del seguro social es notoria en favor de estos últimos.
- La gran variación entre los costos/ niño guarda estrecha relación con la calidad del servicio.
- Los recursos disponibles para la estrategia de apoyo y educación a familias –que forma parte del esfuerzo por reducir las desigualdades– son mínimos, lo que se evidencia en el bajo presupuesto destinado al Programa de Educación Inicial No-escolarizada del CONAFE. Por su parte, el fortalecimiento del apoyo y educación a familias recibe poca atención, como se pone de manifiesto en la improvisación de las nuevas iniciativas en Seguro Popular y Oportunidades.

Reto: Aumentar los recursos disponibles para programas con componentes de DIT con énfasis en a la población abierta y atención especial a la estrategia de apoyo y educación a familias.

Recomendaciones

1. *Crear una Comisión para establecer una política nacional y hacer recomendaciones tendientes a la consolidación y reforma de servicios y programas que promueven el desarrollo infantil temprano.*
 - El encargo a la Comisión debe ser amplio. Debe incluir no solamente la atención a niños y niñas en centros de cuidado y desarrollo sino también estrategias de atención directa e individual al desarrollo de niños y niñas y de apoyo y orientación a madres y padres de familia para mejorar las prácticas de crianza en el hogar. La Comisión debe reunir a representantes de las organizaciones que constituyen el nuevo Consejo para la Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil, pero también de organizaciones de la sociedad civil. Las instancias internacionales con interés en el tema pueden participar como observadores.
2. *Incluir el tema del desarrollo infantil temprano en las discusiones en curso sobre maneras de consolidar los múltiples sistemas de Seguridad Social en un sistema nacional que sea más equitativo y eficiente.*
 - Sin una reforma estructural será difícil reducir significativamente las grandes inequidades en la atención al DIT entre niños y niñas favorecidos por el hecho de pertenecer a familias con madres o padres asalariados (derechohabientes) y los niños y niñas, hijos de la llamada población abierta.
3. *Lanzar una campaña para convencer a quienes controlan los presupuestos federales y estatales de que la inversión en servicios y programas para mejorar el desarrollo infantil temprano no es solamente un derecho sino una inversión rentable que requiere y merece que se incrementen los recursos disponibles para promover el DIT.*
 - Hay que dejar de pensar que el DIT, especialmente para niños y niñas de familias de la población abierta, es algo que se puede lograr con estrategias que demandan escasa inversión (con programas que dependen de voluntarios poco capacitados y mal pagados, o como una tarea “extra” para mandos medios saturados de trabajo). Se requiere identificar y programar los recursos necesarios, buscando nuevas modalidades de financiamiento tales como impuestos etiquetados o la conversión de las contribuciones requeridas actualmente de las empresas para financiar el cuidado de niños y niñas de sus empleados –como parte de su contribución general a la seguridad social– en fondos disponibles para el cuidado de niños y niñas de la población en general⁷⁹.

4. *Transparentar los recursos disponibles para servicios y programas que promuevan el DIT (tanto en el Presupuesto de Egresos de la Federación como en los sistemas de información financiera de los distintos sectores) así como generar información sobre la calidad y efectos de los mismos.*
 - Para lograrlo se requiere de una nueva clasificación en la forma como se planea y transparenta el presupuesto. Ello incluye una mayor desagregación de las partidas del PEF, similar a la que se presenta en el Anexo 24 para la infancia y adolescencia en el PEF 2012 y al ejercicio de análisis realizado recientemente por UNICEF (2012). Se requiere también de la definición de indicadores de desarrollo infantil y de la calidad de los programas. Hasta ahora solo se pone un marcado énfasis en su cobertura y administración. La propuesta de implementar un tamizaje y evaluación de niños y niñas dentro del sector salud ofrece una posibilidad de dar un seguimiento sistemático al estatus del desarrollo de los niños de 0 a 5 años. La Universidad Iberoamericana viene realizando un trabajo que busca crear un instrumento para evaluar la calidad de los centros de cuidado integral. Además, el CONEVAL debe tomar como parte de sus evaluaciones de programas de desarrollo social el conjunto de programas que promuevan el DIT.
5. *Darles a los Municipios el mandato, con recursos etiquetados para hacerlo, de coordinar e integrar al nivel local los servicios y programas que contienen un componente de DIT, especialmente entre salud, educación y DIF.*
 - Para motivar acciones al nivel municipal, la experiencia de Brasil con el “sello de certificación” puede resultar útil.

A continuación se presentan recomendaciones organizadas en relación a las tres estrategias abordadas a lo largo de este documento.

Apoyo y educación a la familia/prácticas de crianza

1. *Crear una NOM aplicable a todos los servicios y programas que ofrecen apoyo, orientación y educación a madres y padres de familia para mejorar las prácticas de crianza relacionadas con el mejoramiento del DIT en el hogar.*
 - La NOM debe poder aplicarse independientemente de: a) si los servicios o programas son ofrecidos por el sector educativo, de salud, o de desarrollo social; b) si los programas están dirigidos a niños y niñas de derechohabientes o de familias de la población abierta; y, c) si operan en Talleres Comunitarios de Autocuidado de Salud (como parte de la corresponsabilidad) o en

⁷⁹ Mencionamos, al respecto, el ejemplo de Colombia.

programas ofrecidos a familias por los centros de atención.

