

Atención Primaria de la Salud para la primera infancia: elementos de una política desarrollada en un gobierno local de la Ciudad de México, 2018-2021

Edgar Rodolfo Bautista Jiménez* • Miriam Jacqueline Villarruel Ortega
Patricia Zavaleta Ramírez*** • Fabiola Soto Villaseñor****
Rolando Rivera González*******

RESUMEN

En México, en el año 2018, dio inicio un proceso de transformación nacional. Dicho proyecto influyó en las políticas de salud, adquiriendo matices específicos en los niveles estatal y local. El presente trabajo tiene como objetivo dar a conocer los elementos teórico-metodológicos y los resultados de una política pública dirigida a la primera infancia, desarrollada entre 2018 y 2021 en un gobierno local de la Ciudad de México. Esta experiencia se llevó a cabo desde los planteamientos de la Atención Primaria de la Salud Integral e Integrada planteada a nivel nacional y guiada por los principios de la Salud Colectiva. Entre los principales resultados destacan la creación de un Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil (Centro Xiltol), un programa social y un abordaje teórico metodológico para atender a la primera infancia basado en la APS, el cuidado y la participación comunitaria. Estos logros, requirieron, la articulación de instituciones federales, estatales y locales que, bajo un enfoque basado en derechos, avanzaron en la garantía del derecho a la salud y a una vida plena para las infancias de la demarcación.

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria de Salud en México, Políticas de Salud, Interés Superior de la Niñez, Desarrollo Infantil, Biopolítica Afirmativa.

* Secretaría de Ciencia Humanidades Tecnología e Innovación. Correo electrónico de contacto: edgar.bautista@secihti.mx

** Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo electrónico de contacto: mvillarruel@correo.xoc.uam.mx

*** Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. Correo electrónico de contacto: zavaletarp@gmail.com

**** Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo

electrónico de contacto: fsoto@correo.xoc.uam.mx

***** Instituto Nacional de Pediatría y Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo electrónico de contacto: rolandorivera66@gmail.com

Fecha de recepción: 19 de enero de 2025.

Fecha de aceptación: 26 de marzo de 2025.

Primary Health Care for Early Childhood: Elements of a Policy Developed in a Local Government of Mexico City, 2018-2021

ABSTRACT

In Mexico, a process of national transformation began in 2018. This project influenced health policies, acquiring specific nuances at the state and local levels. The objective of this paper is to present the theoretical-methodological elements and results of a public policy aimed at early childhood, developed between 2018 and 2021 in a local government of Mexico City. This experience was carried out from the perspective of national Primary Health Care and Collective Health. The main outcomes include the establishment of a Center for the Promotion and Care of Child Development (Centro Xiltol), a social program, and a theoretical-methodological approach to address early childhood development based on primary health care (PHC), caregiving and community participation. These achievements required the coordination of federal, state, and local institutions, which, under a rights-based approach, made progress in ensuring the right to health and a full life for children in the region.

KEYWORDS: Primary Health Care in Mexico, Health Policies, Best Interests of the Child, Child Development, and Affirmative Biopolitics.

Introducción

Las políticas de salud pública en México, a partir de la segunda mitad del siglo XX, han abordado los problemas de salud desde una perspectiva basada en la *enfermología* pública que tiene como presupuestos filosóficos la enfermedad y la muerte, privilegia el método positivista para explicar el riesgo de enfermar y reconoce el poder del Estado como fuerza privilegiada para prevenir la enfermedad (Granda, 2001, 2004), en consecuencia, la resolución de los problemas se ha realizado desde la atención biomédica y la prestación de servicios de salud, que a partir de la década de 1980 se vieron afectadas por reformas neoliberales al sistema de salud mexicano (López, 2017; López, y Jarillo, 2017). Las políticas públicas de salud dirigidas a la primera infancia no han sido ajenas a estos planteamientos de atención - desatención (Hersch y Salamanca, 2022).

El reconocimiento de la crisis del Modelo Médico Hegemónico (MMH) (Menéndez, 1988) y la emergencia de enfoques como la perspectiva de Derechos Humanos (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1948; 2000), la Atención Primaria de la Salud (APS) (ONU, 1978), la Promoción de la Salud (OMS, 1986) y la Determinación Social de la Salud (Laurell, 1981) han tenido un leve reconocimiento en las últimas décadas en el ámbito de las agendas nacional e internacional. El triunfo electoral de la izquierda en México del año 2018 (a nivel federal, estatal en la Ciudad de México y local en la alcaldía Tlalpan), permitió que dichos modelos y estrategias emergentes se convertirán en pilares de la política en salud del país: en un primer momento, con la propuesta de Atención Primaria de Salud Integral e Integrada conocida como APS-I Mx (SSA, 2019), y en un

segundo momento, con la creación del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MÁS-Bienestar) (DOF,2022; López y Delgado, 2024).

