

POBREZA Y CUIDADO INFANTIL:

UN ESTUDIO CUALITATIVO EN
HOGARES EN MÉXICO

coneval

Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

Lo que se mide
se puede mejorar



**INTEGRANTES DE LA COMISIÓN EJECUTIVA
CONSEJO ACADÉMICO**

Armando Bartra Vergés

Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

María del Rosario Cárdenas Elizalde

Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

Guillermo Miguel Cejudo Ramírez

Centro de Investigación y Docencia Económicas

Claudia Vanessa Maldonado Trujillo

Universidad Autónoma Metropolitana

Salomón Nahmad Sittón

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores
en Antropología Social-Pacífico Sur

John Roberto Scott Andretta

Centro de Investigación y Docencia Económicas

SECRETARÍA EJECUTIVA

José Nabor Cruz Marcelo

Secretario Ejecutivo

Karina Barrios Sánchez

Coordinadora General de Evaluación

José Manuel Del Muro Guerrero

Coordinador General de Monitoreo,
Entidades Federativas y Fortalecimiento
Institucional

Alida Marcela Gutiérrez Landeros

Coordinadora General de Análisis de la
Pobreza

Daniel Gutiérrez Cruz

Coordinador General de Administración

CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL

EQUIPO TÉCNICO

Karina Barrios Sánchez
Janet Zamudio Chávez
Osmar Marco Medina Urzúa
David Guillén Rojas
José Miguel Yáñez Reyes
César Gómez Rivera
Alethea Gabriela Candia Calderón
Jesús David Aban Tamayo
Bertha Verónica Villar Ortega
Nadeshda Pastrana Carrillo

EQUIPO REVISOR

José Nabor Cruz Marcelo
Alberto Castro Jaimes
Erika Lozano Orozco
Guillermo Ayala Correa
Marco Antonio Mesac Moreno Calva

CONFERENCIA INTERAMERICA DE SEGURIDAD SOCIAL

Álvaro Velarca Hernández
Vanessa Stoehr Linowski
Laura Monserrath Oropeza Ortega
Lourdes Jiménez Brito
Juan Aguilar Velázquez
Fanny Jared Montoya Huerta
Citlalli Hernández Juárez
Gabriela Ríos Cázares
Karla Cruz Torres

El equipo técnico agradece al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) y a los Sistemas Estatales para el Desarrollo Integral de la Familia (SEDIF) de Chiapas, Chihuahua, Estado de México, Jalisco, Nayarit, Puebla, Quintana Roo y Yucatán, por el apoyo para la realización de este estudio.

Índice

Índice.....	3
Índice de figuras, cuadros y gráficas.....	4
Siglas y acrónimos	6
Introducción.....	7
1. Antecedentes	10
2. Metodología.....	17
Instrumentos de recolección y operativo de campo.....	22
Análisis descriptivo de los datos.....	24
Identificación de escenarios analíticos	30
3. Hallazgos sobre el cuidado de niñas y niños menores de cinco años en los hogares.....	34
Organización de las acciones de cuidado infantil en los hogares	34
Cuidados personales	61
El cuidado de la salud de niñas y niños.....	70
Educación y desarrollo infantil temprano.....	88
Acceso a apoyos gubernamentales	95
4. Conclusiones.....	99
Referencias	115

Índice de figuras, cuadros y gráficas

Gráfica 1. Distribución de la edad de las personas jefas de hogar, según sexo	26
Gráfica 2. Distribución del nivel de escolaridad de las personas jefas del hogar, según ámbito de localidad.....	26
Gráfica 3. Distribución de las ocupaciones de las personas jefas de hogar, según ámbito de residencia	28
Gráfica 4. Distribución de los hogares con presencia de integrantes con discapacidad, limitación o algún problema o condición mental, según el tipo de limitación o discapacidad	29
Gráfica 5. Relación entre tipo de familia, jefatura de hogar y persona que toma las decisiones del cuidado infantil en el hogar (parentesco respecto a los menores de 5 años en el hogar).....	36
Gráfica 6. Frecuencia del vínculo familiar que funge como red de apoyo para el cuidado infantil en los hogares según grupo analítico	39
Gráfica 7. Frecuencia del vínculo familiar que funge como red de apoyo para el cuidado infantil en los hogares según tipo de hogar	40
Gráfica 8. Distribución porcentual de los grupos analíticos, según el tipo de alimentación de las niñas y niños en los primeros 6 meses de vida* **	62
Gráfica 9. Distribución porcentual de las niñas y niños consumidores de los grupos de alimentos recomendables, según grupos de análisis.....	65
Gráfica 10. Frecuencia del consumo de alimentos no recomendables, según grupos de análisis.....	67
Gráfica 11. Distribución porcentual de los grupos analíticos según el peso al nacer de los niñas y niños de los hogares entrevistados.	76
Gráfica 12. Distribución porcentual de los grupos analíticos, según sí cuentan con el esquema completo de vacunación de los niñas y niños de los hogares entrevistados*	77
Gráfica 13. Distribución porcentual de los hogares entrevistados que afirmaron tener información sobre DIT, información específica por edad del infante y haber asistido a capacitaciones de estimulación temprana, según grupo de análisis.....	90
Gráfica 14. Distribución de los hogares entrevistados que afirmaron contar con juguetes, libros y materiales de apoyo al DIT, según grupo de análisis	91
Gráfica 15. Distribución de los hogares entrevistados que afirmaron tener acceso a espacios públicos de recreación (parques y plazas), según grupo de análisis	92
Gráfica 16. Distribución porcentual de los apoyos por grupo analítico	97
Figura 1. Temas de la guía de entrevista	23
Figura 2. Temas del cuestionario sobre características de los hogares.....	24
Figura 3. Características generales de los grupos o escenarios de análisis	32
Figura 4. Palabras mencionadas para identificar lo que se entiende como cuidado infantil.....	35
Figura 5. Genograma familiar 1 del grupo I*.....	45
Figura 6. Genograma familiar 2 del grupo I*.....	46
Figura 7. Genograma familiar 1 del grupo II*.....	47
Figura 8. Genograma familiar 1 del grupo II*.....	48
Figura 9. Genograma familiar 1 del grupo III*.....	50
Figura 10. Genograma familiar 2 del grupo III*.....	51

Figura 11. Genograma familiar 1 del grupo IV*	52
Figura 12. Genograma familiar 2 del grupo IV*	53
Figura 13. Razones por las que no se dio leche materna a hijas e hijos en hogares del grupo IV	62
Figura 14. Testimonios sobre prácticas de alimentación, según grupo	63
Figura 15. Alimentos que querían proporcionar a sus niñas y niños y razones por las que no pueden hacerlo	64
Figura 16. Prácticas alimentarias de hogares en el grupo IV	66
Figura 17. Características generales del caso de mortalidad infantil	72
Figura 18. Experiencias durante el parto.....	73
Figura 19. Percepción sobre las vacunas en hogares del grupo IV	77
Figura 20. Problemáticas observadas en el grupo I	79
Figura 21. Problemáticas observadas en el grupo II	81
Figura 22. Problemáticas observadas en el grupo III	81
Figura 23. Caso de limitación y discapacidad en grupo I	84
Figura 24. Caso de limitación y discapacidad en grupo IV	86
Figura 25. Nube de palabras de los juguetes o artículos de apoyo al DIT que poseen los hogares entrevistados	91
Figura 26. Razones principales por las que no reciben apoyos o dejaron de recibirlo.....	98
Mapa 1. Distribución territorial de los municipios de la muestra cualitativa	21
Cuadro 1. Número de casos por entidad, municipio y tipo de localidad	24
Cuadro 2. Categorías para la conformación de grupos de análisis	31
Cuadro 3. Características generales de los hogares según grupo de análisis	32
Cuadro 4. Principales necesidades y problemáticas de los hogares sobre el cuidado infantil	104

Siglas y acrónimos

AGEB	Áreas Geoestadísticas Básicas
CAI	Centros de Atención Infantil
CONAFE	Consejo Nacional de Fomento Educativo
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
CPEUM	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
CIDE	Centro de Investigación y Docencia Económicas
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
DIT	Desarrollo Infantil Temprano
EDA	Enfermedades Diarreicas Agudas
ENIM	Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres en México
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ENUT	Encuesta Nacional Sobre el Uso del Tiempo
ENR	Estadística de Nacimientos Registrados
ENESS	Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social
GRS	Grado de Rezago Social
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
LGDNNA	Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes
LME	Lactancia Materna Exclusiva
LPSACDII	Ley de Prestaciones de Servicios para la Atención, el Cuidado y Desarrollo Integral Infantil
LSS	Ley del Seguro Social
LFT	Ley Federal del Trabajo
OEA	Organización de los Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
PNUD	Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo
SEP	Secretaría de Educación Pública
SNDIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Unicef	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Introducción

Para el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) es prioritario generar información veraz y objetiva que apoye el diseño y mejora de los programas y políticas sociales. Las políticas y programas buscan responder a una problemática mediante intervenciones específicas que se adapten al contexto de los individuos y familias para atender las causas que las generan. Esto determina la necesidad de quienes toman decisiones de conocer las causas y factores asociados a las problemáticas específicas.

En este sentido, el CONEVAL publica el documento pobreza y cuidado infantil: un estudio cualitativo en los hogares en México, con el cual busca contribuir a la generación de información sobre las políticas de desarrollo infantil y seguridad social a partir del análisis de las necesidades de los hogares sobre cuidados, considerando sus características y el contexto en el que viven. Lo anterior, atendiendo a la complejidad de los cuidados y, principalmente, de aquellos que se proveen a la primera infancia, en hogares con mayores desventajas, su vinculación con otros derechos y la importancia de que este grupo etario sea provisto de cuidados apropiados con la finalidad de garantizar su protección y desarrollo en el corto plazo, así como su desarrollo futuro.

En un contexto donde casi el 10% de la población nacional se encuentra en el rango de edad de cero a cinco años, resulta imprescindible estudiar aquello que sucede durante los primeros años de vida en el desarrollo de niñas y niños. La infancia representa una etapa en donde existen oportunidades de desarrollo, pero también, en algunos casos, situaciones de vulnerabilidad relacionadas con el contexto social en el que crece esta población; por ejemplo, las condiciones de pobreza, la dificultad para recibir una nutrición y atención adecuadas o la falta de oportunidades tempranas para aprender (Unicef, 2019).

Desde una perspectiva de derechos humanos se ha reconocido a nivel internacional, México incluido, la dignidad humana de la infancia y la necesidad de garantizar su protección y desarrollo. El marco legal mexicano reconoce el vínculo entre los cuidados y los derechos de la infancia; la Ley de Prestaciones de Servicios para la Atención, el Cuidado y Desarrollo Integral Infantil (LPSACDII) señala como un objetivo garantizar el acceso de niñas y niños a los servicios para la atención, cuidado y desarrollo integral infantil que promuevan el ejercicio pleno de sus derechos, en tanto que la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA) integra los derechos que los distintos niveles de gobierno deben garantizar a esta población, entre los que se incluyen los relativos al bienestar, desarrollo integral, salud y seguridad social.

Los derechos de la infancia, en especial de la primera infancia, pueden ser garantizados a través de los cuidados denominados *cariñosos y sensibles*, mismos que abarcan aspectos como salud, nutrición, atención, seguridad y protección, así como el aprendizaje temprano (OMS y Unicef, 2018). En este estudio se entenderá por primera infancia la etapa de vida desde el nacimiento hasta el ingreso a la educación primaria (cero a cinco años), ya que, en este periodo, las niñas y niños desarrollan los elementos cognitivos, motrices y socioemocionales que impactarán el bienestar, habilidades y competencias por el resto de su vida, además de ser un periodo donde las acciones de cuidado son fundamentales.

Por su parte, desde la perspectiva de los derechos de las personas cuidadoras se ha hecho visible la importancia de una vida digna y la necesidad de reconocer el derecho a cuidar (Cejudo, 2017). Dada la división de roles por género, las mujeres son las que se dedican en su mayoría a la tarea de los cuidados, por lo que, desde la economía feminista, se han delimitado estas actividades como trabajo de cuidados, documentando el aporte que realizan las mujeres en el tiempo que emplean para proveer de cuidados a diferentes integrantes del hogar y pugnan por una distribución más igualitaria entre mujeres, hombres, hogares y el Estado (García y Pacheco, 2016).

Asimismo, factores como las condiciones precarias de vida con bajos ingresos, la falta de acceso a la salud y a la seguridad social, los territorios insalubres e inseguros, y la limitada oferta de servicios de cuidados obstaculizan el logro de los objetivos de los cuidados, al tiempo que generan consecuencias negativas en las personas cuidadoras y en la salud y desarrollo de la infancia, lo cual puede representar en el futuro un incremento en las necesidades de cuidados en general, así como de cuidados especializados (The Lancet, 2017).

La pandemia de la COVID-19 hizo más evidentes y profundizó las desigualdades en la sociedad mexicana por lo que, en prácticamente todas las esferas de las políticas públicas será necesario documentar sus efectos y reorganizar las estrategias y recursos para su atención. Específicamente, en materia de los cuidados para la infancia, las afectaciones negativas están asociadas con las medidas de confinamiento y la disminución de las redes de apoyo para los cuidados ante el aislamiento de las abuelas y los abuelos, familiares, amistades y personas vecinas. Asimismo, el cierre temporal de estancias, guarderías y escuelas preescolares provocó la ausencia, durante un período largo, de espacios de cuidados y convivencia de la infancia.

Adicionalmente, las condiciones de bienestar de los hogares empeoraron, en general, dado que entre los primeros efectos de la crisis sanitaria se observaron mayores niveles de desempleo o inestabilidad laboral, disminución de los ingresos, menor acceso a los servicios de salud, aumento de violencia intrafamiliar, una sobrecarga de los trabajos domésticos y de cuidados no

remunerados que creció al pasar más tiempo en los hogares, a la que se sumó el tiempo dedicado al acompañamiento de sus hijas e hijos en los cursos en línea y las actividades escolares en casa, entre otros (PNUD, 2021).

En este marco, el presente estudio fue realizado a partir de información recolectada en hogares con niñas y niños menores de cinco años, mediante técnicas cualitativas, en 16 municipios de distintas regiones del país, lo que permitió documentar la organización social de los cuidados a niñas y niños, personas cuidadoras y sus características, redes de apoyo al hogar, características y utilización de servicios de cuidado infantil, percepción y conocimiento sobre cuidados infantiles, así como las dificultades o cambios que se experimentaron a partir de la pandemia por la COVID-19.

La estrategia metodológica implementada consideró la inclusión de hogares en contextos rurales y urbanos y con diferentes grados de rezago social, en municipios con altos niveles de carencia por acceso a la seguridad social, presencia de población con discapacidad, presencia de población hablante de lenguas indígenas y altos porcentajes de hogares con jefatura femenina, con el fin de captar información de hogares en diversos contextos que permitiera contar con una mirada amplia de la población con mayores vulnerabilidades.

Para el CONEVAL es relevante visibilizar las condiciones del cuidado infantil en hogares con algún grado de vulnerabilidad o pobreza para conocer sus problemáticas y generar recomendaciones para su atención, pues la atención de las poblaciones más vulnerables es de máxima prioridad para atender la pobreza y desigualdad que enfrenta nuestro país.

Por ello, un elemento a destacar es el apoyo, para el desarrollo de este estudio, del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) y los Sistemas Estatales para el Desarrollo Integral de la Familia (SEDIF) en las entidades incluidas, cuya colaboración permitió la identificación y contacto con hogares que generosamente nos abrieron las puertas para realizar entrevistas a profundidad y nos proporcionaron información para la realización de este estudio.

El documento está integrado por cuatro apartados. El primero, aborda los antecedentes del cuidado infantil, características y elementos asociados; el segundo detalla la estrategia metodológica implementada; el tercero, presenta los resultados obtenidos del estudio exploratorio, y finalmente, se presentan las conclusiones del análisis.

1. Antecedentes

De acuerdo con Michel y colaboradores (2020), los cuidados son el “conjunto de actividades cotidianas que permiten regenerar, todos los días, el bienestar físico y emocional de las personas” (pp.5); estas actividades están relacionadas con acciones indispensables como alimentar, vestir, acompañar, entre otras; y con actividades secundarias necesarias para la vida como la limpieza, el mantenimiento del hogar, la compra de medicamentos, etc. En este sentido, las personas requieren de actividades de cuidado en distinta intensidad y calidad dependiendo de su etapa de vida; por ejemplo, la infancia y la vejez o por el padecimiento de alguna enfermedad o discapacidad (Michel et al, 2020).

En un contexto en el que casi el 10% de la población nacional se encuentra en el rango de edad de cero a cinco años, y dado que es una etapa de vida donde las necesidades de cuidados son trascendentales, resulta imprescindible estudiar aquello que sucede durante los primeros años de vida en el desarrollo de niñas y niños. La infancia representa una etapa en donde existen oportunidades de desarrollo, pero también, en algunos casos, situaciones de vulnerabilidad relacionadas con el contexto social en el que crece esta población; por ejemplo, las condiciones de pobreza, la dificultad para recibir una nutrición y atención adecuadas o la falta de oportunidades tempranas para aprender (Unicef, 2019a)¹.

Existe evidencia que muestra que invertir en el desarrollo infantil desde el nacimiento tiene retornos más altos que cuando se realiza a partir de los tres o cuatro años, pues en esta primera etapa de la vida se desarrollan los fundamentos cognitivos y *habilidades que generan habilidades* para el éxito en el desempeño de actividades económicas y sociales durante la edad adulta. De acuerdo con Heckman (2010), este supuesto parte de dos características intrínsecas a la naturaleza del aprendizaje: a) el aprendizaje temprano le confiere valor a las habilidades adquiridas, los cuales llevan a una motivación constante por aprender más; y b) dominar desde edad temprana un rango amplio de competencias cognitivas, sociales y emocionales provoca que el aprendizaje en etapas posteriores de la vida sea más eficiente.

¹ De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020, en México hay 12,226,266 niñas y niños entre cero a cinco años, de los cuales el 50.6% (6,183,843) son hombres y el 49.4% (6,042,423) mujeres. Esto representa el 9.7% de la población total mexicana. En Chiapas, más del 12.6% de su población es menor de 5 años, por lo que es el estado con mayor proporción de niñas y niños, mientras que Ciudad de México es la entidad con menor población en estas edades (6.4%).

Adicionalmente, datos recientes del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), elaborados a partir de la Estadística de Nacimientos Registrados (ENR) señalan que en 2021 hubo un aumento de 17.4% en los nacimientos registrados en el país respecto de 2020, ya que en total se contabilizaron poco más de 1.9 millones de nacimientos, de los cuales el 51.4% correspondió a madres quienes al momento del nacimiento tenían entre 20 y 29 años. En cuanto a la tasa de nacimientos registrados para 2021 por entidad federativa por cada mil mujeres en edad reproductiva, resaltó que Chiapas (99.8), Guerrero (72.5) y Zacatecas (67.9) son las entidades con el mayor nivel de este indicador, mientras que Baja California Sur (45.5), Yucatán (43.6) y CDMX (37.4) tienen los niveles más bajos (INEGI, 2022a).

Esta inversión es particularmente importante en contextos más vulnerables, en donde existe una alta probabilidad de que el desarrollo temprano no sea priorizado por los padres/madres o tutores, derivando en un alto costo social asociado al desarrollo infantil tardío. Consecuentemente, entre mayor sea la inversión en el desarrollo en la primera infancia, mayor será la tasa de retorno social en la educación, salud y productividad cuando este subconjunto de la población llegue a la edad adulta.

Tal como menciona Unicef, las niñas, niños y adolescentes son grupos de población que corren un riesgo mayor de encontrarse en situación de pobreza si pertenecen a hogares indígenas, localidades rurales, algún miembro de su familia tiene alguna discapacidad o el jefe o jefa de familia tiene un nivel bajo de escolaridad (Unicef, 2014). Por lo anterior, resulta imprescindible estudiar el contexto a partir del cual se desarrollan las actividades de cuidado infantil en México e identificar hallazgos relevantes sobre el acceso efectivo a derechos en las poblaciones de mayor vulnerabilidad.

Marco normativo sobre el cuidado infantil en México

México ha adoptado una perspectiva de derechos humanos en materia del desarrollo de la población infantil siguiendo lo reconocido en el ámbito internacional respecto a la dignidad humana de la infancia y la necesidad de garantizar su protección y desarrollo. En 1959, la Organización de Naciones Unidas aprobó la Declaración de los Derechos del Niño y en 1989 se aprobó el texto final de la Convención sobre los Derechos del Niño, convirtiéndose en ley para los Estados que participaron en esta, en 1990. En esta ley se establece el derecho de las niñas y niños a recibir los cuidados que requieran durante su niñez (Unicef, 2006). Por su parte, en 2007 se adoptó el Compromiso Hemisférico por la Educación de la Primera Infancia en Cartagena de Indias, Colombia, ratificado en 2009 y 2012 por México y los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA).

El marco legal mexicano reconoce el vínculo entre los cuidados y los derechos de la infancia. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) señala en su artículo 4º el derecho de las niñas y niños a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Por su parte, la Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA) tiene por objeto, entre otros, garantizar el pleno ejercicio, respeto, protección y promoción de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes conforme a lo establecido en la CPEUM y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano forma parte; mientras que la Ley de Prestaciones de Servicios para la Atención, el Cuidado y Desarrollo Integral Infantil (LPSACDII) señala como un objetivo garantizar el acceso

a niñas y niños a los servicios para la atención, cuidado y desarrollo integral infantil que promuevan el ejercicio pleno de sus derechos. Adicionalmente, la Ley del Seguro Social en su artículo 202 indica que las prestaciones relacionadas con las niñas y niños deben proporcionarse atendiendo a cuidar y fortalecer la salud del niño y su buen desarrollo futuro, así como a la adquisición de conocimientos que promuevan la comprensión, el empleo de la razón y de la imaginación, entre otros².

Recientemente, como parte del proceso legislativo de una iniciativa de reforma constitucional al artículo 4° de la CPEUM en materia de cuidados, se plantea la creación de un Sistema Nacional de Cuidados que tendría por objetivo coordinar a la federación, entidades federativas, municipios y demarcaciones territoriales en este tema. Su objetivo sería “diseñar políticas públicas, programas e instrumentos, así como la implementación de acciones para asistir, apoyar y atender a las personas que requieren cuidados, garantizar sus derechos y fomentar su autonomía, así como el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes, con base en un modelo de corresponsabilidad entre el Estado, el sector empresarial, la sociedad civil, la comunidad y las familias” (INMUJERES, s.f.). Esta reforma está en análisis por el Senado de la República y plantea agregar al artículo 4° el derecho a cuidar y ser cuidado en condiciones dignas durante todo el ciclo de vida; además de la promoción de la corresponsabilidad de la libertad sobre cuidar y decidir sobre la distribución del tiempo propio, y la creación de servicios públicos de cuidado a través de la ley y atención de grupos prioritarios.

Desde la perspectiva del cuidado en el hogar y, de manera particular, para el caso de la infancia, de acuerdo con la Convención de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, madres, padres o personas tutoras cuidadoras son responsables de su cuidado; sin embargo, desde una perspectiva basada en el ejercicio de los derechos humanos, el ente obligado a la garantía de las condiciones óptimas para el cuidado, es el Estado, en primera instancia, por lo que debe velar porque madres, padres o personas tutoras tengan las condiciones adecuadas para ejercer su responsabilidad hacia hijas e hijos.

Considerando ambas condicionantes de cuidado (la necesidad de los menores de ser cuidados y protegidos y la responsabilidad de las y los tutores de su cuidado y protección), bajo un enfoque de derechos y en la que se resalta el papel de las mujeres como el grupo que se dedica a en mayor

² En el apartado B del artículo 9 de la Constitución Política de la Ciudad de México ya está incorporado el derecho al cuidado el cual dispone que “toda persona tiene derecho al cuidado que sustente su vida y le otorgue los elementos materiales y simbólicos para vivir en sociedad a lo largo de toda su vida. Las autoridades establecerán un sistema de cuidados que preste servicios públicos universales, accesibles, pertinentes, suficientes y de calidad y desarrolle políticas públicas”.

proporción a la tarea de los cuidados, en los últimos años se ha visibilizado la importancia de reconocer el derecho a cuidar (Cejudo, 2017).

Las mujeres son –en México como en el resto del mundo– quienes proveen mayoritariamente los servicios de cuidado y, generalmente, no son remuneradas por estas actividades, por lo que, desde la economía feminista, se han delimitado a estas actividades como trabajo de cuidados, documentando su aporte y buscando una distribución más igualitaria entre mujeres, hombres, hogares, colectivos y el Estado (García y Pacheco, 2016).

Ejemplo de lo anterior es que los hombres dedican entre tres y cuatro horas semanales al trabajo de cuidados; lo que representa únicamente alrededor de una tercera parte del tiempo que le dedican las mujeres, quienes dedican poco más de 12 horas (INMUJERES, 2018). Esto último tiene consecuencias graves de discriminación y agrava las desigualdades de género, ya que el costo de oportunidad de llevar a cabo la mayoría de las actividades de cuidado no remuneradas implica no poder dedicar ese tiempo al mercado laboral, además de limitar las opciones y la calidad del trabajo que pueden desempeñar las mujeres (INMUJERES, 2018).

La importancia de las actividades de cuidado en la alimentación, salud y educación en la infancia

Existe evidencia que demuestra la importancia de los cuidados en las esferas de salud, nutrición, seguridad, socialización y vínculo emocional con las personas significativas³ en la vida de las niñas y niños, por lo que son indispensables para un desarrollo infantil adecuado que, además, sienta la base para el desarrollo físico, emocional social e incluso económico en la trayectoria de vida de las futuras personas adultas (The Lancet, 2017). En ese sentido, si se reconoce que los cuidados tienen como objetivos promover, satisfacer y proteger las capacidades humanas en las diferentes esferas de la vida (Ríos y López 2018), es congruente afirmar que la adecuada provisión de cuidados a la infancia debe ser una prioridad social.

La población infantil requiere que los cuidados le sean provistos en su totalidad, por lo que es posible atribuir el nivel alcanzado en el desarrollo infantil como parte de sus capacidades a los aspectos relacionados con el hogar donde vive y las problemáticas y factores que condicionan a dicho hogar. En este sentido, se reconoce, por un lado, la necesidad de una provisión adecuada por parte de padres, madres o tutores, como lo señala la propuesta de cuidado sensible y cariñoso (The Lancet, 2017) y las obligaciones derivadas de la Convención de los Derechos de Niñas, Niños

³ Los cuidados tempranos no deben ser establecidos de modo excluyente por una persona, sino que deben ser complementados por un sistema conformado por diversos cuidadores adultos, del entorno significativo del niño. El cuidado de niñas y niños pequeños puede ser ejercido por más de un sujeto adulto. Y, en los casos en los que se detecte una situación de vulnerabilidad, se debe identificar una figura complementaria que asegure el cuidado a través del apoyo activo a los cuidadores principales (RELAF, 2015).

y Adolescentes; y por otro, aspectos relacionados con el acceso a servicios de salud, educación, seguridad social, alimentación, así como a un ambiente seguro y saludable, entre los más importantes. Todos ellos, derechos de la infancia ante los que el Estado es sujeto obligado y por tanto debe satisfacerlos a través de sus instituciones.

Los primeros tres años de vida se caracterizan por ser un periodo sensible a los efectos de los nutrientes, la actividad física y el entorno ya que niñas y niños desarrollan los elementos cognitivos, motrices y socioemocionales que impactarán el bienestar, habilidades y competencias por el resto de la vida (The Lancet, 2017). Esto ha generado un interés por dar seguimiento a niñas y niños en los primeros 1,000 días de vida, contados desde el nacimiento, como una ventana de oportunidad para “mitigar los riesgos y optimizar el desarrollo” (OMS y Unicef, 2018) que puede tener, incluso, efectos transgeneracionales.

El desarrollo cerebral en la niñez representa un momento durante el cual se adquieren habilidades físicas, motrices, cognitivas, sociales, emocionales y lingüísticas básicas. Son estas las que le permitirán pensar, resolver problemas, comunicarse, expresar emociones y establecer relaciones. A medida que se desarrolla el cerebro, las conexiones neuronales se van formando y modificando como respuesta a las experiencias positivas y negativas. “Las experiencias positivas incluyen una buena nutrición, la estimulación sensorial y motriz, interacciones apropiadas y la protección que brindan los miembros de la familia o los cuidadores. Las experiencias contrarias, como el abandono, el estrés, la violencia y la exposición a la contaminación también modifican la forma en que se hacen las conexiones neuronales en el cerebro de un niño” (Unicef, 2017:9).

Por ejemplo, se ha estudiado que la mala nutrición provoca serios daños a la salud y desarrollo de niñas, niños y adolescentes: mayor morbilidad y mortalidad, deterioro en la función cognitiva y menor rendimiento escolar, así como enfermedades crónicas, mortalidad prematura y menor calidad de vida en la adultez (Unicef, 2021). Durante crisis económicas o situaciones de emergencia, una de las afectaciones más directas se presenta en la capacidad de las familias para acceder a alimentos nutritivos y de calidad. Ello afecta gravemente a las niñas, niños y adolescentes pues necesitan de una buena alimentación para desarrollarse plenamente y estar en mejores condiciones de encarar las enfermedades, especialmente de tipo infeccioso.

En México, antes de la pandemia por la COVID-19 se registraban algunas problemáticas relacionadas con la adecuada alimentación de niñas y niños; se observaba que una baja proporción de este grupo de población accedía a una dieta diversa y había un alto consumo de alimentos no recomendables. De acuerdo con el informe de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018-19, se observó que solo el 19.7% de las niñas y niños de 1 a 4 años consumieron

de manera cotidiana verduras, sólo el 37.3% se alimentó de leguminosas y tan solo el 34% consumió carnes no procesadas. En cuanto al consumo de alimentos no recomendables, se registró que el 82.4% de la infancia consumió de manera cotidiana bebidas no lácteas endulzadas y el 62.7% consumió botanas, dulces y postres (Shamah-Levy, 2020).

Por otro lado, respecto al cuidado de la salud, la ENSANUT reportó que 97.2% de las madres o cuidadores refirieron tener la cartilla de vacunación de los menores de cinco años, sin embargo, al momento de la encuesta sólo el 49.1% de las madres o personas cuidadoras pudieron presentar este documento. Respecto a los esquemas de vacunación, la ENSANUT refirió que el 18.5% a nivel nacional de niñas y niños de un año cumplido contaban con un esquema completo⁴, mientras que 32.9% de la población de hasta dos años lo tenía (Shamah-Levy, 2020). Lo anterior, puede indicar algunas problemáticas relacionadas con el acceso a estos servicios, pero también puede estar relacionado con formas de entender y decidir sobre el cuidado de la salud de niñas y niños, tal es el caso de personas que optan por no permitir que sus hijas e hijos accedan a los esquemas de vacunación.

Por su parte, en 2017 las infecciones respiratorias (IRA) y diarreicas agudas (EDA) representaron a nivel nacional el 22.7% de las principales causas de mortalidad en México en población menor de cinco años, respecto a la prevalencia de estas enfermedades con información 2018-19 se observó que el 11.8% de niñas y niños menores de cinco años padecieron EDA durante las dos semanas previas al levantamiento de ENSANUT, y las entidades donde fue mayor la proporción de niñez con el padecimiento fueron Chiapas, Tabasco, Colima, Sonora y Yucatán. En el caso de IRA, la prevalencia fue de 32.1% durante las dos semanas previas al levantamiento de esta encuesta, donde Tabasco, Chiapas, Sonora, Guerrero y Durango contaron con los porcentajes más altos de prevalencia (Shamah-Levy, 2020).

La pandemia por la COVID-19 hizo más evidentes y profundizó las desigualdades en la sociedad mexicana por lo que, en prácticamente todas las esferas de las políticas públicas será necesario documentar sus efectos y la reorganización de las estrategias y recursos. Específicamente, en materia de los cuidados adecuados a la infancia, las afectaciones negativas están asociadas con las medidas de confinamiento, que derivaron en la disminución de las redes de apoyo para los cuidados, ya que las abuelas y los abuelos, familiares, amistades y personas vecinas tuvieron que aislarse para evitar contagios.

⁴ Incluye BCG (contra la tuberculosis) (dosis única), hepatitis B (3 dosis), pentavalente (3 dosis), antineumocócica (2 dosis), antirrotavirus (2 dosis) y triple viral-SRP (1 dosis).

En el contexto de la pandemia, el cierre temporal de estancias, guarderías y escuelas preescolares provocó la pérdida, al menos por un período largo, de espacios de cuidados y convivencia de la infancia. No obstante, el acceso a Centros de Atención Infantil (CAI) representa un problema en sí mismo, ya que los datos indican que a nivel territorial existe un acceso desigual a estos servicios, sobre todo en el sur del país donde la presencia de estos es baja respecto del centro y norte del país (SUPCAI, 2021), además, es importante considerar la accesibilidad a los CAI analizada desde el horario de atención, el espacio físico y la lejanía que suele haber con respecto a las comunidades más dispersas o marginadas, ya que, por un lado provoca que haya menos acceso en ciertas regiones, y, por otro, en el perfil de las personas trabajadoras, donde quienes tienen turnos laborales rotativos o nocturnos, por mencionar algunos, no pueden acceder a esta prestación de manera efectiva, aun cuando cuentan con ella (Rubio, 2019).

2. Metodología

Este estudio tiene como objetivo analizar las acciones para el cuidado de niñas y niños menores de cinco años que se realizan en los hogares, con el fin de identificar las problemáticas que estos enfrentan al respecto y cómo cambian estas ante diferentes contextos. Para ello, la investigación se orientó a documentar la organización social de los cuidados a niñas y niños, personas cuidadoras y sus características, redes de apoyo al hogar, características y utilización de servicios de cuidado infantil, percepción y conocimiento sobre cuidados infantiles, así como las dificultades o cambios experimentados a partir de la pandemia por la COVID-19.

Se considera el hogar como el principal espacio de realización de las actividades de cuidado y en ese sentido, se identifica como unidad de análisis para documentar la percepción y experiencia en lo relacionado a los cuidados infantiles, así como, de manera indirecta, a la oferta de servicios de cuidado a la que tienen acceso, principalmente de parte de instituciones gubernamentales.

El estudio se desarrolló con una metodología cualitativa, que permite conocer a profundidad la perspectiva de los actores clave y el contexto en que esta se circunscribe. Se realizaron entrevistas semiestructuradas en hogares, a partir de un diseño de muestra intencional que prioriza territorios en los que prevalecen condiciones de rezago y carencias sociales, o que cuentan con otras características que pueden limitar las acciones de cuidado infantil.

La priorización de contextos en los que prevalecen condiciones de pobreza y vulnerabilidad obedece a la necesidad de enfocar esfuerzos de política pública a la población con mayores carencias en el país, con base en criterios de progresividad y desde un enfoque de derechos. En México de los más de 12 millones de niñas y niños menores de cinco años, en 2020, el 54.3% se encontraban en situación de pobreza, el 63.6% presentaba un ingreso inferior a la línea de pobreza por ingresos, el 74.6% contaba con, al menos, una carencia social, de las cuales, la carencia por acceso a la seguridad social es la de mayor relevancia, con el 58.5% de la población infantil en esta condición.

De acuerdo con Unicef (2020), por un lado, la pobreza monetaria limita la capacidad de las familias de satisfacer sus necesidades y, por otro, la falta de tiempo limita la frecuencia y calidad de las oportunidades de juego y de interacción entre los cuidadores y niñas y niños. Las personas adultas que se enfrentan a diario con la pobreza tienen menos tiempo, dinero y recursos emocionales y cognitivos para atender las necesidades de sus hijos e hijas, por lo que estudios previos han concluido que la pobreza es un factor mediador que pone en riesgo la oportunidad de la niñez de alcanzar su desarrollo potencial (BID, 2013).

Además, entre las características que pueden incrementar las necesidades de cuidados se destaca la presencia de miembros del hogar con alguna limitación o discapacidad y el reconocimiento de hogares indígenas. Según datos del Censo de Población y Vivienda 2020 (Censo 2020), de los 9,582,141⁵ de hogares que cuentan con al menos un integrante menor de cinco años, el 11.1% se considera indígena⁶, 12.6% de hogares posee un miembro con algún tipo de limitación o discapacidad y el 1.6% de los hogares presentan ambas condiciones.

De acuerdo con CONEVAL (2021), las personas con discapacidad viven con frecuencia marginadas, tienen pocas posibilidades de asistir a la escuela, obtener un empleo, tener una vivienda o disfrutar de la vida social. En 2020, poco menos de la mitad (49.5%) de la población con discapacidad se encontraba en situación de pobreza; de esta, 39.3% se ubicaba en situación de pobreza moderada y poco más del 10 por ciento en pobreza extrema, en tanto que 43.5% de la población sin discapacidad se encontraba en pobreza, 35.1% en pobreza moderada y 8.4% en pobreza extrema⁷. Por su parte, las personas indígenas tienen niveles de carencias sociales que sobrepasan la media nacional. De manera similar que, en 2018, la carencia por acceso a la seguridad social en 2020 era la de mayor incidencia en la población total (52.0%) y la población indígena presentaba una proporción mayor, 80.9%⁸.