- Para construir la NOM se debe tomar en cuenta la larga experiencia y el currículo de educación inicial no-escolarizada del CONAFE, el programa de trabajo con madres y padres creado por CENSIA, las ideas expresadas en materiales creados por UNICEF para el Seguro Popular y el trabajo de Educación Inicial de la SEP.
 - La nueva normatividad debe sentar las bases para consolidar las diferentes maneras de tratar el tema del DIT con madres y padres de familia, que se encuentran actualmente en las Reglas de Operación de los diferentes programas.
2. *Fortalecer el Programa de Educación Inicial del CONAFE para utilizar la experiencia acumulada y su presencia en áreas rurales para impartir talleres de educación a los padres.*
 - Se requiere de más recursos para mejorar la formación y la remuneración de las promotoras.
 - Como en otros programas del CONAFE, es necesario incluir objetivos de desarrollo profesional y académico del personal en el programa.
 - Hay que considerar la frecuencia e intensidad del programa. Actualmente atiende solo nueve meses al año a cada comunidad (un ciclo educativo).
- Es importante continuar la búsqueda de una manera de vincular al CONAFE con el Programa Oportunidades para el diseño e implementación de los Talleres Comunitarios de Autocuidado en Salud sobre desarrollo infantil. (Lo mejor sería hacerlo con su ciclo completo y no con una versión abreviada.)
 - La experiencia del CONAFE puede también ser útil para el funcionamiento de los talleres de las redes sociales de Oportunidades, ayudando a introducir un componente de DIT que no está presente actualmente.
 - Los libros diseñados para los padres asistentes pueden ser distribuidos entre aquellos de las zonas más favorecidas e incluso entre los de niños usuarios de estancias, guarderías y CENDI.
3. *Buscar presupuesto para mejorar la preparación y los incentivos para las personas que ofrecen los TCAS, sea a través del CONAFE o de redes sociales conformadas por Salud.*
 4. *Involucrar más a los gobiernos municipales en programas de apoyo y atención a las familias para que sirvan como un elemento integrador al nivel local en el propósito de impulsar acciones dirigidas al desarrollo integral que tienen su origen en Salud, Educación y en el DIF.*

Atención especializada individual de madres y niños

1. *Incluir en los programas de salud con corresponsabilidad la participación –desde el embarazo– de madres y padres de todos los niños en un programa de estimulación temprana y desarrollo integral sin importar su condición de salud o el estado nutricional de la familia. Ello implica cambiar el protocolo que define a quién se ofrece estimulación temprana en los TCAS.*
2. *Hasta donde los números lo permitan, reunir a las madres embarazadas y de recién nacidos (con sus bebés) para hacer sus chequeos y orientaciones mensuales en grupo y participar en los TCAS.*
3. *Buscar la manera de incorporar, de forma más sistemática y como complemento a los talleres, visitas domiciliarias. Las experiencias de Jamaica o de Colombia pueden servir de modelo (mayor información sobre estas experiencias se puede encontrar en McGregor, 1984; Attanasio y Gómez, 2004).*
4. *Además de contratar psicólogas para administrar pruebas y dar seguimiento a casos con problemas graves, aumentar el número de enfermeras y promotoras en los centros de salud del primero y segundo niveles y capacitarlas para administrar pruebas, organizar talleres y dar seguimiento a los niños y sus familias.*
5. *Hacer estimaciones de lo que costaría entregar con calidad el servicio en contextos distintos y bajo supuestos*

diferentes (por ejemplo, relacionados con el grado en que se depende de voluntarios).

Atención en Centros de Cuidado Infantil

1. *Considerar la necesidad de transformar el actual sistema fragmentado de atención en centros en un sistema único de atención en centros de desarrollo infantil en las áreas urbanas.*
- Ofrecer acceso a centros existentes en un barrio o colonia a todos los niños y niñas locales, dando prioridad a los de la vecindad y rompiendo con la clasificación de niños y niñas de padres asalariados, por un lado, y de la población abierta, por el otro. De esta manera, el acceso no dependería de la afiliación a un programa específico de la organización gubernamental que históricamente ha tenido la responsabilidad de operar los servicios.
 - Dar un subsidio, pagado con presupuesto federal, para cubrir los costos de la atención a hijos de familias con bajos ingresos en el barrio o colonia y cobrar una cuota progresiva a aquellas familias con más recursos que quieran utilizar el servicio del centro.
 - Los subsidios pueden ser financiados en parte por un impuesto sobre la nómina de todos los empleadores (privados o gubernamentales) destinado a sufragar los costos de los centros (en Colombia es 4%) y que puede ser complementado con una contribución del gobierno,

financiada desde el presupuesto general. El impuesto sobre la nómina puede remplazar al monto que una empresa paga actualmente, solo para sus empleados, al sistema de seguro social que brinda atención en centros. Las familias que pagan por la atención pueden deducirla de sus impuestos sobre la renta.

- Acompañar la transformación con un programa de mejoramiento de la infraestructura y de los procesos de selección y formación de personal en los centros rezagados. Debe ser dirigida a emparejar los salarios pagados al personal en cada centro según la definición del trabajo requerido e independientemente del tipo de centro. También debe ir acompañada de un programa que cree nuevos centros de atención en barrios y colonias en donde no existen o en donde la demanda excede la oferta.
2. *En general, mejorar la formación de las personas que atienden a los niños en los centros. Como parte de este proceso, se recomienda fortalecer sistemas de supervisión, vinculándolos a la formación continua en el trabajo y al mejoramiento progresivo del ingreso. Solo bajo estas condiciones puede lograrse una mayor valoración social de la actividad profesional encargada de promover el DIT.*
 3. *Dar seguimiento a las actividades del nuevo Consejo, que entre otras cosas tiene a su cargo la construcción de una política nacional, la revisión de normas y la creación de un sistema de información.*
 4. *Elevar el subsidio gubernamental al Programa de Estancias Infantiles (que no ha subido en cuatro años y puede llevar al quiebre de muchos centros).*
 5. *Brindar la posibilidad a los responsables de los Centros de Atención Integral Comunitarios (CAIC) de incorporarse a la red de centros de Estancias. De lograrlo, cuando sirvan a la misma población y con los mismos propósitos debe resultar en un mejoramiento de los CAIC y también contribuir a reducir los costos administrativos.*
 6. *Repensar el sistema de supervisión y acompañamiento al nivel de educación preescolar para construir un vínculo más directo con la formación continua de directoras y maestras en aras de mejorar la calidad de la educación.*