En la primera parte de este texto se exponen los elementos teóricos entre los que destacan la Atención Primaria a la Salud, la Salud Colectiva y la biopolítica. En la segunda parte se presentan elementos del diseño e implementación de una política de Atención Primaria de la Salud dirigida a la primera infancia desarrollada entre 2018 y 2021 por el gobierno local de la Alcaldía Tlalpan, en la Ciudad de México. Por último, se presentan conceptos emergentes de la política implementada que posibilitan imaginar políticas públicas basadas en las personas.

Esta iniciativa local, buscó alinearse y llevar a cabo las políticas federales, agregando un sello particular, los postulados de la Salud Colectiva, que se centran en presupuestos filosóficos que incluyen la morbilidad y mortalidad, pero van más allá, ponen atención en la salud, el cuidado y la vida, con la intención de crear políticas *con* y *para* la población, no *sobre* la población, por lo que a las infancias y sus cuidadores, se les concibe como constructores de conocimiento, salud y ciudadanía.

Fundamentos teóricos

Atención Primaria de la Salud Integral e Integrada

La APS desarrollada en 1a década de 1970, ha transitado por distintas interpretaciones y caminos y se bifurca en dos grandes corrientes: una APS restringida (APS-R), promovida por UNICEF basada en el aseguramiento y paquetes restringidos de servicios costo-efectivos, con énfasis

en la atención médica o la persona, y otra, la APS Integral e integrada (APS-I), promovida por la OPS en 2009 y desarrollada particularmente en América Latina, manteniendo los planteamientos originales de la declaración de Alma Ata como la aspiración de lograr el acceso universal, efectivo y equitativo a los servicios de salud (SSA, 2019).

La APS-I es una política de salud territorializada que cuenta con fuertes componentes de organización y participación social, se centra en la persona, la familia y la comunidad, parte de “las necesidades de salud de la población, considera los determinantes sociales, con énfasis en la educación promoción y prevención, contando con una red de prestación de servicios con la coordinación asistencial entre el primer nivel de atención y los servicios especializados” (SSA, 2019:21).

En México, se transita de una APS - R a una APS-I a partir del año 2018 generando la APS - I MX que contempla aspectos particulares, dicha estrategia “engloba y amplifica los trabajos de los actores y acciones que se encuentran destinados para la atención de la salud, mediante el uso de los bienes e insumos necesarios para diagnosticar y tratar los padecimientos de salud” (SSA,2019:42). El modelo de APS - I MX “inicia desde el primer contacto con la persona para la prevención y promoción para conservar la salud y una vez que la condición de salud lo requiere, continúa con la atención ambulatoria primaria, para aumentar según la complejidad y especialización” (ver figura 1) (SSA, 2019: 42).

Para este modelo, es crucial el trabajo coordinado e integral de la comunidad y del sector salud, así como contar con las redes y la participación constante de los agentes de salud, dicho trabajo se realizaría a partir de los Distritos de Salud (DS) y

Figura 1. Modelo de Atención APS-I Mx, estrategia mexicana.

Fuente: SSA (2019:42).

promoviendo un cambio que implica pasar de un modelo centrado en la atención intrahospitalaria a un modelo de base comunitaria:

La nueva propuesta es consolidar el tránsito de un modelo centrado en la atención intrahospitalaria a un modelo cuya base se conforme en la comunidad con mayor énfasis en las acciones de promoción y prevención, en el mismo sentido de que promueve y potencializa la resolución ambulatoria de los problemas de salud al fortalecer la atención de primer nivel, con mayor capacidad resolutoria, sin descuidar la atención hospitalaria (SSA, 2019:48).

El modelo ubica a la persona como parte fundamental de la familia, la familia de la comunidad y la comunidad como soporte de la persona, por lo que se plantea articular e integrar el enfoque familiar y comunitario como base del sistema de salud, fortaleciendo la acción comunitaria y la participación de promotores de salud (SSA, 2019). A este modelo se agrega el enfoque en las Redes Integradas de Servicios de Salud desde la cual se establecen las bases de una comunicación y códigos comprensibles entre el personal de salud y la población (2019).