De ahí la importancia de analizar hogares con personas integrantes que se encuentren en algunos de estos grupos de población de los cuales, además, se cuenta con poca información sobre el cuidado infantil y las problemáticas y necesidades que enfrentan.

Definición de la muestra de análisis

La estrategia metodológica consideró la construcción de una muestra intencional⁹ que incluyera contextos diversos y la selección de hogares a partir de características asociadas con su vulnerabilidad y con el cuidado infantil. La muestra se desarrolló a partir de las siguientes etapas:

⁵ Con base en datos del cuestionario ampliado del Censo 2020 se identifica que en México existen 35,219,141 de hogares, de los cuales el 27.4% (9,582,141 hogares) poseen al menos un integrante menor de cinco años.

⁶ Según el Instituto Nacional de los pueblos Indígenas (INPI) se identifica como hogar indígena a aquel donde el jefe(a), su cónyuge o alguno de los ascendientes (madre o padre, madrastra o padrastro, abuelo(a), bisabuelo(a), tatarabuelo(a), suegro(a)) declararon hablar alguna lengua indígena.

⁷ Datos con base en el Anexo Estadístico de la Medición de Pobreza 2020 del CONEVAL.

⁸ *Ibidem*.

⁹ El muestreo intencional o por conveniencia es un tipo de muestreo no probabilístico en el que la parte investigadora decide qué elementos integraran la muestra considerando aquellas unidades típicas de población que desea conocer (López, 2004).

1. Primera etapa: clasificación de entidades y municipios por regiones económicas y grado de rezago social.

Con el propósito de capturar información de contextos socioeconómicos diversos, la primera etapa para la selección de la muestra considera la regionalización económica definida por el Banco de México¹⁰ y el Grado de Rezago Social (GRS). Por un lado, la regionalización económica permite considerar las posibles asociaciones de la actividad económica preponderante con las actividades de cuidado de los hogares, si favorecen o limitan dichas actividades, mientras que el GRS permite considerar las posibles afectaciones en cuidado infantil por diferencias en carencias sociales de los municipios en que habitan los hogares.

En cada una de las cuatro regiones del país, se clasificó a los municipios en cuatro categorías, según su GRS: Alto y Muy alto, Medio, Bajo, Muy bajo. De esta manera, se seleccionarían municipios en cada una de las regiones económicas y con diversos GRS.

2. Segunda etapa: identificación de características de interés en los municipios.

Con el fin de orientar el análisis a población con características que indican condiciones de vulnerabilidad o que podrían estar asociadas con el cuidado infantil, se identificaron las siguientes variables de interés:

- a) Proporción de población menor de 5 años. Permite observar la distribución de este grupo poblacional en los municipios para considerar aquellos donde fuera más probable encontrar a hogares con miembros de entre cero y cinco años.
- b) Proporción de población hablante de lengua indígena en el municipio, considerando esta población con mayores carencias y pobreza que sus contrapartes no indígenas.
- c) Proporción de hogares con jefatura femenina en el municipio, con el objetivo de visibilizar las diferencias en las dinámicas para hogares con esta característica.
- d) Proporción de población con alguna discapacidad en el municipio, dado que es factible que esta población también requiera actividades de cuidado adicionales a las de cuidado infantil.
- e) Proporción de población con carencia por acceso a la seguridad social, como una aproximación al acceso a servicios de cuidados formales.

¹⁰ Donde: la región norte incluye Baja California, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Sonora y Tamaulipas; el centro norte considera Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Durango, Jalisco, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí, Sinaloa y Zacatecas; el centro lo integran la Ciudad de México, Estado de México, Guanajuato, Hidalgo, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala; y el sur, Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán.

- f) Presencia de Centros de Atención Infantil (CAI) en el municipio, para aproximar la disponibilidad de opciones del sistema formal de cuidados y el acceso de los hogares a este tipo de servicios.

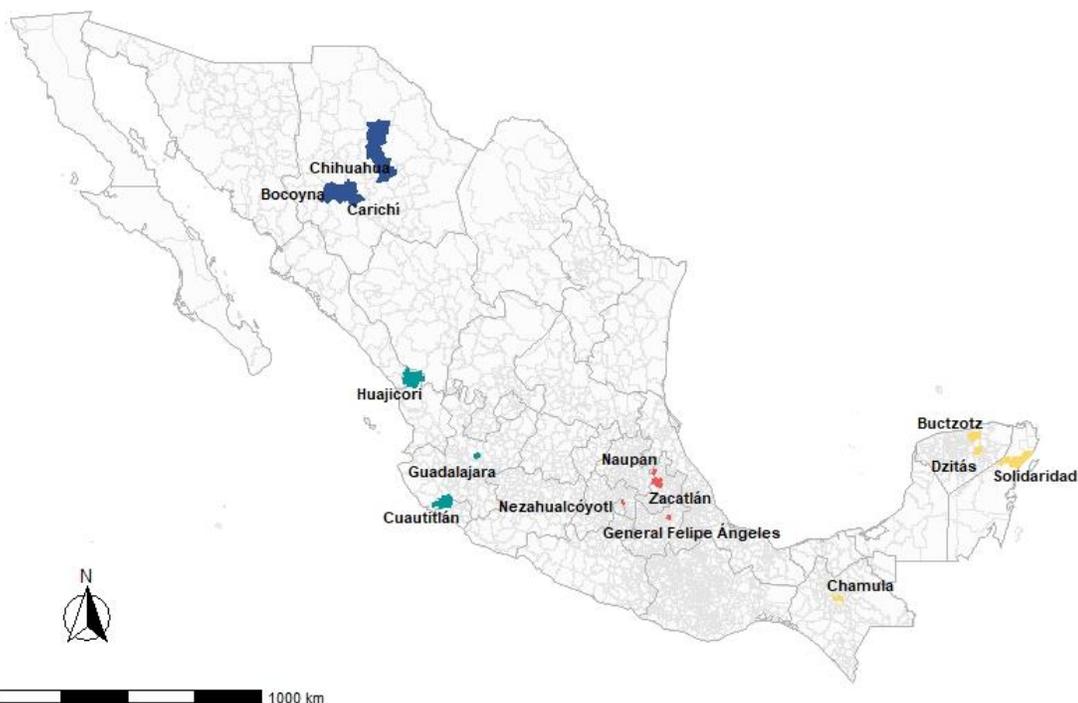
A partir de la categorización de los municipios con base en el GRS por regiones, se identificó, por cada grupo de municipios en una misma región, la media de las características anteriores. De manera que se priorizaron aquellos municipios que se encuentran por encima de la media en, al menos, el 80% de las variables analizadas; solo en el caso de los municipios con GRS muy bajo se consideraron aquellos en los que sus valores en población indígena, carencia por acceso a la seguridad social y proporción de hogares con jefatura femenina, se encontraran por debajo de la media en el grupo, con el fin de identificar el extremo opuesto a aquellos municipios con mayores características de vulnerabilidad, además de que, en estos municipios, la prevalencia de estas características es menor.

Dados los criterios de selección de municipios a partir de las características señaladas, se integraron 14 municipios distribuidos de la siguiente forma: con alto y muy alto GRS fueron Naupan, Puebla, Chamula, Chiapas, Carichí, Chihuahua y Huajicori, Nayarit; con GRS medio Dzitás, Yucatán, Cuautitlán de García Barragán, Jalisco y Bocoyna, Chihuahua; con GRS bajo y muy bajo Buctzotz, Yucatán, Guadalajara, Jalisco, General Felipe Ángeles y Zacatlán, Puebla, Solidaridad, Quintana Roo, Nezahualcóyotl, Estado de México y Chihuahua,¹¹ (ver mapa 1).

De manera adicional, se consideró la información del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), institución estratégica en el operativo de campo, que aportó elementos para analizar la factibilidad de realizar el trabajo de campo, según criterios de accesibilidad y seguridad. En el mapa 1 se presenta la distribución de municipios seleccionados en muestra, de acuerdo con las características consideradas.

¹¹ Considerando los recursos disponibles para la recolección de información, no se integraron municipios con GRS bajo en las regiones centro norte y norte, debido a que no se identificaron municipios que cumplieran con los criterios de selección.

Mapa 1. Distribución territorial de los municipios de la muestra cualitativa



Fuente: elaboración del CONEVAL

Nota: los municipios están clasificados por color según la región a la que pertenecen: (azul región norte, verde región centro norte, rojo centro y amarillo sur)

3. Tercera etapa: Selección de los hogares

Para la selección de los hogares de la muestra, se consideró la inclusión de al menos dos localidades por municipio; una localidad urbana o la cabecera municipal y una localidad rural. Para los municipios en los que no se identificaron localidades rurales, se consideraron Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB), y se seleccionaron de acuerdo con su nivel de población en situación de pobreza: AGEB con porcentajes entre 50 y 70 por ciento y AGEB con porcentajes entre el 0 y 18 por ciento, de su población en esta situación. Asimismo, la selección final de localidades y AGEB se realizó atendiendo a las sugerencias del SNDIF en cuanto a la accesibilidad en campo.

En cada localidad en muestra se entrevistaron seis hogares. Para la identificación de hogares¹² a ser entrevistados, se consideraron solo aquellos con al menos una niña o niño menor de 5 años; adicionalmente, se buscaron hogares con integrantes hablantes de lengua indígena, con integrantes con alguna discapacidad, con jefatura femenina y con y sin acceso a seguridad social.

¹² Con base en lo señalado por el INEGI, se entiende por hogar al conjunto de personas que pueden ser o no familiares y que comparten la misma vivienda (INEGI, 2022d).

La colaboración del SNDIF en este punto fue fundamental para identificar y acceder a los hogares que cumplieran con las características mencionadas.

Instrumentos de recolección y operativo de campo

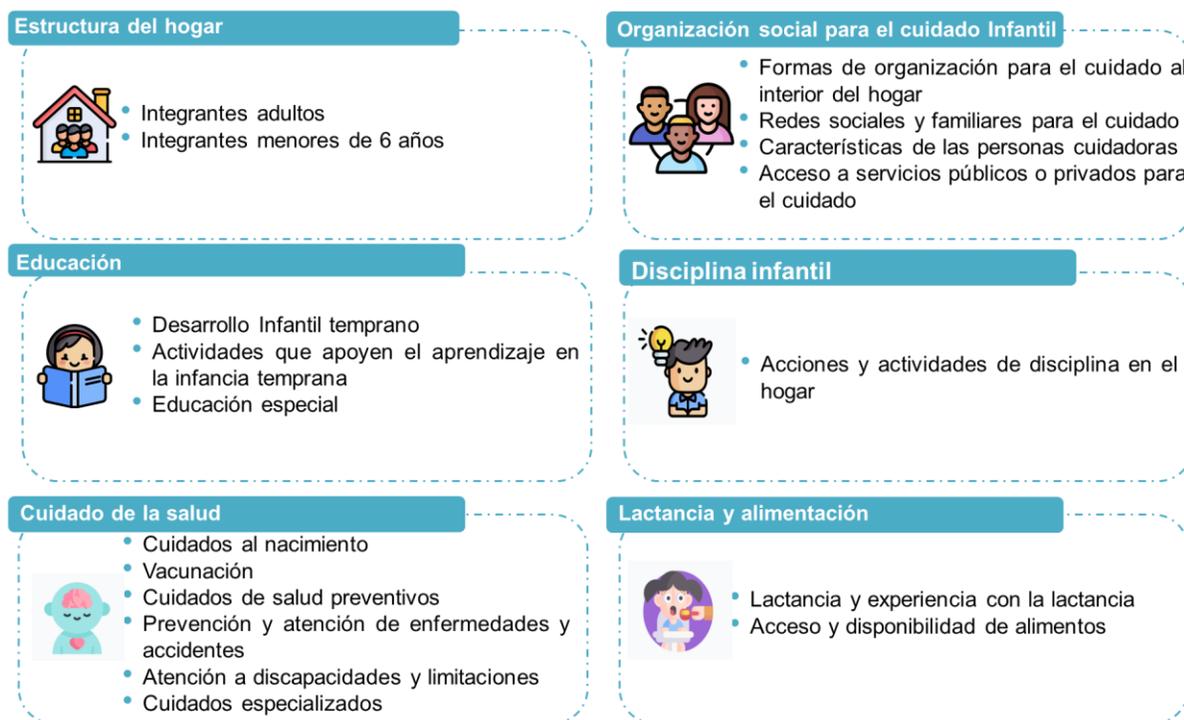
De acuerdo con Michel y colaboradores (2020), se pueden identificar tres ámbitos del cuidado: cuidados personales, los cuales son aquellos brindados para garantizar la higiene personal, la alimentación y el funcionamiento del hogar en el que habita la persona con necesidad de cuidados; cuidados de la salud, que refieren a garantizar la asistencia médica de la persona con necesidad de cuidados, incluido el suministro de medicamentos y terapia, y, cuidados para el desarrollo integral, que refieren a la asistencia brindada para garantizar el desarrollo físico, cognitivo, social y emocional de la persona con necesidad de cuidados.

Asimismo, existen otros elementos relacionados con la provisión de cuidados a niñas y niños que permiten comprender cómo se organizan los hogares para los cuidados infantiles, así como las necesidades y problemáticas que enfrentan, los cuales están relacionados con las personas responsables de las niñas y niños, es decir, aquellas que les proveen cuidados. Por ello, respecto a estas personas es indispensable considerar si obtienen –o no– ingreso y si cuentan con acceso a servicios de salud, seguridad social, además de sus características de salud, educación y conocimiento acerca de los cuidados infantiles, así como sus condiciones de vida que inciden en la satisfacción –o no– de los cuidados y los derechos de la infancia, como son los servicios de salud, de educación, de saneamiento, agua potable, características del territorio, entre otras.

En este sentido, para operacionalizar las dimensiones del cuidado infantil, se definieron temáticas generales en una guía de entrevista, que permitieron identificar las acciones específicas de cuidado de niñas y niños. Por un lado, se analiza la organización social de los cuidados en los hogares y las características socioeconómicas y demográficas de los mismos; y, por otro, se analizan los cuidados personales y de la salud, así como aquellos para el desarrollo integral, los cuales incluyen la educación, actividades que apoyan el aprendizaje en la infancia temprana y la disciplina infantil¹³. La figura 1 muestra los aspectos abordados con base en la guía de entrevista.

¹³ Hace referencia a un término retomado de la ENIM 2015, el cual refiere a las prácticas dentro de los hogares para enseñar a niñas y niños el autocontrol y un comportamiento aceptable bajo las normas de la sociedad, puede manifestarse de dos maneras, de forma positiva o de forma punitiva por parte de madres, padres o tutores.

Figura 1. Temas de la guía de entrevista



Fuente: elaboración del CONEVAL

Se buscó que la persona entrevistada en los hogares seleccionados cumpliera con uno o más de los siguientes criterios: que fuera la persona responsable de tomar las principales decisiones de los cuidados de las niñas y niños menores de cinco años del hogar; que fuera la persona encargada de las actividades de cuidados de los menores, o que fuera un integrante del hogar mayor de 15 años y que participara en el cuidado de las niñas y niños.

Adicionalmente, se aplicó un cuestionario sobre las características de los hogares. La información obtenida a través de este instrumento permite perfilar a los hogares participantes en el estudio y complementar la información obtenida a través de la guía de entrevista (ver figura 2).

Figura 2. Temas del cuestionario sobre características de los hogares



Fuente: elaboración del CONNEVAL

Análisis descriptivo de los datos

Se realizaron 168 entrevistas en localidades rurales y urbanas¹⁴. El cuadro 1 presenta su distribución; se aplicaron 88 en zonas urbanas (52.4%) y 80 corresponden a zonas rurales (47.6%).

Cuadro 1. Número de casos por entidad, municipio y tipo de localidad

Entidad Federativa	Municipio	Número de entrevistas urbanas	Número de entrevistas rurales	Total de entrevistas
Chihuahua*	Chihuahua	6	6	36
	Carichí	0	12	
	Bocoyna	6	6	
Jalisco	Guadalajara	12	0	24
	Cuautitlán	6	6	
Estado de México	Nezahualcóyotl	12	0	12
Nayarit	Huajicori	6	6	12
Yucatán	Dzitás	6	6	24
	Buctzotz	6	6	
Quintana Roo	Solidaridad	6	6	12

¹⁴ Se consideraron como localidades urbanas aquellas con más de 2,500 habitantes, mientras que las localidades rurales fueron aquellas con hasta 2,500 habitantes (INEGI, 2022).

Entidad Federativa	Municipio	Número de entrevistas urbanas	Número de entrevistas rurales	Total de entrevistas
Puebla**	Felipe Ángeles	5	1	36
	Palmar de Bravo	6	0	
	Naupan	0	12	
	Zacatlán	5	6	
	San Antonio	0	1	
	Cañada	0	1	
Chiapas	Chamula	6	6	12
Total		88	80	168

Fuente: elaboración del CONEVAL

Notas: *La muestra de municipios en Carichi, Chihuahua se realizó solamente en localidades rurales dado el contexto rural del municipio.

**La muestra de municipios en Puebla fue mayor a la seleccionada a partir de la información de gabinete, debido a que durante el operativo en campo se presentaron dificultades para cumplir con las cuotas de levantamiento urbanas y rurales, por lo que se recurrió a encontrar municipios de reemplazo con características similares y que permitieran la realización de entrevistas.

Los hogares entrevistados están integrados por cinco personas, en promedio, y la cantidad media de niñas y niños menores de 5 años por hogar es de 1.4. Con relación a la jefatura del hogar, se observa que más del 54.2% son mujeres, a quienes se identifica como jefas del hogar, mientras que, señalaron a los hombres como jefes de hogar en un 38.1% de los casos y con jefatura compartida, el 7.7%¹⁵ de los hogares. El mayor porcentaje de hogares con jefatura femenina se concentra en ámbitos urbanos, con el 64.8% de los casos¹⁶.

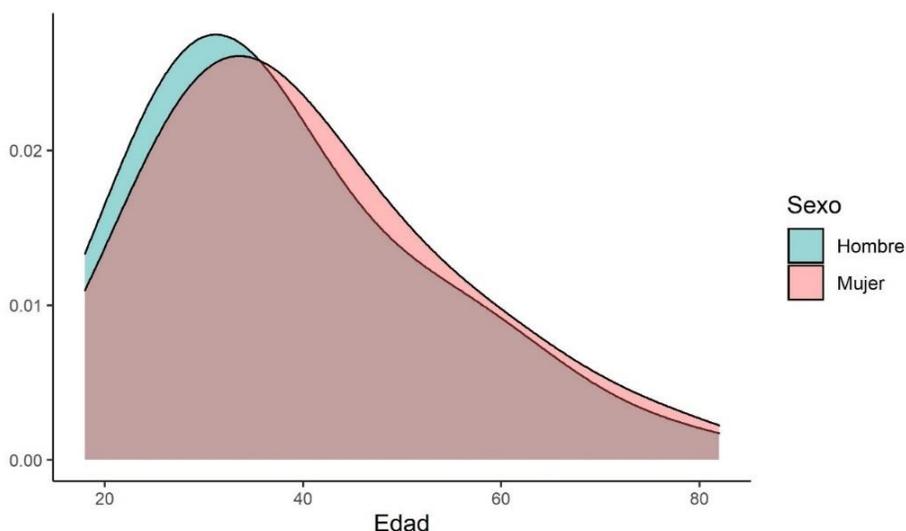
En cuanto a la distribución de la jefatura de hogar en las entidades federativas de la muestra, se observa que el 83.3% de los hogares del Estado de México identifican jefatura femenina por lo que es el estado que registró el mayor porcentaje de hogares en esta condición, seguido de Nayarit con el 66.7% y Jalisco con 62.5%. Mientras que los estados Quintana Roo y Yucatán con 41.7% cada uno y Chiapas con 33.3% son los estados con menor porcentaje de hogares que reportan tener jefatura femenina.

Respecto a la edad de las personas identificadas como jefas de hogar se observó que fluctúa entre los 18 y 83 años, con una media de 39; sin embargo, tal como se observa en la gráfica 1, las mujeres jefas de hogar son las que presentan una edad media más alta en comparación con los hombres, con un promedio de 40.4 y 38.5 años, respectivamente.

¹⁵ En estos casos las personas informantes declararon que no existía una sola persona identificada como jefe o jefa del hogar, sino que la jefatura era compartida entre la madre y el padre de niñas y niños o entre la madre y abuela.

¹⁶ La información va acorde a las estadísticas nacionales, dado que, según datos del Censo de Población y Vivienda 2020, a nivel nacional en 33 de cada 100 hogares, las mujeres son reconocidas como jefas del hogar, esto significa 11,474,983 hogares. Además, el mayor porcentaje de jefatura femenina se encuentra en áreas urbanas con un total de 34.2%, mientras que, para el caso del ámbito rural este porcentaje desciende al 26.3% (INEGI, 2020).

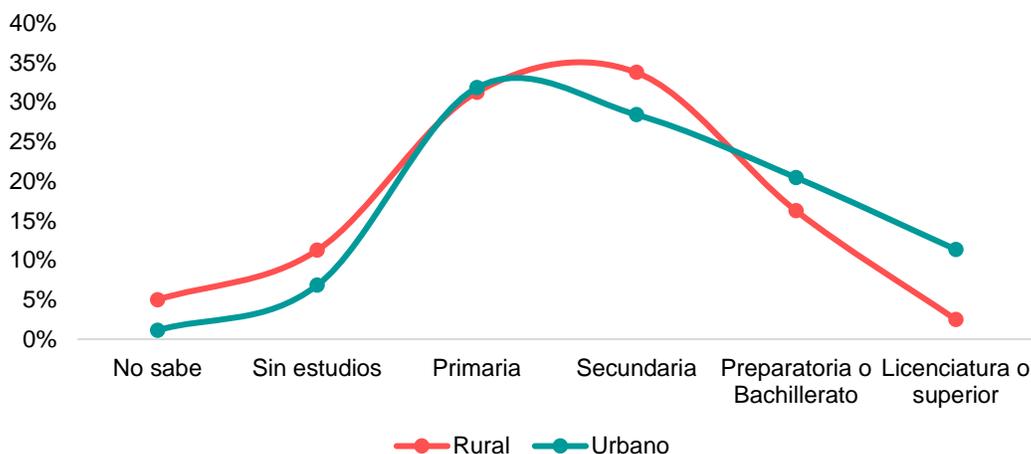
Gráfica 1. Distribución de la edad de las personas jefas de hogar, según sexo



Fuente: elaboración del CONEVAL

Considerando al total de hogares de la muestra, en el 30.9% de estos se refiere que el nivel educativo de las personas declaradas como jefas de hogar es de secundaria, seguido de preparatoria, con el 18.45% de los casos. Para las personas jefas de hogar que radican en ámbito rural, el 11.3% menciona que no cuenta con estudios, el 31.25% primaria y el 33.7% secundaria; mientras que, para el caso de los hogares entrevistados de zonas urbanas, se reportó que el 6.8% de las personas jefas reportaron no contar con estudios, el 31.8% cuentan con primaria, el 28.4% con secundaria y resalta el 11.36% de los casos poseen nivel educativo de licenciatura o superior, comparado con 2.5% de los hogares rurales.

Gráfica 2. Distribución del nivel de escolaridad de las personas jefas del hogar, según ámbito de localidad



Fuente: elaboración del CONEVAL

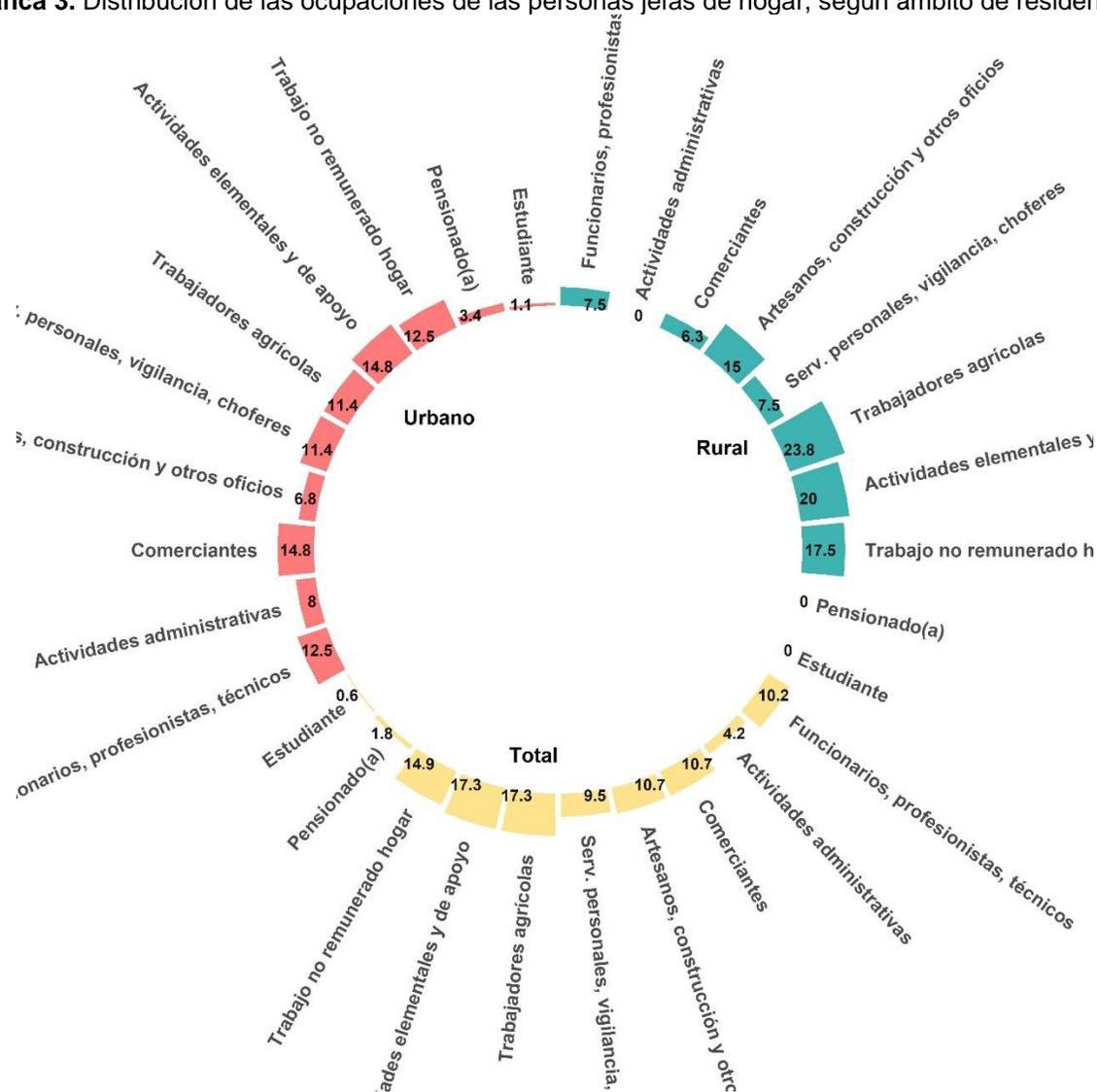
Con relación a las actividades laborales que reportaron las personas jefas de los hogares entrevistados, se identificó que las más relevantes se concentran en actividades elementales y de apoyo¹⁷ (17.3% de los hogares) y trabajos agropecuarios (17.3%); en tercer lugar, se reportan las personas que se dedican al comercio (10.7%) y las de construcción, artesanías y otros oficios (10.7%), el resto de actividades se distribuye en actividades administrativas, servicios particulares, comerciantes, artesanos, funcionarios y personal técnico (ver gráfica 3).

Al igual que en anteriores casos, se destaca que existe una diferencia en las ocupaciones entre el ámbito rural y urbano, pues para el caso de los hogares rurales se identificó que el 23.8% se dedican a trabajos agropecuarios, el 20% a actividades elementales y de apoyo y el 15% realiza trabajos artesanales, en construcción u otros oficios. Mientras que, para los hogares de zonas urbanas, se observó que las actividades elementales y de apoyo, junto con las de comercio, son las que poseen mayor frecuencia, ambas con el 14.8%, seguido de funcionarios, profesionistas y técnicos con el 12.5% y los servicios personales, de vigilancia o choferes (11.4%).

Además, entre las personas no económicamente activas se identificó que, en su mayoría, se dedican a actividades domésticas y de cuidado no remuneradas y, en menor proporción, se identificaron personas que mencionaron estar pensionadas (todos los casos en zonas urbanas) y solo un caso en el que la persona se encuentra estudiando.

¹⁷ Según el Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones (SINCO) se clasifican dentro de la categoría de trabajadores en actividades elementales y de apoyo a "(...) los trabajadores que auxilian los procesos productivos, realizando actividades sencillas y rutinarias que implican básicamente esfuerzo físico, destreza motriz y conocimientos básicos que se aprenden en la práctica en sólo unas jornadas de trabajo" (INEGI, 2019).

Gráfica 3. Distribución de las ocupaciones de las personas jefas de hogar, según ámbito de residencia¹⁸



Fuente: elaboración del CONEVAL

En cuanto a la estructura del hogar (considerando tipo de hogar -nuclear o ampliado¹⁹- y tipo de familia -monoparental y biparental²⁰), se identificó que el 52.4% de los hogares en muestra son nucleares, mientras que, sobre el tipo de familia, se identificó que el 71.3% de los hogares rurales entrevistados tienen una composición biparental y este porcentaje cae al 48.9% para el caso de los hogares urbanos. Al cruzar estas dos variables, se observó que la mayoría de los hogares

¹⁸ Para la categorización de las ocupaciones se toma como base el primer nivel de las actividades reportadas en el SINCO del INEGI.

¹⁹ Hogares nucleares: el papá, la mamá y los hijos o sólo la mamá o el papá con hijos; o una pareja que vive junta sin hijos. Hogares ampliados: se forma por un hogar nuclear más otros parientes (tíos, primos, hermanos, suegros, etcétera).

²⁰ Hogar monoparental: presencia de madre o padre en el hogar o ante la ausencia de madre y de padre, un tutor.

Hogar biparental: presencia de madre y padre en el hogar. En estos casos, el o la informante del hogar declaró que ambos padres viven con el o los menores, aun cuando alguno de los padres viva temporalmente en el hogar.

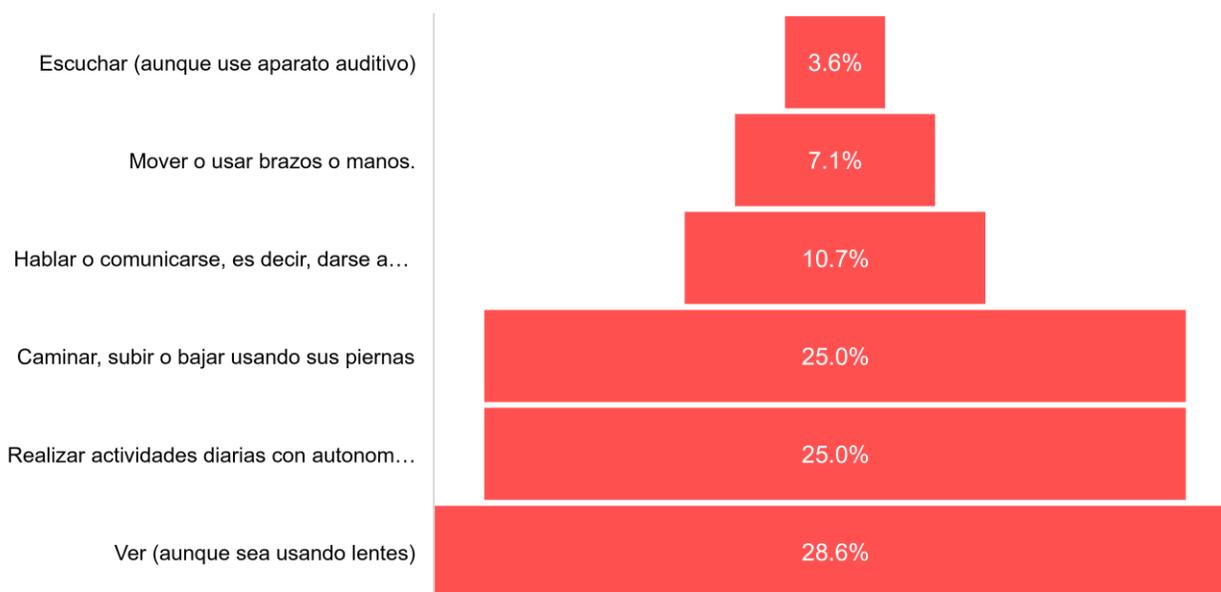
No se identifican en la muestra hogares homoparentales (Madre - Madre o Padre - Padre) que pudieran ser incluidos en esta clasificación.

biparentales son nucleares (69.0%), mientras que los hogares monoparentales son, en su mayoría, ampliados (72.1%).

De los hogares en la muestra del estudio, 29.2% tienen, al menos, un integrante que habla alguna lengua indígena, de los cuales el 61.2% residen en áreas rurales²¹. Además, de acuerdo con la distribución estatal se identificó que, en Chiapas, la totalidad de los hogares contaban con, al menos, un integrante con esta característica. Por su parte, ningún hogar de Jalisco y Quintana Roo contó con miembros hablantes de lengua indígena.

Con relación a los hogares con presencia de personas con discapacidad, se identificó que, del total de hogares entrevistados, el 16.7%²² presentan integrantes en esta situación. La discapacidad o limitación más frecuente que se reportó es la de ver (aunque sea usando lentes), con el 28.6% de los casos, mientras que la limitación o discapacidad auditiva (no poder escuchar, aunque use aparato auditivo) y la de hablar o comunicarse (darse a entender o ser entendido por otra persona) son las dificultades que menor frecuencia presentan, tal como se puede ver en la gráfica 4.

Gráfica 4. Distribución de los hogares con presencia de integrantes con discapacidad, limitación o algún problema o condición mental, según el tipo de limitación o discapacidad



Fuente: elaboración del CONEVAL

²¹ A nivel nacional, según datos del Censo de Población y Vivienda 2020 se reportaron 2,858,588 hogares indígenas, de los cuales el 51.0% (1,456,717 de hogares) se encuentran en áreas rurales (menores a 2500 habitantes).

²² Según datos del Censo de Población y vivienda (2020) 14,036,353 de hogares, es decir el 39.9% del total de los hogares de México, cuentan con la presencia de integrantes con discapacidad, limitación o algún problema o condición mental, de los cuales el 77.2% residen en áreas urbanas.

Finalmente, se identificó que el 19.6% de los hogares entrevistados poseen al menos un miembro con acceso a la seguridad social²³ y de estos, el 75.5% se encuentran en zonas urbanas. Nayarit es el estado con mayor proporción de hogares en esta condición, respecto del total de hogares entrevistados en cada entidad federativa, con un total de 41.7%, seguido de Jalisco con el 37.5% y Chihuahua con el 27.8%. Mientras que los estados del Sur (Chiapas, Quintana Roo y Yucatán) son los que presentan menor frecuencia de hogares con seguridad social.

Identificación de escenarios analíticos

Con el objetivo de categorizar a los hogares para identificar elementos de contraste en los casos que forman parte del estudio, se definieron criterios a partir de características relevantes asociadas al cuidado infantil, de lo cual se derivan perfiles de hogares.

En primera instancia, se identificaron las figuras con obligación sobre la crianza y el desarrollo de las niñas y niños: 1) padre, madre o tutor por ser el núcleo más cercano y de desarrollo de niñas y niños; y 2) el Estado, como proveedor de acceso a la seguridad social y, por tanto, a servicios de cuidado. La presencia de dichas figuras es una característica relevante estrechamente vinculada al cuidado infantil y por ello, se utilizó como característica principal para la clasificación. Adicionalmente, se consideraron características asociadas a la presencia –o no– de condiciones que pueden profundizar las necesidades de cuidados o que se asocian con mayor vulnerabilidad en los hogares.

En este sentido, para operacionalizar la categorización se utilizan las variables referidas a tipo de familia y acceso a seguridad social, como aproximaciones a la presencia de las figuras obligadas a la crianza y el desarrollo de las niñas y niños, mientras que se considera la presencia de personas integrantes del hogar con discapacidad y la condición étnica del hogar, como condiciones que profundizan necesidades de cuidados y refieren mayor vulnerabilidad en los hogares. Para cada una de las variables anteriores, se asigna un valor mayor a cero para denotar vulnerabilidad o mayores necesidades de cuidado, según la condición del hogar en cada variable en particular.