Bibliografía

- Agencia de Noticias del Estado Mexicano (31 de enero de 2011). “México reitera su compromiso con los derechos humanos de niños y jóvenes”. *El Diario de Yucatán*, p. 2-3.
- Aguirre, J. F. (1999). Presentación. en S. Bhattacharjea, *Infancia y política social* (p. 7-12). México: Universidad Autónoma Metropolitana/UNICEF México.
- Attanasio, O y L.C. Gómez (Dirección) (2004). *Evaluación del Impacto del Programa Familias en Acción – Subsidios Condicionados de la Red de Apoyo Social. Informe del Primer Seguimiento Ajustado*. Bogotá, Colombia. Unión Temporal IFS, Econometría, S.A. y SEI, S.A.
- Auditoría Superior de la Federación (2009). *IV.5.4.2.1. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Los Trabajadores del Estado (ISSSTE) Regulación y Supervisión de Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil: Auditoría Especial: 09-1-OOGYN-06-0302*. www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2009/Tomo 4/2009_0302_aa.pdf
- Auditoría Superior de la Federación (2010). *Instituto Mexicano del Seguro Social. Seguimiento a la Supervisión y Vigilancia de Guarderías. Auditoría Especial: 10-1-OOGR-06-1036. DS-082*. www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2010i/...Social/2010_1036_a.pdf
- Ávila Burgos, L. *et al.* (2006). “Desarrollo de Sub-análisis de Cuentas en Salud. El Caso de las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género”. *Innovaciones en el Financiamiento de la Salud, No. 6. Serie de Documentos de trabajo*. México, D.F.: Fundación Mexicana de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Backhoff, E.; Bouzas, R. *et al.* (2007). *Aprendizaje y desigualdad social en México. Implicaciones de política educativa en el nivel básico*. México. D.F.: INEE. http://www.inee.edu.mx/images/stories/Publicaciones/Reportes_investigacion/Desigualdad/Completo/aprendizajeydesigualdad.pdf
- Banco Interamericano de Desarrollo (diciembre de 2004). *Punto de Vista: Programa Oportunidades. Entrevista con Miguel Székely*. Recuperado el 15 de noviembre de 2011 de <http://www.iadb.org/idbamerica/index.cfm?thisid=3170>
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y Hacia una Cultura Democrática, A.C. (ACUDE) (2011). *Accompaniment of Indigenous Basic Schools in Mexico* (ATN/JO-13025-ME). Anexo a los Términos de Referencia del contrato entre BID y ACUDE.
- Baratta, A. (1999). “Infancia y Democracia”. En UNICEF, *Derecho a tener derecho. Infancia, derecho y políticas sociales en América Latina* (p. 207-236). Montevideo: UNICEF.

Bracho, T.; Castro M.; Gutiérrez, T. *et al.* (2008). *Informe final de la Evaluación de Consistencia y Resultados de los Programas de Educación Comunitaria y de Fomento Educativo del Consejo Nacional de Fomento Educativo*. México: CIDE.
http://www.oei.es/pdfs/INFORME_COMUNITARIOS.pdf

Bernard van Leer Foundation, UNICEF and the United Nations Committee on the Rights of the Child (2006). *A Guide to General Comment 7: Implementing Child Rights in Early Childhood*. The Hague: Bernard van Leer Foundation.

Cámara de Diputados, Comisión de Vigilancia de la Auditoría Superior de la Federación, Unidad de Evaluación (marzo de 2011). “Análisis de Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2009: Evaluación de la Fiscalización Superior en Entes Vinculados con Funciones de Desarrollo Social”, en *Serie de Análisis del IR2009, Cuaderno 3*.
archivos.diputados.gob.mx/centros_Estudio/UEC/docs/UEC0072011desarrollo_social.pdf

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) (1983). *Evaluación del Desarrollo Psicomotor del Niño Menor de Cinco Años*. Montevideo: CLAP.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2007). *Programa de Acción 2007-2012*.
[www.cnegsr.gob.mx/programas/salud materna y perinatal](http://www.cnegsr.gob.mx/programas/salud_materna_y_perinatal)

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2009). *Estrategia Integral para Disminuir la Mortalidad Materna*. México: Secretaría de Salud.

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CENSIA) (s/f). *Implementación de las Actividades de Estimulación Temprana en las Unidades del Primer Nivel de Atención: Lineamientos*. México, D.F.: Ssa.

CIMAC Noticias. (20 de noviembre de 2008). *Desnutrición, grave problema de la niñez mazahua en el Estado de México*. Recuperado el 16 de diciembre de 2011, de <http://www.cimacnoticias.com.mx/site/08112001-Desnutricion-grave.35688.0.html>

Clavero, B. (14 de marzo de 2011). *México: Reforma Constitucional, Derechos Humanos y Pueblos Indígenas*. Recuperado el 18 de noviembre de 2011, de <http://clavero.derechosindigenas.org/?p=8822>

Comité de los Derechos del Niño (1994). *Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño: México. Informe (7 de febrero de 1994)*. New York: Naciones Unidas.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) (2002) *Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas*. Recuperado de http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=206&Itemid=49

Comité de los Derechos del Niño (1999). *Examen de los Informes presentados por los Estados Partes: México. Informe Complementario (31 de agosto de 1999)*. New York: Naciones Unidas.

Comité de los Derechos del Niño (1999). *Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño: México. Informe (17 de agosto de 1998) y Adición (10 de noviembre de 1999)*. New York: Naciones Unidas.

Comité por una Maternidad sin Riesgos. (2008). *Acerca del Comité por una Maternidad Segura*. Recuperado el 15 de noviembre de 2011, de <http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/index.php/acerca-del-comite>

Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE). (2008). *Modelo del Programa de Educación Inicial no Escolarizada. Versión Operativa*. México: Consejo Nacional de Fomento Educativo.