Salud Colectiva y Salud Pública convencional

La Salud Colectiva (SC) es una corriente de pensamiento crítico en salud que se desarrolló a partir de la década de 1970, es un campo científico y ámbito de prácticas abierto a la incorporación de propuestas innovadoras, es un “conjunto articulado de prácticas, técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación conformadas por distintas corrientes de pensamiento resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud” (Granda, 2004). La SC también es conocida como Medicina Social (MS), a la que en el caso de México se le considera su núcleo académico fundacional (Jarillo y López, 2018). En otras latitudes, se le describe como “Salud Pública Alternativa”, esto en referencia a la necesidad de distanciarse e ir más allá del horizonte de la Salud Pública Convencional.

Dentro del campo académico ha consolidado un conjunto de planteamientos conceptuales sobre los problemas de la salud y enfermedad y la respuesta social generada para enfrentarlos, en ese sentido, la determinación social representa “el pilar más sólido ubicado en el centro del núcleo explicativo e interpretativo tanto de las condicio-

Tabla 1. Diferencias entre la Salud Pública Convencional y la Salud Colectiva

Características	Salud Pública Convencional	Salud Colectiva
Presupuesto filosófico	La enfermedad y la muerte	La salud, el cuidado y la vida
Método y tradición	Positivista, medicina basada en la evidencia, estructural funcionalista	Teoría crítica, hermenéutica, Materialismo histórico
Epidemiología	Clásica o tradicional	Crítica y sociocultural
Papel del estado	Poder privilegiado	Participación de la población
Salubrista	Interventor técnico normativo	Intérprete mediador
Teoría de la causalidad	Conjunción de factores de riesgo	Subsunción de lo biológico a lo social
Pedagogía	Convencional o dominante	Crítica y popular
Promoción de la salud	De mercado, oficial y empoderante	Emancipadora y ciudadana

Fuente: Elaboración propia a partir de Granda (2001, 2004).

nes de salud enfermedad colectiva, como de las políticas y prácticas en salud de la sociedad” (Jarrillo y López, 2018: 10). En la Tabla 1 se describen algunas diferencias entre las que destacan sus presupuestos filosóficos, metodologías, noción de salubrista y papel del estado en la resolución de los problemas de salud. Es importante mencionar que ambas corrientes de pensamiento han realizado grandes aportes a la salud poblacional, que en algunos casos hacen sinergia y en otros son antagónicos, sobre todo cuando a nombre de la ciencia, la biomedicina y/o la Medicina Basada en la Evidencia, se desdeñan y subordinan otras formas de cuidar, atender la enfermedad y sanar.

La siguiente caracterización realizada por el Dr. Granda, describe el sentido de la Salud Colectiva:

Es una profunda vocación por transformar nuestra acción en un quehacer humano profundamente comprometido con la vida y con el cuidado de la enfermedad de nuestras poblaciones (una militancia socio-política, en las pa-

labras de Testa); es un intento de construirnos como sujetos salubristas en función a respetar individualidades y apoyar la construcción de ciudadanos; es un intento por crear espacios de aprendizaje para multiplicar las fuerzas del compromiso; es buscar el desarrollo de las ciencias de la salud para potenciar con ellas el desarrollo de la salud y la felicidad, así como la disminución del sufrimiento de los enfermos y controlar las enfermedades controlables; es el empeño porque nuestras instituciones tengan sabor a nosotros a pesar de que cada día nos quieren convencer que no vale la pena lo humano. Esa cosa llamada Salud Colectiva, es algo que vale la pena darle cariño e impulsar su crecimiento porque en última instancia es crear “aquello” que es una gran realidad: la solidaridad para generar el mundo que soñamos (2004, párr. 80).

El cuerpo conceptual de la salud colectiva ha adquirido fortaleza y se ha constituido progresivamente en una práctica académica, ideológica

y política con presencia y reconocimiento en diversos ámbitos, lo que ha implicado el fortalecimiento de la salud de las colectividades (Jarillo y López, 2018).

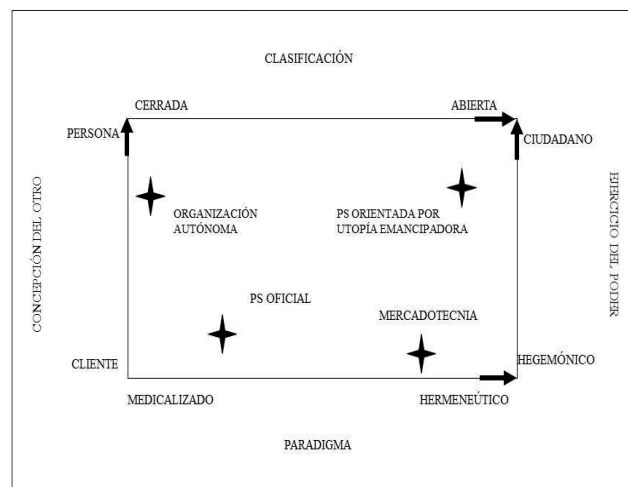
La política pública y las personas “beneficiarias”