En primer lugar, para las figuras obligadas a la crianza, el acceso a la seguridad social, como la característica estructural relacionada con la obligación del Estado asociada al cuidado, se considera que los hogares sin acceso a seguridad social son más vulnerables que aquellos que sí cuentan con este acceso y por ello, se asigna el valor de 3, mientras que la presencia de un solo padre en el

²³ A nivel nacional según datos del Censo de Población y Vivienda (2020) 21,358,916, es decir el 39.3% de los hogares cuenta con al menos un integrante afiliado a servicios de salud, de estos el 80.5% residen en áreas urbanas.

hogar, se considera como un elemento asociado a mayor vulnerabilidad, por lo que se asigna un valor de 2. En segundo lugar, que el hogar cuente con integrantes con alguna discapacidad o hablantes de lengua indígena, se consideran características que profundizan las necesidades de cuidado o agregan mayor vulnerabilidad, por lo que se asigna el valor de 1 a la presencia de alguna o ambas condiciones. El cuadro 2 presenta los criterios de clasificación para la conformación de los escenarios analíticos.

Cuadro 2. Categorías para la conformación de grupos de análisis

Características para definir capas de análisis		Características que profundizan las necesidades de cuidado o refieren mayor vulnerabilidad	Puntaje	Escenario analítico
Seguridad social 0= Con SS 3= Sin SS	Tipo de familia 0: Biparental 2: Monoparental	1: a. Hogar NO Indígena y Con Discapacidad b. Hogar Indígena y SIN Discapacidad c. Hogar Indígena y CON Discapacidad 0: Hogar NO Indígena y sin discapacidad		
0	0	0	0	I
0	0	1	1	I
0	2	0	2	I
0	2	1	3	II
3	0	0	3	II
3	0	1	4	III
3	2	0	5	III
3	2	1	6	IV

Fuente: elaboración del CONEVAL

La distribución de los hogares con relación al puntaje asignado indica que, a mayor puntaje, mayor vulnerabilidad y necesidad de cuidados. La figura 3 muestra la caracterización general de los grupos de hogares que se derivan de la clasificación mencionada en el cuadro 2.

Figura 3. Características generales de los grupos o escenarios de análisis



Fuente: elaboración del CONEVAL

El cuadro 3 muestra las características de los hogares, según los grupos de análisis. Un elemento que destaca de esta información es la escolaridad observada de las personas jefas de hogar; por ejemplo, el grupo IV muestra menores niveles de escolaridad que en los otros grupos, ya que el máximo nivel alcanzado es educación básica y una tercera parte de las personas jefas en este grupo no cuenta con estudios.

Cuadro 3. Características generales de los hogares según grupo de análisis

Variables	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Total
Tipo de familia					
Hogares biparentales	82.1%	90.4%	47.6%	0.0%	59.5%
Hogares monoparentales	17.9%	9.6%	52.4%	100.0%	40.5%
Condición de acceso a la seguridad social en el hogar					
Con seguridad social	100.0%	9.6%	0.0%	0.0%	19.6%
Sin seguridad social	0.0%	90.4%	100.0%	100.0%	80.4%
Sexo de las personas jefas del hogar					
Hombre	28.6%	46.2%	34.9%	40.0%	38.1%
Mujer	53.6%	46.2%	60.3%	56.0%	54.2%
Mujer y hombre	17.9%	7.7%	4.8%	4.0%	7.7%
Escolaridad de las personas jefas del hogar					

Variables	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Total
Doctorado	3.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%
Licenciatura	17.9%	7.7%	3.2%	0.0%	6.5%
Preparatoria o Bachillerato	28.6%	23.1%	17.5%	0.0%	18.5%
Secundaria	28.6%	51.9%	20.6%	16.0%	31.0%
Primaria	17.9%	15.4%	42.9%	52.0%	31.5%
Sin estudios	0.0%	1.9%	9.5%	32.0%	8.9%
Edad promedio de las personas jefas del hogar	38.1	33.6	40.4	51.0	39.5
Número promedio de Apoyos gubernamentales	3.2	2.9	2.6	2.8	2.8
Promedio de personas que viven en el hogar	5.0	4.7	5.2	5.4	5.0
Promedio de niñas y niños de 0 a 5 años	1.3	1.5	1.3	1.2	1.4

Fuente: elaboración del CONEVAL

3. Hallazgos sobre el cuidado de niñas y niños menores de cinco años en los hogares

El cuidado es una actividad que tiene como propósito promover, satisfacer y proteger las capacidades humanas (Ríos-Cazares G y López-Moreno S, 2018); en el caso de la infancia, que por sus características requiere que los cuidados le sean provistos en un cien por ciento, es posible atribuir el nivel alcanzado en el desarrollo infantil como parte de sus capacidades, a los aspectos relacionados con el hogar donde vive y las problemáticas y factores que condicionan a dicho hogar. Pero no solo a eso, sino a la propia concepción que los hogares y las personas cuidadoras de las niñas y niños menores de cinco años entienden por cuidados. Asimismo, como refiere Michel y colaboradores (2020) se pueden identificar tres ámbitos de cuidado de las niñas y niños: cuidados personales, cuidados de la salud y cuidados para el desarrollo integral.

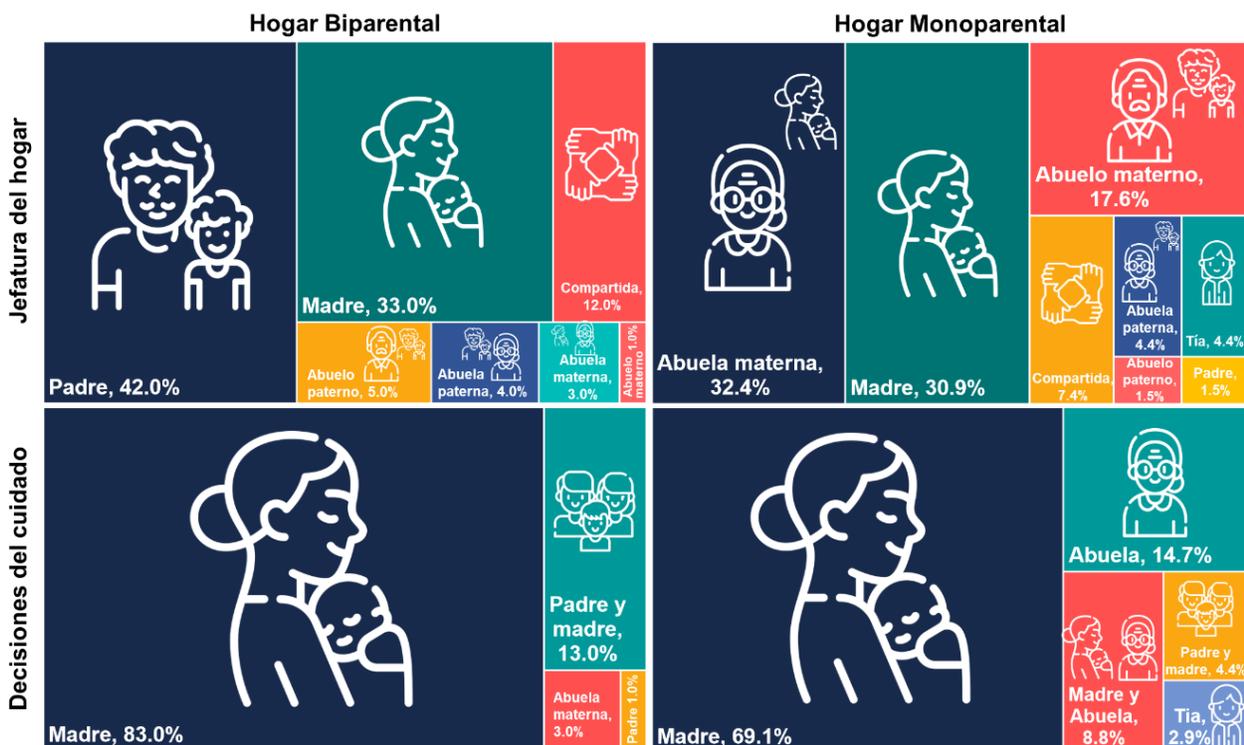
En este marco, a partir de la información recolectada es posible documentar la manera como se organizan las acciones de cuidado al interior del hogar, lo que a su vez permite contextualizar hallazgos posteriores en torno a las acciones de cuidado en cada uno de los ámbitos que son de interés para el desarrollo de las y los menores y que han sido identificados como relevantes desde la literatura en torno al cuidado infantil. Dadas las características de los hogares que forman parte del estudio, estos hallazgos se presentan atendiendo, por un lado, a diferencias entre ámbitos rural y urbano y por otro, al contraste entre los grupos analíticos identificados y que refieren distintos grados de vulnerabilidad.

Organización de las acciones de cuidado infantil en los hogares

Una primera aproximación a la percepción del cuidado infantil en los hogares estudiados se puede observar en la figura 4, construida a partir de la información proporcionada por las personas informantes sobre el significado que dieron al concepto “cuidado infantil”, considerando que en su totalidad las personas informantes fueron las cuidadoras principales de niñas y niños.

Las palabras de mayor frecuencia fueron aquellas relacionadas con la alimentación, salud y educación. Algunas otras hicieron referencia a la protección y actividades relacionadas con la seguridad y vigilancia de niñas y niños. En menor medida se mencionaron acciones relacionadas con la higiene, valores y actividades de desarrollo infantil.

Gráfica 5. Relación entre tipo de familia, jefatura de hogar y persona que toma las decisiones del cuidado infantil en el hogar (parentesco respecto a los menores de 5 años en el hogar)



Fuente: elaboración del CONEVAL

Considerando que el jefe o jefa de hogar es aquella persona reconocida por las demás personas integrantes como tal y que este reconocimiento regularmente se otorga a la persona integrante de mayor jerarquía, ya sea por ser el principal sostén económico, la persona de más edad o la que toma las decisiones del grupo (INEGI, 2022c), se observa que si bien en los hogares biparentales el jefe de hogar en su mayoría es el padre, no es percibido de manera independiente como parte de la decisión en las actividades de cuidado infantil, lo cual puede reafirmar la división de roles en hogares con el tipo de configuración jefe de hogar-proveedor padre y madre cuidadora (ver gráfica 5).

En el caso de los hogares monoparentales, se resalta la presencia de las mujeres del hogar tanto en las jefaturas como en las decisiones sobre el cuidado infantil. La manera como se distribuye el tipo de jefatura y la figura cuidadora de las niñas y niños podría sugerir que se trata de hogares en los que el padre ya no tiene participación en el cuidado y en donde la jefatura de abuela materna puede estar definida más por una relación de jerarquía por la edad o toma de decisiones y las jefaturas de abuelos maternos por ser reconocido como el principal sostén económico del

hogar. Además, resalta que el 4.4% de hogares monoparentales entrevistados, aunque el padre ya no forme parte del hogar, es considerado en las decisiones del cuidado de las niñas y niños.

a) Características de la persona cuidadora

Las personas cuidadoras principales son aquellas que reportaron haber pasado más tiempo proporcionando cuidados a las niñas y niños, aunque hayan participado también otras personas como los propios padres, las abuelas o tías. Esta recae, en su mayoría, en las madres de las niñas y niños, aunque en los hogares monoparentales las abuelas tienen una mayor participación en los cuidados que en los hogares biparentales. Lo anterior sucede principalmente cuando las madres cuentan con alguna actividad remunerada para aportar recursos a los hogares. Estos resultados son consistentes con los reportados en la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) 2017, a partir de la cual se identifica que la principal persona que se hace cargo de los cuidados de las niñas y niños menores de cinco años son las madres de los infantes (73.9%), seguido de las abuelas (14.1%) y de otras personas, ya sean familiares o no familiares (7.1%).

La edad promedio de las personas cuidadoras es de 34 años para los hogares monoparentales y de 28 años para los hogares biparentales. Las abuelas maternas o paternas incrementaron el promedio de edad en los hogares monoparentales dada su mayor participación en los cuidados en relación con los hogares biparentales. La edad media de las personas cuidadoras en los ámbitos rurales o urbanos no presentan mucha diferencia, 30 años en localidades rurales y 31 en urbanas.

En cuanto a la escolaridad, en general, se observa que las personas cuidadoras cuentan con secundaria y preparatoria, en su amplia mayoría. En el ámbito urbano las personas cuidadoras presentan un mayor nivel de estudios que en los hogares rurales. En cuanto a los hogares por parentalidad, no se observaron mayores diferencias.

Las personas cuidadoras se reportaron con buena salud, aunque en varios casos, las madres o abuelas como personas cuidadoras señalaron encontrarse cansadas o haber experimentado con cierta frecuencia cansancio o fatiga. En estos casos, las personas cuidadoras presentaban algunos síntomas como dolores de cabeza, dolores de espalda o de alguna parte del cuerpo, o simplemente fatiga derivada del trabajo de cuidados a las niñas y niños menores de 5 años y a los otros miembros del hogar, así como de las labores de aseo, preparación de alimentos del hogar, de otras labores domésticas y, en algunos casos, de las actividades remuneradas realizadas para aportar recursos al hogar. En menor medida, las personas cuidadoras señalaron enfermedades como hipertensión, diabetes o alguna otra condición crónica, principalmente fueron las abuelas.

Por grupo analítico, se identifica que en el grupo I son las madres las cuidadoras principales y en menor medida, las abuelas; los niveles de escolaridad de las cuidadoras de este grupo llegan hasta posgrados y, en general se perciben estados de salud buenos, aunque con cansancio, fatiga o síntomas de alguna enfermedad; en dos casos se mencionaron limitaciones para realizar actividades de cuidado.

En el grupo II, las madres son las principales cuidadoras, seguidas de las abuelas. A diferencia del grupo anterior hay cuidadoras que no cuentan con estudios y el grado máximo es la licenciatura. En términos de la percepción de la salud, no se presentan enfermedades declaradas, pero sí síntomas de alguna, cansancio y fatiga.

En cuanto al grupo III se observan como cuidadoras a otras parientes de los menores como las tías, no obstante, las madres y abuelas siguen apareciendo en la mayoría de los casos. No hay diferencias entre el grupo II y III en la escolaridad. Sin embargo, hay una madre que menciona tener un mal estado de salud, otra mencionó tener una discapacidad y algunas abuelas, limitaciones físicas.

En el grupo IV las principales cuidadoras son madres, abuelas y en un caso una tía. La escolaridad máxima es de preparatoria. Con relación a la salud, hay cuidadoras que mencionan tener regular o mal estado de salud con síntomas de cansancio y fatiga. En estos casos las abuelas en su mayoría también mencionan tener cansancio y fatiga con otros síntomas. Sin embargo, ninguna mencionó tener alguna limitación o discapacidad.

b) Redes de apoyo para el cuidado infantil en el hogar

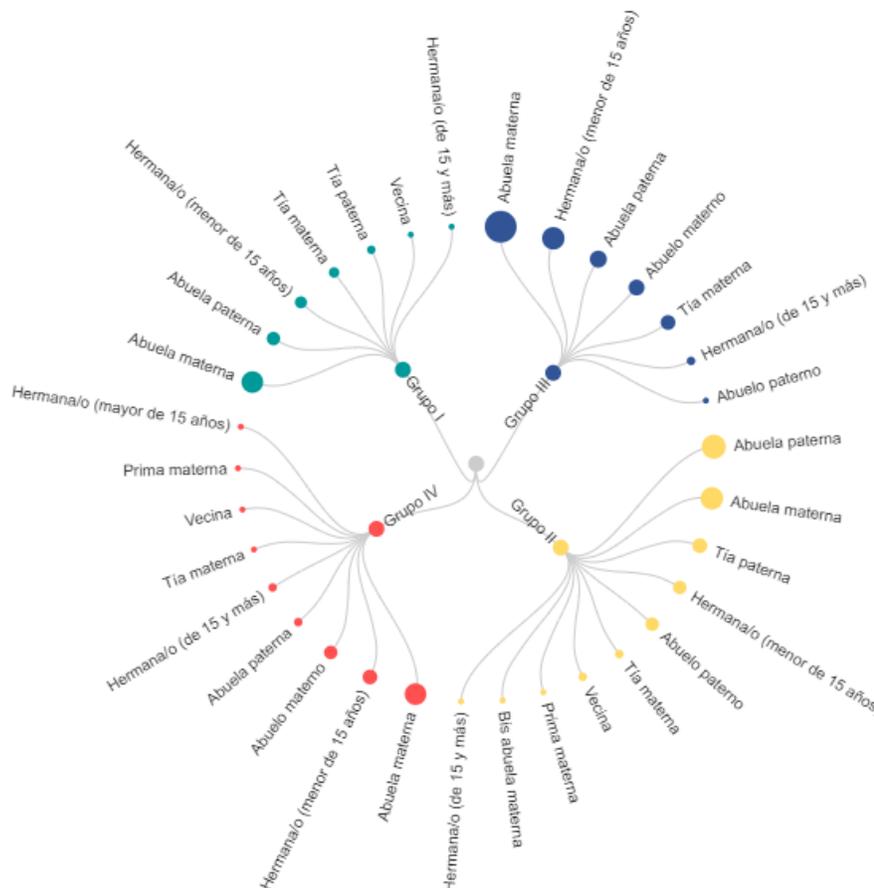
Las redes son un tejido en el que participan las personas, se interrelacionan, establecen nexos y formas de vincularse en las diferentes esferas de la vida social. La red familiar es aquella que se configura entre quienes tienen lazos de parentesco ya sea por consanguinidad o afinidad y funciona como una extensión de los hogares cuando se requiere algún apoyo o se tiene la necesidad de recurrir por alguna situación particular (Gómez y Agudelo, 2017).

Asimismo, las redes sociales de los hogares no se limitan al espacio familiar, sino que también se establecen en los entornos de las viviendas o en otros espacios de interacción social. Por ejemplo, las redes vecinales que refieren a los vínculos hechos en las localidades, los barrios, que representan “territorios donde se escenifican redes de carácter social y tienen como característica la existencia de referentes locales comunes, ya sean espaciales (templos, jardines, mercados, etc.), tradiciones (fiestas religiosas o laicas) o de costumbres” (Gómez y Agudelo, 2017).

Al respecto, en su amplia mayoría (9 de cada 10) los hogares cuentan con apoyo para el cuidado de las niñas y niños menores de cinco años. Destaca la presencia de las abuelas, tanto maternas y paternas, como vínculo de mayor frecuencia en las redes de los hogares, según los grupos de análisis (ver gráfica 6). Asimismo, las personas familiares que fungen como red de apoyo son prácticamente todas mujeres, es decir, abuelas, tías, hermanas, vecinas, y en los casos en donde el familiar es hombre, son abuelos, tíos o hermanos.

Solo en siete hogares de la totalidad de la muestra, las madres informaron que fueron apoyadas por alguna vecina para el cuidado de las niñas y niños menores. La razón por la cual las personas informantes señalaron que solo familiares participan en los cuidados es por la confianza, pues no confían en dejar a las y los pequeños con personas que no sean familiares.

Gráfica 6. Frecuencia del vínculo familiar que funge como red de apoyo para el cuidado infantil en los hogares según grupo analítico

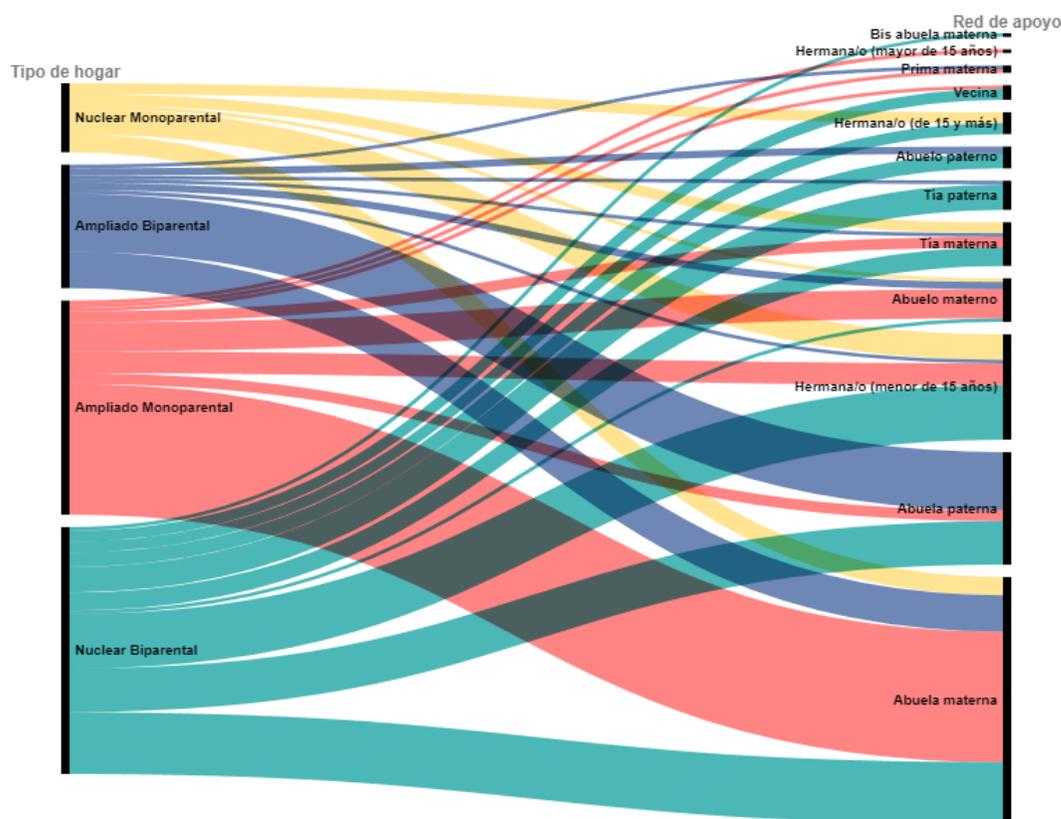


Fuente: elaboración del CONEVAL

Respecto a las redes, según tipos de hogares (ver gráfica 7), los hogares nucleares biparentales recurren con mayor frecuencia a la abuela materna para el cuidado de los infantes, seguida de la tía

y la abuela paterna. Asimismo, en aquellos hogares con estructura ampliada monoparental, la abuela materna es la familiar más recurrida, la tía y el abuelo materno, lo cual puede sugerir hogares de madres solteras con actividades laborales que viven con su familia y recurren a las figuras paterna y materna para fines de cuidado. Se destacan las y los hermanos menores de 15 años a los que recurren una importante proporción de hogares nucleares biparentales, seguido de los nucleares monoparentales, por lo que es el tercer parentesco en importancia para apoyo de cuidado.

Gráfica 7. Frecuencia del vínculo familiar que funge como red de apoyo para el cuidado infantil en los hogares según tipo de hogar



Fuente: elaboración del CONEVAL

Los dos tipos de hogares con menores redes son por un lado los ampliados biparentales, en los que la abuela materna y paterna seguidas de alguna tía son las más importantes y, por otro, los hogares nucleares monoparentales, los cuales presentan el menor número de redes familiares de apoyo donde la abuela materna y tía son las familiares más representativas, y donde resalta el papel de la hermana mayor y la ausencia de parentescos relacionados con el padre, lo cual puede deberse a la probabilidad de que en estos hogares la red con la familia del padre de las niñas o niños esté rota, por lo que no hay un apoyo de esta parte.

Del análisis por grupo, se identifica que, en el grupo I, en la totalidad de los casos rurales existe apoyo familiar para los cuidados además de la madre y el padre; los hogares nucleares cuentan con redes de apoyo familiares externas al hogar y los ampliados con otros familiares que viven en el hogar o en algunos casos, los hijos mayores. En el caso de un hogar, en el que la madre trabaja en un empleo formal fijo, la abuela cuida a los menores y la madre la retribuye con un apoyo económico, en ningún otro caso se retribuyó de manera directa por los cuidados.

En los hogares urbanos de este grupo, en 19 de 21 hogares la madre y el padre reciben apoyo para los cuidados por parte de familiares que viven fuera o dentro del propio hogar. Los dos hogares sin apoyo son hogares biparentales nucleares, en un caso, las hijas de 8 y 9 años son quienes apoyan a la madre a cuidar a los hermanos de 1 año y menor de 1 año. El apoyo consiste en vigilarlos mientras la madre realiza alguna actividad de aseo o de preparación de alimentos en el hogar. Cuando la madre debe salir del hogar, se lleva a los dos niños y deja a las hijas de 8 y 9 años solas.

El otro caso sin apoyo familiar es otro hogar biparental en donde el padre se ausenta del hogar varios días por su trabajo. La madre se lleva al niño a su actividad de venta de dulces en la calle, los otros dos hijos llegan solos a la vivienda cuando salen de la escuela (están en primaria). La madre no cuenta con familiares cercanos quienes puedan ayudar a las labores de cuidados.

Solo fue un caso en que el apoyo provino de una vecina a quien la madre le tenía la confianza de dejar bajo su cuidado al menor cuando debía salir del hogar. La retribución a la vecina consistía en devolver los favores. Es decir, cuando la vecina requería salir de la casa dejaba encargada con la informante a sus hijas menores.

Del grupo II, la mayoría de los hogares rurales cuentan con una red de apoyo familiar que habita en viviendas contiguas o en el mismo predio. En los hogares ampliados, las madres son apoyadas por otros miembros del hogar, principalmente de las abuelas maternas o de las tías. El apoyo consiste en vigilar a las niñas y niños mientras las madres realizan las actividades de aseo y preparación de alimentos o sus actividades productivas. En este grupo solo existe un hogar monoparental, la jefa de hogar es la tía abuela, la madre trabaja y la abuela es la persona responsable de los cuidados del menor.

Los hogares urbanos de este grupo que son nucleares cuentan con una red de apoyo familiar que las madres utilizan cuando requieren salir del hogar por cualquier razón o cuando realizan alguna actividad remunerada dentro o fuera del hogar. También la red de apoyo la utilizan las madres

cuando van a dejar a alguno de los menores a la escuela para que las tías o abuelas vigilen a los menores que se quedan en el hogar.

En el grupo III, casi la totalidad de los hogares rurales cuenta con una red de apoyo familiar que no reside en el hogar, o en su defecto algún miembro del hogar participa en los cuidados de las niñas y niños menores de cinco años (9 de cada 10). Cabe destacar que en ningún caso participó alguna persona vecina o amistad en los cuidados de las niñas y niños menores.

Resaltan dos casos de hogares biparentales nucleares con al menos un integrante que habla lengua indígena en donde las madres no cuentan con redes de apoyo para el cuidado de los menores. Estos hogares se ubican en Chamula, Chiapas, en el cual el padre trabaja fuera de la comunidad y regresa al hogar cada 3 meses. La madre vive con sus cuatro hijos de 12, 11, 7 y la niña de 2 años, ella trabaja en el campo y elaborando artesanías. No cuenta con familia que la apoye con los cuidados, por lo que todo el tiempo lleva a la menor con ella, incluyendo a su trabajo en el campo. La madre se encarga de las labores domésticas y preparación de alimentos. Los hermanos la ayudan a llevar leña al hogar, ellos se van a la escuela y por las tardes cuando se dedica a la elaboración de artesanías, los hermanos están al pendiente de la niña. En el otro hogar, el padre trabaja en la ciudad, por lo que casi todo el día se encuentra fuera y la madre debe hacerse cargo de las labores domésticas y de cuidados de las cuatro hijas e hijos de 11, 10, 6 y 4 años. Al no contar con nadie que participe en los cuidados, ella debe estar todo el tiempo pendiente de las niñas y sus hermanas y hermanos. Mientras trabaja elaborando artesanías con un telar, la niña está con ella jugando con sus muñecas.

Los hogares urbanos de este grupo cuentan en su mayoría con una red de apoyo para el cuidado de las niñas y niños menores o con algún miembro del hogar que participa en estos cuidados.

Finalmente, del grupo IV, los hogares rurales no cuentan con redes de apoyo externas al hogar para el cuidado de las niñas y niños. Mencionan desconfianza para delegar las actividades de cuidado en otras personas, aunque sean familiares o vecinas por lo que no es una práctica habitual. En el caso de los hogares urbanos, las redes de apoyo externas al hogar son escasas, se mencionaron abuela (1), tía (1) o tío (1), o vecina (1). Este último caso, es el único en el que existe un acuerdo de cuidados por pago. En los otros, si bien existe alguna retribución económica o en especie, no es rutinaria, ni el cuidado está condicionado a la retribución.

En general, dentro de las razones para evitar delegar los cuidados de la infancia a personas externas al hogar es la falta de confianza; y en particular, en el caso de infantes con necesidad de cuidados especializados o de atención a la discapacidad, la falta de conocimiento y capacitación.

c) Organización al interior del hogar para el cuidado

Como ya se ha mencionado en prácticamente la totalidad de los hogares, las madres son las responsables de realizar las actividades de cuidados de las niñas y niños menores de cinco años, es decir, preparan sus alimentos y les dan de comer, se encargan de su ropa y de que no sufran accidentes o se enfermen. En caso de que esto último pase, se encargan de llevar a que les atiendan o ellas mismas se encargan de su atención.

Según datos de la Encuesta Nacional del Uso del Tiempo (ENUT) 2019, el 23.6% de las mujeres declararon cuidar a algún menor de 5 años; mientras que la tasa de participación de los hombres se reduce a 15.6%; además, las diferencias entre hombres y mujeres no solo radican en la tasa de participación, sino que se intensifica en el tiempo que invierten en determinadas actividades donde para el caso de las mujeres el promedio de horas dedicadas a la semana al cuidado de menores de 5 años es de 14.6, mientras que para el caso de los hombres este promedio desciende a 6 horas. Por lo que no es de sorprender que en los casos en los que las madres cuenten con alguna actividad económica, las abuelas (en su mayoría) o las tías participan en las actividades de cuidados. No obstante, el hecho de que las abuelas o tías se encarguen de los cuidados a las niñas y niños mientras las madres trabajan, las responsables últimas, en la mayoría de los casos, siguen siendo las madres (CONEVAL, 2022).

En los hogares en los que las madres cuenten con alguna actividad económica, las abuelas (en su mayoría) o las tías participan en las actividades de cuidados, mientras las madres realizan dichas actividades. No obstante, el hecho de que las abuelas o tías se encarguen de los cuidados a las niñas y niños mientras las madres trabajan, las responsables últimas, en la mayoría de los casos, siguen siendo las madres.

En el caso de los hogares biparentales, solo una parte de los padres participan en los cuidados de niñas y niños mediante el juego, bañando a los menores, vigilándolos mientras las madres realizan otras actividades domésticas, entre otras. En algunos casos, los padres participan exclusivamente con la aportación económica a los hogares. Las razones señaladas por las que los padres no participan en los cuidados son que laboran fuera de la comunidad o porque sus jornadas de trabajo son largas. En los hogares biparentales en los que los padres exclusivamente aportan recursos a

los hogares, la red familiar de apoyo u otros miembros del hogar participan en los cuidados cuando las madres realizan sus actividades remuneradas o mientras realizan otras actividades domésticas, dentro o fuera del hogar. Las abuelas o las tías son quienes preparan alimentos, dan de comer o simplemente vigilan a las niñas y niños mientras las madres realizan otras actividades.

Para ejemplificar cómo funciona la organización de los cuidados en hogares, según los grupos estudiados, se revisaron las composiciones familiares y algunas de sus características que puedan llevar a hallazgos para entender la diversidad del comportamiento estructural relacionada con el cuidado. Para ello se observan las estructuras familiares de una submuestra de las 168 familias entrevistadas, es decir, se eligieron dos familias, por grupo analítico, considerando solo aquellas con el mayor tamaño y las de menor tamaño en cada grupo. El análisis de la estructura familiar se basa en una herramienta visual denominada genograma familiar que es un “instrumento que registra información sobre la estructura o composición de una familia (genograma estructural) y las relaciones y/o funcionalidad entre sus miembros (genograma relacional)” (Suárez, 2010; McGoldrick y Gerson, 1993).²⁴

A partir de este análisis, se pueden observar los tipos de redes de apoyo para el cuidado, que podrían ser externas o internas al hogar, y las cuales responden a las diferentes composiciones y dinámicas familiares: el número de personas integrantes, las ocupaciones de madres y padres, las actividades que realicen las personas que son consideradas redes, o la reciprocidad relacionada con los vínculos familiares.

Los hogares seleccionados del **grupo I** (ver figuras 5 y 6) cuentan con la siguiente estructura:

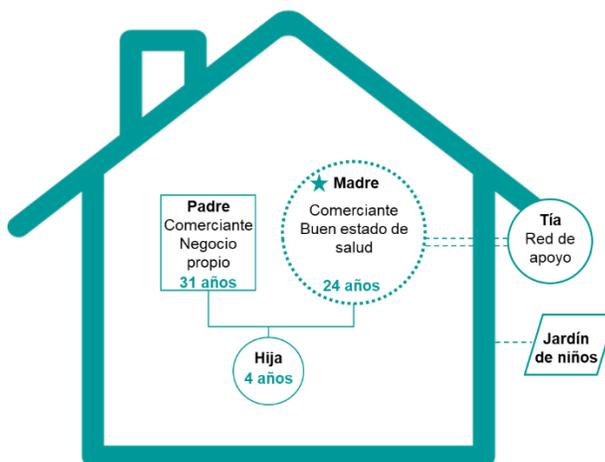
- **El primero** es un hogar biparental con red externa de cuidado. En él habitan el padre, madre y una niña de 4 años. La madre se identifica como la jefa del hogar (marcada con una estrella), ambas personas tienen actividades laborales en un negocio familiar, y ambas se asumen como comerciantes; el negocio es una parrillada argentina (para eventos) y venden ropa en el tianguis. La principal red de apoyo para el cuidado de la niña es la tía de 24 años, hermana de la madre, aunque la madre se asume como principal cuidadora. La madre menciona tener buen estado de salud.

La tía apoya con los cuidados regularmente los viernes y sábados, días en que se queda con ella, hasta el día siguiente que recogen a la niña para desayunar, bañarla, cambiarla y de

²⁴ Tal como se describe en el libro *Genogramas para la evaluación familiar*, “las predicciones que se basan en el genograma no son un hecho. Los principios para la interpretación de los genogramas deberían considerarse como un método práctico y nada más” (McGoldrick y Gerson, 1993).

nuevo llevarla con ella; esto sucede solo cuando tienen eventos. Sin embargo, es la única persona con quien la dejan; la tía también apoya cuidando cuando la niña se enferma y se queda en casa o cuando la madre tiene que surtir cosas para vender, entonces la tía se queda un par de horas por la mañana.

Figura 5. Genograma familiar 1 del grupo I*



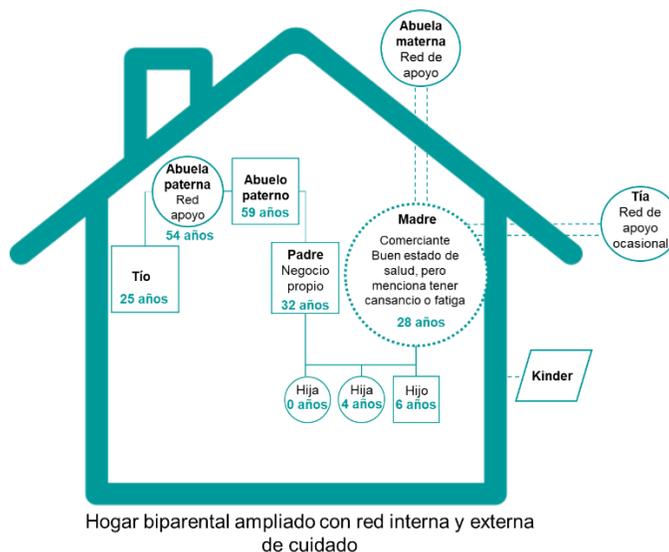
Hogar biparental con red externa de cuidado

Nota* La estrella simboliza la jefatura de hogar. La línea punteada en los símbolos la persona principal cuidadora. Los parentescos están en función de niñas y niños menores de 5 años de los hogares del núcleo de la persona informante.
Fuente: elaboración del CONEVAL

Adicionalmente, pagan aproximadamente 650-700 pesos al año para que la niña acceda al preescolar y una cuota semanal para que le proporcionen desayuno. Mencionan no tener quejas sobre el servicio del kínder, ya que saben que el DIF hace los menús, aunque consideran que el atún frío no es una opción adecuada para el desayuno. Por el cambio de actividades escolares durante la pandemia, la madre menciona haberse dado cuenta que no es fácil ser maestra, porque considera que es tener la misma rutina de madre, pero en la escuela, y mencionó perder la paciencia porque la niña se distraía mucho.

- **El segundo** hogar es biparental ampliado con red interna y externa de cuidado. En este hogar habitan la abuela y el abuelo paternos, quienes tienen dos hijos (tío y padre); el padre vive con la madre y de este núcleo nacieron dos hijas y un hijo menores de siete años. La persona informante identifica que tanto padre como madre son los jefes del hogar, ya que ambos toman las decisiones económicas. El padre es dueño de una refaccionaria y la madre tiene un trabajo administrativo asociado a la contabilidad. Tanto padre como madre cuentan con educación superior.