CONAFE (2010a). *Educación inicial del CONAFE. Lineamientos Operativos 2010-2011*. México: Consejo Nacional de Fomento Educativo.

CONAFE (2010b). *Modelo de Educación Inicial de CONAFE*. México: Consejo Nacional de Fomento Educativo.

CONAFE (21 de enero de 2011). *Educación Inicial de CONAFE*. Recuperado el 16 de diciembre de 2011, de <http://www.conafe.gob.mx/gxpbackend/hgxpp001.aspx?5,9,395,P,S,O,PAG;CONC;114;90;D;1248;1>

CONAFE (2011) Manual de apoyo para el coordinador de zona y supervisor de módulo. México: CONAFE <http://www.conafe.gob.mx/mportal7/EducacionInicial/manual-apoyo-coordinador-zona.pdf>

Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2010). *La situación demográfica de México 2010*. México: CONAPO, <http://bit.ly/AxXmRd>

CONEVAL (2010). *Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011. Servicios de Guardería. Instituto Mexicano del Seguro Social*. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

CONEVAL (2011a). *Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011. Servicios de Guardería. Instituto Mexicano del Seguro Social*. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

CONEVAL (2011b). *Informe de Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011. Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras y Padres Solos*. México: Secretaría de Desarrollo Social.

CONEVAL (2010c). *Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2009-2010. Programa de Educación Inicial y Básica para la Población Rural e Indígena*, (CONAFE). México: CONEVAL. http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/resource/coneval/EVALUACIONES/especificas_desempeno/dependencias/SEP/SEP3A.pdf

CONEVAL (2011a). *Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011. Seguro Médico para una Nueva Generación*. México, D.F.: CONEVAL.

CONEVAL (2011). *Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2009-2010. Acciones Compensatorias para Abatir el Rezago Educativo en Educación Inicial y Básica* (CONAFE). México: CONEVAL. <http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/resource/EED%202010-2011/SEP/conafe/completo.pdf>

CONEVAL (2011b). *Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011. Servicios de Guardería IMSS*. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

CONEVAL (2012). *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México, 2011*. <http://www.coneval.gob.mx/contenido/home/2234.pdf>

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2010). *Documento informativo sobre discriminación en la infancia*. México: CONAPRED.

Corporación Latinbarómetro (2011). *Informe 2011*. Latinbarómetro. Santiago de Chile. <http://www.latinobarometro.org/latino/LATContenidos.jsp>

Delgado, Marco (2009). *Educación inicial en la Ciudad de México: Estado del arte y recomendaciones para el diseño de una política integral de atención a la primera infancia*. México, D.F.: Hacia una Cultura Democrática, A.C.

Diario Oficial de la Federación (DOF). (1981a). *Convención Americana sobre Derechos Humanos*. México: Secretaría de Gobernación.

- (1981b). *Pacto internacional de Derechos civiles y políticos*. México: Secretaría de Gobernación.
- (1981c). *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer*. México: Secretaría de Gobernación.
- (1987). *Convención interamericana sobre conflictos de leyes en materia de adopción de menores*. México: Secretaría de Gobernación.
- (1994). *Convención sobre la Protección de Menores y la Cooperación en Materia de Adopción Internacional*. México: Secretaría de Gobernación.

- (1999). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer*. México: Secretaría de Gobernación.
- (2002). *Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer*. México: Secretaría de Gobernación.
- (2008). *Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. México: Secretaría de Gobernación.
- (2010). *Reglas de Operación del Programa de Apoyo Alimentario*. México: Secretaría de Gobernación.
- (2011). *Ley del Seguro Social*. México: Secretaría de Gobernación.
- (2011). *Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil*. México: Secretaría de Gobernación.

Díaz, Daniela (coord.) (2010). *Implicaciones del Seguro Popular en la reducción de la muerte materna. Perspectivas a nivel nacional y en los estados de Chiapas y Oaxaca*. México, D.F.: Fundar.

DIF-Hidalgo (s/f). *Subdirección de Coordinación de Centros Asistenciales*. Recuperado el 20 de diciembre de 2011, de <http://dif.hidalgo.gob.mx/index.php?option=content&task=view&id=33>

FLACSO (2010). *Encuesta Cualitativa con Enfoque de Género del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras y Padres Solos de la SEDESOL*. México. Mimeo.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (10 de mayo de 2002). *Sesión Especial a favor de la Infancia*. Recuperado el 10 de noviembre de 2011, de http://www.unicef.org/spanish/specialsession/how_country/index.html

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (8 de diciembre de 2007). *Por qué lo hacemos. El mundo ha establecido metas a favor de la Infancia*. Recuperado el 10 de noviembre de 2011, de http://www.unicef.org/spanish/why/why_worldgoals.html

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2008). “El cuidado infantil en los países industrializados: transición y cambio”, en *Report Card No. 8*. Florencia: UNICEF.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2009). *Convención sobre los Derechos del Niño (Versión amigable)*. Lima: UNICEF.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2010). *Los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en México*. México: UNICEF.

