



Simposio Contribuciones
para la agenda de primera
infancia 2024-2030

Early Institute
SIPI México

Índice

<i>Introducción</i>	3
<i>Cuidado y educación</i>	4
“Participación laboral de la mujer, cuidado infantil y educación inicial”	4
Recomendaciones	5
“Panorama de la gobernanza del Cuidado y educación inicial en México”	9
Recomendaciones	12
<i>Pobreza</i>	13
“La amenaza de la pobreza en primera infancia: algunas propuestas para combatirla”	13
Recomendaciones	14
<i>Seguridad y protección</i>	15
“Recomendaciones en materia de seguridad y protección de niñas y niños de la primera infancia”	15
Recomendaciones	17
<i>Nutrición</i>	18
“Recomendaciones de política pública para la prevención y control de la mala nutrición infantil en México”	18
Recomendaciones	21
<i>Salud</i>	22
“Acceso a servicios de salud (salud prenatal y para primera infancia) y desarrollo infantil temprano”	22
Recomendaciones	25

Simposio Contribuciones para la agenda de primera infancia 2024-2030

INTRODUCCIÓN

Early Institute, atendiendo a su misión de mejorar la salud, cuidado, educación, seguridad y protección de la primera infancia, a través de la incidencia en políticas públicas, organiza el Simposio como parte de la estrategia de incidencia del proyecto Sistema de Indicadores de Primera Infancia México¹ (SIPI México).

El Sistema de Indicadores de Primera Infancia SIPI México es una herramienta social para monitorear, analizar e incidir en los indicadores más relevantes de educación, salud, nutrición, pobreza, protección, y cuidado. Su plataforma de fácil acceso permite monitorear y analizar la situación de los niños en el país. Se ha trabajado en mantener datos actualizados, se han involucrado a más de 200 actores clave, incluyendo especialistas y organizaciones, para abordar los desafíos y recomendaciones en la agenda de primera infancia.

El SIPI busca alinearse con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para el 2030 y enfrenta retos que requieren una agenda ejecutable con un sistema de medición robusto. El Simposio actual representa un primer paso hacia la construcción de una agenda colaborativa para mejorar los indicadores de la primera infancia en México y facilitar la coordinación de esfuerzos entre instituciones y organizaciones.

En el Simposio participan ocho especialistas de distintos sectores, con el objetivo de a) Reunir información necesaria para la creación de una ruta de acción que incida en el próximo plan de trabajo de la siguiente administración de primera infancia en México; b) Formular recomendaciones y estrategias efectivas para impulsar el desarrollo y promover igualdad de oportunidades desde la primera infancia y c) Fortalecer alianzas con especialistas y organizaciones de primera infancia. Las mesas de discusión son un primer paso para una agenda de trabajo colaborativa con especialistas, organizaciones de la sociedad civil, entidades/instituciones de gobierno, organismos internacionales y otros interesados en la primera infancia.

El presente documento recaba las principales aportaciones de cada uno de las y los ponentes, organizando la información de acuerdo con las dimensiones de desarrollo contenidas en el SIPI México: cuidado, educación, pobreza, seguridad y protección, nutrición y salud.

¹ SIPI México es una herramienta social para el monitoreo, análisis e incidencia, con más de 150 indicadores relevantes para la primera infancia. Su objetivo es mejorar la vida de millones de niñas y niños en México, con miras al cumplimiento de sus derechos y de la Agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Cuidado y educación

“Participación laboral de la mujer, cuidado infantil y educación inicial”

Mtro. Clemente Ávila Parra²

Mtra. Marcela Lucía Silveyra de la Garza³

Banco Mundial

I. Participación laboral de las mujeres y cuidado infantil

Mtro. Clemente Ávila

A pesar de que en los últimos 30 años la participación laboral de las mujeres se ha incrementado, sigue siendo mucho menor que la participación laboral de los hombres, y de hecho en los últimos 15 años esta brecha se ha mantenido en México⁴. La baja participación laboral de las mujeres es un problema multifactorial, en esta ocasión resaltaremos las barreras de las normas sociales y de los cuidados.

Cerca del 70% de las mujeres cuidadoras de 15 a 60 años que desean trabajar y no lo hacen, es porque no tienen quién les cuide a sus hijas(os), personas adultas mayores o personas enfermas. Aunque los adultos mayores son los que más demandan servicios o atención de cuidados, en realidad las mujeres dedican más tiempo al cuidado de los hijos e hijas, en particular los niños y niñas de 0 a 10, y de 6 a 11 años⁵. Asimismo, las mujeres que tienen hijas e hijos menores de cinco años en sus hogares tienen mayores probabilidades de no estudiar o no trabajar⁶.

Como se sabe, el derecho al cuidado en México no está reconocido como un derecho en sí mismo. Es un derecho que se encuentra reconocido parcialmente bajo el marco normativo de la seguridad social. Por dicho motivo, refleja la fragmentación que se tiene en el propio sistema de protección social; por eso se ven muchos financiadores y muchos proveedores del servicio. En la parte contributiva encontramos las guarderías del IMSS, las estancias del ISSSTE o los servicios provistos por PEMEX, entre otros. En la parte no contributiva se encuentran los servicios que se ofrecen a través de los sistemas de DIF y, por ejemplo, el programa de cuidados que tiene la Secretaría de Bienestar. Eso sin contar los distintos niveles de gobierno que también tienen sus propios financiadores y prestadores de servicios.

Por todo lo mencionado, la oferta de los servicios de cuidado es muy fragmentada y heterogénea. Hay diversidad en la cobertura por edades, en el programa educativo, en los estándares de seguridad, en los mecanismos de supervisión para asegurar que se cumplan los programas educativos, en las normas de seguridad, los costos, entre muchos otros aspectos. Entonces, es en realidad un sistema muy frágil. Si el

2 Economista Sénior del Banco Mundial en la práctica global de Protección Social y Empleo. Cuenta con más de 10 años de experiencia realizando trabajo analítico y operativo sobre sistemas de protección social en América Latina y el Caribe. Actualmente es Gerente de Proyectos del Banco Mundial en México, Centroamérica y el Caribe. Antes de incorporarse al Banco Mundial, trabajó en la evaluación de programas federales en el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Clemente cuenta con una Maestría en Administración Pública de la Universidad de Cornell y una Licenciatura en Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

3 Especialista en Educación para América Latina y el Caribe en la Práctica Global de Educación del Banco Mundial. Actualmente, lidera los programas de primera infancia y recuperación del aprendizaje en México y El Salvador. Sus líneas de trabajo también incluyen el desarrollo profesional de docentes, la gestión escolar y garantizar las trayectorias educativas. Fue asesora en la Oficina del Secretario de Educación Pública e investigadora en el Comité Regional del Norte de Cooperación con la UNESCO. Cuenta con una Maestría en Educación Comparada y Análisis de Políticas Educativas de la Universidad de Stanford y es cofundadora de la red Mujeres Unidas por la Educación en México.

⁴ WBG, Gender Data Portal. Estimaciones de la OIT

⁵ INEGI, ENASIC 2022

⁶ INEGI, ENOE, I-2023

derecho al cuidado no está reconocido como un derecho en sí mismo, tampoco sorprende que México sea uno de los países de la OCDE con menor gasto público en este ramo, menos del 0.1% del PIB se destina al cuidado infantil. Y lo que es quizá más interesante y también más preocupante es que en algún momento el gasto público en México estaba a niveles comparativamente buenos con los de la OCDE, venía creciendo al mismo ritmo. Esto principalmente entre el 2002 y el 2008⁷. A partir de la crisis del 2008, vemos que se dejó de invertir en estos temas y es donde se empieza a abrir cada vez más esta brecha.

Por otra parte, la oferta de Centros de Atención Infantil (CAI) como, guarderías y estancias infantiles, es muy limitada en nuestro país, particularmente en los municipios más marginados. Más de la mitad de los municipios no cuentan con ningún CAI. Aunque nosotros no queremos dar el mensaje de que todos los servicios de cuidado necesariamente tienen que ser en un Centro, es indicativo que más de la mitad de los municipios, el 56%, no tengan ni siquiera un centro. Entre más marginados sean los municipios, menos centros de atención infantil tienen⁸.

Asimismo, la oferta de los servicios no es necesariamente equivalente al uso. La decisión de utilizar los servicios de cuidado infantil es muy compleja y depende de muchos factores. Existen factores como, por ejemplo, las aspiraciones y la propia identidad de las mujeres quienes internalizan las normas sociales de género. Por otra parte, las oportunidades disponibles para trabajar y generar un ingreso y el apoyo que existe en los servicios de cuidado. Todos estos factores se sopesan, se hace un análisis costo-beneficio para decidir si vale la pena incorporarse al mercado laboral considerando todo lo que ello implica⁹.

La asistencia a los Centros de Atención Infantil para las niñas y niños menores de tres años es muy baja en nuestro país. Se estima que únicamente el 5% de los niños y niñas de este grupo asisten a estos servicios. Con una amplia variación entre entidades, desde 1.1% en Hidalgo hasta 17.8% en Colima. Las razones del bajo uso de los CAI varían a nivel subnacional, destacando como las principales razones para no utilizar los servicios la ‘falta de dinero’ y el ‘no confiar en los servicios’¹⁰.