Figura 6. Genograma familiar 2 del grupo 1*



Nota* La estrella simboliza la jefatura de hogar. La línea punteada en los símbolos la persona principal cuidadora. Los parentescos están en función de niñas y niños menores de 5 años de los hogares del núcleo de la persona informante.

Fuente: elaboración del CONNEVAL

Las abuelas paterna y materna ayudan con el cuidado de las niñas y niños. Principalmente, la abuela paterna pasa la tarde con la niña de cuatro años cuando la madre sale a hacer algún mandado, pero si no está disponible, entonces acude con la abuela materna que vive enfrente de su casa. Menciona que por las actividades de cuidado de sus hijas e hijo retribuye a las abuelas con productos en especie porque no aceptan dinero, o en ocasiones les pagan algún recibo de servicios como agua o luz. Durante la pandemia por la COVID-19 se modificó la rutina de cuidados porque tuvo que solucionar sus problemas sola, ya que sus familiares se aislaron para evitar los contagios.



“Cuando yo me alivié fue muy difícil, porque mi cuñado se contagió de COVID”

Testimonio de una madre, Jalisco

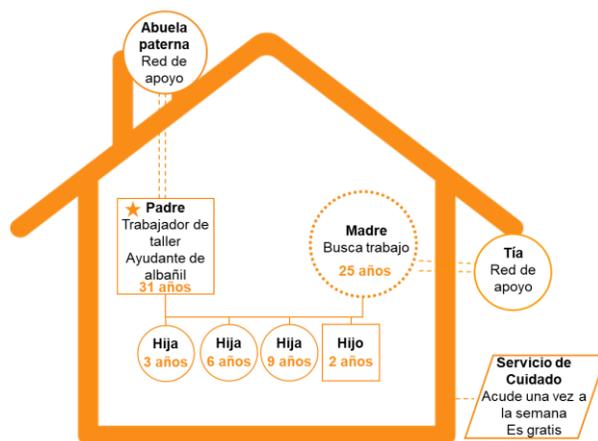
La niña de cuatro años acude al kínder, el cual se encuentra muy cerca de su vivienda y acude ahí porque el municipio solo cuenta con dos escuelas preescolares públicas. Lo único que pagan es el desayuno y, en general, le agrada que acuda ahí por lo que les dan de comer y por la forma en que aprenden; aunque las instalaciones no están en óptimas condiciones,

ya que hay una barda en malas condiciones que representan un peligro para las niñas y niños.

Los hogares del **grupo II** (ver figuras 7 y 8) cuentan con la siguiente estructura:

- **El primero** es un hogar biparental nuclear con red interna de cuidado. En él habitan padre y madre con tres hijas y un hijo. La persona informante identifica que el padre es jefe de hogar (marcado con una estrella), quien se dedica a varios oficios, como trabajador en un taller mecánico y, en ocasiones, también es ayudante de albañil. La madre mencionó estar en busca de trabajo, ya que actualmente tiene uno que le consume 4 a 6 horas al día, dos días a la semana, aunque antes de la pandemia podía dedicarse al cuidado de sus hijas e hijo después de las 14:30 de la tarde, que era su hora de llegada a su casa después del trabajo.

Figura 7. Genograma familiar 1 del grupo II*



Hogar biparental nuclear con red externa de cuidado y con acceso a servicio público de cuidado

Nota* La estrella simboliza la jefatura de hogar. La línea punteada en los símbolos la persona principal cuidadora. Los parentescos están en función de niñas y niños menores de 5 años de los hogares del núcleo de la persona informante.

Fuente: elaboración del CONEVAL

Las redes de apoyo al cuidado de las hijas e hijos son las hermanas de la madre y su suegra (la abuela paterna) quienes residen en otro hogar dentro de la misma vivienda. La red de apoyo consiste en vigilarles cuando la madre salía a trabajar y hasta que regresara el padre. Cuando la madre tenía el trabajo todos los días la red de apoyo era todo ese tiempo. Durante la pandemia no se modificó la rutina de cuidados porque todo el tiempo están pendientes de las hijas e hijo y aunque había suspensión de clases no se sintió diferente.

“No, no, de hecho no [retribución por apoyo en cuidados] porque como que entre nosotras nos estamos tipo ayudando, ¿no?, si ellas salen y yo estoy aquí pues yo también les echo un ojo a sus hijos”

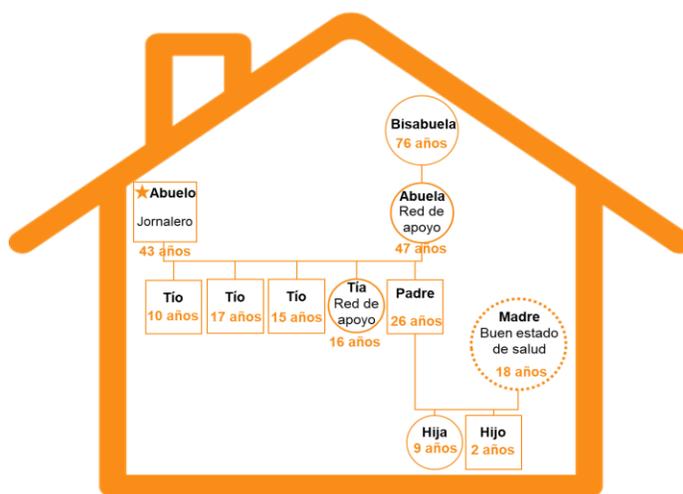
Testimonio de una madre, Puebla



En la entrevista, la madre señaló que las hijas acuden a un centro de educación inicial gratuito un día a la semana y llegó por invitación del personal del centro. La madre menciona que el espacio puede mejorar porque es reducido y aunque durante la pandemia se interrumpió el servicio al momento de la entrevista ya estaban regresando

- **El segundo** hogar es biparental ampliado con red interna de cuidado. En este hogar habitan la bisabuela, la abuela (hija de la bisabuela) y abuelo que son un núcleo familiar del que se derivan cinco hijas e hijos (tías y tíos) y entre los que se encuentra el padre. La madre y el padre forman el siguiente núcleo familiar y en este núcleo se encuentran una hija de nueve años y un hijo de dos. El abuelo es considerado el jefe de familia, quien no cuenta con ningún nivel de escolaridad y se dedica a actividades agrícolas como jornalero; adicionalmente, aportan económicamente al hogar uno de los tíos y el padre.

Figura 8. Genograma familiar 1 del grupo II*



Hogar biparental ampliado con red interna de cuidado

Nota* La estrella simboliza la jefatura de hogar. La línea punteada en los símbolos la persona principal cuidadora. Los parentescos están en función de niñas y niños menores de 5 años de los hogares del núcleo de la persona informante.

Fuente: elaboración del CONEVAL

Tanto la bisabuela como la abuela participan del cuidado de la hija e hijo, así como una de las tías de 16 años. Las actividades principales de cuidado que realizan son alimentación y vigilancia. Mencionan que no hay necesidad de encargar a la hija e hijo con alguien externo al hogar ya que siempre hay alguien en casa, pues tanto la bisabuela como la abuela se dedican solamente al hogar, cabe mencionar que ambas son analfabetas. No hay ningún tipo de retribución a cambio de que se cuide a la niña o el niño, ya que se ve como algo normal puesto que lo hacen por gusto o por amor.



“Mi suegra igual me ayuda a cuidarlos, mi cuñada igual [...] pues ellas, cuando yo no puedo bañarlos, ellas los bañan, ellas les dan de comer [...] como cuando yo lavo, ellas los atienden para que no los descuidemos”

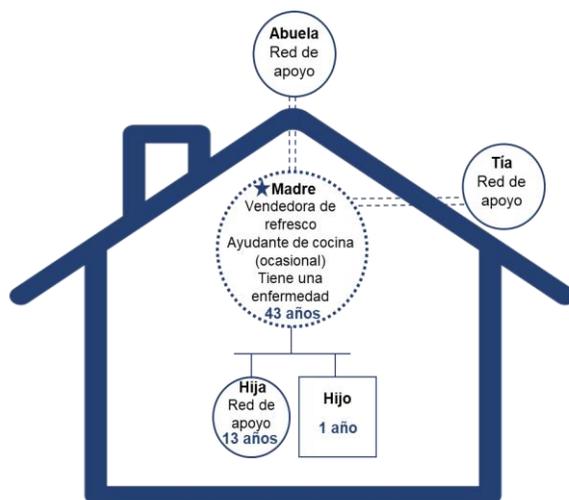
Testimonio de una madre, Puebla

Actualmente el hijo es pequeño para asistir al kínder, sin embargo, tienen planeado inscribirlo en uno de la localidad, pero no lo han hecho porque es muy pequeño y aún no deja el pañal.

Los hogares del **grupo III** (ver figuras 9 y 10) cuentan con la siguiente estructura:

- **El primero** es un hogar monoparental con red de cuidado interno y externo ocasional. En este hogar habita la madre con sus dos hijos, ella es la jefa del hogar y cuidadora principal. La madre cursó hasta tercer grado de primaria, tiene un negocio de venta de refresco y otros insumos y, ocasionalmente, es ayudante de cocina, además padece de hipertensión y no toma medicamentos para tratarla.

Figura 9. Genograma familiar 1 del grupo III*



Nota* La estrella simboliza la jefatura de hogar. La línea punteada en los símbolos la persona principal cuidadora. Los parentescos están en función de niñas y niños menores de 5 años de los hogares del núcleo de la persona informante.

Fuente: elaboración del CONEVAL

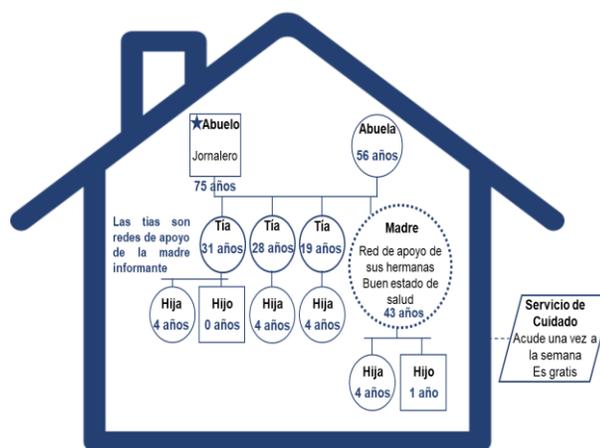
La hermana de 13 años es la principal red de apoyo de la madre, quien deja comida para ambos menores o les lleva de su trabajo. Las ocasiones que ha tenido que salir a trabajar la madre, el menor se queda bajo el cuidado de la abuela o la tía, sin embargo, no lo hace frecuentemente debido a que la tía tiene displasia de rótula y no puede moverse fácilmente al momento de cuidar al menor de un año; por otra parte, la abuela procura no cuidarlo porque se fastidia muy rápido de estar con el bebé. No hay ningún tipo de retribución a cambio de que se cuide al menor, ya que se ve como algo normal, puesto que lo hacen por gusto.

El menor no acude a ninguna guardería o estancia infantil, a pesar de que en la localidad hay una estancia, incluso la madre menciona que no es necesario que acuda, sin dar especificaciones, pero menciona que la profesora que atendió a su hija de 13 años cuando iba al kínder era muy exigente para solicitar materiales y se le dificultaba cumplir por la falta de recursos económicos.

- **El segundo** es un hogar monoparental ampliado con red interna de cuidado. Está compuesto por un núcleo de abuela y abuelo del que se derivan cuatro hijas y de las cuales una de ellas es la madre informante. Cada una de las hijas tiene descendencia y en total hay seis niñas y niños menores de cinco años. Cabe resaltar que todas son madres solteras pues resalta que no aparece ninguna figura asociada al padre o pareja de las tías y madre. El abuelo es considerado el jefe del hogar quien no cuenta con estudios y se dedica a actividades

agrícolas y solo se reportó un apoyo adicional para el sostenimiento económico del hogar por parte de la madre.

Figura 10. Genograma familiar 2 del grupo III*



Hogar ampliado monoparental con red interna de cuidado

Nota* La estrella simboliza la jefatura de hogar. La línea punteada en los símbolos la persona principal cuidadora. Los parentescos están en función de niñas y niños menores de 5 años de los hogares del núcleo de la persona informante.

Fuente: elaboración del CONEVAL

Las redes de apoyo para el cuidado se dan entre las tías y la madre como algo recíproco, es decir, todas cuidan tanto a sus hijas e hijos como a sobrinas y sobrinos. Principalmente, se ayudan con las tareas escolares y comparten los gastos que se soliciten en la escuela. La forma en la que se retribuye el apoyo para el cuidado es a veces con productos en especie, pero la mayoría de las veces es con favores de cuidado.

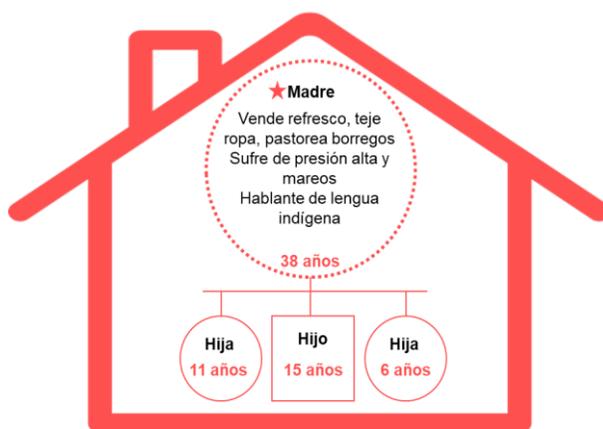
Durante el primer año de la pandemia por la COVID-19 tuvieron complicaciones económicas para el seguimiento escolar de algunas niñas y niños sobre todo por el pago de cuotas y cooperaciones dado que ninguna madre tenía trabajo y eso les impedía también, el pago de recargas para celulares para que pudieran tomar sus clases por internet.

El hogar tiene acceso a un servicio de educación inicial en el que asiste una “maestra” al domicilio y trabaja con los niños de 0 y un años. Sin embargo, también hace observaciones sobre el desarrollo del resto de niñas y niños. Es un servicio gratuito del que no se identifica si es de CONAFE o la Secretaría de Desarrollo Social.

Los hogares del **grupo IV** (ver figuras 11 y 12) cuentan con la siguiente estructura:

- **El primero** es un hogar monoparental en el que no hay redes de apoyo, ni internas ni externas. En este hogar habita la madre con sus tres hijos, siendo ella es la jefa del hogar y cuidadora principal todos los días y todo el día. La madre cursó hasta nivel primaria, es hablante de lengua indígena, padece de hipertensión, tiene un negocio de venta de refresco y vende ropa, que ella misma teje, y pastorea borregos. Debido a su trabajo de pastoreo ha presentado síntomas de insolación, a veces le duele la cabeza, tiene mareos, pero calma las molestias con remedios naturales.

Figura 11. Genograma familiar 1 del grupo IV*



Hogar nuclear monoparental sin red de cuidado

Nota* La estrella simboliza la jefatura de hogar. La línea punteada en los símbolos la persona principal cuidadora. Los parentescos están en función de niñas y niños menores de 5 años de los hogares del núcleo de la persona informante.

Fuente: elaboración del CONEVAL.

Durante el primer año de la pandemia por la COVID-19 no tuvieron complicaciones económicas, sin embargo, tuvieron problemas para conseguir alimentos por 40 días, ya que la cabecera municipal, donde la madre acostumbra a comprar despensa como maíz, frijol, lenteja y “maseca”, estaba cerrada. Igualmente tuvo complicaciones para conseguir la materia prima para hacer la ropa tejida que vendía, por dos principales motivos: 1) no tenía capital suficiente por las bajas ventas; y 2) las tiendas en las que se surtía permanecieron cerradas.

La niña de 6 años no iba a la escuela y la madre quería que asistiera a partir de agosto, pero menciona que no la llevó porque no tenía suficiente dinero, tanto para su escuela como para la graduación de la menor de 11 años que saldría de la primaria ese año.

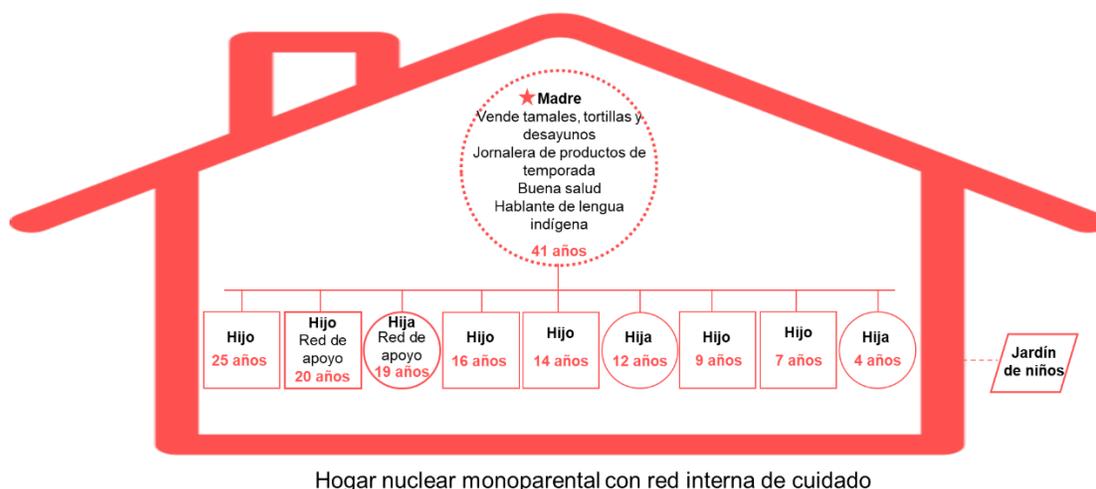
En este caso, la madre se siente feliz cuidando a sus hijos, trabaja en casa por lo que casi no sale y prefiere estar con ellos. Por lo anterior no los manda a la guardería, además de que tiene la percepción de que en las escuelas los niños son groseros entre ellos y los profesores regañan mucho a los niños.



“yo no regaño a mis hijos, entonces por qué las maestras los regañan...”
Testimonio de una madre, Chiapas

- **El segundo** es un hogar nuclear monoparental con red interna de cuidado. El hogar está formado por madre y nueve hijas e hijos. La madre es la principal cuidadora y jefa del hogar, tiene estudios de primaria completa y es vendedora ambulante de desayunos, tamales y tortillas, y cuando no está vendiendo también se dedica al trabajo agrícola de temporada en la cosecha de jitomate o moras azules. Con la información proporcionada en la entrevista se infiere que también ayudan al sostenimiento económico del hogar los hijos de 14, 16, 20 y 25 años, así como la hija de 19, ya que en total aportan al hogar 6 personas.

Figura 12. Genograma familiar 2 del grupo IV*



Nota* La estrella simboliza la jefatura de hogar. La línea punteada en los símbolos la persona principal cuidadora. Los parentescos están en función de niñas y niños menores de 5 años de los hogares del núcleo de la persona informante.

Fuente: elaboración del CONEVAL

Solo una integrante es menor de 5 años por lo que tanto la hermana de 19 como el hermano de 20 son quienes dan el apoyo de cuidado. La niña acude al único jardín de niños público de la comunidad y, aunque es público, la madre debe cubrir una cuota de 250 pesos al año y cada mes 25 pesos para limpieza. Cuando no iba al kínder la niña, la madre se la llevaba para hacer sus labores amarrada en la espalda.

Los análisis previos sobre las características de las personas cuidadoras y la organización de los cuidados el interior de los hogares, permiten identificar elementos comunes en los hogares sobre el cuidado de niñas y niños menores de cinco años:

- El papel de las mujeres es fundamental para el cuidado de niñas y niños, tanto como cuidadoras principales, que en todos los casos fueron las madres, como en las redes de apoyo, tanto internas como externas al hogar, independientemente de si es ampliado, nuclear, monoparental o biparental.
- Los lazos familiares son la principal red de apoyo para las actividades de cuidado y, aunque en la mayoría de los casos no hay ninguna retribución por estas actividades, existe la probabilidad de que las mujeres perciban un tipo de normalización de roles de cuidado siendo visible en abuelas, tías o hijas.
- Considerando el análisis particular de los casos seleccionados se identifica que las familias del grupo IV presentan las características de mayor desventaja, debido a que existen profundas necesidades económicas observadas a partir de la información recabada en la entrevista, ya que son hogares monoparentales sostenidos por mujeres indígenas, con un alto número de hijas e hijos, además, recurrentemente tienen diversas actividades laborales y viven en un contexto de mayores carencias sociales.
- Un aspecto observado fue que las personas cuidadoras declaran cansancio y fatiga como síntomas comunes, en todos los grupos analíticos, lo cual puede indicar necesidades adicionales de cuidado para estas personas en el futuro.

d) Servicios para el cuidado de niñas y niños

Según lo planteado por la literatura, los servicios de cuidado infantil en América Latina y el Caribe fueron concebidos como una respuesta al incremento de la participación de las mujeres en el mercado laboral, ya que se partió del supuesto de que las madres de estratos económicos bajos y con hijas e hijos pequeños se verían beneficiadas lo que les facilitaría el acceso al empleo o su reincorporación a la educación. Es importante mencionar que este incremento fue más visible en

zonas urbanas, por lo que el desarrollo de estos servicios de cuidado infantil fue más evidente en estos lugares (Araujo y López-Boo, 2015).

Sin embargo, es importante considerar que la crisis por la COVID-19 no solo provocó que la tasa de participación laboral cayera drásticamente en 2020, en el que 3.2 millones de mujeres perdieron sus puestos de trabajo entre marzo y agosto de 2020 (CONEVAL, 2022), sino que también provocó el cierre de centros en donde se llevaban a cabo actividades de cuidado infantil, lo cual puede significar que las niñas y niños perdieran oportunidades de experimentar interacciones sociales que propician su crecimiento y desarrollo, regulación emocional y aprendizaje (Unicef, 2021).

En el documento de Araujo y López-Boo se menciona que “las mujeres más pobres son las que más horas trabajan y, también, las mujeres que más trabajan (o han trabajado) son quienes más demandan servicios de cuidado” (Araujo y López-Boo, 2015:251) para sus hijas e hijos, lo cual también puede estar relacionado con la falta de redes en los hogares o con la precarización del empleo. Sin embargo, uno de los hallazgos más importantes de este estudio es que no se encontraron familias con acceso a servicios de cuidado de tiempo completo o parcial, solo en un caso en la ciudad de Chihuahua, la madre señaló que próximamente el menor asistirá a una guardería del IMSS.

La mayoría de los hogares declararon no estar dispuestos a que sus hijas e hijos acudan a alguna guardería por la falta de confianza en estas instituciones y, en general, a la falta de confianza de dejar a las y los niños bajo el cuidado de personas diferentes a la familia. Algunas personas informantes señalaron haber escuchado malas experiencias de las guarderías. Las personas informantes que señalaron que estarían dispuestas a que las niñas y niños ingresaran a guarderías fueron madres que querían trabajar. Por otro lado, una madre en Huajicori, Nayarit, señaló que si

existiera una guardería en su localidad ingresaría a su hija ahí porque ha escuchado que les enseñan a los niños a ser “más independientes”.



“Una jornada completa no [dejarlos con alguien], no por mis hijos, es que en estos tiempos ya en nadie hay que confiar, entonces no, no me atrevo y me da mucho miedo dejar a mis hijos con alguien y que algo les pase ...”

Testimonio de una madre, Puebla

Para las niñas y niños del estudio solo se observó acceso, en algunos casos, a escuelas de educación inicial²⁵, principalmente en niñas y niños que tenían entre 0 y 4 años, es decir, educación previa al ingreso a la educación preescolar. Resalta que la totalidad de los hogares cuyas niñas y niños asistieron a sesiones de educación inicial se mostraron satisfechos en todos los casos con estas. No obstante, en cinco municipios se observó la existencia y disponibilidad de este servicio. A partir de la información recolectada no fue posible conocer específicamente la institución proveedora del servicio, no obstante, las personas informantes mencionaron al Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE) o Secretaría de Bienestar y regularmente las sesiones ocurrían en salones de usos múltiples de la localidad, centros de salud o los propios hogares de las niñas y niños. Estas sesiones se brindan una o dos veces por semana con un máximo de dos horas por cada una. Las madres asisten junto con las y los niños y en ellas realizan diversos ejercicios y juegos de estimulación que, a decir de las madres, ayudan a las niñas y niños a socializar, a mejorar su motricidad y a desarrollarse mejor

Se identificó que en el **grupo I** hay solo dos casos que reportan acceso a servicios de educación inicial. En uno de ellos este servicio es proporcionado por el CONAFE, solo los días viernes; en este servicio se imparten tanto pláticas a las madres y padres como actividades educativas a niñas y niños. La madre informante de este caso menciona que decidió llevarlo porque la invitó la maestra y ayudó a que el trámite de inscripción fuera muy sencillo.

El otro caso asiste a educación inicial los martes y viernes, y decidió llevar a su hijo porque veía que “eran como clases”, además, preguntó a su vecina y fue ella quien le dijo que podía llevar a su hijo. El proceso de inscripción fue sencillo y rápido. Las actividades principales que hacen las niñas y

²⁵ La Secretaría de Educación Pública (SEP) define este servicio como aquel que tiene el propósito de potencializar su desarrollo integral y armónico en un ambiente rico en experiencias formativas, educativas y afectivas (SEP, 2018).

niños son cantar, bailar, pintar y también les dan asesorías a madres y padres sobre cómo tratar a sus hijas e hijos y sobre el cuidado que deben de tener con ellas y ellos.



“Siempre veía que había unas clases, porque es aquí cerca, cuando iba a comprar siempre veía que estaban los niños y le pregunté a mi vecina de acá y me dijo que, si lo podía inscribir, ya está grande me decía, inscríbelo si te aceptan, lo llevé, lo inscribí y ya voy con él, hacemos actividades allá: cantamos, bailamos, hacemos tareas, le gusta ir... Los martes y los viernes de 4 a 6... Primero hacemos actividades con los números, después de cantar, bailar, les enseñamos las partes del cuerpo, y ya después tomamos clases nosotros, nos ponemos a hacer un poema y a hacer todas las imágenes que se mencionaron en el poema y así, volvemos con los niños y les enseñamos a jugar cosas, animales, y así cantamos otra vez y bailamos” **Testimonio de una madre, Yucatán**

En el **grupo II** se encontraron cinco casos en los que hay asistencia a lugares donde se imparte educación inicial. El acceso a este servicio es uno o dos días por semana, una o dos horas cada día de manera gratuita en todos los casos. Se mencionan diversas actividades para niñas y niños que son principalmente pintar, identificar colores, agarrar el lápiz, juegos y actividades que estimulan la motricidad de las niñas y niños, solo en un caso se mencionó que también se tenía servicio de alimentación. Adicionalmente se dan pláticas a madres y padres sobre cuidados y educación infantil. En general se menciona que los requisitos de acceso son sencillos y rápidos.



“Asistimos a las pláticas de educación inicial [...] cada ocho días trabajitos que les ponen ahí, a pintar, a hacer muchos movimientos con sus manos, con hilos, como que a costurar, algo así los ponen a hacer [...] todos los jueves cada ocho días [...] de dos y tres y media”

Testimonio de una madre, Chihuahua

“Me gusta porque la niña no es enojona, le digo vamos a tus clases y va, me gusta que me platicuen de alimentación, de salud, de limpieza. Es bonito”

Testimonio de una madre, Jalisco

“Como yo no trabajo, para qué voy a meterla a la guardería si puedo ocuparme de ella. La educación inicial es una preparación al kínder, los niños aprenden y las mamás se quedan todo el tiempo”

Testimonio de una madre, Yucatán

“Porque como que aprenden a hacer las cosas desde chiquitos, o sea van como que coordinándose y pues aprenden bien, bueno los ayuda a como que a tener más movimientos con sus manitas y eso, por ejemplo a mi hijo lo ayudan a poner bolitas, que él identifique dónde las tiene que poner o quitar y pues a ella a agarrar el lápiz, a pintar y así”

Testimonio de una madre, Puebla

Respecto al **grupo III**, siete casos mencionaron acceder al servicio de educación inicial. En ningún caso se reporta que el servicio sea diario, sino uno o dos días a la semana. En uno de los hogares se reconoce que la escuela es de CONAFE; en tres casos se menciona que la facilidad para inscribir a su hijas e hijos a la escuela es muy importante en que decidan o no ir, además de que en dos casos las maestras de la escuela de educación inicial acudieron a los hogares a ofrecer el servicio

y a que pudieran inscribirse más fácilmente. En un caso se menciona que la maestra dijo a la madre que, si inscribía a su hijo, podían darle una beca del gobierno, lo que se declaró como motivo para acceder al servicio.

"Primero la quería meter a uno. Y ahora si que este es el que yo estuve viendo. Siempre vela a la maestra que pasaba, como la gallina con los pollitos. Ahí todos en filita"

Testimonio de una madre, Chihuahua

"los dejan entretenerse con algo y ahí la maestra tiene juguetes... todo es de tela... es en un área limpia que esté bonita para que los niños no se vayan a caer" Testimonio de una madre, Jalisco

"hay niños que no les gusta jugar con los demás y lo que yo quiero es que mi niño, al momento que vaya a la escuela, que vaya conociendo a más niños"

Testimonio de una madre, Yucatán

"Aprende cosas nuevas, para ella, juegos y cosas así, nos explican cómo debemos tratarlos a ellos. Hacen sus manualidades, el día de la primavera, ahorita que va a ser el día del niño pues vamos a hacer unos carteles de los derechos de los niños"

Testimonio de una madre, Puebla



Por su parte, en el **grupo IV**, se identificaron dos hogares con acceso al servicio de educación inicial. En el primer caso acude una niña ocasionalmente al servicio, se menciona que le gusta asistir porque realizan actividades de aprendizaje. En este caso, la niña fue encargada por madre y padre desde los tres meses al cuidado de su tía y es esta persona quien toma todas las decisiones de cuidado.

Este hogar vive en una casa prestada, por lo que, además de cuidar a la niña, la tía también cuida y está pendiente de la dueña de la casa en donde viven y constantemente viaja a la ciudad para visitar a esta persona en el hospital. Adicionalmente, se dedica a trabajar en actividades agrícolas y viaja por trabajo. La tía tiene una hija mayor con discapacidad (tuvo un accidente desde pequeña), no obstante, dicha hija apoya con el cuidado de la niña. Todos estos factores influyen para que la niña no asista regularmente al servicio de educación inicial y tampoco al jardín de niños.

"Es un tesoro muy grande que tengo porque es el más chiquito que tengo, la traigo pa allá pa acá, la llevo a donde voy, aparte tengo una enferma y me la llevo [...] mi papá nos crió, no sabíamos hablar español [...]"

Mi hija me enseña a escribir, pero a veces también se enfada conmigo, me dice que no me tiene paciencia, ella (la hija mayor) es la que tiene discapacidad en las dos manos, cuando tenía un año se me quemó y se le pegaron las manos"

Testimonio de una madre, Chihuahua



En el segundo caso, una niña y un niño asisten a la escuela de educación inicial un par de veces a la semana. La madre señala no haber tenido dificultades para acceder al servicio, ya que incluso la maestra acudió a su hogar a recoger los documentos para realizar el trámite. La madre menciona que el servicio tiene oportunidades de mejora si hubiera más espacio, más actividades y dinámicas.

La mayoría de las niñas y niños en edad preescolar asisten a algún plantel educativo de este nivel. Existe una confianza generalizada por los planteles preescolares, es decir, las personas informantes se mostraron satisfechas con el servicio preescolar y mandan a niñas y niños con toda confianza a estos planteles. Prácticamente la totalidad de niñas y niños asisten a planteles públicos de preescolar, en muy pocos casos (menos del 10%), lo hacen en escuelas privadas. Aquellas y aquellos que asistían al momento de la entrevista a escuelas privadas fueron dos casos en Carichí, Chihuahua, en donde la escuela era religiosa y el precio era “accesible”, por lo que los hogares podían pagarlo. Otro caso, se ubicó en Nezahualcóyotl, Estado de México, en donde la madre laboraba en el servicio de limpieza de la escuela y le hacían un descuento importante en el precio.

Los casos de niñas y niños que no asistían a preescolar se debieron a que no habían dejado el pañal y no los aceptan si no van solos al baño; en otros, cuando las escuelas se encontraban cerradas por pandemia no contaban con la edad mínima, por lo que se quedaron sin poder asistir. En un caso, en Chamula, Chiapas, de un hogar sin redes de apoyo, la madre señaló no tener tiempo para llevar al hijo a la escuela porque en esa localidad las madres acostumbran a esperar a los menores afuera de la escuela durante las tres horas que dura la jornada escolar. Otro caso se refiere a un niño con trastorno del espectro autista a quien no aceptan en ningún preescolar porque presenta “problemas de conducta”.

Cabe señalar que, en la totalidad de los servicios educativos de nivel preescolar mencionados por los hogares entrevistados, las autoridades solicitan una cuota al inicio del ciclo y, en algunos casos, cuotas extraordinarias para cubrir gastos que se generan por algunas festividades. Algunos hogares principalmente del ámbito rural en localidades con alto rezago social señalaron que las cuotas eran altas.

Resalta que solo en pocos servicios educativos de nivel preescolar, principalmente a cargo del DIF, ubicados en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, se proporcionaron servicios de alimentación (desayunos escolares), servicio médico y de otras especialidades, como nutrición y psicología.

En el ámbito rural, los hogares reportaron cambios en la organización de los cuidados por la pandemia. En un hogar, la madre cuenta con una actividad remunerada informal fuera de casa y

puede desarrollarla una vez que deja al hijo en el preescolar (vende desayunos). Durante la pandemia el niño no iba a la escuela y no podía realizar su actividad remunerada. Las personas integrantes se encontraban en el hogar por las medidas de confinamiento.

En otros dos hogares rurales solo señalaron que los padres se contagiaron de COVID-19 y que durante los días en que se recuperaban las niñas y niños fueron cuidados por algunos de los familiares en sus casas. No obstante, este cambio en rutina fue temporal, mientras duró la enfermedad.

En el ámbito urbano pocos entrevistados reportaron cambios en las rutinas de cuidados durante la pandemia. En dos casos, las niñas asistían al preescolar y con la pandemia dejaron de asistir de manera presencial, lo que implicó que las madres ayudaran con las actividades y tareas en línea. Una informante refirió que no sabe usar la tecnología, lo que dificultó el apoyo a su hija, en el otro hogar no señalaron dificultades debido a que la hija menor todavía no nacía y la madre pudo ayudar con las tareas y actividades. La pandemia en el tercer hogar fue el detonante para el ajuste en la organización de los cuidados.

Algunos efectos de la pandemia se reflejaron en una mayor necesidad de cuidados. Por ejemplo, en un hogar el niño no iba a la escuela y la madre tenía que trabajar con él en casa, lo que incrementó las necesidades de cuidados, además de que, ocasionalmente, se quedaron sin trabajo por el cierre de fuentes de empleo, lo que impactó en la disponibilidad de alimentos y recursos en general.

En otro hogar, las medidas de confinamiento afectaron la convivencia de niñas y niños con sus pares. Un hogar en Huajicori, Nayarit, señaló que el niño extrañaba a su maestra y a sus compañeros. En otro hogar, una niña de cinco años quería ir a la escuela porque allá jugaba con sus compañeras y con las medidas de confinamiento no era posible.

De igual forma, el trabajo escolar en casa durante la pandemia fue complicado porque las madres no entendían todas las actividades, además de que les quitaba tiempo para realizar algunas otras actividades del hogar y tampoco podían salir a trabajar.

Cuidados personales

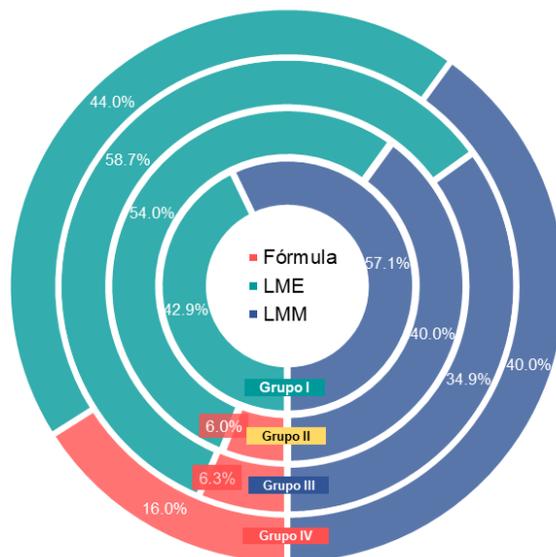
a) La alimentación de niñas y niños

Un tema que ha sido estudiado ampliamente es el efecto de la malnutrición en distintos grupos de población como niñas, niños, adolescentes y mujeres. Entre los efectos observados, por ejemplo, de la desnutrición, se identifica el crecimiento deficiente, cognición deficiente, muerte, entre otros; por su parte entre los efectos del hambre oculta o carencias de nutrientes se identifican el desarrollo y crecimiento deficientes, problemas para la inmunidad y desarrollo de tejidos, mala salud, etc., y aquellos relacionados con los del sobrepeso incluyen la obesidad, y otros de corto plazo como problemas cardiovasculares o de largo plazo como diabetes y otros trastornos metabólicos (Unicef, 2019). En este sentido, como parte del análisis, una de las dimensiones relevantes asociada a las actividades de cuidado infantil es la alimentación, con el fin de identificar las prácticas observadas en los hogares, considerando temas como la lactancia materna y la ingesta de alimentos recomendables y no recomendables para el consumo de las niñas y niños.