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (3 de junio de 2011a). *Utilización de la Convención y los Protocolos en favor de la infancia*. Recuperado el 11 de noviembre de 2011, de http://www.unicef.org/spanish/crc/index_using.html

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (3 de junio de 2011b). *Convención de los Derechos del Niño. Un instrumento jurídicamente vinculante*. Recuperado el 12 de noviembre de 2011, de <http://www.unicef.org/spanish/crc/>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (3 de junio de 2011c). *Proteger y convertir en realidad los derechos de la infancia*. Recuperado el 13 de noviembre de 2011, de http://www.unicef.org/spanish/crc/index_protecting.html

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011d). *Infonñez-Programa Nacional para la Reducción de la Mortalidad Infantil*. Recuperado el 14 de noviembre de 2011, de <http://www.infoninez.mx/ssa/57-programa-nacional-para-la-reduccion-de-la-mortalidad-infantil.html>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011e). *Infonñez-Programa de Apoyo Alimentario*. Recuperado el 15 de diciembre de 2011, de <http://www.infoninez.mx/sedesol/37-programa-de-apoyo-alimentario-pal.html>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011f). *Infonñez-Desayunos Escolares Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria*. Recuperado el 16 de diciembre de 2011, de <http://www.infoninez.mx/sndif/44-desayunos-escolares-estrategia-integral-de-asistencia-social-alimentaria-eiasa.html>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011g). *Infonñez-Programa de Atención a Menores de 5 años en riesgo, no escolarizados - Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria (EIASA)*. Recuperado el 16 de diciembre de 2011, de <http://www.infoninez.mx/sndif/59-programa-de-atencion-a-menores-de-5-anos-en-riesgo-no-escolarizados-estrategia-integral-de-asistencia-social-alimentaria-eiasa.html>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011h). *Infonñez-Programa de Fortalecimiento a la Edad Temprana y Desarrollo Infantil*. Recuperado el 16 de diciembre de 2011, de <http://www.infoninez.mx/sep/86--programa-de-fortalecimiento-a-la-edad-temprana-y-desarrollo-infantil.html>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011i). *Infonñez-Centros Asistencias de Desarrollo Infantil*. Recuperado el 20 de diciembre de 2011, de <http://www.infoninez.mx/sndif/49-centros-asistenciales-de-desarrollo-infantil-cadi.html>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011j). *Infonñez-Centros de Asistencia Infantil Comunitaria*. Recuperado el 21 de diciembre de 2011, de <http://www.infoninez.mx/sndif/51-centros-de-asistencia-infantil-comunitarios-caic.html>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011k). *Infonñez-Atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes en Desamparo*. Recuperado el 21 de diciembre de 2011, de <http://www.infoninez.mx/sndif/47-atencion-integral-a-ninos-ninas-y-adolescentes-en-desamparo.html>

Freyermuth, Graciela (2003). *Mortalidad materna en Los Altos de Chiapas. ¿Una realidad postergada o una realidad negada?*
www.fundar.org.mx/fundar_1/site/files/CHIAPAS-MM-APV.pdf

Fundar, Centro de Análisis e Investigación (2004). *Muerte Materna y Presupuesto Público*. México, D.F.: Fundar.

Fujimoto, G. (2000). “La educación no formal: experiencias latinoamericanas de atención a la infancia: la no-escolarización como alternativa”. Documento presentado en el *Congreso Mundial de Lectoescritura*. Diciembre de 2000. Valencia.

Galván Lafarga, L. et al. (s/f). *Evaluación de impacto de educación inicial en el desarrollo de competencias de padres y niños*. México: CIESAS. <http://www.conafe.gob.mx/mportal7/documentosAcrobat/Transparencia/eval-impacto-edu-ini.pdf>

Geremia, V. (2009). *Índice de medición de calidad de leyes en el marco normativo de los derechos de la infancia*. México: Red por los Derechos de la Infancia en México.

Gerhard Tuma, Roberto Francisco (2010). “Un diálogo sobre los servicios de cuidado infantil en México. Primer lugar en la categoría: Mejor Investigación”, en *Una mirada hacia la infancia y adolescencia en México. Segundo Premio UNICEF 2009*. México: DEBATE.

Grantham-Macgregor, S. (1984) “Rehabilitation following Malnutrition, in J. Brozak ad B. Surch

(eds.) *Malnutrition and Behavior: Critical Assessment of Key Issues*. Lusanne, Switzerland: The Nestle Foundation.

Gutiérrez, J. C. (2006). “El marco normativo y los estándares de Derecho Internacional para la protección de la niñez y la Reforma al artículo 18 Constitucional”, en *El Ombudsman*, 57-65.

Hospital Infantil de México Federico Gómez (2009). *Evaluación del Seguro Médico para una Nueva Generación 2008*. México: Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Huerta, C. (1998). “Las Normas Oficiales Mexicanas en el ordenamiento jurídico mexicano”, en *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*.

Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) (2005). *Reglas de Carácter General para la Subrogación de Servicios de Guardería en el Campo con Patronos y Organizaciones de Trabajadores Eventuales del Campo*. México, D.F.: Instituto Mexicano del Seguro Social.

IMSS (2007). *Guía Técnica para la Atención de Niños con Discapacidad Moderada en Guarderías Integradoras, parte 1*. México, D.F.: Instituto Mexicano del Seguro Social.

IMSS (8 de octubre de 2008). *Misión y Visión. Servicios de Guardería*. Recuperado el 21 de diciembre de 2011, de <http://www.imss.gob.mx/guarderias/Pages/misionvision.aspx>

IMSS (14 de enero de 2011a). *Marco legal del servicio de guarderías del IMSS*. Recuperado el 19 de noviembre de 2011, de <http://www.imss.gob.mx/guarderias/Pages/marcolegalser.guard.aspx>

IMSS (2011b). *Informe de Labores 2010-2011 y Programa de Actividades*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

IMSS (2011c). *Directorio de Guarderías*. Recuperado el 25 de diciembre de 2011, de <http://www.imss.gob.mx/directorio/Pages/directorio.aspx>

Instituto Nacional Para la Evaluación de la Educación de la Educación INEE (2007). *El aprendizaje en tercero de primaria en México: español, matemáticas, ciencias, naturales y ciencias sociales*. México, D.F.: INEE.

INNE (2008). *El Aprendizaje en Tercero de Preescolar en México: lenguaje y comunicación y pensamiento matemático*. México, D.F.: INEE.

Instituto Nacional de Salud Pública (2006) *Arranque Parejo en la Vida. Evaluación del Programa de Acción, 2000-2005*. Cuernavaca.