Cuando se realizan políticas públicas, diversas disciplinas han puesto la mirada en la forma en que se concibe a las personas beneficiarias de las políticas. La perspectiva de la promoción de la salud emancipadora plantea que quienes realizan los programas o políticas miran al otro, lo piensan, lo conciben en relación consigo mismo, de tal manera que “en la concepción del otro, el agente que lo concibe se está mirando a sí mismo y a la manera de existir en el mundo”. Para el caso de la Promoción de la salud, el otro puede ser concebido como cliente, población, usuario, paciente, derechohabiente, persona, familiar, ciudadano u otro, cada una de esas concepciones corresponde a una concepción de sí mismo, vendedor, organi-

zador, trabajador, prestador de servicios, personal de salud” (Chapela, 2010:156).

Es poco frecuente que las personas o instituciones que realizan intervenciones en promoción de la salud, se cuestionen el concepto del otro (cliente-persona), el paradigma desde el cual miran el mundo (medicalizado-hermenéutico), la forma de clasificar (cerrada-abierta) y el ejercicio de poder (hegemónico-ciudadano) (ver Diagrama 1). Para este último tópico, se pueden ilustrar concepciones polares sobre cómo se relacionan con el poder: se validan, fomentan y participan en la acumulación del poder hegemónico o fomentan y participan en la construcción de un poder ciudadano, en donde “los agentes sociales estén participando en la construcción de la ciudad, el espacio común en donde las tecnologías del yo están construidas mediante procesos reflexivos, ejercicio de las prácticas de la libertad, el cuidado de sí y por ende el cuidado del otro” (Chapela, 2010: 157).

Diagrama 1. Región epistémica de distintas prácticas de promoción de la salud



Fuente: Chapela modificado (2010: 157).

Esta clasificación se encuentra en el contexto de una discusión abierta sobre la manera de entender y practicar la promoción de la salud, reconoce a la carta de Ottawa como el referente más importante a nivel internacional (OMS, 1986). No obstante, reconocemos las potencialidades y limitaciones de las acciones. Ya que en la medida en qué se avanza en la claridad teórica, se despliegan acciones en diversos niveles y dominios de la realidad, en el cuadro 1 se presentan algunas clases de promoción de la salud y sus dimensiones a partir de las cuales se clasifica la PS, entre las que destacan la naturaleza de conocimiento y de la sociedad, el momento histórico, el paradigma, la concepción de la otredad y las formas de ejercicio del poder.

Biopolítica afirmativa y creación de nuevas instituciones

Otro referente fue el de la filosofía política, específicamente el de la Biopolítica Afirmativa (Esposito, 2009, 2012, 2013; Bautista, López y Soto, 2018). Esta noción, tiene como antecedente el biopoder, que sitúa a la política como un asunto del poder sobre la vida y describe los mecanismos por medio de los cuales se normalizan y regulan los rasgos biológicos de la especie

humana (Foucault, 2001). El biopoder puede y debe ser ubicado en tres grandes campos: saber, poder y subjetivación, que se interrelacionan entre sí, de tal manera que no puede haber biopolítica sin una tecnología de saber y un ejercicio de un tipo de poder en un momento determinado. Este poder-saber produce ciertos sujetos propios de un espacio, tiempo y realidad concreta. Así, la institución es el lugar eminente donde el ejercicio de poder es condición de posibilidad de un saber, donde el ejercicio del saber se convierte en un instrumento de poder. La institución como el hospital, se convierte en el lugar de encuentro de estratos y estrategias donde los archivos de saber y el diagrama del poder se mezclan e interpretan sin confundirse (Deleuze, 2016).

El Biopoder tiene dos formas de ejercer el poder sobre la vida, una dirigida al cuerpo individual denominada anatomopolítica y otra dirigida a la población, la biopolítica (Foucault, 2001, 2007, 2009). La biopolítica busca actuar sobre mecanismos globales, de tal manera que se obtengan resultados globales de equilibrio y regularidad, en donde se asegure la regulación de la vida y los procesos biológicos, es un poder de normalización que consiste en *hacer vivir y dejar morir*,

Cuadro 1. Distintos tipos de promoción de la salud y sus dimensiones de clasificación.