En el caso de la lactancia materna, de acuerdo con el informe de resultados nacionales de la ENSANUT 2018-19, la leche materna, como primer alimento, aporta toda la energía y los nutrientes que los lactantes necesitan en sus primeros meses de vida; cubre la mitad o más de las necesidades nutricionales durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año, por lo que es importante la promoción de la lactancia materna exclusiva (LME) en los primeros 6 meses de vida de las niñas y niños. La OMS señala que la LME reduce la morbi-mortalidad del lactante por enfermedades infecciosas como la diarrea o la neumonía, los infantes se recuperan más rápido en comparación con los no amamantados. La ENSANUT identificó que la LME en menores de seis meses se duplicó a nivel nacional entre 2012 y 2018 de 14.4% a 28.6% (Shamah-Levy, 2020).

Para los hogares de este estudio se observó que en más de la mitad de estos se practica la LME (ver gráfica 8), siendo este porcentaje mayor en los hogares rurales (55.0%) que en los urbanos (48.8%), dato que además es consistente con los hallazgos de González de Cosío y colaboradores. (2013) que menciona que la lactancia materna tanto inicio, como práctica y duración es más corta en zonas urbanas, lo cual puede ser explicado por el incremento de niñas y niños que consumen fórmula infantil, otras leches y agua. En este estudio también se observó que el uso de fórmula es más común en zonas urbanas mientras que en zonas rurales optan por LME o lactancia materna mixta (LMM) (leche materna con fórmula y/o con otros alimentos).

Gráfica 8. Distribución porcentual de los grupos analíticos, según el tipo de alimentación de las niñas y niños en los primeros 6 meses de vida* **



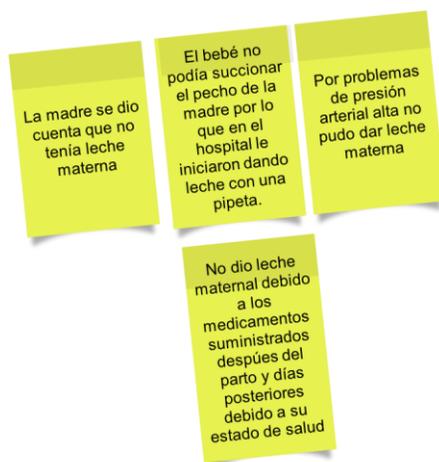
*Nota: LME: Lactancia materna exclusiva y LMM: Lactancia materna mixta

**Nota: Esta pregunta se realizó a todos los hogares entrevistados con la diferencia de que para aquellos en donde hubiera niñas y niños mayores de 6 meses la pregunta se realizó haciendo alusión a lo que a persona informante recordara sobre la alimentación de los primeros 6 meses de vida del niño o niña.

Fuente: elaboración del CONEVAL

Con relación a los grupos de análisis, se identificó que más de la mitad de los hogares del grupo I practican lactancia mixta, es decir LME y fórmula, mientras que el grupo IV es el que, en comparación con los demás grupos de análisis, reporta mayor proporción en el uso de fórmula. Lo anterior puede estar asociado a un deterioro en el estado de salud de la madre después del parto (ver figura 13).

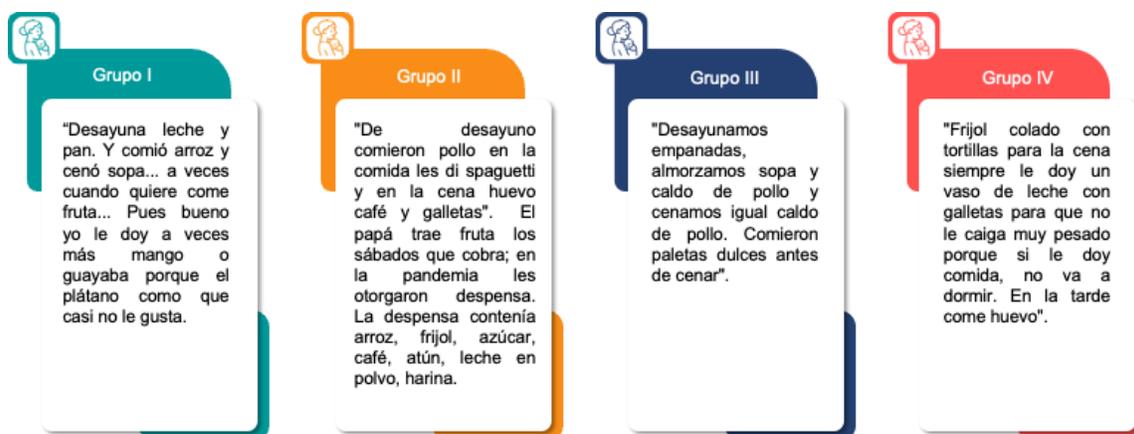
Figura 13. Razones por las que no se dio leche materna a hijas e hijos en hogares del grupo IV



Fuente: elaboración del CONEVAL

Respecto a las prácticas de alimentación para niñas y niños, se realizaron preguntas que permitieron clasificar los alimentos en dos grupos: alimentos recomendables y no recomendables²⁶, de acuerdo a la clasificación utilizada en el informe de resultados de la ENSANUT 2018-19. Se identificó que las leguminosas y las carnes son los grupos de alimentación más comunes en la alimentación de las niñas y niños, mientras que las verduras son los alimentos con menos consumo. Además, se identificó que el consumo de alimentos varía según la zona de residencia, pues para el caso de los hogares de zonas rurales las leguminosas son los alimentos más frecuentes consumidos por niñas y niños, mientras que en las zonas urbanas los alimentos de origen animal son los más consumidos. Lo anterior es consistente con datos de la ENSANUT 2018-19, a partir de la cual se observa que las niñas y niños menores de cuatro años en áreas rurales consumen, en su mayoría, leguminosas y frutas, 43.8% y 43.1%, respectivamente; mientras que, para el caso de las niñas y niños en áreas urbanas, el mayor consumo es de frutas y carnes no procesadas (48.0% y 38.1%, respectivamente).

Figura 14. Testimonios sobre prácticas de alimentación, según grupo



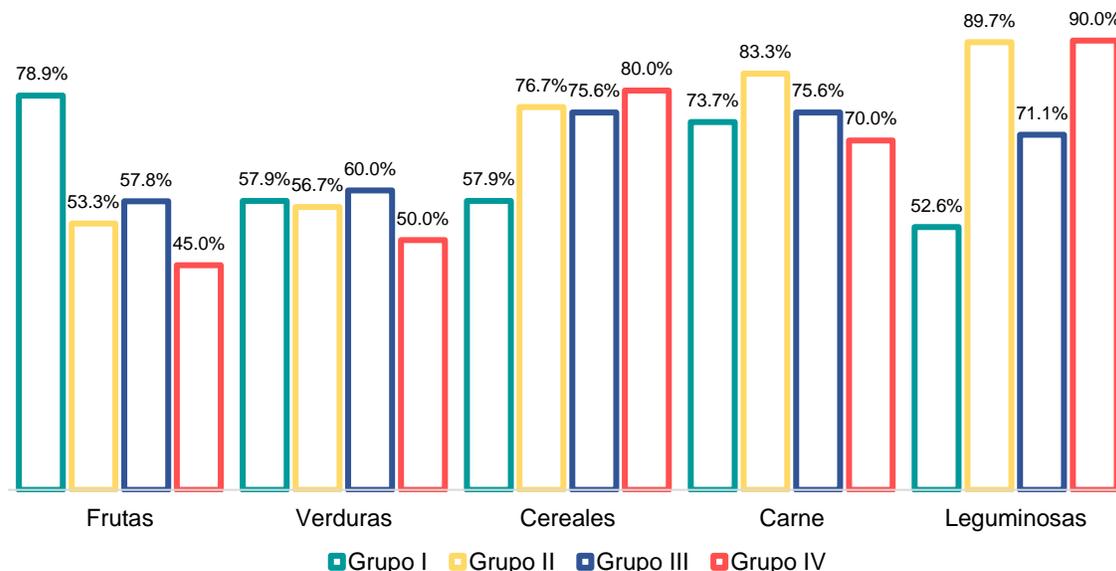
Fuente: elaboración del CONEVAL

Adicionalmente, los datos de las entrevistas revelaron que hubo hogares que declararon querer que sus hijas e hijos consumieran algún alimento que por alguna razón no podían proporcionarles nunca o con la frecuencia que consideraban adecuada. Fueron hogares de los cuatro grupos los que se encontraron en esta situación; el mayor número de hogares se encuentran en el grupo III, seguido del grupo II, IV y I. Destaca que en el grupo III y IV los grupos de alimentos al que se hizo más énfasis fueron los de origen animal y las frutas; en tanto que en el I y II fueron las frutas y cereales.

²⁶ La composición de los grupos recomendables fue: 1) Frutas; 2) Verduras; 3) Leguminosas (alfalfa, frijoles, lentejas, habas, garbanzos, entre otras acacias); 4) Cereales (trigo, arroz, maíz, cebada, mijo, alpiste, sorgo, etc.); 5) Alimentos de origen animal (huevos, lácteos y carnes de origen animal). Entre los grupos no recomendados se encuentran las botanas y dulces, los refrescos, las leches endulzadas o jugos industrializados.

más de la mitad de los hogares del grupo IV lo hacen. Además, el alimento con menor frecuencia en el grupo I son las leguminosas, con un 45.0% de los casos, sin embargo, este grupo alimenticio es el de mayor frecuencia en los hogares del grupo IV, dado que cerca del 90.0% de los hogares consumen estos alimentos (ver gráfica 9).

Gráfica 9. Distribución porcentual de las niñas y niños consumidores de los grupos de alimentos recomendables, según grupos de análisis



Fuente: elaboración del CONEVAL

Considerando los hogares del grupo IV, con respecto a sus prácticas alimentarias, se presentaron dos hogares del ámbito urbano en los cuales es más común la ingesta de alimentos chatarra como jugos procesados, refrescos, papas en bolsa y dulces. Sin embargo, las personas informantes destacan que les gustaría consumir más verduras, frutas y carne, pero mencionaron que se les dificulta hacerlo, regularmente por falta de dinero (ver figura 16).

Cabe mencionar el caso de una de las familias del ámbito rural, en el cual la madre mencionó que alimentó a su hijo con leche materna hasta los dos años, pero por falta de recursos no pudo alimentarlo con una dieta más variada y solo podía alimentarlo con frijol, nabo y lo que produce en su traspatio, siendo esta una práctica generalizada en las familias rurales entrevistadas de este grupo.

A pesar de que hay un consumo más evidente de frutas y verduras en las familias rurales, la ingesta de bebidas procesadas con sabor a fruta y los refrescos son una práctica generalizada, tanto en familias rurales como urbanas. Además, todas las familias mencionaron haber tenido complicaciones

para consumir alimentos recomendados, debido a los bajos ingresos que tuvieron durante la pandemia, a pesar de que sí les gustaría que su alimentación fuera más nutritiva²⁷.

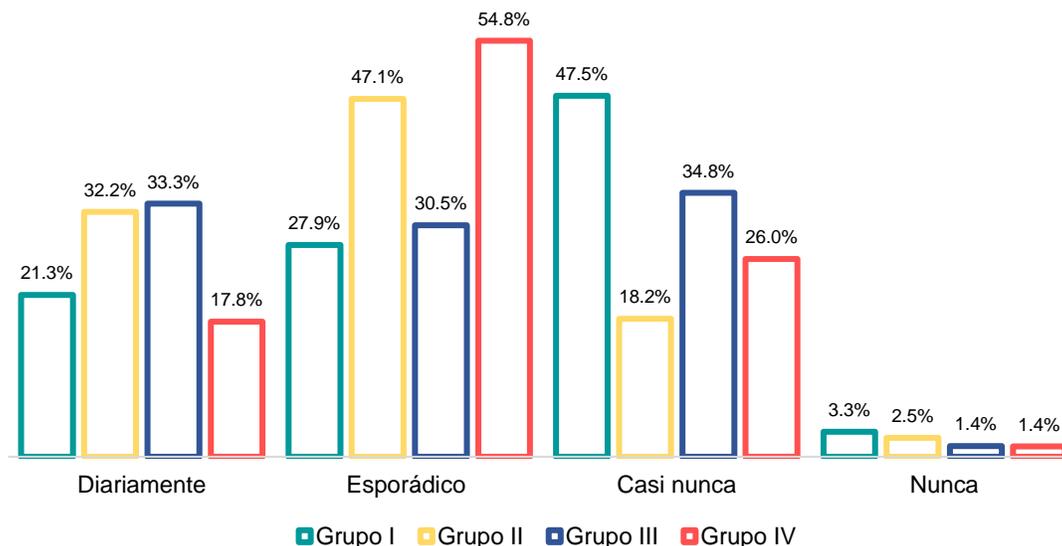
Figura 16. Prácticas alimentarias de hogares en el grupo IV



Con relación a los hogares de los cuatro grupos, en general, se identificó que, del total de niñas y niños consumidores de dulces, refrescos, leches endulzadas o jugos procesados, 29.2% de los hogares del área rural señalaron que consumen a diario estos alimentos, mientras que este porcentaje sube a 32.7% para los consumidores de los hogares urbanos. Además, se identificó que la frecuencia en el consumo de alimentos no recomendables es diferente entre los grupos de análisis, donde 47.5% de las niñas y niños de los hogares del grupo I, casi nunca consumen este tipo de alimentos, mientras que 54.8% de los hogares del grupo IV señalan que los consumen de manera esporádica, y las niñas y niños del grupo II y III son los que presentan un mayor porcentaje de consumo diario (ver gráfica 10).

²⁷ A nivel nacional, de acuerdo con la ENSANUT 2018-19, el 82.4% de las niñas y niños menores de 4 años consumen bebidas no lácteas endulzadas, el 62.7% botanas, dulces y postres, y el grupo de alimentos no recomendable consumido en menor medida por los infantes son las carnes procesadas con el 8.2%.

Gráfica 10. Frecuencia del consumo de alimentos no recomendables, según grupos de análisis



Fuente: elaboración del CONEVAL

b) Espacios y servicios en la vivienda que habitan las niñas y niños

Tal como se menciona en el *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Vivienda digna y decorosa publicado por el CONEVAL*²⁸, la vivienda es, además de una estructura física o espacio construido, donde se alojan y desarrollan funciones humanas básicas, “el escenario de interacción más antiguo e importante, tanto en lo individual como en lo colectivo” (CONEVAL, 2018). Por ello, tanto los componentes físicos de la vivienda, es decir, su dimensión, equipamiento, infraestructura y materiales, como aquellos que implican interacción como los familiares o culturales, constituyen factores decisivos del proceso de formación personal (CONEVAL, 2018). En relación con el cuidado de niñas y niños, la vivienda es el espacio donde se enfrentan a procesos relevantes para su desarrollo físico y psicológico óptimo, por lo que es necesario conocer sus características.

Un primer elemento por analizar de la vivienda es el hacinamiento, puesto que puede estar asociado con el rebase de espacios comunes en el hogar, donde un mismo espacio se utiliza para comer, estudiar, ver televisión, entre otras actividades, lo que puede llevar a una falta de privacidad del conjunto de integrantes de la familia, ya que en la mayoría de ocasiones las personas adultas comparten habitación con niñas y niños, además de que puede suceder que dichos espacios no estén adecuados para el desarrollo de las niñas y niños del hogar. Asimismo, las condiciones de

²⁸ Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Estudio_Diag_Vivienda_2018.pdf

hacinamiento, no solo en hogares, sino en espacios como los escolares, han mostrado estar relacionadas con enfermedades como la parasitosis intestinal asociada a la sobrecarga habitacional que puede producir alteraciones en la salud física al facilitarse la transmisión de enfermedades infectocontagiosas (Zuta et al., 2019).

Para su análisis se calculó el índice de hacinamiento²⁹, a partir del cual se identificó que, de los hogares entrevistados, 61.9% se encuentran en condiciones de hacinamiento³⁰. Se identifica que, casi todos los grupos de análisis presentan un hacinamiento superior al 50% (grupo II, 67.3%, grupo III, 68.3% y grupo IV, 52.0%), excepto el primer grupo, que presenta un hacinamiento del 46.4%.

Respecto al acceso al servicio de agua potable, se identificó que la principal fuente de abastecimiento y obtención de agua en más de la mitad de los hogares entrevistados (57.1%) se realiza mediante agua entubada dentro de la vivienda, 28% tiene agua entubada fuera de la vivienda, pero dentro del terreno, y el resto utiliza pipas, captadores de lluvia, o consumen agua proveniente de pozos, ríos o lagos.

El acceso a este servicio es diferencial de acuerdo con el ámbito de la localidad, pues para el caso de los hogares en contextos rurales se observa que la mayor proporción tiene acceso a agua entubada, tanto dentro de la vivienda (40.0%) como fuera de la vivienda, pero en el terreno (36.3%), aunque destaca que el 16.3% mencionan obtener agua que no se encuentra tratada (no potable), proveniente de ríos, pozos o lagos. Con relación a los hogares urbanos, el 93.2% dispone de agua entubada, ya sea dentro de la vivienda (72.7%) o fuera de la vivienda, pero dentro del terreno (20.5%)³¹.

En el caso del acceso al agua, según grupo de análisis, se identificó que todos los hogares del grupo I cuentan con agua entubada y, de estos, el 85.7% poseen este servicio en sus viviendas, mientras que para el caso de los hogares de los grupos III y IV, se identificó que el 77.8% y 88.0%, respectivamente, tienen acceso a agua entubada, de los cuales el 49.2% y 36% disponen de agua entubada dentro de la vivienda. Un dato que llama la atención es que el 15.9% y el 8.1% de los hogares de los grupos III y IV se abastecen de agua proveniente de fuentes naturales como pozos, ríos, lagos, arroyos entre otros. Lo anterior es de importancia debido a que el acceso a agua potable

²⁹ Se estimó de acuerdo con la medición multidimensional de la pobreza, la cual considera que la vivienda no presenta hacinamiento cuando el número de personas por cuarto —contando la cocina, pero excluyendo pasillos y baños— es menor a 2.5 (CONEVAL, 2016).

³⁰ Según estimaciones del CONEVAL, para 2020 el 6.2% de la población nacional vive en viviendas con hacinamiento (CONEVAL, 2020). Sin embargo, debido a que este estudio se aplicó en hogares en condiciones de vulnerabilidad y se analiza con base en una muestra intencional, el nivel de hacinamiento en esta muestra es mayor.

³¹ Los resultados anteriores van acorde a los datos del Censo de Población y Vivienda el 89.1% de las viviendas rurales y el 98.1% de las viviendas urbanas disponen de agua entubada ya sea dentro o fuera de la vivienda, pero en el mismo terreno. (INEGI, 2022).

es vital para el desarrollo físico saludable de los menores de 5 años, ya que como señala el INEGI³², una de las 5 principales causas de mortalidad infantil son las infecciones intestinales y del aparato digestivo (infecciones parasitarias, zoonosis bacterianas e infecciones causadas por protozoarios) que podrían ser causada por el consumo de agua no potable.

Respecto a los sistemas de saneamiento, la evidencia ha mostrado que las condiciones inadecuadas de acceso a este servicio tienen un efecto perjudicial significativo en el crecimiento y desarrollo infantil, como resultado de la exposición sostenida a microorganismos causantes de enfermedades. Por ejemplo, la evidencia generada en otros países muestra que es importante abordar, específicamente, las vías de exposición en los primeros 2 años de vida, edad en la que se ha observado un proceso de retraso del crecimiento en niñas y niños; sin embargo, las intervenciones de agua y saneamiento no tienen el potencial suficiente para hacer frente por sí mismas a este problema, sino que deben ser un componente importante de estrategias integrales (Cumming y Cairncross, 2016).

En el caso de los hogares de la muestra se identificó que el 51.3% de los hogares entrevistados cuenta con acceso a la red pública de drenaje, mientras que el 36.3% accede a este servicio mediante una fosa o tanque sépticos (biodigestor), y el resto no tiene drenaje o utiliza una tubería que va a dar a una barranca o grieta. Existe una diferencia según el ámbito de la localidad, ya que para el caso de los hogares urbanos el porcentaje de acceso a la red pública asciende al 70.5%, y en los hogares en áreas rurales este porcentaje cae al 30%; asimismo, más de mitad de los hogares rurales (55.0%) utilizan fosa o tanque sépticos (biodigestor) y el 12.5% afirmó no contar con este servicio.

Con relación al material del piso de la vivienda, se observa que el 64.9% de los hogares entrevistados tienen pisos hechos con material de cemento o algún material firme, el 23.8% es de madera, mosaico u otro recubrimiento y el 11.3% reportó que sus pisos son de tierra. Para el caso de los hogares rurales el porcentaje de hogares con piso de tierra asciende al 17.5% mientras que en los hogares urbanos este porcentaje desciende al 5.7%. Para el caso de los grupos de análisis, se identificó que en la mitad de los hogares del grupo I el material del piso de sus viviendas es cemento o firme, el 46.4% restante es de madera, mosaico u otro recubrimiento y solo el 3.6% mencionó tener pisos de tierra. Mientras que el 64.9% de las viviendas de los hogares del grupo IV

³² Según los datos de defunciones registradas del INEGI (2022b) una de las cinco principales causas de muerte de las niñas y niños de 1 a 4 años son las enfermedades infecciosas intestinales y enfermedades de otras partes del aparato digestivo.

tienen pisos de cemento, sin embargo, este es el grupo con mayor proporción de viviendas con piso de tierra, donde el 11.3% de sus hogares se encuentra en esta situación.

Sobre el tipo de combustible que utilizan en los hogares entrevistados se menciona la leña como el principal combustible, mientras que el 45.2% restante señalan el gas en tanque. El 70% de los hogares rurales utilizan leña y el 60.2% de los urbanos señalan el uso de gas en tanque como principal fuente de combustible. Además, el uso del gas en tanque pasa del 60.7% para los hogares del grupo I, al 28% en hogares del grupo IV, mientras que el uso de leña en estos últimos hogares asciende al 68%.

Finalmente, la observación de las condiciones de la vivienda como parte del estudio permitió identificar que, en más de 7 hogares por cada 10, se observó algún aspecto de riesgo para niñas y niños, tales como pozos, escaleras sin barandal, barrancos cerca de la vivienda, entre otros; este porcentaje es un poco más elevado en los hogares rurales, con el 75.5% de los casos, que en hogares urbanos (72.5%). Con relación a los grupos de análisis, se observó que en el 52% de las viviendas de los hogares del grupo IV presentan aspectos de riesgo para los infantes, en contraste con el 39.7%, 42.3% y 32.1% de las viviendas del grupo III, II y I, respectivamente.

El cuidado de la salud de niñas y niños

El cuidado de la salud de las niñas y niños se establece como un derecho humano fundamental. En el caso de México se enmarca tanto en la Convención sobre los Derechos del Niño como en la Ley General de los Derechos de Niñas Niños y Adolescentes (LGDNNA)³³, la cual menciona en su artículo 50 que:

“Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad de conformidad con la legislación aplicable, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud” (LGDNNA. 2020:23).

Pérez-Cuevas y Muñoz-Hernández (2014) mencionan que la definición de salud en la niñez es “el grado en que los niños, de manera individual o colectiva, son capaces o se les habilita para desarrollarse y realizar su potencial, satisfacer sus necesidades y ampliar sus capacidades para interactuar exitosamente con el ambiente biológico, físico y social” (Pérez-Cuevas y Muñoz Hernández, 2014). Además, mencionan que debido a su desarrollo, niñas y niños son expuestos en

³³ Publicada el 4 de diciembre de 2014 y reformada el 23 de marzo de 2022.

el transcurso del tiempo a múltiples influencias (biológicas, ambientales, culturales y conductuales) que pueden convertirse en factores de riesgo, factores protectores y/o promotores de la salud.

Asimismo, la LGDNNA señala 18 componentes en los que las autoridades nacionales, desde sus respectivas competencias, deben intervenir. Entre los principales puntos se destacan: la reducción de la morbilidad y mortalidad; asegurar la asistencia médica y sanitaria; promover los principios básicos de salud y nutrición, información sobre las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes; fomentar y ejecutar los programas de vacunación y el control de la niñez y adolescencia sana para vigilar su crecimiento y desarrollo en forma periódica; promover la lactancia materna exclusiva dentro de los primeros seis meses; combatir la desnutrición crónica y aguda, sobrepeso y obesidad, así como otros trastornos de conducta alimentaria (LGDNNA, art. 50).

Según estimaciones de la Secretaría de Salud (SS), Consejo Nacional de Población (Conapo) y el INEGI³⁴, a nivel nacional la tasa de mortalidad infantil, entre 2011 y 2022, pasó de 15.4 defunciones de niñas y niños menores de un año por cada 1000 nacimientos vivos, a 11.3. Por su parte, la mortalidad materna ha tenido en los últimos años una disminución al pasar de 44.1 defunciones por cada 100 mil nacimientos en 2010 a 31.1 para 2019 (DGE, 2020).

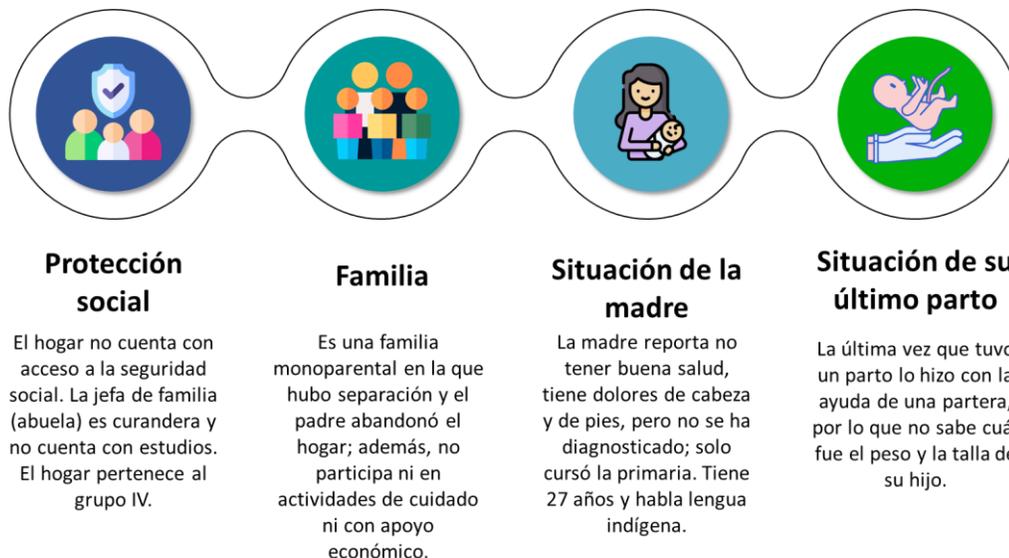
La información recopilada en las entrevistas permitió obtener información relacionada con la experiencia del parto de las personas informantes y el contexto en el que se accede a los servicios médicos, así como el seguimiento al cuidado de la salud de niñas y niños. Al respecto, se identifica un caso que destaca por tratarse de una familia que experimentó una situación de mortalidad infantil.

Se trata de una familia en la que la madre tiene 27 años, tiene estudios de primaria y es hablante de lengua indígena. Se separó de su pareja porque él decidió irse, tenía problemas de alcoholismo. La madre menciona que el primer bebé que dio a luz murió a las pocas horas de nacer. En total ha tenido dos partos. De su último parto dio a luz en el hogar de su madre, lugar donde ella también vive, por lo que no sabe qué peso y talla tuvo al nacer su hijo. En su comunidad se acostumbra el parto en casa con la asistencia de una partera, por lo que ella comenta que nunca se sabe el peso y la talla. Dado que el nacimiento fue en casa, quien

³⁴ Para evitar problemas de subregistro la SS, el Conapo y el INEGI generaron una metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niñas y niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores tales como la tasa de mortalidad infantil (TMI), misma que se calcula como la relación entre las defunciones de menores de un año entre los nacidos vivos en un año multiplicado por mil.

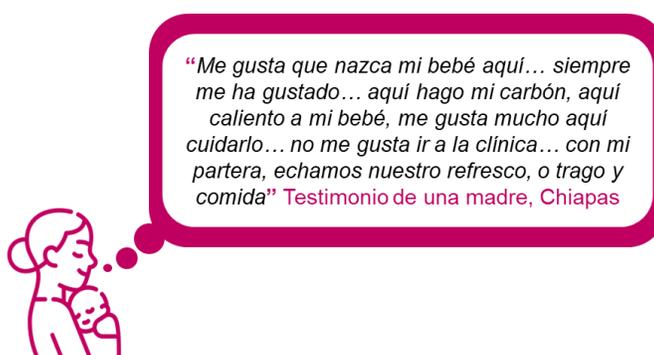
le dio información sobre cómo cuidar a la hija fueron la partera y la bisabuela, le decían que había que cuidarle el ombligo, cambiarle de pañal y amamantarlo cuando llorara.

Figura 17. Características generales del caso de mortalidad infantil



Fuente: elaboración del CONEVAL

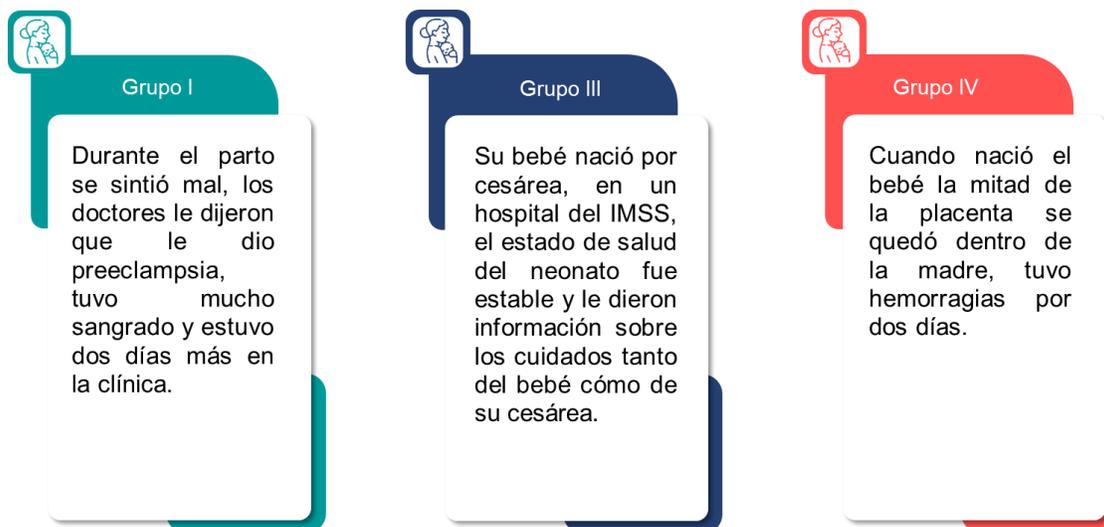
En este caso, también se identificó que en la comunidad no necesariamente se realiza el registro de las niñas y niños pocos días después del nacimiento, pues en algunos casos se realiza años después, principalmente cuando van a entrar a la escuela y se requiere el registro. En este caso el registro se realizó cuando el niño tenía más de dos años.



Una característica que se identificó en el estudio es que los partos de la mayoría de las madres fueron atendidos en hospitales públicos, seguido de clínicas o centros de salud públicos, parteras y finalmente se reportan los hospitales privados. Los resultados son parecidos a las estimaciones nacionales, dado que, con base en la ENSANUT 2018-19, 75.3% de las mujeres de 20 a 49 años de edad, que tuvieron un hijo nacido vivo en los últimos cinco años anteriores a la encuesta, reportaron

como lugar de atención del parto centros de salud u hospitales públicos, 20.7% lo realizó en centros u hospitales privados y 4.1% utilizaron otros lugares, como ser consultorios dependientes de farmacias, casa de la partera o la entrevistada, entre otros (Shamah-Levy, 2020).

Figura 18. Experiencias durante el parto



Fuente: elaboración del CONEVAL

Con relación al lugar de atención del parto entre los grupos de análisis, se identificó que en promedio los hogares del grupo I presentaron una mayor presencia de mujeres que utilizaron servicios privados (ya sean hospitales o clínicas), mientras que para el caso de los hogares de los grupos II y III se observa que son los que presentan una mayor presencia de mujeres que hacen uso de hospitales, centros de salud o clínicas públicas. También, se identificó que la mayoría de los hogares del grupo IV en comparación con los demás grupos de análisis, reporta un mayor acceso y preferencia de los servicios de parteras y, en general, el lugar de atención del parto es en la vivienda de las mujeres gestantes.

Respecto a la información del cuidado de la salud de niñas y niños durante las primeras semanas de vida, el cual se considera fundamental pues ayuda a tomar precauciones sobre el bienestar físico, tanto de la madre como de hijas e hijos, se identificó que, en general, los hogares recibieron información sobre prácticas alimentarias e higiene, principalmente. Esta información proviene de diferentes fuentes, donde no solo los médicos, enfermeras o parteras intervinieron, sino también, la red de apoyo del cuidado de los hogares, en específico las abuelas de las niñas y niños. Sin embargo, se identificó que alrededor de 3 hogares de cada 10 de la muestra mencionan no haber contado con información sobre el cuidado de niñas y niños recién nacidos.

"Siempre, ahí en el expediente nos dan un papel que dice que es lo que tenemos que hacer saliendo de ahí en el hospital [...] que no le diéramos biberón, que le diéramos pecho, que todavía no deberían de comer, hasta los 6 meses de nacido, que los bañáramos, que lo alimentáramos bien y que si tenía algún problema, que lo lleváramos otra vez allá"

Testimonio de una madre, Chihuahua

"la partera nos dijo que debemos de cuidar su ombligo cuando se baña, que no entre agua, pero no sabemos bien qué hacer, porque a veces dicen los doctores que hay que lavarles bien su ombligo para que no se infecte [...] como que es contradictorio [...] cuando nacen los bebés hay que abrigoarlos bien, pero los doctores dicen que no hay que abrigoarlos tanto"

Testimonio de una madre, Chiapas



La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022) afirma que los controles postnatales son fundamentales para asegurar el desarrollo óptimo del recién nacido dado que proporcionan un apoyo vital para la salud física y mental, y ayudan a las personas cuidadoras a que den lo mejor de sí al ofrecer la atención adecuada a sus recién nacidos. Entre las recomendaciones que señala la OMS (2022) destaca la frecuencia de las consultas, mismas que deben proporcionarse como mínimo entre las 48 y 72 horas después del parto, entre 7 y 14 días, y durante la sexta semana, todo esto en caso de que el recién nacido se encuentre con buen estado de salud, si el lactante presenta algún problema de salud deben aumentar la frecuencia de las consultas. Para el caso mexicano, según datos de la ENSANUT 2018-19, el promedio de consultas de control en los primeros 12 meses de niñas y niños es de 7.1; Chiapas es la entidad que presenta el menor promedio de consultas, con 5.5, mientras que Yucatán (8.7), Colima (8.1) y Ciudad de México (8.1) son las entidades con mayor promedio de consultas.

El análisis de los hogares entrevistados sugiere que, en general, no se observó un seguimiento generalizado que implique revisión y control de niña y niño sano de manera periódica, aunque hay hogares que sí lo hacen y reportan tener consultas de manera sistemática, aun siendo niñas y niños sin problemas de salud.