Recomendaciones

Algunas de nuestras propuestas de política pública son:

- **Reconocimiento** del derecho al cuidado (CPEUM y ley SNC) y desarrollo de una arquitectura institucional de acuerdo con las mejores prácticas.
- **Armonización del marco normativo** y el establecimiento, por ejemplo, de estándares mínimos, que eliminen las normas que se consideran discriminatorias.
- **Creación de un Sistema de Información Integral** que permita el monitoreo, evaluación y rendición de cuentas que establezcan mecanismos de coordinación para evitar las ineficiencias.
- **Socialización y difusión** de información entre actores involucrados.

En términos de la oferta de servicio, nuestra propuesta es:

- La **expansión de los servicios** públicos de cuidados (e.g., CAI, escuelas con horario ampliado).
- La **promoción y financiamiento** de distintas modalidades basadas en el contexto local (sector privado, sociedad civil, comunidad, etc.).

⁷ OCDE, Social Expenditure Database

⁸ INEGI, DENUÉ 2022-11. CONAPO, Índice de marginación por municipio, 2020

⁹ Muller y Jaén, 2020. Banco Mundial

¹⁰ INEGI, ENESS 2017

- **Reducción de costos** de acceso a los servicios (a partir de instrumentos como vouchers o subsidios focalizados).
- El **fortalecimiento de la oferta** a partir del mejoramiento de infraestructura, formación y capacitación de recursos humanos.

II. Educación Inicial

Mtra. Marcela Lucía Silveyra

La presentación se enmarca en la Política Nacional de Educación Inicial (PNEI) publicada en marzo de 2022. La PNEI representa una oportunidad histórica para el desarrollo infantil en México, parte de tres propósitos:

1. Expansión focalizada. Empezando con los niños y las niñas que están en condiciones de vulnerabilidad y con riesgos de exclusión.
2. Mejora en la calidad de los servicios.
3. Promoción de prácticas de crianza enriquecidas en las familias.

Para el Banco Mundial hay cinco aspectos clave para poner en marcha esta Política Nacional de Educación Inicial.

1. El alcance de la educación inicial

La PNEI es una política que trata de arropar a los dos tipos de modalidades de educación inicial, tanto la escolarizada como la no escolarizada. La primera, en donde el beneficiario directo es el niño de cero a tres años, es un tipo de servicio que se lleva a cabo en un centro de atención infantil. En la segunda modalidad el beneficiario directo de los servicios es el padre, la madre o el cuidador que tiene a su cargo un niño de 0 a 3 años. Aquí entran los tipos de servicios de visitas a hogares o centros comunitarios.

La PNEI establece una definición más integral, donde 'Atención y cuidado' y 'Educación inicial' son dos caras de la misma moneda. No hay cuidado sin educación, ni educación sin cuidado. Y se coloca desde la perspectiva del interés superior de la niñez; el niño es el mismo, y debiera de recibir la misma atención, con el mismo nivel de calidad independientemente de la institución que le preste el servicio.

2. Marco institucional

Para la PNEI la institución rectora es la SEP, dado su liderazgo estratégico y pedagógico. Aunque no es la única provisora de servicios o única responsable de ese tema, ésta puede contribuir a establecer condiciones que unifiquen el servicio. Deben establecerse roles y competencias, acompañados de la asignación de recursos.

Por otra parte, hablamos del desarrollo de capacidades para gestión, tanto capacidades institucionales para coordinar los servicios de educación inicial, como la asignación de recursos que permitan coordinar ese trabajo de manera eficiente. Asimismo, la gestión de la educación inicial como primer nivel de la Educación Básica implica nuevos roles y tareas en la gestión educativa tanto a nivel federal como estatal.

3. Expansión con equidad

- Universalización. Desde la reforma de la ley general de educación de 2019, se estipula que se debe universalizar la educación inicial.

- Focalización. Cobertura en las poblaciones donde el servicio puede mejorar con respecto a aquel que recibirían en su familia. Más del 50% de la población de 0 a 3 años vive en situación de pobreza (Coneval). La educación inicial tiene efecto probado en la igualación de oportunidades, por tanto, la expansión debe focalizarse según vulnerabilidad y las brechas de cobertura.
- Contextualización. Diversificar es clave para alcanzar a familias con diferentes necesidades.

La cobertura de la educación inicial en México ha ido decreciendo¹¹. Y aunque se ha ido recuperando un poco, no se ha logrado la misma tasa de cobertura que teníamos antes de la pandemia.

4. Aseguramiento de la calidad

Tanto en la modalidad escolarizada como en la no escolarizada de educación inicial deben compartir criterios mínimos de calidad y criterios de priorización.

5. Asignación de recursos

La asignación actual de recursos para esta población de cero a tres años es insuficiente. En 2023, el presupuesto aprobado es de 28,280 mdp., 0.47% del gasto programable; .09% del PIB. También ha habido subejercicio en los últimos dos años. Por otra parte, hay programas presupuestales en donde no se etiquetan los recursos que van dirigidos a la educación inicial, lo cual dificulta el seguimiento de inversión que se hace en este nivel. Y no existe una relación entre el monto de asignación y la densidad poblacional en los estados.

III. A-B-C. Herramientas de apoyo para la implementación de la PNEI

Estas herramientas de apoyo las implementamos con los estados, previamente se les pide realicen un diagnóstico de la educación inicial en su población. Ellos identifican dónde está la demanda en niños de 0 a 3 años a nivel municipal y cuál es la oferta de los servicios del sector educativo. El diagnóstico se complementa con la herramienta de mapeo integral.

A. Mapeo integral de la educación inicial. Tiene cinco secciones.

1. Vínculo con la PNEI que arropa todas las modalidades de servicios y los diferentes proveedores institucionales.
2. Demanda. No solamente se identifican a los niños de 0 a 3 años, sino también dónde están las mujeres en un periodo de edad de trabajar, porque muchas de ellas necesitan de estos servicios. Población de madres, padres, de cuidadores, etc.
3. Servicios de Educación Inicial. Existe una gran diversidad, sobre todo hablando de la modalidad escolarizada. Por ejemplo, existen ONG's dentro de la modalidad escolarizada, pero no están registrados ni categorizados como centro de educación infantil. Le llaman casas de día, en donde a una mamá de la comunidad se le da una inversión inicial para preparar el espacio para atender a niños, se le da una pequeña capacitación, y ella recibe algunos niños en el transcurso de la jornada laboral.
4. Procesos formativos. Que el estado sepa si a nivel estatal hay una Licenciatura en Educación Inicial, si hay algún programa de formación inicial que prepare a mujeres y a hombres para ser un agente de trabajo. Si lo hay, conocer qué se ofrece de parte de la formación continua.
5. Estructura operativa y de supervisión a nivel estatal.

¹¹ PNEI (2002) Y 5to Informe de Labores de SEP (2023)

- B. Planes de implementación. El estado también toma el plan de implementación nacional, lo adecúa al estado, y nosotros apoyamos en fortalecer este plan, el cual cubre los siguientes rubros:
- Vínculo con la PNEI
 - Identificación y priorización de líneas de acción, actividades, plazos, responsables.
 - Definición de metas e indicadores
 - Establecimiento de la Gobernanza
 - Financiamiento
- C. Focalización. Expansión de la Educación Inicial. Esta herramienta tiene tres pasos importantes:
1. Priorizar municipios. Conociendo cuál es la demanda, dónde están los niños, dónde están las mujeres, dónde están los cuidadores que tengan alta vulnerabilidad y baja oferta de servicios de educación inicial.
 2. Identificar condiciones mínimas de factibilidad. Conociendo cuáles son las modalidades o el tipo de servicio más pertinente para ese municipio.
 3. Proyecciones de crecimiento y ejercicio de costeo.

Criterios de factibilidad

Conociendo cuáles son los municipios priorizados en temas de densidad, de demanda, de rezago social, se evalúa cuál es la modalidad de servicio más pertinente para ese tipo de municipio. Consideramos tres criterios de factibilidad:

1. Condiciones demográficas/económicas. Densidad por km², tasa de participación laboral de las madres.
2. Disponibilidad de insumos básicos. La infraestructura y los recursos humanos necesarios de acuerdo con la modalidad de servicio.
3. Utilización mínima del servicio. Ocupación mínima del 80% de la capacidad del servicio.

Selección de modalidad más “pertinente”.

La herramienta/modelo verifica en forma iterativa, para cada área, si se cumplen los criterios de factibilidad de cada modalidad de servicio. En caso de “empate” se utiliza la “cercanía” a las municipalidades con compatibilidad demográfica/económica.

Una vez recabada la información es necesario validarla en campo, ya que muchas veces no son datos actualizados, normalmente tienen uno o dos años de desactualización. No obstante, ya constituyen un insumo para que el estado evalúe la trayectoria para crecer los servicios de educación inicial. Finalmente, teniendo la proyección de crecimiento de los servicios en el estado, hacemos una proyección de costeo. Presentamos al estado el costo anual que tenemos por niño de acuerdo con el tipo de servicio o por el programa presupuestario.

“Panorama de la gobernanza del cuidado y educación inicial en México”

Dra. Martha Merlo Huerta¹²
Unicef

Contexto nacional del cuidado y educación inicial

México, a pesar de ser una economía media, tiene una muy limitada participación laboral de las mujeres. Además, ésta ha crecido comparativamente menos que otros países, de 1990 al 2019 solo creció el 13%, mientras que países como Perú, Brasil o Chile han crecido por arriba del 15%. Por otra parte, existe una marcada desigualdad entre hombres y mujeres en las horas totales de trabajo, pagadas y no pagadas, las mujeres destinan una media de 77.6 horas, mientras que el hombre destina 62.0 horas. Esta brecha se acentúa más por la gran diferencia en las horas no pagadas, en donde la mujer destina en promedio 37.9 horas y el hombre tan solo 15.2 horas.