Autor, año	Caplan, 1993	Castro, 1997	Chapela, 2009
Dimensiones para clasificar la Promoción de la salud (PS)	Naturaleza del conocimiento y de la sociedad.	Momento histórico y paradigma.	Formas de ejercicio del poder, clasificación, y concepción de persona.
Clasificación de la PS.	PS tradicional, humanista, radical y humanista radical.	PS Higienista, higienista preventivo, epidemiológico - social y socio-sanitario y Transformador.	PS de Mercado, oficial, empoderante, emancipadora, y ciudadana.

Fuente: Bautista modificado (2013:56).

donde el poder es cada vez más el derecho de intervenir para hacer vivir, de intervenir en la manera de vivir y sobre el cómo de la vida. Es el Estado el regulador de la vida, en donde se traslapan expresiones de ambas tecnologías de poder, las disciplinarias y reguladoras dirigidas al individuo conocidas como anatomopolítica y las dirigidas a la población (Foucault, 2001, 2008 2009).

La biopolítica tiene dos expresiones, la biopolítica negativa (BN) y la afirmativa (BA). En términos generales la BN es aquella que se relaciona con la vida desde el exterior, tomando posesión de ella, ejerciendo violencia como ocurrió con el nazismo y sigue ocurriendo en muchas partes del mundo. Su característica fundamental es relacionarse con la vida a través de la muerte, funciona despojando a la vida de su carácter formal, de su calificación, la reduce a simple materia viviente (zoe) dejando un pequeño resquicio para la vida calificada (bios), que sirve para atribuirle un valor diferente, subordinado a las que considera contienen un valor más bajo, de las que les otorga mayor importancia biológica (Esposito, 2005).

Una BA, es o debería ser lo contrario a la negativa, es la que establece una relación productiva entre el poder y los sujetos, la que, en lugar de someter y objetivar al sujeto, busca su expansión y potenciación. Desde esta perspectiva la norma no tiene que gobernar o discriminar a los sujetos desde lo alto de su generalidad, sino tiene que ser singular como cada vida individual a la que se refiere, conformando una política de la vida y no sobre la vida, donde cada vida individual es sujeto y no objeto de la política, donde la política es repensada mediante un concepto de vida que contempla toda su complejidad interna, sin reducirla a la simple materia biológica (Bautista y López; Bautista, López y Soto, 2018; Esposito,

2005). La BA, plantea la posibilidad y necesidad de construir nuevas instituciones, de poner la mirada en otros saberes, requiere no una politización de la vida sino una *vitalización de la política*, una identificación y desactivación de los mecanismos de control, prohibición y sumisión dirigidos a la población, y la activación de dispositivos, donde se reconozca el poder de los sujetos de la política, que faciliten la experiencia individual y colectiva. Requiere pensar y construir espacios de lo común, superando la dialéctica entre lo público y lo privado, creando un horizonte que concierne a la vida biológica y sus recursos de inteligencia, lenguaje deseos, necesidades e imaginarios simbólicos (Esposito, 2012).

II. Política de Atención Primaria a la Salud para la primera infancia en Tlalpan.

En esta sección se presenta una experiencia concreta de aplicación de los principios de la APS-I Mx en el contexto del gobierno local de la alcaldía Tlalpan en la gestión 2018-2021 (Aceves, 2018), se organiza en tres apartados: 1. Los antecedentes de políticas de salud para la primera infancia 2. El contexto sociodemográfico de la localidad y 3. Las estrategias diseñadas incluyen la creación del programa social Sembrando Salud en la Niñez de Tlalpan, la creación del Centro Promoción y Atención al Desarrollo Infantil, Xilotl y la Vinculación interinstitucional e intersectorial.

La política de APS para la primera infancia incluyó actividades de promoción, prevención y atención de la salud, con énfasis en el desarrollo temprano, las cuales fueron realizadas gracias a una articulación y suma de esfuerzos interinstitucionales e intersectoriales que permitieron avanzar hacia un modelo de atención comunitaria basado en el primer nivel de atención.

Antecedentes de políticas en salud para la primera infancia

El desarrollo infantil temprano (DIT) ha ganado un lugar preponderante en las agendas de salud y educación a nivel global, reconociéndose como una etapa crítica que determina el curso del desarrollo futuro de la niñez. En México, diversas iniciativas han surgido como respuesta a compromisos internacionales, como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la ONU, y a necesidades nacionales, culminando en estrategias multisectoriales que buscan garantizar los derechos de las niñas y niños desde su nacimiento.