INSP (2011). *Evaluación de impacto del Programa Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras. Informe final*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

ISSSTE (26 de marzo de 2000). *Boletín No. 039. Con un presupuesto de 167.2 millones de pesos ampliará el ISSSTE sus servicios de Estancias Infantiles*. Recuperado el 25 de diciembre de 2011, de <http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2000/boletin39.html>

ISSSTE (2011a). *Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2000 en las Estancias Infantiles*. Recuperado el 25 de diciembre de 2011, de <http://sipeweb.issste.gob.mx/ebdis/evenoticias.htm>

ISSSTE (2 de agosto de 2011b). *Responde el ISSSTE a la instrucción presidencial de incorporar a niños con discapacidad en sus Estancias Infantiles*. Recuperado el 25 de diciembre de 2011, de http://www.issste.gob.mx/comunicacion-social/documentos-boletines/2011/agosto/b028_2011.html

ISSSTE (s/f). *Misión y Visión de las EBDIS*. Recuperado el 25 de diciembre de 2011, de <http://sipeweb.issste.gob.mx/ebdis/EBDI2.htm>

Levy, Santiago (2008). *Buenas Intenciones, Malos Resultados: Política Social, Informalidad y Crecimiento Económico en México*. Washington D.C.: Brookings Institution Press. Resumen disponible en www.mexicoadebate.org.mx/docs/Buenas_intenciones_SLevy_Resumen.pdf

LICONSA (14 de diciembre de 2011). *Abasto Social de Leche en México*. Recuperado el 15 de diciembre de 2011, de http://www.liconsa.gob.mx/innovaportal/v/54/1/mx/abasto_social_de_leche_en_mexico.html

Martínez, Arcelia y Teresa Bracho (coords.) (2010). *Encuesta Cualitativa con Enfoque de Género del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras y Padres Solos. Informe Final*. México, D.F.: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).

Meléndez Navarro, David (2003). *El programa APV en Guerrero ¿Un programa de salud virtual?*
www.fundar.org.mx/fundar_1/site/files/GUERRERO-MM-APV.pdf

“México, penúltimo lugar en lactancia materna en el área”, en *La Jornada*, 7 de diciembre de 2011.

Myers, Robert (1992). *The Twelve Who Survive. Strengthening Programmes of Early Childhood Development in the Third World*. London: Routledge.

Myers, Robert y Xóchitl San Jorge (1999). *Childcare and Early Education Services in Low-Income Communities of Mexico City: Patterns of Use, Availability and Choice*. Washington, D.C.: The World Bank, Human Development Department, LCSHD Paper Series No. 39.

Myers, Robert (2000). “Financing early childhood education and care services”, en *International Journal of Educational Research*, No. 33, p. 75-94.

Myers, Robert and E. Valle (2008). *Costs of Preschool Education in Mexico. Constructing cost estimates at the center level: An experiment*. Documento inédito preparado para el Banco Mundial. México: Hacia una Cultura Democrática, A.C. (ACUDE).

Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), Directorate for Education, Education, Policy Committee, Network on Early Childhood Education and Care (2010). *Combined Country Responses on Financing ECEC Services*. Documento EDU/EDPC/ECEC/RD (2010) 7. París: OECD.

Organización de Estados Iberoamericanos (2000). *Declaración del Simposio Mundial de Educación Inicial*. Santiago: OEI.

Organización de las Naciones Unidas (1947). *Protocolo modificando el Convenio para la Represión de la Trata de Mujeres y Niños, concluido en Ginebra el 30 de septiembre de 1921 y el Convenio para la Represión de la Trata de Mujeres Mayores de Edad, concluido en Ginebra el 11 de octubre de 1933*. Nueva York: Naciones Unidas.

Organización de las Naciones Unidas (1950). *Convención para la represión de la trata de personas y de la explotación de la prostitución ajena*. Nueva York: Naciones Unidas.

Organización de las Naciones Unidas (1959). *Declaración de los Derechos del Niño*. Nueva York: Naciones Unidas.

Organización de las Naciones Unidas (1986). *Declaración sobre los principios sociales y jurídicos relativos a la protección y el bienestar de los niños, con particular referencia a la adopción y la colocación en hogares de guarda, en los planos nacional e internacional*. Nueva York: Naciones Unidas.

Organización de las Naciones Unidas (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Nueva York: Naciones Unidas.

Organización de las Naciones Unidas (1990). *Plan de Acción para la aplicación de la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño en el Decenio de 1990*. Nueva York: Naciones Unidas.

Organización de las Naciones Unidas (2002). *Un mundo apropiado para la Infancia*. Nueva York: Naciones Unidas.

Organización de las Naciones Unidas (2011). *Portal de la Labor del Sistema de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Recuperado el 14 de noviembre de 2011, de <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>

Organización Internacional del Trabajo (1952). *Convenio 103 sobre la protección de la maternidad*. Ginebra: OIT.

Organización Internacional del Trabajo (1999). *Convenio sobre las Peores Formas de Trabajo Infantil, No. 182*. Ginebra: OIT.

Peralta, M. V. (2007). *Primer Informe: Estado del arte sobre pedagogía de la primera infancia (0 a 3 años) en Latinoamérica y Caribe*. Santiago: Instituto Internacional de Educación Infantil-Universidad de Chile.