“La doble carga de los cuidados y el empleo puede afectar al bienestar mental de las mujeres, que tiende a ser peor que el de los hombres y afecta al desarrollo de los hijos e hijas.”

La tasa de matriculación en Centros de Atención Infantil (CAI) en México 2014 y 2019 es una cifra difícil de conseguir. La asistencia a programas de cuidado o educación inicial de niñas y niños de 0 a 2 años es de tan solo 10%¹³. Por otra parte, en el contexto latinoamericano, México también presenta una baja proporción de niñas y niños de 0 a 5 años que asisten a centros de educación y cuidado (4.7%), en comparación, por ejemplo, con Chile que ha logrado aumentar a un 36.5% de cobertura¹⁴.

Existen brechas en la cobertura de cuidado infantil a través del lente de la edad. Las primeras 12 semanas la mujer tiene 24 horas disponibles para el cuidado gracias a la baja por maternidad, claro, en un contexto de empleo formal. Luego se tienen guarderías desde los 45 días hasta los 4 años, que aproximadamente cubren 8 horas; en la etapa preescolar de 3 a 6 años se cubren 4 horas y en la educación primaria de 6 a 12 años, se cubren 6 horas al día. La política pública debería de estar enfocada a cubrir estas brechas de tiempo.

Diseño institucional

Existen tres formas en que el Estado puede apoyar los programas de cuidado y educación inicial:

- **Tiempo.** Licencias de lactancia, permisos para cuando el niño se enferme o para cuando el niño tiene vacaciones.
- **Recursos.** Las transferencias de efectivo, en otros países conocido como *Child Benefit*, en México existe el Programa para el Bienestar de Niñas y Niños Hijos de Madres Trabajadoras, que atiende aproximadamente a 200,000 familias.
- **Servicios.** Los CAI y los CCAPI.

12 Oficial nacional de política social para UNICEF, especializada en primera infancia, derechos y cuidados. Doctora en Ciencias Políticas y Sociales por la UNAM donde investigó sobre las políticas públicas para la primera infancia desde un enfoque institucionalista y discursivo. También estudió una maestría en Gobernabilidad y Desarrollo en el Instituto de Estudios para el Desarrollo de la Universidad de Sussex en Reino Unido y es licenciada en Economía por la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Ha trabajado con organizaciones locales en temas de derechos y desarrollo social y económico, y ha colaborado como consultora para el PNUD, UNICEF y otras Organizaciones Nacionales No Gubernamentales en temas de políticas públicas, derechos y primera infancia.

¹³ Fuente: Ensaut 2018-2019

¹⁴ Fuente: Mateo Díaz, M., Rodríguez Chamussy, L., & Grafe, F. (2014). Ley de guarderías en México y los desafíos institucionales de conectar familia y trabajo. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/handle/11319/6650>

Gobernanza de los CAI

En los Centros de Atención Infantil (CAI) suele darse una supervisión múltiple. Por una parte, si el DIF observa un mal funcionamiento ellos lo remiten a Protección Civil, quien a su vez puede ordenar el cierre o remitir a la Secretaría de Salud para una segunda visita. Con la nueva ley también puede hacer una visita de supervisión la Secretaría de Educación Pública (SEP) y tendrá requerimientos diferentes que el DIF. Esta duplicidad de supervisión funciona como un incentivo negativo para poner más CAI privados o subrogados. Existe una sobrerregulación a la que se enfrentan empresas que desean poner guarderías IMSS.

Por otra parte, a nivel de coordinación hay dos cuerpos colegiados con el objetivo de debatir todos los asuntos que competen a los CAI. El COPSADII¹⁵, presidido por el DIF, en donde se reúnen diversas instituciones y la PNEI. En un nivel superior se encuentran otras estructuras gubernamentales, por ejemplo, el SIPINNA¹⁶ que tiene otras comisiones y la Comisión de la Primera Infancia; es importante tenerles en cuenta para colaborar con ellos y para la creación de alianzas y sinergias. Por otro lado, está el Sistema Nacional de Cuidados, que actualmente se encuentra como propuesta de ley, abarca a tres poblaciones: adultos mayores en situación de dependencia, personas con discapacidad y cuidado infantil.

“La distribución de competencias [en el ámbito de la primera infancia] es una maraña de responsabilidades superpuestas, sin principios organizativos claros ni atribuciones inequívocas sobre ámbitos políticos, a partir de decisiones legislativas que han respondido a coyunturas políticas” Cejudo 2022.

Importancia de los Sistemas Nacionales de Cuidado para la Infancia

- El derecho al cuidado y el papel del Estado como su garante
- La atención a una nueva situación demográfica y de cambios en la estructura de los hogares en la región (hogares monomarentales, crisis de cuidados).
- La atención a la desigual carga del cuidado que recae en las familias y, sobre todo, en las mujeres y las niñas.
- Insuficiencias en la oferta de intervenciones de los sistemas de cuidado que no garantizan acceso efectivo de calidad, ni desarrollo pleno: licencias para el cuidado, subsidios para el cuidado y los servicios de cuidado.
- Participación laboral, pobreza del hogar y crecimiento económico
- Diseño de una política integrada de cuidados

El diseño de una política integrada de cuidados considera:

- **Tiempo**, para los cuidadores a manera de licencias de maternidad, paternidad, parentales y de cuidados.
- **Recursos**, como transferencias monetarias para niños, personas con discapacidad, adultos mayores, pero también para las personas que cuidan.

¹⁵ Consejo Nacional de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil (COPSADII)

¹⁶ Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA)

- **Servicios**, tanto para la población que necesita cuidado (guarderías, centros de día y de larga estancia, cuidados domiciliarios, teleasistencia), como para los cuidadores (programas de capacitación, entrenamiento y soporte emocional).
- **Legislación y monitoreo**, incluye estándares de calidad para los servicios de atención y legislación laboral y de seguridad social para los cuidadores remunerados.

La calidad es lo más importante en los servicios de educación y de cuidado, esta se puede resumir en siete puntos:

- Entorno de aprendizaje seguro y estimulante.
- Fuerza laboral estable y calificada que cuente con buenas condiciones laborales.
- Involucrar a los cuidadores principales, madres y padres.
- Garantizar que la proporción de niñas y niños por maestro favorezca un buen desarrollo infantil.
- Interactuar para generar oportunidades de aprendizaje.
- Medir y evaluar el desarrollo infantil.
- Adherirse a procedimientos adecuados de salud y agua, saneamiento e higiene (WASH) y vincularlos con la nutrición.

Desafíos del cuidado y la educación inicial

Se identifican cinco principales desafíos:

1. **Debate conceptual.** Por un lado, el concepto del cuidado se enfoca en que las madres puedan reducir sus cargas de trabajo no remunerado, ingresar al mercado laboral y ganar autonomía. En un segundo término queda que el cuidado sea de calidad. Por otro lado, el concepto de la educación inicial se enfoca en que las niñas y los niños de 0 a 3 años estén en ambientes estimulantes, con cuidadores capacitados y en segundo término que tengan enfoque de género. Este debate de enfoques es importante porque incide en cómo estamos generando instituciones o generando políticas para priorizar una u otra agenda.
2. **Fragmentación de los servicios y distintas calidades.** El problema deriva de la desigualdad de los servicios, la cual genera más desigualdad en el acceso a la educación y al desarrollo infantil. Este desafío también tiene que ver con la forma de coordinación de los servicios. Existe una coordinación de muy baja intensidad, no hay intercambio fluido de información, el financiamiento queda a cargo de una autoridad central, solo se comparten asuntos operacionales y a lo que queremos llegar es que intercambien información estratégica y, eventualmente, recursos.
Los incentivos actuales para la coordinación motivan que aumente la dispersión, porque gobiernos subnacionales aumentan la oferta sin seguir la norma de la SEP, ya que la norma es cara. Asimismo, la SEP no tiene forma de supervisar los más de 16mil CAI del país ni impone sanciones a quienes no la cumplen. Actualmente se tiene avanzado un estándar mínimo, pero todavía está lejos de implementarse.
3. **Gobernanza y rectoría.** Falta una instancia que cumpla la función de gobierno o rectoría. Esta instancia debería estar legitimada por las partes, con alto respaldo político, que marque el rumbo estratégico y que tenga la última palabra en caso de parálisis ante posiciones encontradas o por responsabilidades difusas. Nosotros consideramos que sea la SEP, pero reconocemos que todavía estamos lejos de lograrlo. Existen varias instituciones para coordinar y homologar (PNEI y COSPSADII), generando duplicidades y competencia. No se asigna presupuesto o se asigna poco para el tamaño de la tarea, y, por tanto, no se cumple con lo que indica la norma.

4. **Superposición de marcos jurídicos**

Cuando surge la PNEI, quizá debió derogarse el COPSADII, para que no se estuvieran duplicando las funciones. Es una muestra de cómo los marcos jurídicos están superpuestos. La PNEI habla de cobertura, calidad y atención a las familias y, el Programa Nacional de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil (PNPS), que lo ejecuta el COPSADII, habla de calidad, de familia y de creación de ambientes adecuados en los CAI.