Una de las primeras acciones en esta dirección fue el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, que incluyó como líneas de acción promover acciones de desarrollo infantil temprano y promover el desarrollo integral de los niños y las niñas, particularmente en materia de salud, alimentación y educación, a través de la implementación de acciones coordinadas entre los tres órdenes de gobierno y la sociedad civil (Diario Oficial de la Federación, 2013).

En este marco, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) diseñó un proyecto dirigido a la población infantil sin acceso a seguridad social, que consistió en un esquema de protección financiera para garantizar el acceso a servicios de salud. Dicho proyecto se estructuró en tres ejes principales: (1) el seguimiento del crecimiento y desarrollo de niñas y niños de 0 a 36 meses de edad, así como de mujeres embarazadas en comunidades vulnerables, a través del programa Prospera; (2) la atención médica de alta especialidad gratuita para niños con riesgos en su desarrollo; y (3) el desarrollo de un instrumento para la detección temprana de problemas

de desarrollo en menores de cinco años. Uno de los resultados de esta iniciativa fue el diseño del Modelo de Promoción y Atención del Desarrollo Infantil (PRADI). Este modelo se centró en la estimulación temprana, la estimulación prenatal y las prácticas de crianza (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2017). Si bien se desarrolló en términos enunciativos, su principal debilidad fue la de no poder hacerse realidad y la escasa interacción entre la comunidad y los prestadores de servicios, dejando de lado la voz y acción a cuidadores y promotores de salud.

Además, se desarrolló la Evaluación del Desarrollo Infantil (Prueba EDI), acompañada de un manual para facilitadores orientado a capacitar al personal de salud en las 32 entidades federativas. Entre 2012 y 2015, el número de niños evaluados incrementó significativamente, pasando de cero en 2012 a 137,224 en 2013, 452,645 en 2014, y 224,848 en el primer semestre de 2015 (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2017).

En 2015 se establecieron los Centros Regionales de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana (CReDI) en Michoacán, Nuevo León, Yucatán, Guerrero y Sinaloa, con el objetivo de ampliar el acceso a servicios especializados en estimulación temprana y atención integral al desarrollo infantil. Estos centros operan como nodos regionales que brindan capacitación al personal de salud, asesoran a familias y promueven buenas prácticas en crianza (O'Shea G., et al., 2015).

Otra iniciativa clave fue el Programa de Estancias Infantiles (PEI), creado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en 2006, en respuesta a los compromisos de los ODS 2030. Este programa buscó apoyar a mujeres trabajadoras de bajos ingresos mediante el acceso a servicios de cuida-

do infantil de calidad, que incluían estimulación temprana, alimentación y cuidados integrales. Un estudio realizado en 2017 por el Hospital Infantil de México, Federico Gómez, evidenció mejoras significativas en el desarrollo cognitivo, motor y social de los niños menores de tres años que asistieron a estas estancias, particularmente en aquellos que permanecieron por periodos prolongados (Vargas, et al. 2016).

La promulgación de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes en 2014 marcó un punto de inflexión en las políticas de atención a la infancia. Esta ley estableció el derecho de los niños a un desarrollo integral desde su nacimiento, creando un marco legal para implementar políticas públicas integrales. Con este antecedente, se lanzó la Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia (ENAPI) en 2021, con el objetivo de coordinar y articular las iniciativas existentes bajo un enfoque multisectorial basado en derechos humanos.

La ENAPI se enfocó en la promoción del desarrollo integral infantil, la coordinación interinstitucional, la participación comunitaria y la generación de información basada en evidencia. Entre sus ejes estratégicos destacan: (1) el fortalecimiento de las capacidades de las familias para promover el desarrollo infantil, (2) la detección temprana de riesgos en el desarrollo, (3) la garantía de acceso a servicios de salud y educación de calidad, y (4) el monitoreo y evaluación continua de los programas.

Desde su implementación, la ENAPI se enfocó en la coordinación entre programas y servicios, impulsando un enfoque integral y equitativo para la atención infantil. Sin embargo, persisten retos significativos, como la necesidad de fortalecer las

capacidades técnicas del personal de salud y educación, garantizar la sostenibilidad financiera de los programas y asegurar la participación activa de las comunidades.

Contexto sociodemográfico: Alcaldía Tlalpan.

La alcaldía Tlalpan, está situada al suroeste de la Ciudad de México, es la más grande de la capital, con 312.85 km² (20.94% de la superficie total). En el año 2020 tenía 699,928 habitantes (365,051 mujeres y 334,877 hombres) y registró 3,718 nacimientos en el 2022. La esperanza de vida fue de 71.93 años. La población infantil menor de 4 años era de 34,857, la población indígena sumaba 11,884 personas (1.7% del total), mientras que la afrodescendiente, 12,245 (Instituto de Planeación Democrática y Prospectiva [IPDP], 2024).