PIAN-Mazahua (2008). *Boletín del Proyecto PIAN-Mazahua*. Recuperado el 16 de diciembre de 2011, de <http://www.nutricionemexico.org.mx/mazahua/boletines/bol1.pdf>

Presidencia de la República (2000). *Comunicado No. 2335 “La infancia es lo más valioso que tiene México”*. Recuperado el 30 de octubre de 2011, de <http://zedillo.presidencia.gob.mx/pages/vocero/boletines/com2335.html>

Presidencia de la República (23 de octubre de 2011). *Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil*. Recuperado el 19 de noviembre de 2011, de <http://www.presidencia.gob.mx/2011/10/ley-general-de-prestacion-de-servicios-para-la-atencion-cuidado-y-desarrollo-integral-e-infantil/>

Presidencia de la República (9 de junio de 2011). *Reforma Constitucional en materia de Derechos Humanos*. Recuperado el 20 de noviembre de 2011, de <http://www.presidencia.gob.mx/2011/06/promulgacion-de-la-reforma-constitucional-en-materia-de-derechos-humanos/>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2010). *Informe sobre desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México. El reto de la desigualdad de oportunidades*. México, D.F.: Oficina de Investigación en Desarrollo Humano, PNUD. Rodolfo De la Torre García (coord.).

Red por los Derechos de la Infancia en México (2003a). *El interés superior del niño. Adaptación del texto “Los ámbitos que contempla” de Gerardo Sauri, incluido en la Propuesta de ley de niñas, niños y adolescentes. México, 1998, Comité por la Ley*. Mimeo. Recuperado el 30 de octubre de 2011, de http://www.derechosinfancia.org.mx/Derechos/conv_3.htm

Red por los Derechos de la Infancia en México (2003b). *La Convención de los Derechos de la Infancia*. Recuperado el 30 de octubre de 2011, de http://www.derechosinfancia.org.mx/Derechos/conv_7.htm

Red por los Derechos de la Infancia en México (2003c). *México y la Convención de los Derechos del Niño. 13 años de Convención en México: entre el protagonismo y la simulación*. Recuperado el 30 de octubre de 2011, de http://www.derechosinfancia.org.mx/Derechos/conv_10.htm

Red por los Derechos de la Infancia en México (2003d). *Resolución Omnibus de la ONU*. Recuperado el 4 de noviembre de 2011, de http://www.derechosinfancia.org.mx/Derechos/res_omnibus.htm

Red por los Derechos de la Infancia en México (2011). *La infancia cuenta en México 2011. Libro de datos*. México, D.F.: Red por los Derechos de la Infancia en México.

Rivera, Juan Ángel *et al.* (Febrero de 2010). “Effectiveness of a large-scale iron-fortified milk distribution program on anemia and iron deficiency in low-income young children in México” en *American Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 91, No. 2, p. 431-439.

Rivera, Juan Ángel (marzo-abril de 2012). “Deficiencias de micronutrientes en México: un problema invisible de salud pública”, en *Salud Pública de México*, Vol. 54, No. 2, p. 101-102. Rodríguez Carvajal, C, y Vera Noriega, J. (s/f). *Evaluación del Programa de Educación Inicial No Escolarizado y las prácticas de crianza en la zona rural indígena* <http://www.ciad.mx/desarrollo/publicaciones/PUBLICACIONES/Produccion%20Academica/Cap%20de%20Libro/2010/88.pdf>

Rodríguez Hernández, Gerardo (2011). *Situación Nutricional en México*. Tercer Foro del Grupo de Trabajo en Pobreza Alimentaria de la CNDS. México, D.F.: Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán.

Ruiz, C. (2007). “Eslabones críticos en el análisis de defunciones maternas”, en *Revista Higiene*, 29-39.

Ruvalcaba, Luis y Manett Vargas (2010). *Evolución del Sistema de Protección Social en Salud*. México, D.F.: CIDE.

Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) - Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (2010). *Aprendamos Juntas a Vivir Mejor. Guía de orientación y capacitación para titulares beneficiarias del Programa Oportunidades*. México, D.F.: SEDESOL.

Secretaría de Desarrollo Social (21 de octubre de 2010). *Programa Oportunidades*. Recuperado el 5 de noviembre de 2011, de http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/mision_y_vision

SEDESOL, Ssa y DIF. (2010). *Convocatoria para la participación de instituciones educativas en el Programa de Estancias Infantiles para apoyar a madres trabajadoras*. Recuperado el 16 de noviembre de 2011, de http://sedesol2006.sedesol.gob.mx/archivos/25/file/bases_servicio_social_2011.pdf

Secretaría de Educación de Michoacán (2009). *¿Qué son los Centros de Desarrollo Infantil?* Recuperado el 20 de diciembre de 2011, de http://educacion.michoacan.gob.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=648&Itemid=743

Secretaría de Educación Pública (2003). *Revisión de las Políticas de Educación y Cuidado de la Infancia Temprana*. México, D.F.: SEP-Subsecretaría de Educación Básica y Normal.

Secretaría de Educación Pública (2009). *Programa de Fortalecimiento a la Educación Temprana y el Desarrollo Infantil*. México, D.F.: SEP.

Secretaría de Educación Pública, Educación Inicial, Programa de Fortalecimiento a la Educación Temprana y Desarrollo Infantil (PFETyDI) (2009). *Experiencias Exitosas. Educación Inicial*. México, D.F.: SEP. Secretaría de Educación Pública (2010). *Objetivo General del PFETyDI*. Recuperado el 20 de diciembre de 2011, de <http://basica.sep.gob.mx/inicial/pdf/conocenos/objetivos.pdf>

SEP (10 de marzo de 2011). *Educación Inicial*. Recuperado el 16 de diciembre de 2011, de http://www2.sepdf.gob.mx/que_hacemos/inicial.jsp SEP (2012) “Quinta Informe de Labores”, http://www.dgpp.sep.gob.mx/Rendicion%20de%20cuentas/INFORME%20LABORES/INFORME_LABORES/5to_Informe_Labores.pdf

SEP, Subsecretaría de Educación Básica y Normal (2003). *Revisión de las Políticas de Educación y Cuidado de la Infancia Temprana. Reporte de Antecedentes de México*. Un trabajo preparado para el Proyecto de OCDE. Disponible en: www.oecd.org/dataoecd/10/38/34429901.pdf

Secretaría de la Función Pública (2007). *Metodología. Centro Integral de Servicios*. México, D.F.: Subsecretaría de la Función Pública. Dirección General de Eficiencia Administrativa y Buen Gobierno.