5. **Política Nacional de Educación Inicial (PNEI)**

La política es muy reciente, por ello me limito a mencionar que el “plan de implementación” lo han pasado a otra Dirección General y está en *stand by*. Por otra parte, el currículum a penas se publicó el 23 de agosto de este año, una semana antes del inicio del ciclo escolar. Por tanto, el desafío actual es impulsar la política.

Recomendaciones

Diseño institucional

- Mejora regulatoria que defina con claridad la educación inicial y el cuidado. Tenemos que aspirar a que sean lo mismo, pero quizá tenemos que ceder un poco en los estándares de educación, porque no alcanza para cubrir los costos.
- Planear una transición a un solo ente en la función de coordinación y en la función de gobierno.
- Crear los mecanismos que incentiven a la colaboración y a los pisos mínimos de calidad, que no desincentiven.
- Asignar recursos suficientes para el cuidado de la educación inicial.

Instrumentos

- Incentivar la participación de actores no gubernamentales: cuidado comunitario, cuidado de empresa.
- Ampliar la gama de políticas de cuidado, no todos son CAI; cuidados comunitarios, las licencias son muy importantes, hay mucha evidencia de cómo la licencia de maternidad tendría que durar más tiempo porque eso ayuda a la lactancia y al vínculo. Mantener la palabra cuidado amplía la perspectiva, ya que el cuidado involucra prácticas de tiempo, transferencias y servicios; la educación inicial es un servicio dentro del cuidado.
- Diversificar los servicios considerando las interseccionalidades, por ejemplo, considerando a las madres con alguna discapacidad.

Pobreza

“La amenaza de la pobreza en primera infancia: algunas propuestas para combatirla”

Dr. Alberto Tonathiu Sotomayor Avilés¹⁷

Pacto por la Primera Infancia

La medición multidimensional de la pobreza permite medir dos aspectos principales: el bienestar económico y la dimensión de derechos sociales, puesto que a partir de éstas se realizan las definiciones de pobreza y pobreza extrema (CONEVAL, 2019). La dimensión de los derechos sociales refiere a todos esos obstáculos y limitantes del ejercicio pleno del derecho a la salud, la educación, a la alimentación, a la vivienda digna, y a un sistema de protección social. Si entendemos esta doble dimensión de la pobreza, comprenderíamos que la pobreza es una violación sistemática y explícita de derechos. Va a obstaculizar la posibilidad de que las niñas y niños puedan desarrollarse con plenitud.

Por otra parte, la pobreza infantil tiene dos características particulares. En primer lugar, tiene mayor probabilidad de volverse permanente. Sus posibilidades de reversión son más limitadas y sus potencialidades para mantenerse en el futuro son mayores. En otras palabras, un niño pobre tiene un altísimo porcentaje de probabilidades de ser un adulto pobre. Y la segunda, es que la población infantil enfrenta mayores niveles de pobreza que el resto de la población (CONEVAL-UNICEF, 2012). Este panorama indica que la pobreza en primera infancia genera daños acumulativos e irreversibles, lo que otorga un sentido de prioridad a su atención, en específico por parte del Estado.

La situación de pobreza y pobreza extrema en México es alta. El 48% de la población en primera infancia vive pobreza, prácticamente uno de cada dos niños. En el caso de pobreza extrema es el 11.58%, uno de cada 10 niños en primera infancia padece pobreza extrema. La segunda característica es que es mayor la proporción que en el resto de la población; la diferencia en pobreza entre primera infancia y en la población general es de 11.84 puntos porcentuales, en pobreza extrema esta diferencia es de 4.52 pp.

Respecto a la evolución de la pobreza de 2018 a 2022 por grupo de edad, se puede observar una disminución de la pobreza en la primera infancia, sin embargo, continúa siendo demasiado elevada (pasó de 52.55% a 48.14%). Por otra parte, estamos advirtiendo que la brecha que hay entre la población general y la primera infancia se ensanchó. Es decir, no se está disminuyendo la pobreza en primera infancia al ritmo de la población en general.

En el caso de pobreza extrema no hay una disminución significativa en contraste con 2020, y alarma el incremento considerable en contraste con 2018. Resulta preocupante dado que la pobreza extrema implica que las niñas y los niños no cuentan con ingresos familiares suficientes para alimentarse adecuadamente y cuentan con al menos tres carencias sociales, es decir, hay limitaciones graves en el acceso a sus derechos. Por tanto, la política social no está llegando precisamente a quienes más lo necesitan.

¹⁷ Licenciado en Ciencias Políticas por la UNAM. Maestro y Doctor en Administración Pública por el INAP. Postdoctorado en Ciencias del Estado y de Gobierno por IAPAS como una Estancia Académica de Investigación en la Universidad de Alcalá de Henares, España. Ha desarrollado su actividad profesional en el sector público por casi dos décadas en diversas dependencias de la administración pública federal y local. Docente de la Maestría en Administración Pública y Doctorado en Derecho en la UEM. Actualmente se desempeña como Coordinador de Investigación del Pacto por la Primera Infancia.

Medición de pobreza y pobreza extrema en niñas y niños menores de seis años en 2022

El mapa de la pobreza a nivel nacional muestra que casi la mitad de las niñas y niños menores de seis años se encuentran en situación de pobreza (48.14%). En las entidades federativas va de 18.9%, hasta el 79.3% en Chiapas, en donde 8 de cada 10 niños menores de 3 años vive en pobreza. En Guerrero, es el 71.5%, Oaxaca 67.3%, Puebla 66.3%, Veracruz 63.7%; prácticamente en el sur-sureste es donde se concentra históricamente la pobreza. Muy similar es el caso de la pobreza extrema, con un 11.58% a nivel nacional, lo que significa que no cuentan con ingresos suficientes para alimentarse y cuentan con al menos tres carencias, lo cual viola el acceso efectivo a sus derechos básicos. A nivel estatal va de un mínimo de 1.13% a un máximo de 39.7% en Chiapas. Igualmente, la pobreza extrema se concentra en el sur, destacando también Guerrero 30.5%, Oaxaca 25.6%, Veracruz 20% y Tabasco 18.9%.

Carencias sociales en niñas y niños en primera infancia

Las niñas y niños en primera infancia cuentan con una mayor proporción de carencias en contraste con la población en general. La población con al menos una carencia, en la población en general es de un 35%, y en el caso de la primera infancia es el 73.7%. En la población con tres o más carencias, hay aproximadamente una brecha de 6 puntos porcentuales, de 24.8% en la población general a 30% en la primera infancia.

Destaca la mayor prevalencia de carencias por acceso a servicios de salud y por acceso a la seguridad social. En el caso de carencias por acceso a servicios de salud es el 39% de la población en general y 45.86% en la primera infancia. En el caso de las carencias por acceso a la seguridad, 6 de cada 10 niños no cuentan con protección social.

La evolución de las carencias en la primera infancia de 2018 a 2022

Resulta preocupante el incremento en la población en primera infancia con tres o más carencias, de 22.2% en 2018 a 30.1% en 2022, así como el incremento sostenido en la carencia por acceso a servicios de salud, la cual casi se ha triplicado, pasando de 17.6% a 45.9%. De igual forma, no se ha logrado disminuir la carencia por acceso a seguridad social, la cual que afecta a 6 de cada 10 niñas y niños en primera infancia.

Recomendaciones

- Invertir más y mejor en primera infancia. En México se gasta poco, tan solo el .6% del PIB se dirige a primera infancia.
- Diseñar e implementar un sistema de protección social focalizado, con enfoque de derechos y con perspectiva intersectorial.
- Ampliar y mejorar la cobertura de los programas de protección social que benefician a la primera infancia.
- Complementar programas de transferencias no condicionadas con paquetes de servicios básicos, con énfasis en materia de salud y seguridad social.
- Creación de un sistema de cuidados y mejorar los servicios de educación inicial y preescolar.
- Impulsar la equidad regional. La inversión debe darse de manera sostenida, con una perspectiva de largo alcance. Se han dado esfuerzos de inversión en el sureste en algún año y al otro, nada, por tanto, no se sostienen.

Seguridad y protección

“Recomendaciones en materia de seguridad y protección de niñas y niños de la primera infancia”

Dra. Abigail Casas Muñoz¹⁸
Instituto Nacional de Pediatría

Características de las niñas y los niños en la primera infancia

El cerebro crece y se desarrolla en el 90% en los primeros cinco años de vida, lo cual nos permite dimensionar por qué es tan importante esta etapa en los seres humanos. Durante los primeros cinco años crecemos y nos desarrollamos aceleradamente.

Las niñas y niños en esta etapa son sumamente observadores, aprenden sobre todo de lo que ven, escuchan, prueban, sienten o huelen. Desde esta etapa aprendemos a resolver conflictos, aprendemos a reaccionar ante las diferentes situaciones, también aprendemos a identificar cómo se siente la otra persona. Si suceden situaciones que nos generen un estrés tan importante que haga que nuestro organismo se centre en mantenerse alerta porque exista algún peligro, eso va a desviar toda la atención y todo lo que nuestro cerebro tiene como potencial para ir desarrollando. Por ejemplo, reconocer las emociones de los demás, eso se va a hacer a un lado y mi cerebro se va a concentrar en estar viendo que no haya peligros alrededor. Esto es lo que pasa en muchos niños con la violencia. Cuando las niñas y los niños viven en un ambiente estresante, su cerebro definitivamente es selectivo y lo que va a seleccionar es la supervivencia.