Para el año 2020, el Índice de Desarrollo Social (IDS) de Tlalpan era bajo, igual que en el 2010, presentando una distribución desigual en su territorio. Tlalpan cuenta con 12 áreas de conservación patrimonial, dos zonas de monumentos históricos, y 11 pueblos y barrios originarios (IPDP,2024).

En salud, el 73% de la población (513,674 personas) tiene afiliación, de las cuales el 49% están en el IMSS. En educación, el grado más común es el nivel básico (46% de la población, 305,414 personas). En servicios básicos, la mayoría de los hogares en Tlalpan tiene electricidad (99.9%), drenaje (99.8%) y agua entubada (98.4%). Sin embargo, el 30.4% de los niños vive en casas donde el agua entubada está en patios exteriores, y el 33.4% carece de descarga directa de agua en la taza del baño. Además, el 5% de las viviendas con niños usan leña o carbón para cocinar. En seguridad alimentaria, Tlalpan tiene alta inci-

dencia de problemas en la cantidad y variedad de alimentos. En 7 de cada 100 hogares con niños, al menos uno pasó un día sin comer por falta de recursos. La mortalidad infantil es de las más bajas de la ciudad, con 9 fallecimientos por cada 1,000 nacidos vivos. En 2019 se registraron 143 delitos contra población infantil (tasa de 83 por cada 100,000 niños). Estos datos destacan la necesidad de fortalecer políticas públicas en salud, educación y seguridad para mejorar el bienestar infantil en Tlalpan. (EVALÚA, 2020).

Estrategias de la política de Atención Primaria a la Salud para la primera infancia en Tlalpan (2018-2021).

La política pública dirigida a la primera infancia contempló tres estrategias, el *Programa Social Sembrando Salud en la Niñez de Tlalpan*, la creación del *Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil Xilotl* y la *Vinculación Interinstitucional e Intersectorial* necesaria para llevar a cabo las acciones derivadas de las dos primeras estrategias.

***Programa social Sembrando Salud en la Niñez de Tlalpan*¹**

En 2019 y 2020, se implementó el *Programa Social Sembrando Salud en la Niñez de Tlalpan* (a partir de ahora Programa social SSNT), diseñado con el objetivo de beneficiar a 1,100 niñas y niños de la alcaldía Tlalpan que vivían en las 18 localidades con muy bajo Índice de Desarrollo Social (IDS) de la demarcación que no tuvieran acceso a los

servicios de salud. Este programa se enfocó en la evaluación, el seguimiento y la atención oportuna del desarrollo infantil, así como en la entrega de un apoyo económico destinado a reducir las barreras financieras que pudieran obstaculizar la implementación del proyecto y el acceso a los servicios necesarios.

Para alcanzar este objetivo, se conformó un equipo de 30 personas facilitadoras de servicios, quienes también eran beneficiarias del programa. Este grupo, integrado por hombres y mujeres de diversas profesiones, estaba compuesto mayoritariamente por residentes de la alcaldía de Tlalpan. Este hecho enriqueció el despliegue del programa en campo, ya que las y los facilitadores no sólo estaban familiarizados con el territorio, sino también con las problemáticas específicas de las comunidades, lo que permitió establecer un vínculo cercano y efectivo con las familias participantes. Además, su conocimiento del contexto local facilitó la identificación de necesidades prioritarias, el diseño de estrategias adaptadas y la generación de confianza entre beneficiarios, aspectos fundamentales para el éxito del programa.

Diagnóstico sociodemográfico de personas cuidadoras postulantes al programa social

El programa acompañó a lo largo de 2 años, a más de 2000 personas. En el año 2019 se aplicó un cuestionario, con el ánimo de entender quiénes eran las personas responsables y las dinámicas del cuidado, obteniendo los siguientes resultados relevantes: 50 % de las personas cuidadoras postulantes al programa reportaron tener como nivel máximo de estudios la secundaria, seguido de un 30% con estudios de preparatoria, 0.7 % no contaba con educación básica. La mayoría de las personas cuidadoras se dedicaban al trabajo doméstico no remunerado (61%), 34 % de quie-

¹ Programa social: Las acciones de la Administración que promueven el cumplimiento de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y que, por su naturaleza, pueden dividirse en: programas de transferencias monetarias o materiales, de prestación de servicios, de construcción, mejoramiento u operación de la infraestructura social, y de otorgamiento de subsidios directos o indirectos (Gaceta Oficial de la Ciudad de México, 2018:26).

nes tenían una remuneración económica, 51 % percibía entre 1 y 2 salarios mínimos mensuales (\$3,121 - \$6,242), mientras que 34 % ganaban menos de 1 salario mínimo mensual. También se encontró que 15 % de las postulantes reportaron maltrato psicológico, 13 % violencia física, y 4% de violencia o abuso sexual (Sembrando Salud en la Niñez de Tlalpan, 2020b).