Secretaría de Relaciones Exteriores (2011). “Derechos Humanos - agenda internacional de México. *Boletín informativo para las representaciones de México en el exterior*, 1-2.

Secretaría de Relaciones Exteriores (2 de septiembre de 2011). *Informes presentados por México*. Recuperado el 13 de noviembre de 2011, de <http://sre.gob.mx/index.php/informes-presentados-por-mexico>

Secretaría de Salud y Asistencia (2001). *Programa de Acción: Programa de Atención a la Infancia*. México, D.F.: SSA.

Secretaría de Salud y Asistencia, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. (2002). *Programa de Acción: Arranque Parejo en la Vida*. México, D.F.: SSA.

Secretaría de Salud y Asistencia, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (Mayo 2002). *Estimulación Temprana. Lineamientos Técnicos*. Versión Final. México, D.F.: SSA y CENSIA.

Secretaría de Salud y Asistencia (2007). *Programa Nacional de Salud, 2007-2012: Por un México Sano. Construyendo Alianzas para una mejor salud*. México, D.F.: SSA.

Secretaría de Salud (2008a). *Programa de Acción Específico 2007-2012*. México, D.F.: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud (2008b). *Programa de Acción Específico. Arranque Parejo en la Vida*. México, D.F.: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud (2008c). *Programa de Acción Específico 2007-2012. Reducción de la Mortalidad Infantil*. México, D.F.: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud y Sistema Nacional DIF (2008d). *Descripción e Informe de Resultados. Programa para la Protección y Desarrollo Integral de la Infancia*. México, D.F.: Sistema Nacional DIF.

Secretaría de Salud (10 de julio de 2009). *Seguro Popular-Embarazo Saludable*. Recuperado el 13 de noviembre de 2011, de http://www.seguropopular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=26

Secretaría de Salud (2011). *Quinto Informe de Labores*. México: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud (4 de octubre de 2011). *Seguro Popular*. Recuperado el 5 de noviembre de 2011, de http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=117

Secretaría de Salud (s.f.). *Intervenciones médicas cubiertas por el Programa Seguro Médico para una Nueva Generación*. Recuperado el 5 de noviembre de 2011, de <http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/FPGC/IntervencionesFPGC.pdf>

Secretaría de Salud (s.f.). *Pediatría. Centro Asistencial Casa Cuna. Sistema DIF-Hidalgo*. Recuperado el 20 de diciembre de 2011, de http://www.salud.gob.mx/unidades/pediatria/caim/ninos_hs.pdf

Secretaría de Salud (s.f.). *Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas de México. Elementos Generales para la Construcción del Programa de Acción*. <http://www.dgplades.salud.gob.mx> Sistema Nacional DIF (2008). *Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria*. Recuperado el 16 de diciembre de 2011, de <http://dif.sip.gob.mx/archivos/EIASA.pdf>

Sistema Nacional DIF (2010). *Descripción e Informe de Resultados de la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria. Ejercicio Fiscal 2009*. México, D.F.: Sistema Nacional DIF.

Sistema Nacional DIF (17 de noviembre de 2010). *Programa de Desayunos Escolares*. Recuperado el 15 de diciembre de 2011, de http://dif.sip.gob.mx/?page_id=535

Sistema Nacional DIF (4 de diciembre de 2011). *Sala de Prensa*. Recuperado el 20 de diciembre de 2011, de <http://dif.sip.gob.mx/prensa/?contenido=413>

Sottoli, S. (2010). Prefacio al documento “Los derechos de la infancia y la adolescencia en México: Una agenda para el presente, en UNICEF, *Los derechos de la infancia y la adolescencia en México: Una agenda para el presente* (p. iii). México, D.F.: UNICEF.

SSA, CENSIA (mayo de 2002). *Estimulación Temprana: Lineamientos Técnicos*. Versión Final. México, D.F. SSA, CENSIA.

Transparencia Mexicana (2009). *Manual del Ciudadano*. Recuperado el 15 de diciembre de 2011, de http://www.transparenciamexicana.org.mx/manualciudadano/ejecutar/_O9A4.pdf

UNICEF (2011). *Inversión Pública en la Infancia y la Adolescencia en México*. Versión actualizada 2008-2011. México, D.F.: UNICEF.

UNICEF (en línea) *La niñez indígena en México* http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6904.htm último acceso 15/03/12

UNICEF (en línea) *Salud y Nutrición*. <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm>

Vegas, E. y L. Santibañez (2010). *The Promise of Early Childhood Development in Latin America and the Caribbean*. Washington: The World Bank.

Villa Lever, L. (coord.) (2008) *La educación Preescolar ¿hacia dónde debería dirigirse la política educativa?* México, D.F.: OCE/Santillana.

Williams, S., K. Morrison y P. Watson-Campbell (2004). *A draft model for financing and investment in early childhood development in the Caribbean*. *Child Focus II Project/Inter-American Development Bank (IDB)*. Kingston, Jamaica: University of the West Indies, Caribbean Child Development Centre.

Zeitlin, M., F. Ghassemi and M. Mansour (1990). *Positive Deviance in Child Nutrition, with Emphasis on Psychosocial and Behavioural Aspects and Implications for Development*. Tokoyo: The United National University.

Zermatten, J. (2003). *El interés Superior del Niño. Del análisis literal al alcance filosófico*. Sion: Institut International des Droits de l'Enfant.







División de Protección Social y Salud
Banco Interamericano de Desarrollo
1300 New York Avenue N.W.
Washington, D.C. 20577, USA

scl-sph@iadb.org
www.iadb.org/Salud
www.iadb.org/ProteccionSocial
blogs.iadb.org/desarrolloinfantil