Este obstáculo en el aprendizaje también ocurre cuando no hay estabilidad, los bebés que van de un lugar a otro, que, sobre todo, no tienen un ambiente seguro. Muchos problemas se dan con la separación de los padres, que los manejan como si fueran un objeto, unos días aquí, otros días allá. A veces se dan procesos larguísimos en donde no hay estabilidad, no hay seguridad, los cuales impactan en su desarrollo.

Otra característica en la primera infancia es que son ávidos por aprender y con gran plasticidad física, cerebral y emocional. También en esta etapa es donde se aprende a manejar con resiliencia todas las situaciones adversas. En la actualidad vemos que muchos de nuestros niños y adolescentes están teniendo conflicto con esto, lo cual tiene su antecedente en la primera infancia.

En la primera infancia, las niñas y los niños son extremadamente sociables, sumamente curiosos, exploradores y no miden el peligro. Es una característica que los pone en situaciones de riesgo más fácilmente y que en muchas ocasiones los adultos no tenemos conciencia. Los niños no conocen lo abstracto, por ejemplo, la noción del tiempo. También el peligro es abstracto, salvo que lo veas o se identifique muy claramente, las matemáticas son abstractas, las promesas son abstractas.

¹⁸ Investigadora en ciencias médicas en el Instituto Nacional de Pediatría, miembro del Sistema Nacional de Investigadores y cofundadora del Centro de Estudios Avanzados sobre Violencia y su Prevención del INP. Sus líneas de investigación se centran en: la Identificación y prevención de la violencia hacia las niñas, niños y adolescentes, así como en las consecuencias de la violencia en la salud física, mental y adquisición de conductas de riesgo en adolescentes, y en los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes.

Ha colaborado como investigadora y experta en el tema con instituciones como UNICEF, CENSIA, IMJUVE y la Comunidad ALUMBRA para la prevención de la violencia sexual infantil. Cuenta con 35 publicaciones en revistas científicas nacionales e internacionales, 15 capítulos en libros y un libro sobre el tema.

Es miembro de la Academia Mexicana de Pediatría, la Alianza Global para terminar con la violencia contra los niños y es integrante de la junta directiva de la Sociedad Internacional para la Prevención del Abuso y Negligencia Infantil (ISPCAN).

Son extremadamente cariñosos y con grandes necesidades de recibir manifestaciones de amor, de afecto, porque esto es parte de lo que favorece el desarrollo adecuado de nuestro ser. Asimismo, el niño o el bebé de aproximadamente año y medio, dos años, cree que es uno mismo con su mamá. Entonces, imagínense el impacto que tiene una agresión por parte de la madre. Qué impacto tiene en los niños recibir agresiones, violencia o abandono por parte de alguien con quien están realmente conectados, fusionados y se sienten que son uno mismo.

A partir de que el niño empieza a caminar y se desplaza, empieza a sentir independencia. Normalmente después de tres o dos años, los niños ya se sienten con capacidades físicas de hacer cosas, de escalar, de subir, bajar, cargar... Obviamente no dimensionan el peligro, entonces esta es una de las principales razones por las que muchos niños son violentados. Porque buscan su independencia y en lugar de que los ayudemos a que logren esa independencia de una manera adecuada, los limitamos. Decimos no a todo. Entonces, vean cómo afectamos su desarrollo por desconocimiento de las características en la primera infancia.

Hay algunas experiencias adversas en la infancia que pueden cambiar y marcar radicalmente el crecimiento y desarrollo. Es una etapa en donde los niños empiezan a enfermarse, porque están desarrollando su sistema inmunológico, pero también cuando uno no puede manejar algo emocionalmente, el cuerpo lo hace enfermándose. Entonces, estos pequeños cuando ya manifiestan una inmunodeficiencia, porque se enferman cada 15 días o 3 veces al mes, muchas veces lo que hay detrás son estas experiencias adversas en la infancia.

Presentamos una clasificación de tres categorías de las experiencias adversas que pueden afectar a niñas y niños en la primera infancia:

1. **Violencia.** Se relaciona con el abuso físico. Incluye el castigo físico, abuso emocional, sexual, la negligencia/abandono, el ser testigo de violencia tanto en casa o porque violenten a la madre. Si violentan a la madre, es como si violentaran también al hijo/hija. La victimización por pares, el aislamiento o rechazo por pares, ser testigo de violencia en la comunidad o violencia colectiva.
2. **Situaciones que pueden generar disfunción familiar.** Que haya alguien en casa que tenga abuso de sustancias, la separación o divorcio de los padres, que haya una crianza monoparental, el encarcelamiento de algún miembro de la familia, enfermedades mentales en el hogar, enfermedad o muerte de algunos padres o haber vivido en un orfanato.
3. **Condiciones sociales.** Dificultades económicas para cubrir todas las necesidades básicas de la niña o niños, vecindario inseguro y la discriminación.

Estas tres categorías tienen un impacto en el desarrollo y crecimiento de niños y adolescentes. En 2021 se llevó a cabo un estudio en colaboración con UNICEF, donde se muestra el impacto de estas experiencias adversas en la adolescencia¹⁹. Lo que más se manifestó en las experiencias adversas fue la negligencia (73.35%). Después, la exposición a violencia comunitaria (56.63%), abuso psicológico (37.31%), la exposición a violencia doméstica (36.08%), abuso físico (30.72%) y bullying (29.52%).

Esto es de suma importancia porque se ha asociado que, entre más experiencias adversas vivas en la infancia, vas generando más efectos, por ejemplo, alteración en tu desarrollo emocional, social, cognitivo, se adquieren conductas de riesgo²⁰. Cuando se llega a la edad adolescente, todavía no tienes la capacidad

¹⁹ Casas-Muñoz A, et al. Experiencias adversas en la infancia. Conocimiento y uso por médicos residentes de pediatría. *Gac Med Mex*, 2021;15:10-18.

Casas-Muñoz A, et al. ACE-IQ extended version validation and ACE's frequency in Mexican adolescents. *CA&N*, 2023.

²⁰ Entrenamiento de atención informada de trauma. Texas Department of family and Protective Services, 2019.

de poder tomar una decisión en la que midas el riesgo y puedas estar consciente de qué es lo que te conviene. Por eso en la adolescencia es muy fácil que con una sola exposición se adquieran conductas de riesgo, como son el abuso de sustancias o conductas sexuales de riesgo. Si viviste violencia sexual, es 'fácil' que continúes con estas conductas. Algo que puede suceder después es que te enfermes porque no pudiste manejar todas estas situaciones. Estas experiencias están relacionadas con cánceres, con enfermedades cardiopulmonares, con obesidad, con diabetes, con enfermedades vasculares-cerebrales, y finalmente con la muerte²¹. En otro artículo vimos la relación que hay entre estas experiencias y el desarrollo de problemas de salud mental y conductas suicidas²².

La negligencia es una condición de violencia. Se puede manifestar como negligencia física alimentaria, negligencia de salud en detrimento del crecimiento y desarrollo. Negligencia emocional, la cual afecta las habilidades para la vida; negligencia educativa, muchos niños están registrados en la escuela, pero no asisten. Negligencia por falta de supervisión, la cual dura toda la vida. Inclusive, los adolescentes nos decían que sus papás no tienen ni idea de dónde están, o si están o no están en la escuela. En nuestro país la negligencia es una de las razones que genera muchas situaciones de violencia, en muchos casos que vemos en las familias no hay intencionalidad por parte de los padres. Desconocen el desarrollo de los niños y tienen altas expectativas o falsas expectativas, tampoco participan mucho en la educación de los niños, entonces no cubren estas necesidades emocionales. Asimismo, ante la separación de los padres, lo primero que se asegura es la comida y vestido, pero en ningún momento se contempla la salud emocional de los niños.

Recomendaciones

Dentro de nuestras propuestas en materia de seguridad para la protección de las niñas y los niños en la primera infancia es que debemos trabajar como sociedad en la **prevención, en la detección oportuna y en la atención temprana**. Las niñas y los niños tienen una plasticidad impresionante, si se detecta oportunamente una situación de estas, se puede cambiar el curso.

Por otra parte, la violencia tiene la capacidad de cambiarte genéticamente. Hay información en nuestro organismo que está inactiva, y que ante este tipo de situaciones adversas puede desencadenarse. De ahí que se puedan desarrollar algún tipo de enfermedades. A lo mejor nadie en tu familia las había desarrollado, pero tú las desarrollas ya que esa información genética se transmitió. Si tú la desarrollas, ya está activa y la transmitirás a la siguiente generación, quienes a su vez la van a desarrollar. De ahí la importancia de la prevención.

Para prevenir la negligencia, tenemos que **educar sobre las características de los niños en la primera infancia, educar sobre las necesidades y finalmente educar sobre sus etapas de desarrollo y sobre sus derechos**. Porque mucho de lo que vemos en la sociedad mexicana es que los niños son como una propiedad que puedes utilizar para cubrir tus necesidades. La perspectiva que tenemos sobre los niños en nuestro país es de propiedad. Es un aspecto en el que tenemos que incidir para evitar que sucedan este tipo de situaciones adversas.

Las niñas y niños son responsabilidad de todas y todos, aunque no estén biológicamente relacionados con nosotros. Es la sociedad quienes debemos de estar a cargo. Las niñas y los niños no pueden esperar, diario cambian, diario se desarrollan.

²¹ Casas-Muñoz A, et. al. Experiencias adversas en la infancia. Conocimiento y uso por médicos residentes de pediatría. Gac Med Mex, 2021;15:10-18

²² Casas-Muñoz A, et. al. ACEs and mental Health problems as suicidality predictors in Mexican adolescents. CA&N, 2023.