En general, casi 3 de cada 10 hogares manifestaron acudir periódicamente, regularmente, o frecuentemente a revisión médica de niñas y niños para medirlos, pesarlos y revisarlos. Por su parte, casi la mitad de los casos de la muestra mencionaron que solo acuden cuando es necesario y las circunstancias referidas son cuando le toca alguna vacuna o cuando se enferma. Respecto a los casos en los que se mencionó no acudir, se refieren causas como falta de tiempo, trabajo, clases, o porque no lo acostumbran. Existe un caso del grupo IV que mencionó acudir de manera obligada,

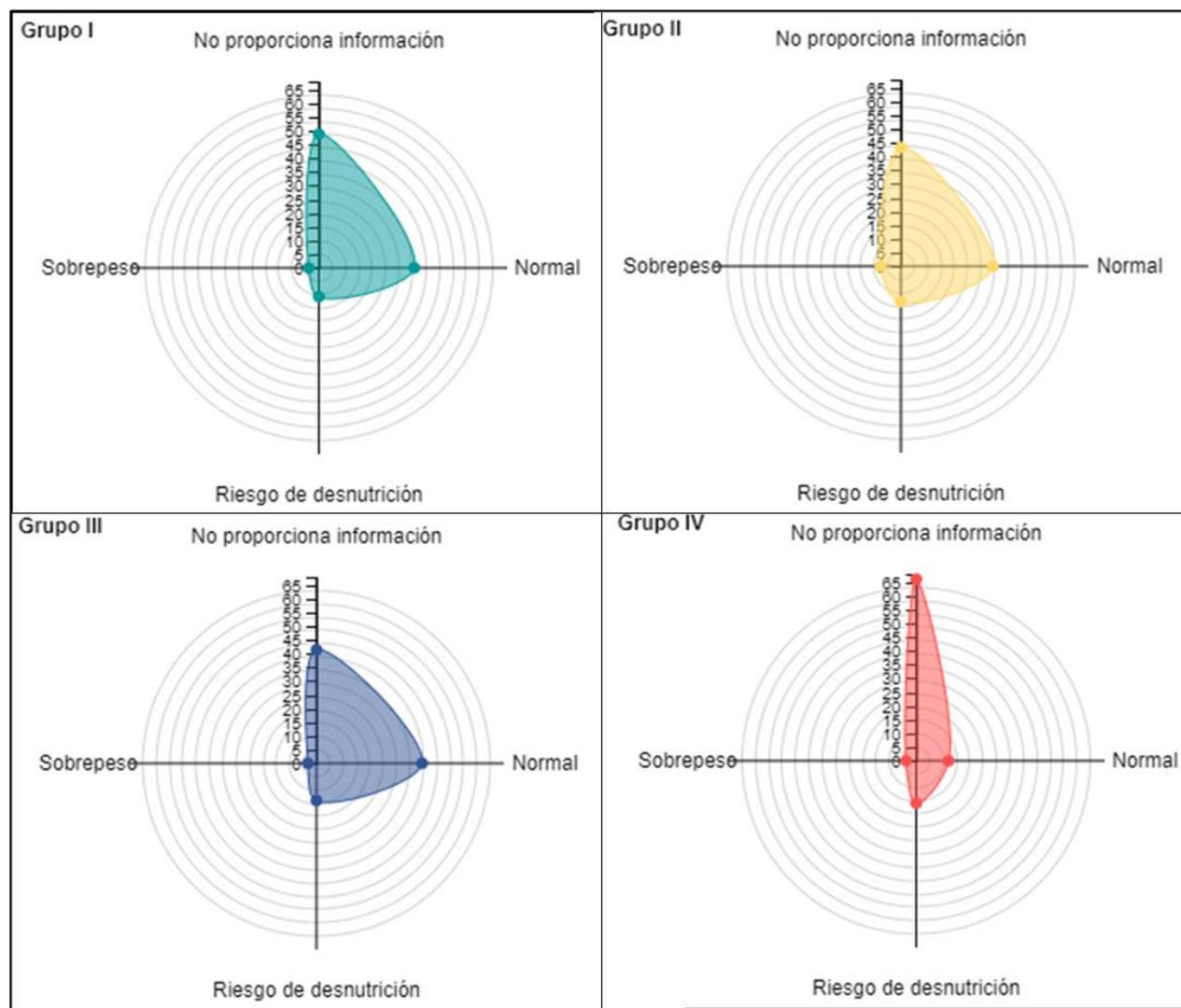
incluso mencionó la madre que la llamaban para asistir al médico y, en algunos casos, la iban a buscar a su casa para que fuera por la vacuna.

Un indicador que ayuda a medir el desempeño del estado de salud de niñas y niños es el peso al nacer, tal como afirma Haber y colaboradores (2012) este indicador es el reflejo de las condiciones socioeconómicas y de salud de las madres. En las entrevistas se preguntó por esta información, sin embargo, un poco menos de la mitad de los hogares entrevistados (48.2%) mencionaron no recordar la talla y peso de los infantes y de estos, más de la mitad son hogares rurales que, en su mayoría, mencionaron que no se acordaban o que no fueron informadas de este dato al momento del parto.

Ahora bien, considerando los datos de aquellas informantes que sí proporcionaron información, tanto de peso como de la talla de la niña o el niño, se identificó³⁵ que en el 64.4% de los casos nacieron con rango de peso normal, mientras que el 26.4% entra en el rango de riesgo de desnutrición y el 9.2% en el rango de sobrepeso. En los grupos de análisis (ver gráfica 11), se identificó que en el grupo IV es en el que más de la mitad de los hogares no proporcionan información sobre el peso y talla de las niñas y niños al momento de nacer, lo cual puede estar relacionado con los sitios de atención del parto y donde el acceso a información es limitado; además, es este grupo el que tiene el mayor porcentaje de hogares que declararon que sus hijos e hijas nacieron con riesgo de desnutrición, ya que 16.0% ingresa en esta categoría, en contraste con los hogares del grupo III (14.3%), grupo II (13.5%) y grupo I (10.7%).

³⁵ De acuerdo con la OMS, un recién nacido se encuentra con riesgo de desnutrición cuando pesa menos de 2.8 kilogramos al momento de nacer, el peso es normal cuando pesa de 2.8 a 3.7 kilogramos y si el peso es mayor de 3.7 kilogramos se considera sobrepeso. Asimismo, se agrega una categoría denominada obesidad, misma que considera a los recién nacidos que pesan más de 4.2 kilos.

Gráfica 11. Distribución porcentual de los grupos analíticos según el peso al nacer de los niñas y niños de los hogares entrevistados.



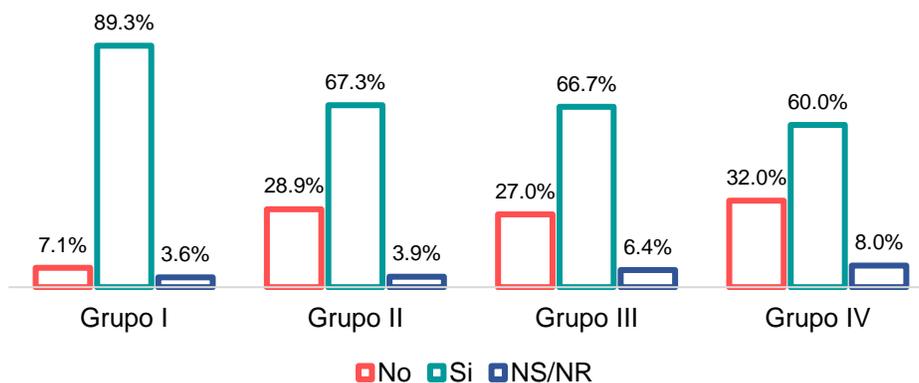
Fuente: elaboración del CONEVAL

En relación con la información sobre los esquemas de vacunación de niñas y niños, se identificó que 7 hogares de cada 10 entrevistados mencionaron que sus hijas e hijos tenían vacunas, el mayor porcentaje de hogares donde niñas y niños no cuentan con esquemas de vacunación se da en zonas rurales. Adicionalmente, se detectó que debido a la saturación de los servicios de salud a causa de la pandemia por la COVID-19, existen retrasos en la aplicación de las dosis de algunas vacunas.

En los grupos de análisis, se observa que cerca de 90% de los hogares del grupo I cuentan con hijas e hijos vacunados con el esquema que necesitan, según su edad, mientras que para el caso de los hogares del grupo IV este porcentaje desciende a 60%. No obstante, analizando la información del

grupo IV, se observa que algunos factores que coinciden con la baja proporción de vacunación son la falta de vacunas o el bajo acceso a ellas en la localidad (ver gráfica 12).

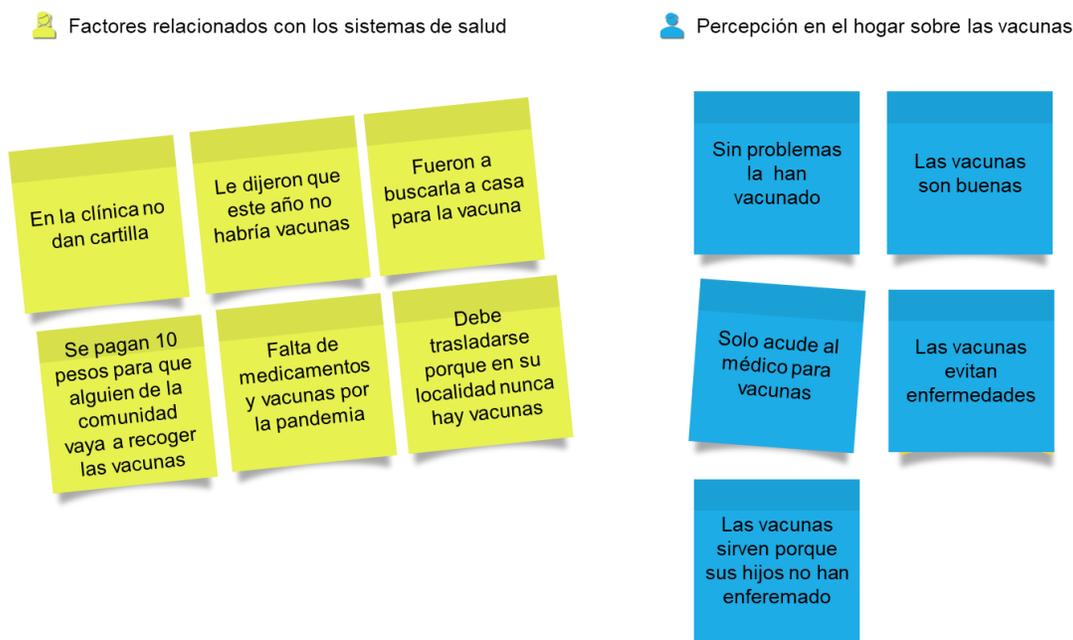
Gráfica 12. Distribución porcentual de los grupos analíticos, según sí cuentan con el esquema completo de vacunación de los niños y niñas de los hogares entrevistados*



*NS/NR: No sabe, no respondió.
Fuente: elaboración del CONEVAL

Sobre la percepción respecto a las vacunas, se observa que en general hay una opinión positiva, salvo en dos hogares del grupo IV se tiene una percepción negativa de las vacunas (ver figura 19).

Figura 19. Percepción sobre las vacunas en hogares del grupo IV



Fuente: elaboración del CONEVAL

De los factores relacionados con el bajo nivel de vacunación en los hogares del grupo IV se destaca el problema de accesibilidad a las localidades por problemas de infraestructura. Por ejemplo, se observó que los hogares con mayores vulnerabilidades acumuladas (grupos III y IV) son aquellos en los que se identifican más dificultades para acceder a los servicios de salud o farmacias; a una persona de estos grupos le puede tomar hasta una hora y media llegar a una farmacia, una hora y media para llegar a un centro de salud y dos horas y media para llegar a un hospital. Lo anterior, en comparación con las personas de los grupos I o II en los que se observaron tiempos de entre 15 minutos y media hora para llegar a cualquier servicio que necesitan.

Algunos testimonios de las personas informantes sobre el tema de las vacunas son los siguientes:

"Si batallé [para conseguir vacunas] pero yo andaba, por ejemplo en el seguro (la clínica pública), yo buscaba en esta clínica, si no, en la otra, pero sí batallé cuando la [vacuna] de un año, porque todas las que eran de cada dos meses, yo, todas en el seguro, ya cuando empezó la pandemia, yo ya no quise llevarla, por lo mismo pero si batallé, a ella no le hace falta ninguna"

Testimonio de una madre, Chihuahua

"pues la verdad yo no sé si realmente funcionen para las enfermedades, porque he visto algunos casos, un niño lo llevaron a vacunar así de bebé y se puso mal, muy grave, empezó primero según así a llorar, después le dio temperatura, entonces yo no sé si las vacunas son seguras"

Testimonio de una madre, Puebla

"Hubo una [vacuna] que se la postergaron, que fue la de los cuatro años, porque no había, cuando fui no había, y dije, tiene ahora cita en Cuauhtémoc, ahora que vaya a Cuauhtémoc se la pongo, y tampoco había; no había ni aquí ni en Cuauhtémoc, entonces, tardaron como 6 meses en ponérsela" Testimonio de una madre, Chihuahua

"Lek ono'ox chka'i, yu'un me tsmak ti chamel cha va'ne... 'chalik ne". Ja' no'ox k'usie.. Ti jtsebe ch'abal ono'ox yich'oj ep ti akuxae...Ja' ti ch'abal chak'ik scartillae, ay veces yich'oj xa ono'ox, oy dos veces chak'ik. Ma'uk jech chak'bik xkaltik. (Me parece bien porque previene la enfermedad, "dicen". Solo que... mi hija no tiene muchas vacunas, como no le dan cartilla, hay veces que ya tienen (de las vacunas que vuelve a recibir), hay veces que le aplican dos veces de lo mismo. No es como debería de ser" Testimonio de una madre, Chiapas



Si se considera el costo monetario que implica moverse para llegar a algún servicio médico o farmacia, las personas de los grupos III y IV son las que tiene gastos más altos de transporte para llegar a algún servicio, hasta \$180 pesos para ir y regresar a una farmacia, \$350 pesos para ir y regresar a un centro de salud y hasta \$ 500 pesos para ir y regresar de un hospital (los datos consideran a los miembros que se desplazan dependiendo de la necesidad del hogar). Para llegar a una farmacia, las personas de los grupos III y IV utilizan más el transporte público, mientras que los de los grupos I y II caminan o utilizan vehículo propio.

Respecto a la prevención y atención de enfermedades, todos los hogares –con o sin necesidad de cuidados especializados— enfrentan una dificultad de acceso a los servicios de salud debido a la falta de servicios de salud locales, incluso de pediatría, y al costo y dificultad de traslado a las unidades de atención públicas en otra localidad, así como los costos derivados de la atención. Esta circunstancia es más crítica en el caso de los hogares con necesidades de cuidados especiales,

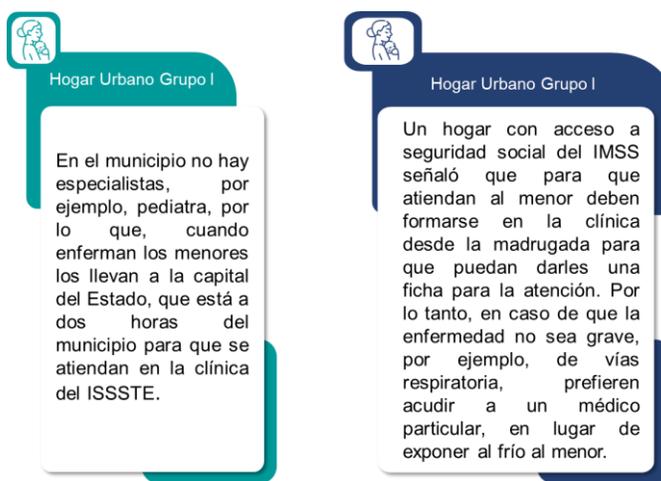
para quienes el uso de transporte público es muy complicado, ya que no cuenta con las características especiales que requieren los infantes.

Un vacío importante es la falta de información adecuada por parte de los servicios de salud a los hogares acerca de la promoción de salud, y la prevención de enfermedades y accidentes en la población infantil; de los hogares que obtienen algún tipo de información es a través de experiencias propias, de otros familiares u hogares.

En el grupo I, ámbito rural, solo dos hogares de 7 entrevistados acude al centro de salud público, aunque en ocasiones que no hay medicamento en el centro de salud, los hogares deben comprarlos. Así, los hogares también recurren a la automedicación o a la consulta con algún médico particular. En el ámbito urbano, los hogares refieren no haber recibido información sobre prevención y atención de enfermedades y accidentes; las medidas que toman para la prevención consisten en la que cada hogar considera conveniente, por ejemplo, cubrir a las niñas y niños del frío, poner objetos peligrosos fuera del alcance de los menores y, en algunos casos, proporcionar vitaminas.

En cuanto a la atención de enfermedades, en el ámbito urbano del grupo I, muy pocos hogares acuden a tratar enfermedades o accidentes en centros de salud u hospitales públicos (4 de 21). Las razones principales por la que los hogares no se atienden en el sector público son los largos tiempos de espera para la atención, falta de medicamentos, horarios de atención limitados, falta de especialistas como pediatras y atención limitada (señalaron solo atención de enfermedad o emergencias graves). Lo anterior incluso para hogares que contaban con seguridad social y existía una clínica en la localidad donde se ubica el hogar.

Figura 20. Problemáticas observadas en el grupo I



Fuente: elaboración del CONEVAL

En general, para este grupo la atención de enfermedades y accidentes leves se realiza con el médico particular; en específico, en áreas urbanas, los hogares se atienden en consultorios de farmacias o con pediatras privados. Asimismo, en algunos casos, los hogares recurren al uso de remedios caseros o a la automedicación; utilizan medicamentos que han sido recetados con anterioridad o aquellos que les recomiendan en la farmacia.

En el grupo II, la amplia mayoría de los hogares rurales (9 de cada 10) no asiste a los servicios de salud públicos cuando la niñas y niños menores enferman. Las razones que argumentan son la falta de atención debido a horarios limitados, el largo tiempo que deben esperar para ser atendidos, la falta de medicamentos o que los menores no mejoran a pesar de haber sido atendidos por algún médico del centro de salud. Los hogares llevan a los menores con médicos particulares, se auto medican con base en experiencias previas o, por asesoría de algún familiar cercano, utilizan remedios caseros cuando se trata de enfermedad o accidentes leves como resfrío o enfermedad del estómago.

Los hogares urbanos de este grupo refieren condiciones similares, es decir, la amplia mayoría (2 terceras partes de los hogares) señala que cuando los menores enferman los llevan principalmente a los consultorios de farmacias o con algún médico particular. Las razones que refieren son los largos tiempos de espera, la deficiente atención y porque, en ocasiones, los menores no mejoran de la enfermedad. De esta manera, las alternativas para la atención de los menores en caso de enfermedades o accidentes leves es la consulta con médicos particulares, la automedicación, principalmente con medicamentos utilizados con anterioridad y el uso de tés y remedios caseros.

En el grupo III, una proporción baja de los hogares rurales entrevistados señaló haber asistido al centro de salud o a alguna institución de salud pública para la atención de enfermedades o accidentes leves (22.7%). La amplia mayoría recurrieron a la automedicación o la utilización de remedios caseros para atender las enfermedades leves más comunes como enfermedades de vías respiratorias y del estómago. En otros casos, los hogares llevan a los menores a los centros de salud, pero deben comprar los medicamentos porque no hay en los centros, o acuden con médicos particulares.

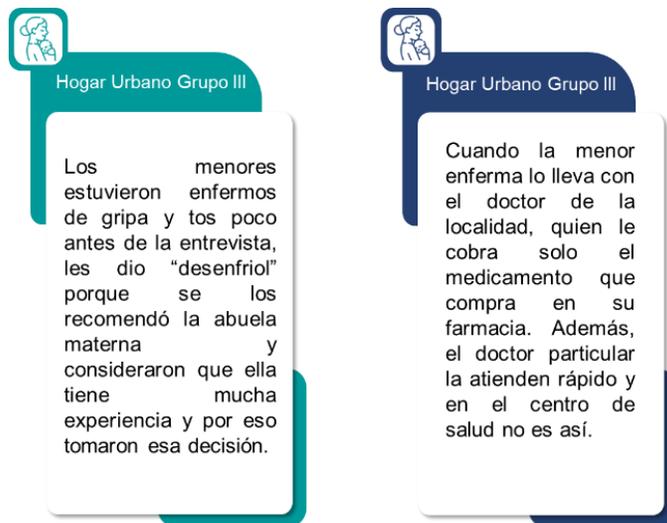
Figura 21. Problemáticas observadas en el grupo II



Fuente: elaboración del CONEVAL

De los hogares urbanos de este grupo, solo una pequeña parte acudieron a algún centro de salud, clínica u hospital público para la atención de enfermedades o accidentes (18.5%). Estos casos se ubicaron en los municipios de Chamula, Chiapas, Huajicori, Nayarit, General Felipe Ángeles, Puebla y en Solidaridad, Quintana Roo. Por su parte, la mayoría de los hogares (59.3%) acudieron a médicos particulares, incluyendo a médicos de consultorios de farmacias. Otra parte de los hogares señalaron que recurrían a la automedicación o al uso de remedios caseros o medicina alternativa.

Figura 22. Problemáticas observadas en el grupo III



Fuente: elaboración del CONEVAL

Con relación a los hogares rurales en el grupo IV refieren que la primera estrategia para la atención a las enfermedades o accidentes es a partir de remedios como tés o hierbas, seguido de la atención por curanderas, en el caso de los hogares de la región sur (Chiapas y Yucatán) la automedicación, por consejo de vecinas o personal de las farmacias de la localidad, es una práctica común en estos hogares, a menos de que se trate de padecimientos graves.

“Cuando la veo cansada, que ya no quiere hacer nada. Veo yo que no está bien y lo llevo con una curandera, es que veo que algo que tiene está pasando mal, no llevé con un doctor, como no tiene nada pues no tiene nada, cuando lo veo con calentura le doy su pastilla... para el dolor de cabeza” Testimonio de una madre, Chiapas



Dentro de los obstáculos para acudir a los servicios públicos, se menciona la lejanía y la falta de medios de transporte, sobre todo en Chiapas, el tiempo prolongado y el cobro para recibir atención médica, particularmente en Puebla y Chihuahua, o los cambios en la orientación de los servicios por la pandemia por la COVID-19. De los hogares que llegan a acudir a los servicios públicos de este grupo, mencionan, en su mayoría, haber recibido la atención necesaria y el surtimiento de medicamentos, particularmente en Chiapas.

En ocho hogares se mencionó el pago de servicios privados para la atención a la salud y que, además no fueron cubiertos de manera suficiente, ya que no pudieron comprar la totalidad de medicamentos, o debieron cambiarlos por otros más baratos.

“Cuando pido medicamentos necesito consulta [es decir, que no le pueden dar medicamentos gratuitos en el centro de salud sin haber recibido ahí mismo una consulta], entonces, se me hace difícil sacar consulta porque en veces dicen ‘hasta mañana venga’ entonces [...] mejor compro [...] allá abajo, en farmacia”
Testimonio de una madre, Chihuahua



En general, la forma en que los hogares urbanos de este grupo atienden las enfermedades de los infantes consiste en la aplicación de remedios caseros, principalmente en Chiapas y Chihuahua, o automedicación, comprando los medicamentos en las farmacias; la atención por curanderas de la localidad (Chiapas y Chihuahua) o en consultorios anexos a farmacias. La decisión es en función de la gravedad; las primeras medidas se toman cuando la enfermedad es leve o moderada y sólo

cuando consideran mayor gravedad, buscan atención externa al hogar. La preferencia por los remedios caseros y las curanderas también se basa en la mayor confianza a estas opciones con respecto de los servicios de salud.



“En el hospital infantil siempre lo han atendido, pero en una ocasión nos pidieron un papel para que lo pudieran atender, y se nos dificultó conseguirlo, mi hija tuvo que ir al centro para conseguir ese papel, pero ese día no lo atendieron” Testimonio de una madre, Chihuahua

Algunos hogares manifestaron que prefieren los consultorios anexos a farmacias, porque en el Centro de salud les atienden pasantes de servicio social y ello les genera desconfianza, les hacen perder mucho tiempo para recibir atención y no siempre les dan los medicamentos.



“Lo que se complica es llevarla a sus consultas porque si no hay lo económico, tengo que andar consiguiendo para llevarla a sus consultas pues son hasta Puebla, hasta el [hospital] del niño poblano y alguna medicina que requiera [...] Cuando lo llevo a su especialista, a veces lo único deficiente es que ya no hay su medicina, entonces si tengo que ver la manera de comprarla [...] 200 pesos, no es muy cara, a fuerzas tiene que darle receta el especialista para poder comprarla porque es controlada” Testimonio de una madre, Puebla

En los casos de niñas y niños que requieren cuidados especializados, los hogares acuden a servicios hospitalarios fuera de la localidad. En todos los casos, algún rubro de la atención a los infantes no es cubierta por los servicios públicos y los hogares deben realizar desembolsos o esfuerzos que rebasan su capacidad y, por tanto, los infantes no reciben los cuidados necesarios.

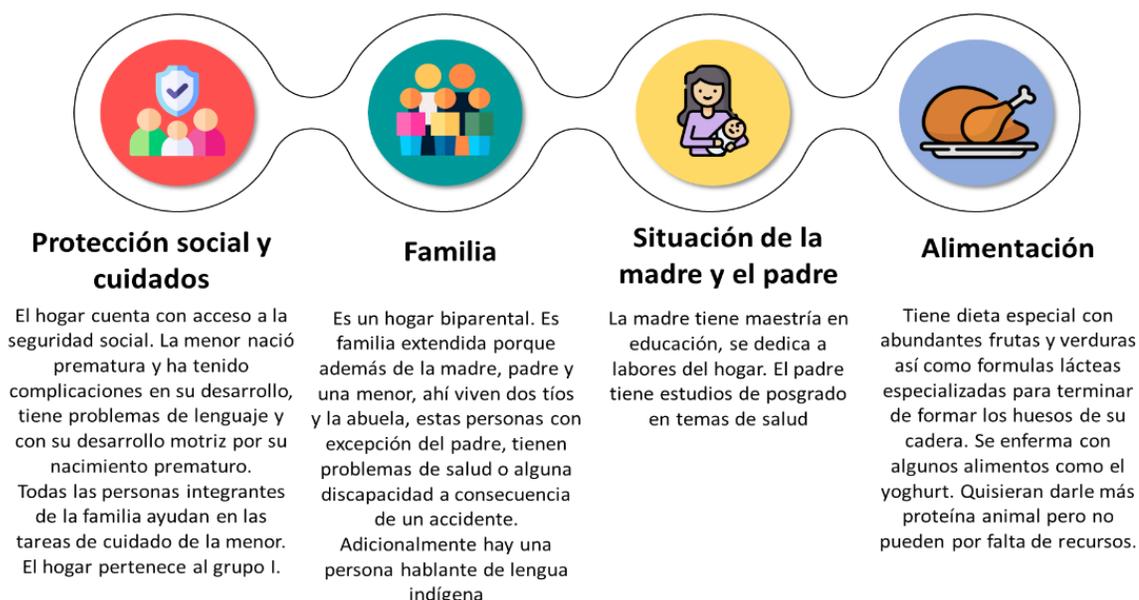
En cuanto a situaciones de discapacidad o limitaciones³⁶, en general, en hogares rurales del grupo I, no se identifican hogares que declaren necesidad o atención al respecto. No obstante, existen dos hogares con discapacidad en Chihuahua, en uno un tío que vive en el hogar presenta dificultades para hablar. En otro hogar, la menor tiene estrabismo, situación que no está siendo atendida, lo que puede desembocar en problemas posteriores de visión. Sobre los hogares urbanos de este grupo,

³⁶ El artículo 55 de la LGDNNa menciona respecto a este tema que “Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, en el ámbito de sus respectivas competencias, realizarán acciones a fin de sensibilizar a la sociedad incluso a nivel familiar, para que tome mayor conciencia respecto de las niñas, niños y adolescentes con discapacidad y fomentar el respeto a sus derechos y dignidad, así como combatir los estereotipos y prejuicios respecto de su discapacidad”.

una niña en Chihuahua presenta limitación física de talla y tamaño de sus extremidades, como se detalla a continuación.

La niña nació a los cinco meses de gestación, por lo que estuvo los siguientes cuatro meses en incubadora y con vigilancia médica hasta que cumplió cuatro años. Por los gastos para atender la salud en el inicio de su vida existe un endeudamiento económico de todos los miembros del hogar, así como por el gasto en alimentos e instrumentos para la preparación de estos. Actualmente tiene una talla muy pequeña, lo que implica que requiere ayuda para actividades diarias y ayuda mediante escalones o extensiones como el del cepillo de dientes, tiene una piel que requiere cuidados especiales y presenta problemas de lenguaje. En el hogar hay cinco personas adultas que ayudan en las labores de su cuidado.

Figura 23. Caso de limitación y discapacidad en grupo I



Fuente: elaboración del CONEVAL

En el grupo II, ningún hogar señaló que existiera discapacidad en las niñas o niños. Por su parte en el grupo III, solo un hogar rural en Puebla señaló que, un niño de 4 años tiene problemas de lenguaje, no se le entienden bien las palabras. No obstante, no cuenta con diagnóstico, ni asiste a sesiones para atender el problema. De los hogares urbanos en este grupo, tres señalaron que algún miembro del hogar presentaba alguna limitación o discapacidad, de los cuales en dos hogares la presentaban los menores y en otro hogar la madre tenía la limitación.

En el primer caso, la madre presentaba problemas para caminar debido a un accidente, se encuentra recibiendo terapia. En el otro caso se trata de un niño con autismo, quien recibe terapias algunos

días a la semana. En el tercer caso, el niño tiene problemas de lenguaje a los 4 años y no ha sido revisado, refieren que la maestra del preescolar señaló que “quizás con las clases mejorará su lenguaje”.

Con relación al grupo IV, en siete hogares rurales existe algún integrante con discapacidad, tres de los cuales son hogares con presencia de hablantes de lengua indígena. En un hogar se identifica un niño con diagnóstico confirmado de autismo al cumplir un año, realizado en una institución de salud tras la identificación por parte de la madre de alteraciones y la búsqueda de atención desde que tenía cuatro meses. Su condición requiere cuidados especializados y vigilancia constante, así como adaptaciones en la forma de vida de los integrantes del hogar, lo que ha implicado una inversión grande de tiempo y recursos económicos, así como un aislamiento por la dificultad para trasladarse o estar en espacios públicos, todo ello, debido a la ausencia de servicios de salud, educación y sociales especializados. Para la madre es complicado proporcionar el tratamiento adecuado, ya que los medicamentos son caros, el acceso a las terapias es complicado porque los sitios donde puede acudir se encuentran lejos de la vivienda (Cuauhtémoc y Chihuahua) y no hay cupo, existe una lista de espera amplia.

Otro de los hogares refiere una discapacidad de la hermana mayor del niño, quien padece una discapacidad cognitiva que requiere terapias especiales que se imparten lejos de la localidad, lo que implica que el niño en ocasiones deba quedarse a cargo de alguien, ya que la madre es quien se encarga de llevarla, es un hogar monoparental, nuclear con escasa red de apoyo.

Otro hogar indica que la abuela paterna tiene una discapacidad por ceguera secundaria a diabetes mellitus y requiere asistencia para las actividades de la vida diaria, siendo la madre del infante quien le apoya.

En los hogares con niñas y niños en condiciones de discapacidad, las madres coincidieron en la dificultad de atender a sus hijos por la falta de servicios especializados accesibles y la dificultad de trasladarse, en transporte público, a los centros de atención en otra localidad, dadas la falta de características adecuadas en el transporte público para sus hijos, y el costo que les implica.

Asimismo, existen siete hogares urbanos en este grupo con necesidades de cuidados especiales y de atención a la discapacidad. En cinco, la discapacidad la presentan las niñas o niños; en los otros dos casos, se refiere a la bisabuela del infante, quien tiene problemas de audición y en otro, el abuelo es quien presenta problemas de audición.

En ninguno de los casos se cuenta con los servicios necesarios en la localidad. De los cinco hogares con niñas o niños con discapacidad, tres mencionaron que no pueden brindarles la atención que requieren, por problemas económicos, ya sea porque no pueden comprar lo que les es solicitado, tanto en servicios públicos como en los privados, como por la dificultad para llevarlos a la atención, ya que implica que la persona responsable del cuidado se ausente del trabajo y se le descuenta el sueldo de ese día, comprometiendo el ingreso del hogar.

Se identificó un caso en el que una menor presenta 90% de pérdida de tejido cerebral, tiene diagnóstico y requiere terapias para mejorar su motricidad, pero no puede acudir por razones económicas y por falta de tiempo, ya que la madre es la única fuente de ingreso del hogar y requiere trabajar tiempo completo, si falta le descuentan el tiempo, además de no tener prestaciones laborales. La niña requiere asistencia para todas sus actividades y actualmente usa pañal. En el hogar solamente dos personas adultas se encargan de los cuidados de tres niñas y niños, una de estas tres, que tiene once años, también ayuda en el cuidado de su hermana menor que tiene la discapacidad.

Figura 24. Caso de limitación y discapacidad en grupo IV



Fuente: elaboración del CONEVAL

En cuatro de los cinco hogares con necesidad de cuidados especiales a los infantes, la causa se relaciona con padecimientos congénitos o eventos al nacimiento: cardiopatía, gastrosquisis, leucoencéfalomalacia y limitación motriz de brazo. En dos de ellos, dentro de los factores de riesgo se identifican características de la salud materna como: malnutrición, consumo de medicamentos o sustancias psicoactivas, exposición a químicos, rubéola. Es decir, circunstancias detectables con un

control y apoyo de embarazo sano y, por tanto, la prevención de las condiciones de salud que presentan los infantes.

Una niña con limitación motriz en un brazo fue diagnosticada al nacer y logró atención especializada mediante una persona que le apoyó. Destaca este caso porque es el único hogar que manifestó una mejoría en la condición de la menor. Esto podría relacionarse con varios factores favorables:

- la corresponsabilidad de madre y padre que, a pesar de estar separados, comparten las decisiones sobre la niña, la disponibilidad de la madre de llevar a la niña a las terapias tres veces por semana, la presencia del padre quien, aunque no forma parte del hogar y vive en otra localidad, realiza visitas tres veces a la semana y aporta económicamente,
- el apoyo de la hermana mayor en la provisión de los ejercicios de rehabilitación,
- haber recibido apoyo oportuno por una persona que brindó la información y generó los canales necesarios,
- la gratuidad de las terapias en un centro especializado.

Esto muestra el contraste entre la accesibilidad a los servicios especializados en los diferentes hogares y el impacto en el pronóstico de la rehabilitación y salud de las y los niños. Sin embargo, es importante señalar que esta accesibilidad fue a partir de las características y los recursos del hogar, no del cumplimiento de las instituciones relacionadas con el bienestar infantil.

En los otros hogares con necesidades de cuidados especiales, la aportación económica del padre o madre que no pertenecen al hogar ayuda al acceso a los servicios. Sin embargo, no se logra la satisfacción de las necesidades de los infantes, algunas características que pueden influir en ello son la presencia de otra persona integrante del hogar con discapacidad, la insuficiencia de recursos y la falta de seguridad social de la madre o padre que vive con los infantes, la poca o nula participación en actividades por parte del padre o madre que no forman parte del hogar y el menor involucramiento de otros integrantes del hogar.

En todos los casos, es previsible la cronicidad de la necesidad de cuidados especializados. Asimismo, en los hogares en los que las personas mayores -bisabuela o abuelo- presentan problemas de audición, la falta de atención y tratamiento puede generar mayor demanda de cuidados en el mediano plazo.

Educación y desarrollo infantil temprano

El Desarrollo Infantil Temprano (DIT) es un proceso ordenado en el que las niñas y niños aprenden a manejar niveles cada vez más complejos de habilidades para moverse, pensar, hablar, sentir y relacionarse con los demás (INSP, 2021). Heckman, J. J., y Masterov, D. V. (2007) señalan que los cerebros de niñas y niños durante los primeros 5 años de vida se desarrollan más rápido y son más maleables que en ningún otro periodo del ciclo vital, por lo que el desarrollo pleno de estas habilidades en la etapa infantil es fundamental para el futuro no solo del individuo sino también de las sociedades.

De este modo, es evidente la importancia de la participación de las madres, padres o tutores en el desarrollo de las niñas y los niños como agentes de estimulación de diversos aprendizajes relacionados a la vida social, desarrollo del lenguaje, capacidad de adaptación al mundo, desarrollo motriz, entre otros. Asimismo, la meta 4.2 de los Objetivos de desarrollo sostenible³⁷ señala que:

“Para 2030, velar por que todas las niñas y todos los niños tengan acceso a servicios de atención y desarrollo en la primera infancia y a una enseñanza preescolar de calidad, a fin de que estén preparados para la enseñanza primaria”.

Por lo anterior, es fundamental identificar, por un lado, la participación e información de los principales cuidadores en el DIT de las niñas y niños, los materiales con los que los hogares cuentan para promover el desarrollo de las niñas y niños y los principales riesgos que puedan presentarse durante el desarrollo infantil.

Con relación a la participación de las principales personas cuidadoras en el DIT, la evidencia indica que son ellas el principal medio que los infantes cuentan para acceder a estimulaciones y aprendizajes, por lo que se convierten en las personas más importantes para las niñas y niños. En este sentido, las personas cuidadoras deberían contar con información necesaria para propiciar el desarrollo de los infantes, según la etapa de crecimiento en la que se encuentran.