Nutrición

“Recomendaciones de política pública para la prevención y control de la mala nutrición infantil en México”

Dra. Elizabeth Hoyos Loya²³
Observatorio Materno Infantil

De acuerdo con la pirámide poblacional de México, para el año 2050 se proyecta un descenso en la tasa de natalidad y un incremento de la población adulta y de la tercera edad. México actualmente atraviesa por una transición demográfica, epidemiológica y nutricional, a esto se le suma la carencia por acceso a la alimentación nutritiva y de calidad, y la carga multidimensional de la pobreza. Este panorama contribuye al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles a causa de una mala nutrición²⁴.

El concepto de mala nutrición hace referencia a las condiciones que pueden ocasionarse ya sea por un exceso o por una deficiencia de macro y micronutrientes. En niños, las principales causas de mala nutrición son el retraso en el crecimiento, la anemia, el bajo peso al nacer, la emaciación, el sobrepeso y la obesidad, la macrosomía y también el parto pretérmino. En México, dado el panorama epidemiológico, hay niños que pueden llegar a presentar dos o tres de esas condiciones.

¿Por qué es relevante centrar los esfuerzos en la población materno-infantil? Además de la carga que genera al sistema de salud por la atención de las implicaciones relacionadas con la mala nutrición, se incrementa el riesgo de morbilidad, menor desarrollo cognitivo, baja autoestima, estigma, discriminación. También se dan consecuencias económicas para el sistema y para las familias²⁵.

Los factores de riesgo de la mala nutrición no solamente se encuentran en la familia o dependen de la alimentación de la madre. Las condiciones sociales, culturales, económicas y físicas en donde se desarrollan los niños también contribuyen a la mala nutrición²⁶.

Hay publicaciones que muestran que entre más oportuna sea la inversión en programas orientados a la primera infancia, mayor es la tasa de rendimiento de la inversión en capital humano (Heckman, 2000). Esto conduce no solamente a evitar la transmisión intergeneracional de pobreza, también tiene otros efectos en la disminución de la desigualdad o en la tasa de deserción escolar. El gasto público para la salud de la primera infancia en México es muy bajo, aproximadamente del 2.4%. Asimismo, México es uno de los países que menos invierte en programas para la primera infancia en comparación con los países de la OCDE. México invierte aproximadamente 6 mil 589 dólares por niño, mientras que Chile invierte casi el doble (11 mil 263 dólares)²⁷.

23 Licenciada en Ciencias Nutricionales por la Universidad de Sonora, Maestra en Salud Pública con área de concentración en nutrición por el Instituto Nacional de Salud Pública y Candidata a Doctora en Ciencias en Sistemas de Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública. Ha colaborado en proyectos para el diseño, monitoreo y evaluación de políticas públicas de salud y nutrición. Además, ha sido consultora en la Organización Panamericana de la Salud. Actualmente se destaca como Co-Investigadora del Observatorio Materno Infantil de México y del Departamento de Salud de la Universidad Iberoamericana y es parte del Equipo coordinador para la elaboración del libro “Nutrición durante la preconcepción, embarazo y posparto: abordaje desde una perspectiva de curso de vida”.

24 Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en Conciliación demográfica de México 1950-2015 y Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050.

Gómez-Danté O, Alonso-Concheiro A, Razo-García C, Bravo-Ruiz ML, Orozco E, Serván-Mori E, et al. Prioridades de Investigación en Salud en México. Instituto Nacional de Salud Pública, editor. México; 2017. 63 p.

25 <https://www.unicef.org/mexico/media/5076/file/Recomendaciones.pdf>

26 <https://www.scielosp.org/article/rsp/2018.v52/73/es/>

27 Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A. C. (CIEP), 2020. <https://ciep.mx/estimacion-del-gasto-publico-en-primera-infancia>

La mala nutrición no solamente está condicionada por la alimentación de los niños. Diversos estudios muestran que la mala nutrición comienza desde la pre-concepción, después en el embarazo y se puede profundizar durante la infancia y la edad adulta²⁸. Por ello, es importante identificar todas las ventanas de oportunidad para modificar aquellos factores que puedan estar ocasionando un riesgo para los niños. Se sabe que entre más oportunamente se identifique la trayectoria de salud de las niñas y niños, esta puede modificarse²⁹.

En este sentido, en el año 2016, se creó el Plan de Aplicación Integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Se identificaron seis metas que deben de ser prioritarias para alcanzarse en el año 2025³⁰.

1. Reducir un 40% el número de niños menores de 5 años con retraso de crecimiento.
2. Reducir un 50% la anemia en mujeres en edad fértil.
3. Reducir un 30% los casos de bajo peso al nacer.
4. Conseguir que no aumente el sobrepeso infantil.
5. Aumentar al menos en un 50% la tasa de lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida.
6. Reducir y mantener por debajo del 5% la emaciación infantil.

¿Cuál ha sido el avance en México con respecto a estas metas?

La última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2022) mostró que durante las últimas tres décadas en México se ha reducido la prevalencia de baja talla, de emaciación y de sobrepeso y obesidad. Sin embargo, a pesar de que se redujo, todavía representan un grave problema de salud pública. Si se observan estas tres prevalencias por región de residencia, se puede observar que hay mucha desigualdad territorial, por grupos y por estados. Los estados de la zona metropolitana, por ejemplo, Ciudad de México y Estado de México, además del Pacífico-Sur y la Península, son los que presentaron mayores tasas de esas tres formas de mala nutrición³¹.

Respecto al bajo peso al nacer, encontramos que del 2008 al 2017 se incrementó la incidencia nacional del 6.2% al 7.1%. Los estados que presentaron mayores tasas de bajo peso al nacer fueron Ciudad de México, Aguascalientes y el Estado de México³².

En cuanto a macrosomía, también encontramos que hay alta incidencia nacional. En este caso, se ha observado mayor incidencia en la región del Norte, Baja California Norte y Sur, Sonora y Sinaloa. También se encontró que la carga de los determinantes sociales, como la baja escolaridad de la madre, el estado civil, la falta de atención prenatal y la mayor paridad, tenían la mayor incidencia de macrosomía³³.

Respecto a la deficiencia de micronutrientes, en nuestro país las deficiencias de hierro, zinc y vitaminas A, D y B12 son las más frecuentes. Aproximadamente una de cada 10 mujeres embarazadas y niños

²⁸ Arabin B, Stupin JH. Overweight and Obesity before, during and after Pregnancy: Part 2: Evidence-based Risk Factors and Interventions. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2014 Jul;74(7):646-655.

²⁹ Halfon N, Larson K, Lu M, Tullis E, Russ S. Lifecourse health development: Past, present and future. *Matern Child Health J.* 2014;18(2):344-65.

³⁰ https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/130456/WHO_NMH_NHD_14.1_spa.pdf?sequence=1

³¹ Cuevas-Nasu L, Muñoz-Espinosa A, Shamah-Levy T, García-Feregrino R, Gómez-Acosta LM, Ávila-Arcos MA, Rivera-Dommarco JA. Estado de nutrición de niñas y niños menores de cinco años en México. *Ensanut 2022. Salud Publica Mex.* 2023; 65(supl 1):S211-S217. <https://doi.org/10.21149/14799>

³² Ancira-Moreno M, Monterrubio-Flores E, Hernández-Cordero S, Omaña-Guzmán I, Soloaga I, Torres F, et al. (2021) Incidence of low birth weight in Mexico: A descriptive retrospective study from 2008–2017. *PLoS ONE* 16(9): e0256518. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256518>

³³ Avendaño-Alvarez, F., Monterrubio-Flores, E., Omaña-Guzmán, I., Teros, M. L., Cordero, S. H., Muciño-Sandoval, K., Cantoral, A., & Ancira-Moreno, M. Incidence of macrosomia in Mexico: National and subnational estimations. *PLOS ONE*, 17(12), e0276518. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276518>

preescolares presenta deficiencia de hierro, lo cual automáticamente los condiciona a un mayor riesgo de anemia³⁴.

Sobre la lactancia materna y alimentación complementaria, a pesar de que durante la última década se ha tenido gran incidencia en programas para fomentar la lactancia materna, en la actualidad solamente 3 de cada 10 mujeres brindan una lactancia materna exclusiva. En la alimentación complementaria a partir de los seis meses se puede ver que la mayoría de los niños recibe fórmula. Asimismo, una gran proporción de energía proviene de las bebidas azucaradas y cereales ultra procesados³⁵.

Dado el panorama planteado, para el año 2025 no alcanzaremos las metas propuestas por las Naciones Unidas. Actualmente en México no es claro si la prevención y la atención de las distintas formas de mala nutrición forman parte de la agenda pública. No hay programas que presten servicios para la prevención y atención oportuna de la doble o triple carga de la mala nutrición materno infantil. A pesar de que los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) han hecho mucho hincapié en erradicar la pobreza y en mejorar la salud, actualmente México se encuentra estancado.

Diagnóstico de la calidad de la atención nutricional (ATN) materno infantil en el primer nivel de atención

El estudio se realizó por parte del Observatorio Materno Infantil para ver cómo se presta la atención en los centros de salud, de la Secretaría de Salud, en seis estados de México³⁶. El estudio se implementó del año 2020 al 2021, se utilizó una metodología mixta. En primer lugar, se diseñaron los indicadores para evaluar la calidad de la atención en estas unidades. También se realizaron algunas entrevistas y grupos focales para conocer cómo percibían las usuarias esa calidad de la atención y conocer cómo brindaba la atención el personal de salud.

Se visitaron en total 95 centros de la Secretaría de Salud. Se consideraron aquellos estados con mayor representatividad de población indígena, se seleccionó una muestra de los estados del norte, centro y sur. Los estados que participaron fueron Chihuahua, Veracruz, Yucatán, Chiapas, Oaxaca y el Estado de México. En total se revisaron 4,800 expedientes, se realizaron 88 entrevistas a personal de salud, 85 entrevistas a usuarias/os y 9 grupos focales con usuarias. También se diseñó el Índice de Calidad de la Atención Nutricional Materno-Infantil (ICANMI) con 16 indicadores. Para las mujeres, la evaluación de la calidad se diseñó en tres etapas, que incluían la preconcepción, embarazo y postparto. Para los menores de cinco años, los dividimos en infancia temprana (0-2 años) y etapa preescolar (2-5 años).

El nivel de calidad de la atención se estableció con base en el porcentaje de cumplimiento de los indicadores. Aquellas entidades que tenían cumplimiento arriba del 90% se consideraban de buena calidad, del 71% a 89% calidad deficiente, y menor del 70% mala calidad. Los resultados del diagnóstico de calidad por etapa de vida muestran que desde la preconcepción hasta el preescolar la calidad fue muy baja. El indicador que tuvo mayor resultado fue el de postparto, seguido del indicador de infancia, los cuales oscilaban entre el 17% y el 11%. En los indicadores por estado se encontró un hallazgo muy interesante, el estado de Yucatán, que mostró mejor índice de calidad, fue porque había un departamento de nutrición, por lo cual tenían mayor disponibilidad de personal de nutrición en las unidades de primer nivel.

En cuanto a los resultados de lactancia materna, se observa que en Chiapas, Oaxaca y Veracruz la lactancia materna exclusiva y complementaria a partir de los seis meses se encontraba muy presente en las

³⁴ https://insp.mx/assets/documents/webinars/2021/CINYS_Anemia.pdf

³⁵ Rivera Dommarco et al. (2023) Situación nutricional de la población en México durante los últimos 120 años.

³⁶ www.omi.iberomx

recomendaciones de los profesionales de salud. Respecto a la orientación sobre técnicas para un agarre eficaz, masaje mamario y extracción de leche, los resultados fueron nulos, el Estado de México obtuvo 0.3%, y el resto de los estados 0%, en esas unidades no se recomendaba para nada las técnicas para promocionar la lactancia.

Se identifican diversas barreras que impiden la calidad de la atención nutricional

- Falta de conocimiento y capacitación por parte de los profesionales de salud que operan en esas unidades.
- Falta de materiales informativos en lenguas indígenas.
- Escasez o falta de personal de enfermería, materiales, insumos, medicamentos y suplementos.
- Poca presencia de profesionales de la nutrición en los centros de salud. De los 95 centros visitados, solamente en 16 se encontraban disponibles. Además, en algunos casos no eran de planta, visitaban las unidades una vez al mes, no había continuidad o seguimiento de la atención nutricional.
- Alta rotación entre el personal médico, especialmente de pasantes, esa situación genera desconfianza entre las usuarias y por esa razón, se observa que prefieren acudir a otros servicios.
- Desconocimiento sobre qué es Calidad de la Atención Nutricional.

Recomendaciones

Ante dicho panorama de la nutrición materno-infantil, se identifican 6 retos para avanzar con el cumplimiento de las metas.

1. **Priorizar** la atención prenatal y el monitoreo de la nutrición en niños menores de cinco años.
2. **Estrategias.** Desarrollar estrategias efectivas para evitar la mala nutrición en todas sus formas. Es importante que también se trabaje desde otros sistemas para complementar el estado nutricional.
3. **Sostenibilidad.** Promover dietas saludables y sostenibles que sean accesibles y asequibles para todos, lo cual implica grandes cambios significativos en los patrones de producción, distribución y consumo de alimentos.
4. **Coordinación.** Hacer efectiva la coordinación entre sectores implicados, no solamente es un tema de salud, también le corresponde a la agricultura, educación, industria alimentaria, y poner a la nutrición materno infantil como una prioridad para el futuro.
5. **Recursos humanos.** Es importante la formación académica periódica del personal.
6. **Recursos materiales.** Incidir en la gestión de recursos públicos para asegurar que las unidades de salud cuenten con la infraestructura, equipamiento y servicios necesarios para garantizar una atención nutricional de calidad.

Es importante poner estos problemas en la conversación nacional y en la agenda pública. Recordemos que actuar e intervenir en etapas tempranas es muy importante, asimismo, medir cómo hemos ido avanzando.

Salud

“Acceso a servicios de salud (salud prenatal y para primera infancia) y desarrollo infantil temprano”

Dra. R. Argelia Vázquez Salas³⁷
Instituto Nacional de Salud Pública

Introducción

Para abordar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que incluyen como población objetivo a la primera infancia, tenemos que hablar de la situación de salud, nutrición, de la seguridad y del cuidado receptivo al que son expuestos niños y niñas. El ODS-3, habla de la cobertura universal de salud con servicios de calidad para toda la población. En particular, para la población en primera infancia y las mujeres en edad reproductiva se habla sobre disminuir la mortalidad materna e infantil. Mientras que el ODS-4, indicador 4.2.1, busca asegurar que niñas y niños de 24 a 59 meses logren su máximo potencial de desarrollo infantil temprano (DIT). A su vez, la Organización Mundial de la Salud, así como las normas oficiales mexicanas, recomiendan la asistencia a consultas prenatales y suplementación; la consejería sobre lactancia materna, por lo menos en seis ocasiones durante el embarazo, parto y postparto 24 meses después del nacimiento; la ganancia y pérdida de peso; así como actividad física; y el monitoreo de salud, crecimiento y evaluación oportuna de DIT.

El indicador que es específico para primera infancia, ODS 4.2.1, estima la proporción de niñas y niños de 24 a 59 meses con desarrollo adecuado en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial. Este es un indicador que lo alimenta en específico un índice desarrollado y validado por UNICEF, en el cual colaboran las investigadoras del Instituto Nacional de Salud Pública, que es el Índice de Desarrollo Infantil Temprano 2030 (ECDI-2030).

El objetivo de esta ponencia es amplio, conocer la prevalencia de acceso a servicios de salud prenatal y para niñas y niños menores de cinco años; conocer la prevalencia de DIT adecuado en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial, así como de sus determinantes y la exposición a métodos de disciplina en la niñez mexicana utilizando los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 (ENSANUT 2022).

Material y métodos

Se presentan solamente resultados descriptivos que pueden consultarse en la página de la ENSANUT. La encuesta se divide en dos grandes temas, salud y nutrición. Esto corresponde al cuestionario de salud, en el cuestionario de niños de 0 a 9 años.

Los indicadores principales en la parte de salud son:

-Salud prenatal: control prenatal oportuno, entendido como el inicio del control prenatal durante el primer trimestre. Control prenatal adecuado, por lo menos 5 consultas prenatales durante el

³⁷ Investigadora en Ciencias Médicas, adscrita a la Dirección de Salud Reproductiva, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP). Médica cirujana egresada de la Universidad Autónoma de Nayarit, Maestra en Ciencias de la Salud con área de concentración en Salud Reproductiva y Doctora en Ciencias de la Salud Pública con área de concentración en Epidemiología, los dos últimos grados otorgados por el Instituto Nacional de Salud Pública. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel I. La Dra. Vázquez ha participado en diversos proyectos sobre cáncer de próstata y Desarrollo Infantil Temprano, así como el análisis de los factores asociados a ambos temas. Adicionalmente ha participado en proyectos sobre sintomatología depresiva, alteraciones en el funcionamiento y métodos de disciplina violenta.

embarazo por personal del área médica. Atención del parto por personal del área médica y la suplementación, dado los beneficios conocidos del hierro, hierro + otras vitaminas y ácido fólico.

- Salud de la primera infancia: consulta del niño sano, de acuerdo con la NOM-031 se establecen como mínimo ocho consultas prenatales durante el primer año de vida. Evaluación y resultado de DIT, a pesar de no estar incluido dentro de la NOM. Además, el monitoreo de peso y talla; así como la suplementación en las niñas y niños con hierro y vitaminas, en particular de 6 a 59 meses.

Instrumentos

El Índice de Desarrollo Infantil Temprano (ECDI) es una medición poblacional, no es diagnóstica, es un instrumento que desarrolló UNICEF a nivel internacional y está validado. La ventaja de utilizar este instrumento es que tenemos resultados nacionales comparables internacionalmente con las encuestas MICS, que son las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados de UNICEF. El Índice mide que los niños estén logrando su máximo potencial de desarrollo en salud, desarrollo biopsicosocial y aprendizaje, solamente para niños de 24 a 59 meses. Idealmente preferiríamos tener todo el rango de edad, lo cual es una limitación del instrumento.

Además, contamos con información sobre cuidado receptivo, en particular apoyo al aprendizaje dentro del hogar. Evaluamos el aprendizaje a través de acceso a libros infantiles, programas de educación inicial, y la seguridad, la exposición a métodos de disciplina violenta.

Población

Casi todos los indicadores son en menores de 5 años, solo precisar que los indicadores de métodos de disciplina violenta, es de 1 a 14 años, es el único con un rango de edad más amplio.