Para cada etapa de la vida, la meta es disminuir la probabilidad de daños irreparables y aumentar la probabilidad de una transición exitosa a la próxima etapa, por lo que existen necesidades que son transversales en todas las etapas del infante tales como el abrigo, la alimentación y los nutrientes (diferenciado por la edad del infante), el cuidado de la salud y desarrollo emocional. Por otro lado, existen necesidades específicas, donde para las niñas y niños menores de 1 año se deben ofrecer

³⁷ Documento disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

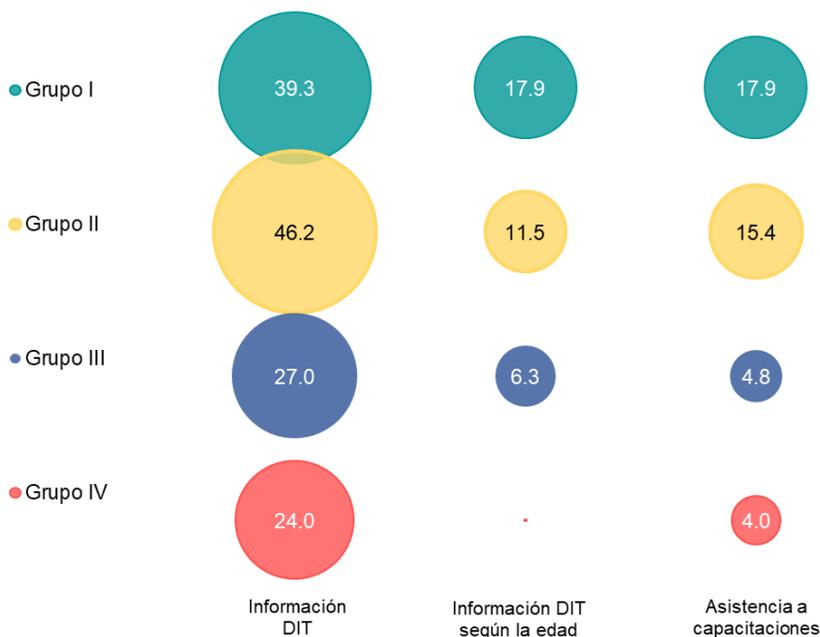
estimulación motriz temprana; del primer año de vida a los 3 años es necesario ofrecer acceso a centros de desarrollo infantil temprano, desarrollo motor, habilidades de relación social e incrementar el vocabulario. De los 3 a los 5 años se debe asegurar un acceso a educación preescolar y desarrollo en habilidades de lógica y matemática (Van Der Gaag, 2001).

La información de las entrevistas permitió identificar que 4 de cada 10 hogares en muestra mencionaron tener información u orientación sobre qué es y cómo estimular el desarrollo infantil de sus hijas e hijos, un dato que destaca es que hay un mayor porcentaje de hogares rurales que mencionan haber accedido a esta información, con 52.3% de los casos, mientras que los hogares urbanos ascienden a 40.9%. Sin embargo, al momento de preguntar la percepción de las personas informantes sobre si consideraban que el desarrollo de sus hijas e hijos era adecuado para su edad, comparando con niñas y niños pares cercanos, sólo 7 hogares rurales y 8 urbanos declaran información al respecto y mencionan que sí lo consideran adecuado.

Con relación a la asistencia a pláticas o la búsqueda de información acerca del desarrollo infantil para los diferentes momentos de la niñez, desde recién nacido hasta la edad de las niñas o niños del hogar, se identificó que 1 hogar de cada 10 accedió a estas prácticas, siendo los urbanos los que mencionaron una mayor frecuencia de asistencia.

Si se identifica la distribución de estas variables, según los grupos de análisis, como se observa en la gráfica 13, se puede verificar que el grupo I es el que posee mayor frecuencia relativa en la información del DIT por edad y en la asistencia a capacitaciones o pláticas en la materia; el grupo II es el que posee mayor proporción de hogares que mencionan tener información sobre el DIT, mientras que el grupo IV es el grupo con menor porcentaje de hogares con conocimientos sobre el DIT (24%), además, ningún hogar de este grupo mencionó conocer el desarrollo de sus niños, según la edad de los infantes y solo un hogar mencionó haber asistido a cursos y/o capacitaciones con relación al DIT y estimulación temprana.

Gráfica 13. Distribución porcentual de los hogares entrevistados que afirmaron tener información sobre DIT, información específica por edad del infante y haber asistido a capacitaciones de estimulación temprana, según grupo de análisis

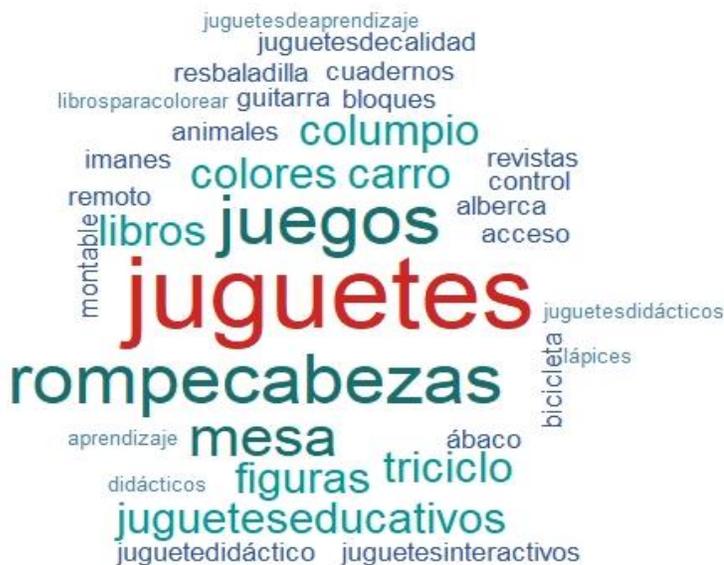


Fuente: elaboración del CONEVAL

Otro indicador que ayuda a identificar si las personas cuidadoras propician el desarrollo de las niñas y niños de los hogares entrevistados es la disponibilidad de materiales didácticos, juguetes y libros. A nivel nacional la ENIM (2015) identificó que el 76% de los hogares mexicanos con niñas y niños de 0 a 59 meses de edad poseen por lo menos 2 juguetes, mientras que tan solo 35% cuenta con por lo menos con 3 libros infantiles (INSP y Unicef, 2016).

Del total de los hogares entrevistados, se identificó que 94% tienen acceso a por lo menos un juguete, 90% de los hogares rurales y 97.7% de los hogares urbanos. Mientras que tan solo 21.4% poseen libros infantiles, de los cuales más de la mitad pertenecen a hogares urbanos, además, el porcentaje de hogares que acceden a juguetes o artículo de aprendizaje y estimulación temprana es de tan solo 16.7%, siendo los juguetes, los rompecabezas, colores y juguetes didácticos los que poseen mayor frecuencia.

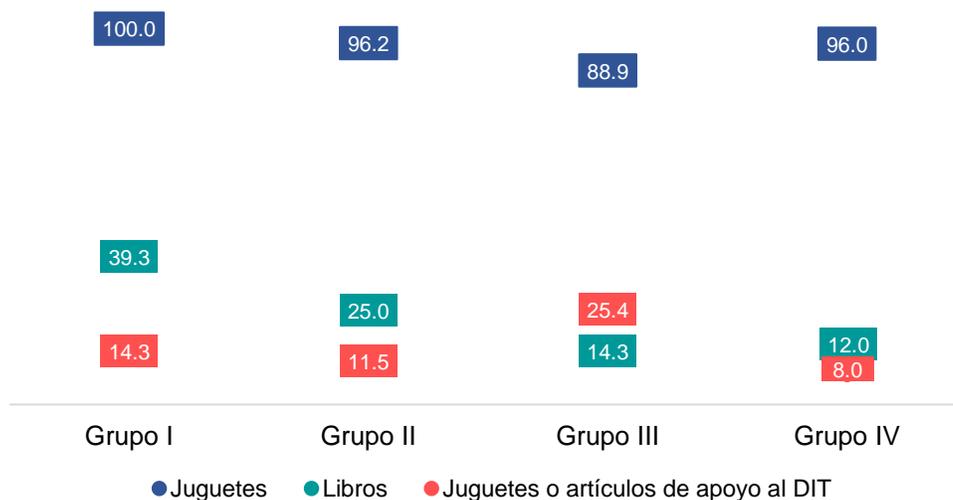
Figura 25. Nube de palabras de los juguetes o artículos de apoyo al DIT que poseen los hogares entrevistados



Fuente: elaboración del CONEVAL

La disponibilidad de libros es muy baja, en especial en los grupos III y IV, misma que es menor del 15% en ambos casos. Además, el grupo IV es el que presentó menor porcentaje de hogares con juguetes o artículos de apoyo al desarrollo de los niños (ver gráfica 14).

Gráfica 14. Distribución de los hogares entrevistados que afirmaron contar con juguetes, libros y materiales de apoyo al DIT, según grupo de análisis

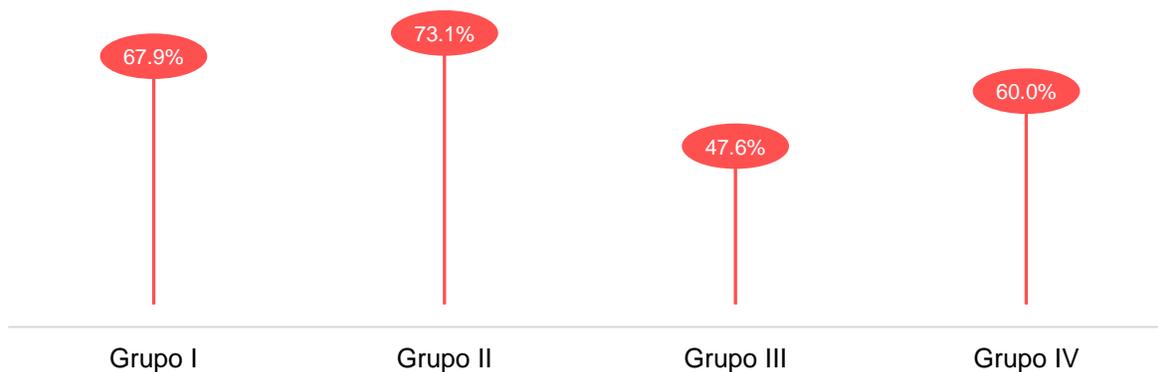


Fuente: elaboración del CONEVAL

Las áreas de recreación, como parques y plazas ayudan al desarrollo de niñas y niños, dado que no solo permiten el progreso físico, motriz, cognitivo y psicológico de la niñez, sino que se convierten en una zona de encuentro entre pares, lo que fomenta el desarrollo social y aprendizaje sobre su entorno, incentivando un sentimiento de pertenencia, comunidad y respeto; además, estos espacios son un punto de intercambio de experiencias entre las personas cuidadoras (Escobedo, 2020). Por tal motivo, el acceso a estos espacios es un indicador relevante para la identificación de elementos que fomentan el desarrollo de niñas y niños. Según datos del estudio, se identificó que cerca de 7 hogares de cada 10 tienen acceso a parques o plazas y de estos, la mayor frecuencia se encuentra en zonas urbanas (70.4%), mientras que la mitad de los hogares rurales tiene oportunidades de acceso a estos servicios. En general, de los hogares que afirmaron asistir a estos lugares, 47.4% mencionó que llevan a las niñas y niños más de una vez a la semana, mientras que 31.6% los lleva una vez a la semana y el resto es menos frecuente.

Para el caso de los grupos (ver gráfica 15), los hogares de los grupos I y II son los que presentan mayor frecuencia en este indicador, mientras que los hogares del grupo III, con 47.6% y los hogares del grupo IV con 60.0%, son los que presentan menor acceso a estos servicios.

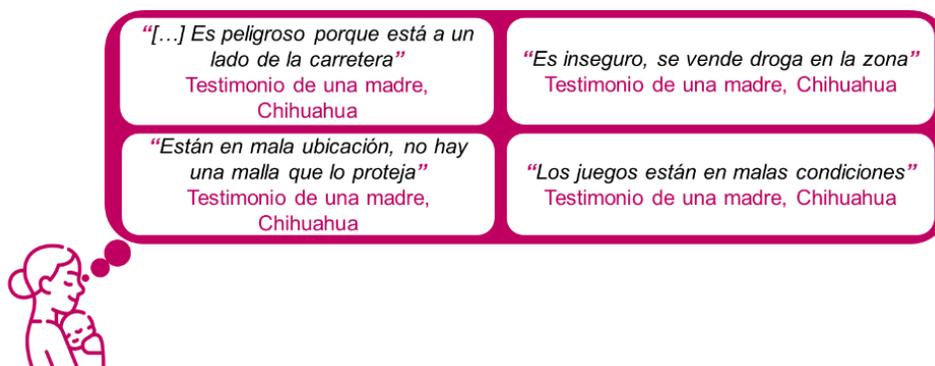
Gráfica 15. Distribución de los hogares entrevistados que afirmaron tener acceso a espacios públicos de recreación (parques y plazas), según grupo de análisis



Fuente: elaboración del CONEVAL

Si bien más de la mitad de los hogares menciona tener acceso a espacios de recreación, las personas informantes mencionaron que las condiciones de estos espacios varían, ya que en algunos casos prefieren no llevar a sus niños por miedo a que se lastimen, debido al mal estado de los juegos o a ser víctimas de alguna agresión o robo, debido a la inseguridad de estos espacios o por la

ubicación en la que se encuentran, ya sea cerca de lugares con la presencia de muchos carros o la distancia a los hogares.



En relación con las estrategias de disciplina que se sigue en los hogares para tratar a las niñas y niños, se buscó identificar si los cuidadores aplican métodos de castigo corporal o agresión psicológica. Este punto es relevante debido a que, como menciona Unicef (2022) los golpes y otras formas de violencia pueden perjudicar el desarrollo infantil, sobre todo en edades tempranas, las secuelas pueden ser permanentes y propiciar dificultades tanto para procesar las emociones, como para tomar decisiones de manera racional, entre otras; además, esta instancia, con base en estudios previos, señala que las niñas y niños castigados físicamente, al crecer en este ambiente tienen mayor probabilidad de consumir alcohol, fumar, tener peleas, sufrir ansiedad, estrés y dificultades para manejar los problemas cotidianos (Unicef, 2022).

En México este tipo de comportamientos está regulado en la Convención de los Derechos del Niño, la CPEUM y las recientes reformas de 2021 a la LGNNA, donde se reafirma que toda forma de violencia contra las niñas y niños es injustificable, por lo que queda prohibido el castigo corporal y humillante como método correctivo.

En el estudio se visibilizaron 3 casos de agresión psicológica (2 en área urbana y 1 en área rural), en los cuales la amenaza gira en torno a agresiones físicas o, en uno de los casos, la madre amenaza al niño con cambiarlo por otro bebé; también, se identificaron casos en los que los padres asustan a los infantes con seres míticos o con obligarlos a consumir algún alimento no recomendado para un menor, como el chile.

"Le digo: entonces me voy a comprar otro bebé porque si tú no me obedeces me voy a comprar otro que si me obedezca y si hasta llora, me dice no, por favor, ya bebé no compres" Testimonio de una madre, Jalisco

"Cuando veo que hace berrinche busco una varita 'estoy te doy si sigues llorando' le digo, lo espanto... sino lo espanto con el chile" Testimonio de una madre, Chiapas



El castigo corporal es más frecuente que las agresiones psicológicas, dado que cerca de 3 hogares de cada 10, aplican este método como forma de crianza, siendo más frecuente en hogares urbanos (30.7%) que en los rurales (27.5%). En general, los cuidadores mencionan que intentan no agredir físicamente a sus hijos o hijas, no obstante, si el berrinche o el comportamiento no deseado continúa recurren a nalgadas, golpes con objetos como cinturones o agresiones con otro material.

"les doy una nalgada, y me tienen miedo, entonces ya [se portan bien] y luego cuando les digo que ya no salgan a jugar, en veces sí entran solos y ya no se salen, pero en veces no quieren y yo les tengo que dar una nalgada [...] si les hablo bien, cuando ellos no quieren hacer caso, si les hablo bien, no me hacen caso" Testimonio de una madre, Chihuahua

"mi mamá nos decía que no se pega con la mano, que porque las manos son para acariciar, para abrazar... y nos regaló una tablita de madera, para decía que corrijas a su tiempo y así duró colgada mucho tiempo, porque las castigaba... y pues estrené mi tablita"

Testimonio de una madre, Estado de México

"la chingo...en primera la regaño y le digo que eso no hace.. Pero de tanto de tanto, me llega la desesperación y ya me la sueno con un cinturón"

Testimonio de una madre, Puebla



Al margen de que en algunos lugares los castigos corporales se normalizan, debido a cuestiones culturales del medio en que se encuentran los hogares, se identificó que, en la mayoría de los casos, cuando es la madre quién recurre a estos métodos, ésta señala sensaciones de malestar y culpa.

"siento mas feo yo pegarle que ella, porque al rato de que yo le pego, me pongo a llorar y mi mamá me dice que no debe ser así, porque ella te esta tomando la medida, de que tú a ti duele, te lastima lastimarla, por eso hace lo que quiere, te está agarrando la medida"

Testimonio de una madre, Estado de México





*“Mu'yuk bu jmaj yu'un abol sba chkil
(No lo pego porque 'pobrecito)”*
Testimonio de una madre, Chiapas

La Unicef en su estudio “Identificar las desigualdades para actuar: el desarrollo de la Primera Infancia en América Latina” señala que 9 de cada 10 niñas y niños entre 3-4 años están expuestos por lo menos a un factor de riesgo, donde, la violencia psicológica y el castigo corporal son los factores de riesgo más comunes, seguidos por la falta de oportunidades de aprendizaje, tales como: disponibilidad de libros, acceso a educación en la Primera Infancia y apoyo temprano para el aprendizaje.

Para el caso de estudio, se identificó que 85.1% de las niñas y niños de los hogares de estudios están expuestos por lo menos a uno de estos factores de riesgo, de los cuales, los indicadores de la dimensión de falta de oportunidades de aprendizaje, medido a través de la falta de libros infantiles en el hogar y asistencia a programas educativos, son los que mayor frecuencia presentan con el 78.6% y 57.7%, respectivamente.

Acceso a apoyos gubernamentales

Para identificar los apoyos que reciben los hogares entrevistados, se incluyeron preguntas para conocer si en los últimos doce meses alguna persona integrante había recibido apoyos, principalmente en los rubros de alimentación, salud, educación, trabajo y discapacidad; si continuaba recibéndolos y en caso de que ya no contara con dichos apoyos, las razones por las cuales había dejado de ser persona beneficiaria. Es importante mencionar que no se incluyen nombres de programas específicos, ya que, en general, los informantes no reconocían los nombres de los programas y de qué ámbito gubernamental procedían.

De acuerdo con lo indicado por los hogares entrevistados, se identifica lo siguiente (ver gráfica 16):

- En tres de los grupos analizados, más de la mitad de los hogares reportan contar con acceso a servicios médicos públicos; solo en el caso del grupo III, poco menos de la mitad, reportaron contar con este acceso.
- El acceso al programa de abasto de leche LICONSA está presente en los cuatro grupos de análisis; no obstante, es importante observar que cubre a un porcentaje reducido de los

hogares en el grupo IV (8%) y dado que este es el grupo con mayor acumulación de vulnerabilidades, se considera relevante para la alimentación de niñas y niños en este grupo.

- Los apoyos relacionados con la alimentación están presentes en los cuatro grupos. En el caso de los desayunos escolares, más del 35% de los hogares del grupo I los reciben, siendo el grupo con mayor porcentaje de hogares con este apoyo; por otro lado, los suplementos o complementos alimenticios tienen un comportamiento similar entre los grupos, dado que entre 12% y 15% de los hogares acceden a este beneficio. Destaca que los apoyos como despensas, vales o acceso a comedores comunitarios son el tipo de apoyo más común en el grupo IV (56.0%).
- Los apoyos a personas con alguna discapacidad, entre los que se pueden encontrar apoyos económicos, en especie o algún tipo de ayuda especializada, tienen mayor presencia en el grupo IV, lo cual es de esperarse, dado que este grupo es el que tiene más presencia de población con esta característica.
- El acceso a becas es relevante en los grupos, sin embargo, el acceso más bajo se da en el grupo I.
- Poco más del 20% de los hogares de la muestra reportan recibir apoyos monetarios, sin embargo, no fue posible identificar de qué programa específico se trataba.
- Finalmente, se identifican 20 hogares de la muestra que reportan no recibir ningún tipo de apoyo; dos del grupo I, siete del grupo II, nueve del grupo III y dos del grupo IV.

Gráfica 16. Distribución porcentual de los apoyos por grupo analítico

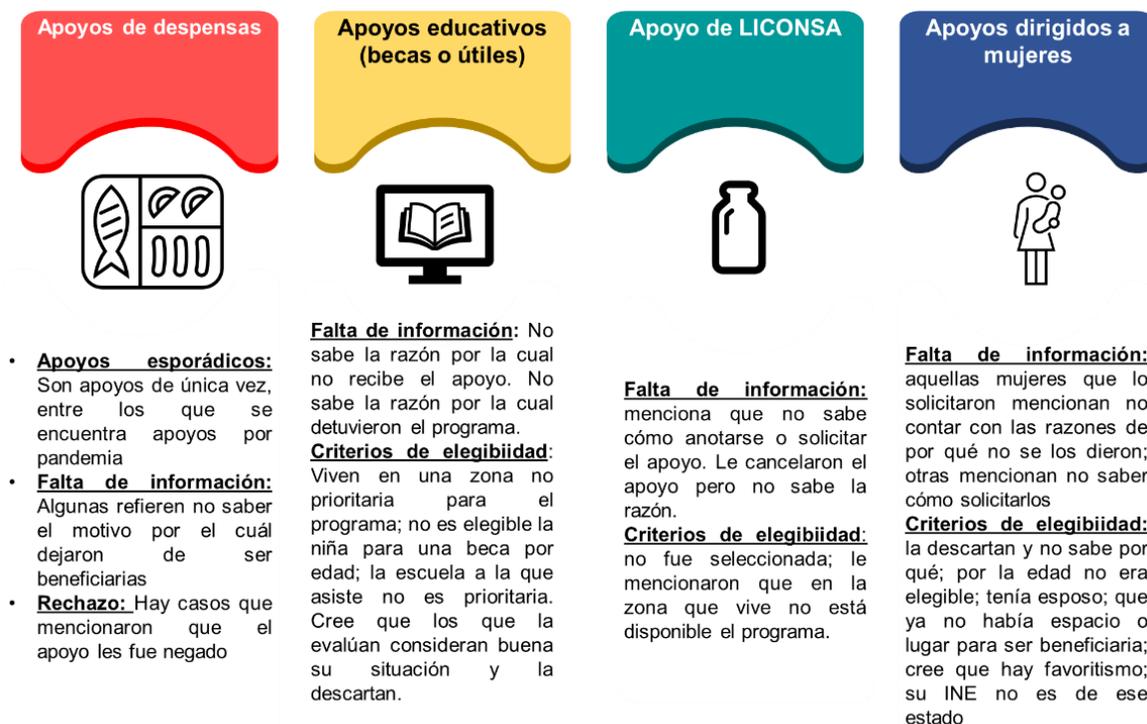


Fuente: Elaboración del CONEVAL

Adicionalmente, con la información proporcionada fue posible conocer algunos testimonios de las personas sobre problemáticas relacionadas con la recepción de apoyos (ver figura 26):

- La mayoría de los testimonios estuvieron relacionados con apoyos sobre despensas y apoyos educativos como útiles escolares o becas. En los apoyos de despensa, por ejemplo, se mencionó que estos habían sido recibidos una sola vez en el último año y, de estos casos, destacan aquellos que recibieron y asocian el apoyo a la pandemia por COVID-19.
- Se identifican casos en los que solicitaron el apoyo y se los negaron; algunas razones que se refieren son: consideran que no cumplen con criterios de focalización, no cuenta con identificación oficial de la entidad, cree que hay favoritismos, por la edad no era elegible, no le dieron porque tenía esposo, y algunas razones asociadas a que ya no había lugar para ser beneficiaria. En general, la razón principal que se menciona es la falta de información, tanto de cómo acceder a estos, como para mantenerse como beneficiario.

Figura 26. Razones principales por las que no reciben apoyos o dejaron de recibirlo



Fuente: Elaboración del CONEVAL

4. Conclusiones

Desde una perspectiva de derechos humanos, se ha reconocido a nivel internacional, México incluido, la dignidad humana de la infancia y la necesidad de garantizar su protección y desarrollo. Asimismo, el marco legal mexicano reconoce el vínculo entre los cuidados y los derechos de la infancia; la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala en su artículo 4° el derecho de los niños y las niñas a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

En este marco y considerando que casi 10% de la población en México se encuentra en el rango de edad de cero a cinco años, resulta imprescindible estudiar aquello que sucede durante los primeros años de vida en el desarrollo de niñas y niños, ya que representa una etapa en donde existen oportunidades de desarrollo, pero también, situaciones de vulnerabilidad relacionadas con el contexto social en el que crece la niñez. Por ello, el CONEVAL desarrolló el presente estudio con el objetivo de analizar las problemáticas y necesidades de los hogares en relación con el cuidado de niñas y niños menores de cinco años.

El estudio fue realizado a partir de información recolectada en hogares con niñas y niños menores de cinco años, mediante técnicas cualitativas, en 16 municipios de distintas regiones del país, lo que permitió documentar la organización social de los cuidados a niñas y niños, personas cuidadoras y sus características, redes de apoyo al hogar, características y utilización de servicios de cuidado infantil, percepción y conocimiento sobre cuidados infantiles, así como las dificultades o cambios experimentados a partir de la pandemia por la COVID-19.

La estrategia metodológica implementada consideró la inclusión de hogares en contextos rurales y urbanos y de diferentes grados de rezago social, en municipios con altos niveles de carencia por acceso a la seguridad social, presencia de población con discapacidad, presencia de población hablante de lenguas indígenas y altos porcentajes de hogares con jefatura femenina, con el fin de captar información de hogares en diversos contextos que permitiera contar con una mirada amplia de la población con mayores vulnerabilidades. Lo anterior, atendiendo a la relevancia de visibilizar las condiciones del cuidado infantil en hogares con algún grado de vulnerabilidad o pobreza para conocer sus problemáticas y generar recomendaciones para su atención, pues la atención de las poblaciones más vulnerables es de máxima prioridad para atacar la pobreza y desigualdad que enfrenta nuestro país.

Si bien, en la última década se ha discutido el tema del cuidado desde una perspectiva ética que puede introducirse en una agenda política capaz de captar la diversidad de configuraciones y nuevas formas sociales y que permita repensar los límites y áreas de oportunidad en este tema (Gilles, 2010), en el estudio se identificó una reproducción de los roles de género, dado que en la mayoría de los hogares biparentales la jefatura es masculina, normalmente es el padre de los infantes, sin embargo, es la madre quien se declara la principal responsable de las decisiones de cuidado de las niñas y niños del hogar. Para los hogares monoparentales, se identificó que en casi todos los hogares son las madres quienes se quedaron a cargo de las niñas y niños, por lo que son ellas, con ayuda de las abuelas, principalmente, quienes se dividen los roles de jefatura y toma de decisiones de los cuidados, a pesar de también señalar que experimentan cansancio, fatiga y padecimiento de enfermedades.

La principal persona cuidadora en el hogar es la madre, quien recurre a diferentes redes de apoyo en el cuidado que, en su mayoría, están compuestas por mujeres, ya sean abuelas, tías, hermanas, vecinas, entre otras. Las abuelas, tanto maternas como paternas, son las que tienen mayor participación en dichas redes de apoyo, ejerciendo un papel de sustitutas de la cuidadora, invirtiendo una cantidad considerable de tiempo y esfuerzo, o como cuidadoras auxiliares (Triadó et al., 2008). Aunado a lo anterior, se observó un considerable número de casos en los que el padre de las niñas y niños menores de 5 años no era considerado por las personas informantes como partícipe en las actividades de cuidado de los infantes. Es decir, la contribución de los padres en los cuidados se puede considerar como limitada y orientada a vigilar a las niñas y niños para que no se accidenten o lesionen, jugar con ellas o ellos y bañarlos, en casos esporádicos; generalmente, contribuyendo los días de descanso o cuando regresan de trabajar.

En general, las personas cuidadoras suelen centrarse en los cuidados relacionados con la alimentación, la higiene y la salud y en menor medida en cuidados relacionados con la educación, incluidas las actividades que estimulan el desarrollo de los infantes. Estas actividades de cuidados relacionados con la educación son realizadas por otros integrantes del hogar, en orden de frecuencia de mayor a menor, puede mencionarse con base en el parentesco con los infantes, las hermanas o hermanos mayores, los padres, las abuelas, los abuelos, otros niñas o niños, las tías. Si bien algunas madres mencionaron participar de estas actividades, no es tan frecuente y, en algunos casos, mencionaron impacientarse con las niñas y niños.

Con relación al acceso a Centros de Atención Infantil (CAI) para el cuidado de niñas y niños, ningún hogar declaró usar estos servicios, se destaca que algunos hogares refieren desconfianza para delegar las actividades de cuidado en otras personas, aunque sean familiares, vecinas o servicios

de cuidado, por lo que no es una práctica habitual. Por otro lado, las personas informantes que señalaron que sí estarían dispuestas a que las niñas y niños ingresaran a guarderías o CAI fueron madres que querían trabajar en áreas urbanas y no disponían de una red para solventar las actividades de cuidado.

Respecto a las prácticas de alimentación, en general, más de la mitad de los hogares en estudio practican la lactancia materna exclusiva, mientras que la lactancia mixta se encuentra como la segunda opción más frecuente. En lugares rurales e indígenas es común la lactancia y se cita como algo natural, aunque se habla poco de sus beneficios nutrimentales y en la salud de los menores. En general, en los hogares visitados se señala que las madres dieron leche materna, sobre todo a las niñas y niños antes de los 6 meses.

Se identifica poca diversidad en la alimentación y en muchos hogares, bajo consumo de proteína animal. Los alimentos más comúnmente encontrados en el consumo de los menores fueron las tortillas de maíz, frijol, arroz, verduras, huevo y en algunos casos leche. Por otro lado, se observó un consumo regular de dulces, jugos industrializados y bebidas azucaradas. Casi la totalidad de los hogares del grupo IV, que es considerado el grupo con más vulnerabilidades acumuladas, reportan incluir leguminosas a la dieta de sus infantes y menos de la mitad de los hogares de este grupo tienen acceso a frutas. Mientras que, para el caso de los hogares del grupo I, considerado el de menores desventajas, cerca de 8 hogares de cada 10 entrevistados reportaron que sus niñas y niños menores de 5 años consumen frutas y solo la mitad reportó que incorporan leguminosas a la dieta de los menores.

Se observó la necesidad de fortalecer la disponibilidad de medicamentos en los centros de salud municipal y comunitaria y atender la problemática del limitado personal médico para la atención y la lejanía de los servicios en las localidades. Ante esta situación, se opta por el uso de remedios caseros o automedicación, atención con médicos particulares, consultorios de farmacias o medicina alternativa.

Considerando los resultados anteriores, se identificó que el lugar más frecuente que escogen las madres para dar a luz son los hospitales públicos, después le sigue las clínicas o centros de salud públicos, en tercer lugar, se encuentran las viviendas de las propias madres con la asistencia de parteras y finalmente, se reportan los hospitales privados, siendo más comunes en hogares del grupo I.

Con relación a la información del cuidado de niñas y niños durante las primeras semanas de vida, el cual es fundamental debido a que ayuda a tomar precauciones sobre el bienestar físico tanto de la madre como de hijas e hijos, se identificó que, en general, los hogares recibieron información sobre prácticas alimentarias e higiene, principalmente. Sin embargo, esta información proviene de diferentes fuentes, donde no sólo los médicos, enfermeras o parteras intervinieron, sino también, la red de apoyo del cuidado de los hogares, en específico las abuelas de las niñas y niños.

Otra variable relacionada con el cuidado en los primeros meses de vida del infante son los controles posnatales, mismos que, según las recomendaciones de la OMS, deberían realizarse como mínimo entre las 48 y 72 horas después del parto, entre 7 y 14 días, y durante la sexta semana; sin embargo para el caso de estudio se identificó que solo 3 de cada 10 hogares manifestaron acudir periódicamente a estos servicios, mientras que, casi la mitad de los casos de la muestra mencionaron que solo acuden cuando es necesario, donde las circunstancias son específicamente cuando le toca alguna vacuna o cuando se enferma. El resto de los hogares no acuden a estos controles, ya sea por falta de tiempo, recursos o por desconocimiento de la importancia de esta práctica.

Si bien, la frecuencia de hogares que cumplieron con el esquema de controles posnatales fue baja, se identificó que 7 de cada 10 hogares entrevistados mencionaron que sus hijos e hijas tenían vacunas, por otro lado, se señala que en los hospitales o clínicas donde nacieron las niñas y niños, sí se les proporcionó la información relacionada con talla y peso de los menores. Adicionalmente, se detectó que debido a la saturación de los servicios de salud a causa de la pandemia por la COVID-19 existen retrasos en las dosis de algunas vacunas y también este fue uno de los motivos por el que algunos hogares mencionaron no llevar a sus hijos e hijas a sus controles posnatales.

Se identificaron casos de hogares con menores con discapacidad que no reciben la atención apropiada. Lo anterior debido, entre otros factores, a la carencia de especialistas o instituciones que pudieran brindar dicha atención en la localidad, teniendo que desplazarse distancias considerables para poder recibirla, así como a la falta de recursos económicos para atenderse en sitios privados. Asimismo, destaca que los hogares cuentan con pocos recursos de información, servicios o económicos para contar con diagnósticos formales de condición de discapacidad, lo que implica que no se atiendan y que los casos deriven en situaciones crónicas que afectan el futuro de las niñas y niños.

En cuanto a la educación y el desarrollo infantil temprano, se identifica que, en general, no existe un ambiente propicio en los hogares para el desarrollo integral de los menores, tanto por la ausencia

de libros o materiales que coadyuven a la realización de actividades con los menores, como por la falta de información de los cuidadores sobre estos temas y la manera de identificar si el desarrollo de un menor corresponde a la edad. Por ello, se identifica la necesidad de fortalecer la existencia de información y materiales que fomenten el aprendizaje en niñas y niños menores de 5 años, así como la disponibilidad de áreas de recreación de los espacios públicos que permitan la socialización de las y los menores, y otras actividades físicas que promuevan su desarrollo.

Asimismo, se identifica una limitada disponibilidad de sesiones de educación inicial en las localidades, que son bien percibidos por los hogares que tienen acceso a ellas y que podrían propiciar la generación de espacios en los que, además de brindar información a los cuidadores, permiten que niñas y niños socialicen y realicen actividades que fomenten su desarrollo.

En lo que respecta a las afectaciones por pandemia, las y los informantes no registraron afectaciones mayores en la organización de los cuidados debido a que previo a la pandemia las madres de los menores se encontraban de tiempo completo dedicadas a las labores del hogar y a los cuidados. Sin embargo, sí tuvo afectaciones en las cargas de trabajo como resultado de las clases en línea que se implementaron en las escuelas. En aspectos como la vacunación, la pandemia tuvo un impacto temporal en la disponibilidad de vacunas, sin embargo, en general, los hogares cuentan con una opinión positiva sobre estas.

En general, los hogares reportan recibir pocos apoyos gubernamentales; por ejemplo, destaca que en el grupo de hogares más vulnerables un bajo porcentaje reporta acceder al Programa de Abasto Social de Leche, el cual se considera relevante para la alimentación de niñas y niños. Asimismo, los apoyos de alimentación, como despensas, son valorados positivamente por las familias, sin embargo, declaran recibirlos esporádicamente o por única ocasión.

La mayoría de los hogares declara tener acceso a servicios de salud públicos, sin embargo, hay una presencia importante de automedicación o el uso de remedios caseros y medicina alternativa, lo que puede estar asociado con la disponibilidad y calidad de estos servicios.

Una de las razones que los hogares refieren para no acceder a más apoyos es la falta de información, tanto para poder acceder a ellos, ser seleccionados o mantenerse como beneficiarios.

Finalmente, a partir de los hallazgos anteriores, se presentan en el cuadro 4 las principales problemáticas y necesidades de los hogares en torno al cuidado infantil. Asimismo, se identifican testimonios que documentan las problemáticas y necesidades identificadas.

Cuadro 4. Principales necesidades y problemáticas de los hogares sobre el cuidado infantil

● **Problemáticas o necesidades asociadas a la alimentación de niñas y niños**

- Consumo frecuente de alimentos con alto contenido calórico y azúcares.
- Falta de recursos para proporcionar ciertos grupos alimenticios a niñas y niños.
- Baja disponibilidad de alimentos en las localidades con mayores problemas de accesibilidad.
- Ausencia de conocimientos u orientación sobre nutrición a niñas y niños.