Análisis estadístico

Lo que hicimos fue estimar las prevalencias y los intervalos de confianza de todos los indicadores, y estimamos su comportamiento a nivel nacional, desagregándolos por características del hogar, el índice de bienestar, así como características maternas y el nivel educativo de las madres. Los resultados se dividen en dos, acceso a servicios de salud prenatal y para la primera infancia y desarrollo infantil temprano y sus determinantes, así como la exposición a métodos de disciplina violenta.

Resultados

Acceso a servicios de salud prenatal y para la primera infancia

La población de estudio son niñas y niños de 0 a 59 meses. El 50% son hombres; el 74% de esta población vive en área urbana, que es la característica de la población mexicana. El 41% vive en un hogar con un índice de bienestar bajo.

A pesar de que, de acuerdo con las recomendaciones nacionales e internacionales, se debe de tener un control prenatal oportuno iniciando durante el primer trimestre del embarazo, solamente el 62% de las mujeres lo cumplen. En cuanto al control prenatal adecuado, cumplir con al menos cinco consultas prenatales, lo cumple el 82%. La atención del parto por personal del área médica es del 95%. Para el control prenatal oportuno y adecuado, encontramos diferencias, teniendo menor prevalencia en las mujeres de menor escolaridad en comparación con aquellas de mayor escolaridad. En relación con la

suplementación con hierro, vitaminas y ácido fólico, a pesar de saber los beneficios que tiene para la mujer embarazada y para la persona recién nacida, vemos que todavía están bajos (entre 73% y 90%).

Sobre las recomendaciones de consejería que se les debería dar a las mujeres durante la atención del embarazo o del parto, vemos como la recomendación de dar lactancia materna exclusiva está por arriba del 86%, no obstante, solo el 33% de las mujeres logran la lactancia exclusiva. Entonces, identificamos áreas de oportunidad, se da consejería y se habla de lactancia materna pero posiblemente la calidad no es suficiente o se habla muy poco. También se habla poco sobre la depresión o la ansiedad postparto.

Sobre la salud de los niños menores de cinco años, la recomendación de acuerdo con la NOM-031 es que las niñas y los niños durante el primer año de vida deben asistir a por lo menos ocho consultas de niño sano. Solamente el 18% lo cumple, teniendo mayor prevalencia en niñas y niños hijos de mujeres con escolaridad media superior.

En cuanto a la evaluación de desarrollo infantil temprano (DIT), entendido como el proceso continuo en el cual las niñas y los niños adquieren habilidades más complejas en diferentes dominios cognitivos, socioemocionales, de salud, solamente se hace en un 27% a nivel nacional. Aquellas mamás que recuerdan el resultado de la evaluación reportan que el 96% de las niñas y los niños tienen un resultado “verde”, es decir, sin problemas de desarrollo. Mientras que, alrededor del 2% tienen alertas, con desarrollo amarillo o potenciales problemas de desarrollo, y también el 2% en resultado rojo, es decir, con problemas de desarrollo que deberían ser orientados para hacer un diagnóstico específico. Esto sería a través de una prueba de tamizaje.

Sobre el monitoreo de peso y talla en niñas y niños menores de cinco años, se tienen prevalencias altas. Se cuenta con un monitoreo de peso y talla, pero no necesariamente una evaluación nutricional. Porque no se tiene acceso a personal específico para hacer la evaluación del estado nutrición. Y la suplementación con hierro y vitaminas en los niños de seis a 59 meses, a pesar de los beneficios conocidos por amplias investigaciones, es alrededor del 56%.

Sobre las recomendaciones que se deben de dar durante la consulta de niños sanos en las personas menores de cinco años, el 71% recibe consejería de lactancia materna. También se les da consejería sobre la forma de acostar al niño, sobre la nutrición, entre otras, donde la prevalencia va disminuyendo hasta llegar al 27% en la evaluación del desarrollo infantil temprano. Siendo que ésta es una de las ventanas de oportunidad para poder hacer un diagnóstico y tratamiento oportuno, en el caso de un resultado de sospecha, y que el niño pueda lograr su máximo potencial de desarrollo.

En aquellas mujeres que sí les dieron consejería de lactancia materna durante la consulta del niño sano, que fue el 71%, al 86% aproximadamente le explicaron cómo dar lactancia exclusiva; al 85% como dar lactancia con la alimentación complementaria. El resto de consejería a en mujeres con problemas para amamantar va disminuyendo.

Desarrollo infantil temprano y sus determinantes, y disciplina en la niñez mexicana

La población y rango de edad es de 0 a 14 años. La descripción por sexo es semejante, el 51% son hombres. La mayoría de las niñas y niños tienen de 5 a 14 años (68%). También la mayoría vive en una población urbana y en un hogar con índice de bienestar bajo.

De acuerdo con el Índice de Desarrollo Infantil Temprano (ECDI-2030), el 80% de los niños y de las niñas alcanzan su máximo potencial de desarrollo en los dominios de aprendizaje, salud y bienestar psicosocial. Sin embargo, existe todavía un 20% o, dos de cada 10 niños que no están logrando su máximo potencial de desarrollo. Este desarrollo varía de acuerdo con ciertas características. Por ejemplo, en aquellos niños y niñas que tienen dificultades en el funcionamiento, disminuye su prevalencia de lograr el

máximo potencial de desarrollo hasta en un 35%. En los hijos y las hijas de mujeres con menor escolaridad e índice de bienestar también disminuye hasta 10 puntos porcentuales.

Asistencia a servicios de educación inicial y preescolar, actividades de estimulación, materiales de aprendizaje y cuidado inadecuado en menores de cinco años.

Únicamente nos referimos a los programas escolarizados, no se considera al resto de proveedores de servicios, que son las visitas a hogares. Solamente el 7.1% de las niñas y los niños menores de 36 meses asisten a este tipo de programas. Mientras que, en edad preescolar, que son los niños de 3 a 5 años 11 meses, asiste el 62%. Por otra parte, el 81% tiene apoyo en el aprendizaje dentro del hogar. Esto es que alguna persona realice actividades de estimulación como leer, cantar, jugar con ellos. La persona que realiza más estas actividades es la mamá.

En cuanto al acceso a libros, como oportunidad de aprendizaje dentro del hogar, sólo el 30% de los niños y niñas tiene acceso a por lo menos tres libros infantiles en el hogar y el 41% no tiene libros. Esto es diferente de acuerdo con el nivel de escolaridad de la madre y de acuerdo con la edad de los niños, los niños más grandes suelen tener más libros. Finalmente, respecto al cuidado inadecuado, el 8.1% de las niñas y los niños son cuidados por otro niño menor de 10 años o se quedan solos dentro del hogar.

Los métodos de disciplina violenta se miden para niñas y niños de 1 a 14 años. El 55% está expuesto a cualquier método de disciplina violenta. Esto es importante, porque las niñas y los niños que son expuestos a métodos de disciplina violenta tienden a tener menos relaciones positivas con las personas que son encargados de ellos y esto puede afectar su desarrollo socioemocional, además de su desarrollo cognitivo. Cuando vemos el tipo de método de disciplina violenta, es más común la agresión psicológica, seguido del castigo físico, el 6.1% es expuesto a castigo físico severo, siendo expuestos mayormente los niños varones. Solamente el 32% es disciplinado con métodos no violentos.

Conclusión

Se identifican **áreas de oportunidad** en el acceso a la salud materno-infantil, además del desarrollo infantil temprano y sus determinantes

- Metas de control prenatal oportuno y adecuado por debajo de las recomendaciones (62.2% y 82.2%, respectivamente).
- Metas de suplementación por debajo de las recomendaciones, aunque se da una consejería sobre lactancia materna alta (86.3%), la lactancia materna sigue siendo baja (33%).
- El cumplimiento de la consulta de niños sanos es por debajo del 20%. No es suficiente para evaluar o tener monitoreo a nivel individual del desarrollo infantil temprano.
- En el Índice de desarrollo infantil temprano, identificamos que hay un 19% de los niños y niñas que no están logrando su máximo potencial de desarrollo.
- Hay un rezago en el acceso a educación inicial y preescolar.
- Tres de cada diez niños no tienen acceso a libros infantiles.
- El 8% de las niñas y niños está expuesto a cuidado inadecuado.

Recomendaciones

- Garantizar que todas las personas embarazadas, las niñas y los niños menores de cinco años reciban un acceso a los servicios de salud y que este sea de calidad.

- Monitorear el cumplimiento del objetivo de la Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia.
- Actualizar las normas oficiales mexicanas de acuerdo con los estándares internacionales.
- Generar e implementar programas multisectoriales que incorporen acciones de salud, nutrición, cuidado receptivo y aprendizaje temprano.
- Hacer investigaciones sobre el desarrollo infantil temprano.

Fuentes de consulta:

Vázquez-Salas RA, Villalobos A, Pérez-Reyes M del R, Barrientos-Gutiérrez T, Hubert C. Desarrollo infantil temprano, sus determinantes y disciplina en la niñez mexicana: Ensanut 2022. Salud Publica Mex [Internet]. 9 de junio de 2023 [citado 1 de noviembre de 2023]; 65:s45-s54. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14824>

Unar-Munguía M, Hubert C, Bonvecchio Arenas A, Vázquez-Salas RA. Acceso a servicios de salud prenatal y para primera infancia. Salud Publica Mex [Internet]. 9 de junio de 2023 [citado 1 de noviembre de 2023]; 65:s55-s64. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14796>