● **Problemáticas o necesidades asociadas al cuidado de la salud**

- No es frecuente el control de niñas y niños sanos en los hogares , solo acuden al médico cuando se presenta alguna enfermedad.
- En los hogares no se percibe utilidad de las recomendaciones del personal médico sobre el control y seguimiento de la salud de niñas y niños.
- Se observa una ausencia de programas de control de peso y talla en clínicas del sector público.
- Muy baja atención a la salud bucal de niñas y niños.
- Esquemas incompletos de vacunación en localidades con problemas de accesibilidad.
- Prevalencia de automedicación para atender enfermedades y accidentes.
- Falta de recursos para atender gastos médicos de urgencia.
- Baja disponibilidad de instituciones médicas para la atención de cuidados especializados en zonas rurales.
- Falta de atención y diagnóstico en casos de limitaciones o discapacidades como problemas del lenguaje, aprendizaje, motricidad y visión.

● **Problemáticas o necesidades asociadas a la vivienda**

- Condiciones de hacinamiento en los hogares.
- Falta de acceso a redes de agua potable en los hogares con mayor vulnerabilidad.
- Falta de sistemas de saneamiento público en hogares rurales con mayor vulnerabilidad.
- Uso frecuente de la leña como combustible.

● **Problemáticas o necesidades asociadas al Desarrollo Infantil**

- Ausencia de diagnósticos a niñas y niños con síntomas de problemas con el desarrollo del lenguaje y aprendizaje.
- Baja disponibilidad de servicios de cuidados especializados.

● **Problemáticas o necesidades asociadas a la educación de niñas y niños**

- Baja disponibilidad en los hogares de materiales que fomenten el aprendizaje.
- Baja interacción con personas adultas en actividades que fomenten el aprendizaje.
- Falta de información sobre actividades y objetos que apoyen el aprendizaje en los hogares.
- Baja disponibilidad de servicios de educación infantil temprana en las localidades.
- Exigencia de cuotas escolares en escuelas públicas.

● **Problemáticas o necesidades asociadas a los servicios de cuidado infantil**

- No se identificaron hogares que utilicen servicios de guarderías o de centros de atención infantil.
- Baja o nula disponibilidad de guarderías en localidades con altos niveles de carencia por acceso a la seguridad social.
- Desconfianza para dejar a niñas y niños al cuidado de otras personas no familiares.

Fuente: Elaboración del CONEVAL

En cuanto a la alimentación:

- Consumo de alimentos con alto contenido calórico y azúcares.

“En la mañana desayunaron un huevo en torta, en la comida les hice una sopita con caldito y ya en la noche compramos unas hamburguesas, pero pues ellos casi más bien puras papas, le dan una mordida a la hamburguesa y la dejan, un agua de horchata en la comida y en la cena, en el desayuno toman un chocomilk, entre comidas un juguito”
Chihuahua, Urbano, Grupo II

“Dulces trato de darle lo menos posible, y de los jugos, pues sí se toma uno al día”
Chihuahua, Urbano, Grupo II

“El menú de ayer fue: desayunó café y pan (porque no había canela) huevo con frijoles y taquitos con crema; en la comida huevo con salchicha, sopa maruchan, chicharrones y refresco; cenaron taquitos de frijoles con chorizo y té de canela. Agua simple toman todo el día, ellas se sirven”
Jalisco, Rural, Grupo III

“Ahora sí, si está comiendo así que se come una paleta, es que antes no comía dulces, no le llamaba la atención y ahora sí, ahora sí entra así a la casa y te pide una paleta, una galleta, casi siempre galletas y jugos, jugos sí se toma uno a diario, y galletas en veces, no siempre, unas dos o tres veces a la semana, es que dulce casi no come, no le gusta así mucho”
Chihuahua, Rural, Grupo II



- Falta de recursos para proporcionar ciertos grupos alimenticios a niñas y niños.

“Si hace falta algún alimento, mi esposo, que durante la pandemia se encontraba en el hogar, se trasladaba al pueblo para conseguirlo.”
Nayarit, Urbano, Grupo II

“Bak'intike chal ti jkereme " jti' ka'i chitom, jk'an ka'i alak”
Hay veces que mi hijo dice ´quiero comer cerdo, quiero comer pollo´...”
Chiapas, Urbano, Grupo IV

“A mi señorita la verdad le soy sincera, me gustaría que comieran otras cosas mejores, pero hay veces se puede y veces no... un jamoncito, un yogurt, cosas así... a veces el tío les trae de que llega de trabajar el sábado temprano, les trae una caja de yogurt...”
Puebla, Urbano, Grupo III

“Están más caros [los alimentos] subió mucho el pollo, la azúcar, el aceite, si el aceite costaba menos, le estaba yo diciendo que estaba barato, ahorita ya casi cuesta 50 el litro”
Puebla, Rural, Grupo III



- Baja disponibilidad de alimentos en las localidades con mayores problemas de accesibilidad

“Su papá trae fruta los sábados que cobra.. En la pandemia me dieron una despensa con arroz, frijol, azúcar, café, atún, leche en polvo, harina.”

Quintana Roo, Rural, Grupo II

“Me gustaría darles fruta más seguido, pero las frutas son escasas aquí”

Chihuahua, Urbano, Grupo I

“También me gustaría que comieran frutas porque en Huajicori no las venden.

Nayarit, Rural, Grupo II

“Quisiera darle más carne, queso, salchichas, leche, pero se me dificulta comprarlos aquí, y no tenemos refrigerador y si compramos alimentos que necesiten refrigeración se echan a perder”

Chihuahua, Rural, Grupo II



- Ausencia de conocimientos u orientación sobre nutrición a niñas y niños.

“Comió sopa, tortilla y bebió café; al medio día comió un plátano y en la tarde bebió avena, otras veces come frijol, nabo y otras verduras..”

Chiapas, Rural, Grupo IV

“Antes del año les di huevo y les di churros a los 7 meses”

Jalisco, Rural, Grupo III

“Desayunó huevo con winnies y licuado de plátano y chocomilk. ”

Chihuahua, Urbano, Grupo I

“Mi suegra también dice qué debe comer mi hija, actualmente sigo lactando, pero lo combino con caldos de camarón cocido y pollo que hace mi suegra para todos.”

Jalisco, Rural, Grupo II



En cuanto al cuidado de la salud:

- No es frecuente el control de niñas y niños sanos en los hogares, solo acuden al médico cuando se presenta alguna enfermedad.

“No, solamente si se enferman y no por cualquier cosa, por ejemplo, si les da gripa aquí le doy un té, casi dejo que se enfermen ese ratito...me llegó a pasar con las otras niñas que se enfermaban y luego luego iba a corriendo al doctor, ya que no todo es de médico, pero luego nada más es gasto...solamente que sea algo específico de tratar la llevo al médico”

Estado de México, Urbano, Grupo I

“De hecho el pediatra nos dice que la llevemos cada mes, pero...a revisiones, pero pues yo solo la voy a llevar cuando se enferme, confío en lo que nos receta y a medirla y así, al centro de salud y es que cada vez de que la llevo al pediatra pues nos cobra...400 la consulta y aparte el medicamento”

Puebla, Rural, Grupo II

“Cuando la veo cansada, que ya no quiere hacer nada. Veo yo que no está bien y la llevo con una curandera, es que veo que algo que tiene está pasando mal, no llevé con un doctor, como no tiene nada pues no tiene nada, cuando la veo con calentura le doy su pastilla... para el dolor de cabeza”

Chiapas, Rural, Grupo IV

“Nada más cuando se enferma lo llevo (médico), pues casi siempre lo llevo al centro de salud, pues casi siempre lo llevo al de la Nueva España, porque aquí casi siempre está bien lleno y casi nunca tienen y [...] ya si de plano hay mucha gente [...] ya lo llevo, hay aquí un doctor particular que está enfrente del templo, cobran barato, te cobran la consulta en 30 pesos y son genéricos y la medicina pues si, es muy barata, cuando lo he llevado al doctor no me gasto más de 200 pesos”

Jalisco, Urbano, Grupo III



- En los hogares no se percibe utilidad de las recomendaciones del personal médico sobre el control y seguimiento de la salud de niñas y niños.

“cuando se enferma nunca lo llevo al centro de salud, me desespera estar esperando a que toque el turno” y luego entra uno y para que te den solamente paracetamol”

Jalisco, Urbano, Grupo III



- Muy baja atención a la salud bucal de niñas y niños.

“En el caso de [niño] cuando le empezaron a salir los dientes, se le empezaron a pudrir todos, por ejemplo, en la parte de arriba no tiene arreglo, porque en cuanto le salían, estaba el diente cariado de la parte de arriba como desde la raíz, no sé a que se deba, y lo lleve con un dentista, pero pues no te imaginas le tendrían que quitar todo. Ahí en el seguro del IMSS siempre salen con que les falta material, por eso uno opta por irse a particular, que ir a estarse ahí las horas y salir igual”

Chihuahua, Urbano, Grupo II

“Sí los tiene picados, porque pues yo creo depende de lo que comía la mamá, faltó calcio yo creo, pues como no le ha dolido, yo dije sí le duele pues lo llevo pero no le han dolido”

Chihuahua, Rural, Grupo IV

“El que se me puso más grave de sus dientes fue [niño], pero ellas [niña] y [niña] no [...] como no me dicen que les duele, por eso no las llevo. Aquí no hay [dentista en salud pública] solamente hasta Palmar [la cabecera municipal]. Es algo caro cuando va usted a un particular, cuando de [niño] sí me gasté algo, cada consulta eran 500 [pesos] y como le pusieron de esos, como de fierrito, coronas, más o menos como 10,000 pesos”

Puebla, Urbano, Grupo III



- Esquemas incompletos de vacunación en localidades con problemas de accesibilidad

“Para nosotros es complicado salir de aquí para playa. A veces tenemos que caminar los 7 km hasta la carretera [para ir al Centro de Salud]”

Quintana Roo, Rural, Grupo II

“Hasta lo deje de llevar cuando vino la pandemia...es que dicen ya no los lleven a los niños...dicen que vienen a engañar hay vacunas, pero los matan los niños... yo me asuste, no quiero que mueran pues mis hijos, pero ya no es vacuna para los niños...dicen que son puras venenos...dicen... pero dicen que llevan años”

Chihuahua, Rural, Grupo IV

“Lek ono'ox chka'i, yu'un me tsmak ti chamel cha va'ne... "chalik ne". Ja' no'ox k'usie.. Ti jtsebe ch'abal ono'ox yich'oj ep ti akuxae...”

Ja' ti ch'abal chak'ik scartillae, ay veces yich'oj xa ono'ox, oy dos veces chak'ik. Ma'uk jech chak'bik xkaltik.

(Me parece bien porque previene la enfermedad, "dicen". Solo que...mi hija no tiene muchas vacunas, como no le dan cartilla, hay veces que ya tienen, hay veces que le aplican dos veces de lo mismo. No es como debería de ser”

Chiapas, Rural, Grupo III



- Prevalencia de automedicación para atender enfermedades y accidentes.

“Creo que solo con mi niño, le dio algodoncillo, pero ya tiene como 5 meses porque todavía no había nacido mi niña ...creo que lo automediqué nada más...pregunté en la farmacia [no lo llevó al centro de salud], porque como no atendían bien”

Chiapas, Urbano, Grupo I

“no, yo les doy aquí té, y les doy pastillas, paracetamol, a la niña también le doy paracetamol, yo los curo aquí en mi casa, y como nos dijeron en el seguro 'no traigan aquí a los niños porque hay mucho contagio', porque se pueden contagiar, ya ve que los niños se quitan el cubrebocas, pues no, yo los curo aquí en mi casa como yo puedo [...]

Yo no tengo quién me cuide a los niños en la mañana, y tengo que ir a apartar ficha, para que los podamos llevar a consulta y luego, a qué hora nos va a tocar la consulta, y con quién voy a dejar a la otra niña [...] si, se me hace batalloso [...]

Yo curo a mis hijos con pura bebida” Chiapas, Urbano, Grupo III

“Yayail: "vu'un ta jpich"
Abuela: "yo le reubico los huesos [si se tropieza o disloca]"

Chiapas, Urbano, Grupo IV

“Si solo es un dolor de panza solo les hago un té de hierbabuena y ya”

Nayarit, Urbano, Grupo IV



- Falta de recursos para atender gastos médicos de urgencia.

“Si hay dificultad [de recibir atención médica], por ejemplo, Eli se enfermó y la verdad no teníamos dinero y pues teníamos que llevarla a fuerza, entonces sí acudí a mi hermana a que me prestara dinero para llevarla al médico, sí, no es como que teníamos un ahorro, es que sí es como un problema de los gastos y todo”

Puebla, Rural, Grupo II

“[cuando [niño] estuvo internado] conseguimos el dinero [...] para poder pagar el gasto que se generó en lo de la internada. Iba muy malito, de aquí para acá [señalando la parte inferior de su cuerpo] iba muy helado [...] como estuvo dos días, fueron 11 mil pesos, entonces los conseguimos prestados y ahorita no he terminado de pagar, no llevo, yo creo, ni la mitad”

Chihuahua, Rural, Grupo IV

“Pues ahorita, la empecé a llevar hasta Ixta...hasta allá, hasta el otro pueblo...a veces me hago una hora y media en transporte...una vez igual se enfermó, pero aquí en Tlaxpa, que no había doctora que se había enfermado, pues tenía mucha calentura, la lleve a Ixta...fue gratis, nada más entregue una copia del CURP, me dieron medicamento...porque tengo que ir hasta Huauchi, Tulancingo [referente a que es difícil conseguir medicamentos en la localidad]...es lo único, porque aquí en Naupan a veces no hay los medicamentos que uno quiere o que le piden...regularmente a ella le compramos las medicinas, son como mil pesos, más a parte los gastos...Si se va a gastar algo, cuando no tiene uno pues ya ni modos, como le hace, pues pedimos prestado”

Puebla, Rural, Grupo III



- Baja disponibilidad de instituciones médicas para la atención de cuidados especializados en zonas rurales.

“Ya tiene mucho que [niña] no se me enferma...la última vez que me acuerdo que se enfermó, me parece que se enfermó de las vías urinarias, entonces la llevé aquí [al centro de salud pública], pero no le hizo el medicamento y tuvimos que llevarla con un pediatra hasta Cuauhtémoc”

Chihuahua, Rural, Grupo I

“Cuando pido medicamentos necesito consulta [es decir, que no le pueden dar medicamentos gratuitos en el centro de salud sin haber recibido ahí mismo una consulta], entonces, se me hace difícil sacar consulta porque en veces dicen 'hasta mañana venga' entonces...mejor compro...allá abajo, en farmacia”

Chihuahua, Rural, Grupo IV

“El doctor trabaja de lunes a jueves y los viernes no está, sábado y domingo la clínica está cerrada, no hay enfermera ni doctor, entonces pues en esos días si se llega a enfermar tienes que sacarla afuera, la vez pasada que se enfermó tuvimos que llevarla a Huauchinango...aquí en Pahuatlán es menos pasaje...pero de aquí tienes que caminar como hora y media, dos horas [además de tomar una combi] y a Huauchinango se va el transporte directo de aquí hasta allá...50 [pesos] de ida y 50 [pesos] de vuelta”

Puebla, Rural, Grupo III



- Falta de atención y diagnóstico en casos de limitaciones o discapacidades como problemas del lenguaje, aprendizaje, motricidad y visión.

“Nos dijeron que no iba a poder caminar ni hablar, nos dijeron que lo llevaríamos ahí (al CRIT) pero no lo llevamos porque pensamos que cobraban mucho, ya que nunca hemos visto que salga gente tarahumara de ahí”

Chihuahua, Urbano, Grupo IV

“Pues este caso ya son dos años que yo no puedo andar así, pues mucho así. O sea, si tengo que caminar y todo pero no me permite y llego hasta un límite de donde camino ya y es cansado. Tuve un accidente hace dos años, entonces fractura y nuevamente como hace un año, en rehabilitación, estar en reposo y eso después del año. Terapia. Sí, yo fui todo y resultó otra vez mal a los ocho meses, en seis meses me operaron de la rodilla, traía los ligamentos rotos.”

Jalisco, Urbano, Grupo III



En cuanto a la educación y el desarrollo infantil temprano

- Baja disponibilidad en los hogares de materiales que fomenten el aprendizaje.

“Para que aprendan sí les faltan colores, libros para dibujar, pintar ”

Puebla, Urbano, Grupo III

“No tienen [libros infantiles o para colorear], yo les he comprado en las papelerías, que libritos de esos de monos, para colorear, todo eso, pero de la escuela, no, no tienen. Quién sabe si darán allá [en el kínder donde estudiarán]o tiene que comprarlos uno”

Chihuahua, Urbano, Grupo III

“Tiene una sonajita o luego ve que le doy vasos o algo con qué entretenerlo, una bolsa, algo que haga ruido... Yo digo que va bien, porque luego ya le enseñamos las cosas o luego le digo, 'ya vamos a contar dedos', o luego está como contándolos él solito y le da risa, o luego tú te ries y le dices que se eche sus carcajadas, y luego también está gritando.”

Puebla, Rural, Grupo III



- Baja interacción con personas adultas en actividades que fomenten el aprendizaje.

“No hay quién lleve al niño a las actividades que le ayudarían. Si yo estuviera joven me lo subo al camión y vámonos. Pero no es fácil moverlo, porque en cualquier momento hace berrinche, se tira y ¿Cómo lo levantas? Ni siquiera para pagarle a alguien que me ayude con su desarrollo porque apenas si luego nos alcanza. Este no interactúa mucho, le gusta estar encerrado en su cuarto, no le gusta interactuar con nadie, el solo. ”

Jalisco, Urbano, Grupo IV

“En cuestión de objetos pues yo creo que no, sería más atención, ¿no? de parte de su mamá más que nada... dicen que ahora sí en realidad los maestros son los padres”

Puebla, Urbano, Grupo IV



- Falta de información sobre actividades y objetos que apoyen el aprendizaje en los hogares.

“pues por el momento no, porque ya tiene 1 año 8 meses y todavía no camina, cuando la llevaba yo al centro de salud estaba lo de estimulación temprana, y cuando el trascurso de la pandemia ese programa no estaba, hasta apenas ahora que le tocó su última vacuna me dijeron ”

Jalisco, Urbano, Grupo IV

“yo siento que ha sido normal, y lo que sí le está costando mucho a lo mejor es su educación, por lo mismo de que yo no estoy es que deje el pañal, porque se supone que este año ya debió de entrar al kínder, pero no me la aceptan porque no ha dejado el pañal”

Puebla, Urbano, Grupo IV



- Ausencia de diagnósticos a niñas y niños con síntomas de problemas con el desarrollo del lenguaje y aprendizaje.

“Ah pues el niño este me dijeron, el problema que tiene el niño, que tiene la lengua pegada pa’ abajo,

Chihuahua, Urbano, Grupo III

“Le costó trabajo el desarrollo motor, y le está costando trabajo el lenguaje por que por ejemplo, ella ya ahorita debería de pronunciar muy bien la P, diferenciar la P de la B, diferenciar la R de la T, la V de vaca no la sabe usar y, no se come las vocales, se come las consonantes y a su edad ella debería de tenerlas”

Chihuahua, Urbano, Grupo I

“en la escuela casi nunca podía aprender, siempre le costó trabajo y todavía le cuesta poquito, pero ya va mejorando”

Chihuahua, Rural, Grupo II

“Va un poco atrasado pero por el problema del lenguaje... diría yo.”

Nayarit, Urbano, Grupo I



- Baja disponibilidad de servicios de cuidados especializados.

"[Por su trastorno del espectro autista] No puede asistir a un kínder convencional, porque avienta todo, grita de la nada, de repente llora y llora, desde la mañana. Avienta la tierra de las macetas, hace un tiradero de comida. "

Jalisco, Urbano, Grupo IV

"[la más cercana] está en Cuauhtémoc, pero hay que inscribirlos, pero están en lista de espera, porque hay muchas personas que tienen, no nada más autismo, sino síndrome de Down, o alguna otra discapacidad y hay muchas personas que queremos eso para nuestros hijos [...] allá entonces sí sería un gasto muy fuerte"

Chihuahua, Rural, Grupo IV

"Para llevarla a otra institución tendría que ser hasta el municipio de Acatzingo que es donde sí hay escuela para discapacitados [...] como a media hora [...] de pasaje son como 50 pesos de pasaje de aquí a allá"

Puebla, Urbano, Grupo IV

"Me dieron una hoja en el hospital, que lo tenía que llevar a Puebla a varias revisiones, la verdad no lo llevé por falta de recursos [...] entonces fue cuando me mandaron a traer del centro de salud [...] pero haga de cuenta que no, yo lo veo bien pero ellos me dijeron 'es que ahorita no se le va a ver, pero así como va pasando el tiempo, se le va a ver, se e va a notar lo que él padece"

Puebla, Urbano, Grupo III



En cuanto a los servicios de cuidado infantil:

- Baja o nula disponibilidad de guarderías en localidades de prevalencia de carencia a la seguridad social.
- No se identificaron hogares que utilicen servicios de guarderías o de centros de atención infantil.

"Mu jkomtsan kol ta guarderiae, ta escuela li'e tana yu'un tee oy ep oloetik chk'otik. Te chkom jmala ta pat escuela..."

(No confié en las guarderías, en las escuela de aquí sí porque ahí hay muchos niños. Me quedaría ahí a esperar que salga de su escuela"

Chiapas, Rural, Grupo IV

"A mi si me gustaba que asistiera a la guardería porque estaba aprendiendo mucho, y si le daban sus medicamentos, pero ya no lo seguimos llevando porque no podíamos pagar"

Chihuahua, Urbano, Grupo IV

"La guardería...antes eran de gobierno, pero justo cuando llevábamos 5 meses ahí, le pagaron, como que, nada más la mitad...igual no se complicó pero un poquito más sí, porque subieron las cuotas, aparte de lo que nos daba el gobierno, yo pagaba un adicional más"

Chihuahua, Rural, Grupo IV

"no hay... si porque yo estuve investigando... pero no, no hay... solo que le digas a alguien que te la cuide y ya pero es informal... no una institución"

Puebla, Rural, Grupo II



- Desconfianza para dejar a niñas y niños al cuidado de otras personas no familiares.

“No, no le tengo confianza [a nadie] y no se queda [con nadie], no le tengo confianza absolutamente a nadie para dejarles a Heinrich nada más con ellos [el núcleo familiar]”

Chihuahua, Rural, Grupo IV

“lo que veía yo en las noticias, no en todas las guarderías cuidan bien a tu hijo...soy mamá primeriza y no tengo la confianza de dejar con cualquier persona a mi niña”

Estado de México, Urbano, Grupo III

“Una jornada completa no [dejarlos con alguien], no por mis hijos, es que en estos tiempos ya en nadie hay que confiar, entonces no, no me atrevo y me da mucho miedo dejar a mis hijos con alguien y que algo les pase”

Puebla, Urbano, Grupo IV

““Chi xi' xkikta stukik, ak'o mi muk'tik xa pe chi xi' mi oy buch'u xtal sibtasatikuk ta na, chi xi' tajek”

“(Me da mucho miedo dejarlos solos, aunque ya esten grandes pero temo que venga alguien a asustarlos en la casa, tengo mucho miedo)”

Chiapas, Urbano, Grupo III



Referencias

- Ángeles, G., Gadsden, P., Galiani, S., Gertler, P., Herrera, A., Kariger, P., & Seira, E. (2011). Evaluación de impacto del programa estancias infantiles para apoyar a madres trabajadoras. Informe final de la evaluación de impacto, CIEE e INSP. <https://docplayer.es/16190229-Evaluacion-de-impacto-del-programa-estancias-infantiles-para-apoyar-a-madres-trabajadoras.html>
- Araujo, M. C., y López-Boo, F. (2015). Los servicios de cuidado infantil en América Latina y el Caribe. *El trimestre económico*, 82(326), 249-275. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-718X2015000200249&script=sci_arttext
- Calderón, M., Moreno, C., y Rojas, C. (2005). Consumo de alimentos según condición de pobreza en mujeres en edad fértil y niños de 12 a 35 meses de edad. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 22(1), 19-25. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342005000100004
- Cejudo, G. (Coord.) (2017) Diagnóstico sobre el problema público en materia de cuidados en México. Centro de Investigación Y Docencia Económicas (CIDE). <http://aga.funcionpublica.gob.mx/aga/Home/Documento?doc=A2%20Diag%C3%B3stico%20cuidados%20M%C3%A9xico%20CIDE.pdf>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2016). Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México. https://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/INFORMES_Y_PUBLICACIONES_PDF/Metodologia_Multidimensional_web.pdf
- _____ (2018). Principales retos en el ejercicio del derecho a la vivienda digna y decorosa. Ciudad de México: CONEVAL. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Dosieres_Derechos_Sociales/Retos_Derecho_Vivienda.pdf
- _____ (2022) Anexo estadístico de pobreza en México, Anexo estadístico 2016 – 2020. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/AE_pobreza_2020.aspx
- CONEVAL y UNICEF (2022). Diagnóstico y mapeo de evidencia sobre cuidado infantil: CONEVAL, 2022.
- Cumming, O., y Cairncross, S. (2016). Can water, sanitation and hygiene help eliminate stunting? Current evidence and policy implications. *Maternal & child nutrition*, 12, 91-105. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/mcn.12258>
- Dirección General de Epidemiología (2022). Datos abiertos <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>
- Dirección General de Epidemiología (2022). Datos abiertos recuperado en <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>

- Escobedo, N. (2020). Recomendaciones para el diseño de espacios públicos para la infancia. Ciudad de México: Tecnológico de Monterrey, Fundación FENSA. https://issuu.com/clab.norte/docs/guia_recomendaciones_diseno
- Estupiñán Aponte, M. R. (2014). Niños y niñas como cuidadores familiares. <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156302009.pdf>
- Faur, E. (2015). La organización social del cuidado infantil. Diálogos del SIPI: Conversación con Eleanor Faur. <http://equidadparalainfancia.org/wp-content/uploads/2016/03/SIPI-2015-Conversaci%C3%B3n-con-Eleanor-Faur.pdf>
- García, B., y Pacheco, E. (2016). García, Brígida y Edith Pacheco (coords.). (2014). Uso del tiempo y trabajo no remunerado en México. México: El Colegio de México, ONU-Mujeres / Inmujeres. Estudios Demográficos y Urbanos, 31(3). pp.861-870. <https://doi.org/10.24201/edu.v31i3.1656>
- Gómez Santa, G. M., y Agudelo Bedoya, M. E. (2017). Redes familiares y vecinales para el cuidado de niños y niñas.
- González de Cosío, T., Escobar-Zaragoza, L., González-Castell, L. D., & Rivera-Dommarco, J. Á. (2013). Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. salud pública de méxico, 55(supl 2), S170-S179. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v55s2/v55s2a14.pdf>
- Haber M, Vazquez M, Medina C. Calidad de la atención a madres de recién nacidos con bajo peso. MEDISAN 2012;16(9):1333.
- H. Congreso de la Unión de la Cámara de Diputados (2018). Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil (24 de octubre de 2011). Última reforma 25 de junio de 2018. Diario Oficial de la Federación. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPSACDII_250618.pdf
- H. Congreso de la Unión de la Cámara de Diputados (2021). Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Obtenido de: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA.pdf>
- Hernández, R., et al. (2014). Metodología de la investigación. UCA. Sexta Edición. Obtenido de <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Heckman, J. (2010) Effective Child Development Strategies, disponible en: <http://artscimedia.case.edu/wp-content/uploads/sites/35/2014/02/14194019/Heckman-article-2010-child-development-strategies.pdf>
- Heckman, J. y Masterov, D. V. (2007). The productivity argument for investing in young children.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2020). Nota técnica. Estadísticas de defunciones fetales 2020. Ciudad de México: INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/mortalidad/doc/defunciones_fetales_2020_nota_tecnica.pdf

- ____ (2022a). Estadística de nacimientos registrados 2021. Ciudad de México: INEGI. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/NR/NR2021.pdf>
- ____ (2022b) Subsistema de Información Demográfica y Social. Mortalidad. https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#Datos_abiertos
- ____ (2020c). Censo de Población y Vivienda. Obtenido de Censo de Población y Vivienda: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#:~:text=El%20Censo%20de%20Poblaci%C3%B3n%20y,viviendas%20para%20obtener%20informaci%C3%B3n%20sobre>
- ____ (2022d). Glosario de proyectos estadísticos. Obtenido de Glosario de proyectos estadísticos: <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=censos2005>
- INEGI, INSP y Secretaría de Salud (2020). ENSANUT Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 Resultados Nacionales. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
- Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) (s.f) El sistema nacional de cuidados: un potenciador para el bienestar. Proyecto de Ley General del Sistema Nacional de Cuidados.
- INMUJERES y ONU-Mujeres. (2018). Bases para una Estrategia Nacional de Cuidados. Instituto Nacional de las Mujeres. Obtenido de <https://mexico.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2019/10/bases-estrategia-cuidados>
- Instituto Nacional de Salud Pública y Unicef México. 2016. Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015 - Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Salud Pública y Unicef México.
- Keegan, A. Por qué el agua, el saneamiento y la higiene son fundamentales para el desarrollo de los niños pequeños.
- Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes reformada 23 de marzo de 2022.
- Masís, P. S., y Vargas, M. U. (2007). Papel social de las abuelas en el seno familiar: percepciones de un grupo de mujeres mayores residentes en comunidades urbanas de Costa Rica. https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Papel_social_de_las_abuelas.pdf
- McGoldrick, M., y Gerson, R. (1993). Genogramas en la evolución familiar. Editorial Gedisa. [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=HfQyEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA11&dq=McGoldrick,+M.,+y+Gerson,+R.+\(1997+1993\).+Genogramas+en+la+evoluci%C3%B3n+evoluci%C3%B3n+familiar.+Editorial+Gedisa&ots=7k9r9CGh3Z&sig=21DRmmJvWqt6JodDqx5DI7e5VM#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=HfQyEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA11&dq=McGoldrick,+M.,+y+Gerson,+R.+(1997+1993).+Genogramas+en+la+evoluci%C3%B3n+evoluci%C3%B3n+familiar.+Editorial+Gedisa&ots=7k9r9CGh3Z&sig=21DRmmJvWqt6JodDqx5DI7e5VM#v=onepage&q&f=false)
- Michel, C., Torres, N., Lugo, D., y Cejudo, G. (2020). Marco analítico y metodología para diagnosticar las brechas en los cuidados en municipios de México. Ciudad de México: Laboratorio Nacional de Políticas Públicas -Centro de Investigación y Docencia Económicas.

- Myers, R. G., Martínez, A., Delgado, M. A., Fernández, J. L., y Martínez, A. (2013). Desarrollo infantil temprano en México: diagnóstico y recomendaciones. <https://publications.iadb.org/es/publicacion/14711/desarrollo-infantil-temprano-en-mexico-diagnostico-y-recomendaciones>
- OMS y Unicef. (2018). Cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia: Un marco mundial para acción que vincula Sobrevivir y Prosperar para transformar la salud y el potencial humano. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia de la Organización de las Naciones Unidas. <https://www.Unicef.org/nicaragua/informes/cuidado-cari%C3%B1oso-y-sensible-para-el-desarrollo-en-la-primera-infancia>
- Pérez-Cuevas, R., y Muñoz-Hernández, O. (2014). Importancia de la salud pública dirigida a la niñez y la adolescencia en México. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 71(2), 126-133. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462014000200010&script=sci_abstract&tlng=pt
- Pisanty-Alatorre, J. (2017). Inequidades en la mortalidad materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal. *Salud pública de México*, 59, 639-649. <https://www.scielosp.org/article/spm/2017.v59n6/639-649/>
- PNUD. (2021). Madres trabajadoras y COVID-19: Efectos de la pandemia en circunstancias de teletrabajo en México. México: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. <https://bit.ly/3IOkfkT>
- Raymond, G. (2010). Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité, sous la direction de Pascale Molinier, Sandra Laugier et Patricia Paperman. *Sociétés et jeunesses en difficulté. Revue pluridisciplinaire de recherche, (hors série)*. <https://journals.openedition.org/sejed/6658>
- Ríos Cázares, G. (2020). *El Derecho Humano al Cuidado, Tesis doctoral en Ciencias en Salud Colectiva*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Ríos-Cazares G; López-Moreno S. (2018). Comprendiendo el Cuidado y los cuidados desde la Salud Colectiva. En J. S. (coord.), *Salud Colectiva en México; quince años del doctorado en la UAM* (págs. 127-156). México: Universidad Autónoma Metropolitana
- Rubio-Codina, M. (22 de abril de 2019). Estudio pionero sobre la calidad de los servicios para la infancia en México. *Primeros Pasos*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). <https://blogs.iadb.org/desarrollo-infantil/es/cuidado-infantil-en-mexico/>
- Sánchez, C. I. C., y Sepúlveda, P. D. L. M. V. (2019). La organización social del cuidado de la infancia en sectores vulnerables de Bogotá. *Cultura de los cuidados*, 23(53), 142-155. <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2019-n53-la-organizacion-social-del-cuidado-de-la-infancia-en-sectores-vulnerables-de-bogota>
- Santa, G. M. G., y Bedoya, M. E. A. (2017). Redes familiares y vecinales para el cuidado de niños y niñas. *Infancias imágenes*, 16(1), 60-71. <https://geox.udistrital.edu.co/index.php/infancias/article/view/11457>

- Secretaría de Desarrollo Urbano (2019). Criterios Técnicos para una vivienda adecuada. Ciudad de México: Gobierno de México. <https://www.gob.mx/sedatu/documentos/criterios-tecnicos-para-una-vivienda-adecuada>
- Secretaría de Educación Pública (SEP). (2017). Aprendizajes Clave para la educación integral. Educación Inicial: Un buen comienzo. Programa para la educación de las niñas y los niños de 0 a 3 años. Ciudad de México.
- Sedó, P., y Ureña, M. (2007). Papel social de las abuelas en el seno familiar: percepciones de un grupo de mujeres mayores residentes en comunidades urbanas de Costa Rica. Escuela de Nutrición. https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Papel_social_de_las_abuelas.pdf
- Suarez Cuba, M. (2010). El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. Revista Médica La Paz, 16(1), 53-57. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582010000100010
- Supervisión de Centros de Atención Infantil (SUPCAI,2021). Mapa de las Supervisiones de los Centros de Atención Infantil SUPCAI MAPAS (dif.gob.mx)
- The Lancet. (2017). Apoyando al Desarrollo de la Primera Infancia: de la ciencia a la aplicación a gran escala: The Lancet. <https://es.slideshare.net/EscuelaDeFiscales/the-lancet-apoyando-el-desarrollo-en-la-primera-infancia-florencia-lopez-boo>
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C., Celdrán, M., Pinazo, S., Conde, L., y Montoro-Rodríguez, J. (2008). Las abuelas/os cuidadores de sus nietos/as: tareas de cuidado, beneficios y dificultades del rol. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 4(1), 455-464. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832319049.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Unicef. (2006). Unicef Comité Español. Obtenido de Convención de los Derechos del niño: <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>.
- _____(2014) Primera Infancia: los primeros años de vida son determinantes en el desarrollo de niñas y niños. <https://www.unicef.org/mexico/primera-infancia>
- _____(2019a). Cuidado para el desarrollo infantil. Mejorar el cuidado y la atención de niñas y niños pequeños. Panamá: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. <https://www.Unicef.org/lac/media/8501/file/Prefacio.pdf>
- _____(2019b). Niños, alimentos y nutrición. Crecer bien en un mundo en transformación. Panamá: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Resumen. https://www.Unicef.org/lac/media/9821/file/IdentificarLasDesigualdadesParaActuar_Resumen.pdf
- _____(2021a). Informe anual Unicef México 2020. Un recuento de nuestras actividades más significativas en 2020. (Unicef, Informe anual Unicef México 2020. Un recuento de nuestras actividades más significativas en 2020, 2020) <https://www.Unicef.org/mexico/informes/informe-anual-Unicef-m%C3%A9xico-2020>.

_____ (2021b). Reapertura y continuidad del cuidado infantil y aprendizaje temprano una prioridad en la región. Panamá: Unicef. <https://www.Unicef.org/lac/informes/reapertura-y-continuidad-del-cuidado-infantil-y-aprendizaje-temprano-una-prioridad-en-la>

_____ (2022). Campaña. Prohibición del castigo corporal y trato humillante. La violencia no educa. <https://www.Unicef.org/mexico/prohibici%C3%B3n-del-castigo-corporal-y-trato-humillante#:~:text=Los%20castigos%20corporales%20o%20f%C3%ADsicos,otro%20acto%20que%20tenga%20como>

Van der Gaag, J. (2001). El desarrollo infantil temprano: una perspectiva económica. Desarrollo Infantil Temprano.

WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

Zuta Arriola, N., Rojas Salazar, A. O., Mori Paredes, M. A., y Cajas Bravo, V. (2019). Impacto de la educación sanitaria escolar, hacinamiento y parasitosis intestinal en niños preescolares. *Comunicación*, 10(1), 47-56. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2219-71682019000100004