Estos, entre otros datos, visibilizan la vulnerabilidad social, económica y emocional que enfrentaba la niñez en Tlalpan, sus familias, unidades de cuidado y el reto al que se enfrentaría la realización de la política pública.

Actores clave del programa social

Al ser una política que se realizó con y para las personas, se dedica este apartado para describir algunas características y procesos de transformación que acontecieron en su implementación, los cuales forman parte de la conformación aspectos de promoción de la salud y la vida.

Las niñas y los niños ocupaban un lugar central en la política, la cual tenía como objetivo promover su autonomía, sus derechos, su felicidad y la apuesta por la participación infantil y construcción de ciudadanía (Sánchez, et.al, 2018). Desde una perspectiva de desarrollo integral de las infancias, se reconocía que sus trayectorias de vida se construyen, integran y complejizan a medida que avanzan sus procesos biológicos. Por ello, fue fundamental trabajar en las intersecciones entre los aspectos sociales, ambientales y biológicos, desarrollando estrategias que transformarían y armonizarían estos componentes (Alcaldía Tlalpan, 2019).

En el caso de las personas cuidadoras, se reflexionó sobre la importancia del cuidado como un ele-

mento indispensable para garantizar la justicia y la dignidad, especialmente en el caso de las mujeres, quienes suelen asumir esta labor. A partir de ello, se incluyeron temas como el autocuidado, con el objetivo de que las cuidadoras reconocieran la importancia de sus propios proyectos de vida y construyeran redes de apoyo que les permitieran realizarlos. Además, se trabajó en el reconocimiento de la violencia y en la promoción del buen trato como una alternativa transformadora en las relaciones de cuidado. Sin embargo, es importante señalar que estos esfuerzos se limitaron al ámbito familiar y comunitario. Aunque se abordó el cuidado como un derecho fundamental y se destacó la necesidad de visibilizar su relevancia, no se cuestionaron en profundidad las dinámicas políticas, económicas, sociales y culturales que perpetúan la inequidad en la distribución de las labores de cuidado y que afectan directamente la autonomía y las oportunidades de las mujeres (Sembrando Salud en la Niñez de Tlalpan, 2020b).

Las y los Promotores por la Salud Colectiva, un grupo de 30 profesionales con diversas trayectorias y experiencias de vida que, a través de procesos de capacitación en temas como promoción de la salud, derechos humanos, pedagogía popular, género, desarrollo infantil y modelos de atención, orientaron su práctica hacia la escucha activa, el acompañamiento y la disposición para aprender y compartir con la comunidad desde una perspectiva de igualdad y respeto mutuo. Este proceso resultó interesante, ya que, aunque inicialmente las motivaciones de las y los facilitadores para el trabajo comunitario eran principalmente personales, el fortalecimiento de un sentido colectivo, que era el cuidado de las infancias, permitió consolidar prácticas transformadoras. Estas prácticas no sólo respondieron a las necesidades de la comunidad, sino que también promovieron aprendizajes mu-

tuos y fomentaron dinámicas de cambio tanto a nivel individual como colectivo. La construcción de este sentido de trabajo compartido fue clave para generar espacios innovadores y profundamente significativos (Bautista, 2022).

En el ámbito institucional, el proyecto se enriqueció con las perspectivas y aportaciones de diversos sectores, entre ellos el Instituto Nacional de Pediatría, la Universidad Autónoma Metropolitana, entre otras universidades, el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, los CENDIS de la alcaldía, las Estancias Infantiles, organizaciones de base comunitaria, subdelegados, y otras áreas internas y externas de la alcaldía. Las personas que formaban parte de estos espacios convergieron en un principio común: construir mejores condiciones de vida para las infancias, trabajando de manera cooperativa y desde diferentes frentes (Ver más adelante en la Tabla 6).

Es importante destacar que, aunque la política adquirió un carácter institucional a través de convenios, acuerdos y proyectos de investigación que formalizaron su implementación, su éxito también radicó en el compromiso individual de las y los participantes. La sensibilidad para comprender las necesidades de las infancias y la voluntad de sumarse a un esfuerzo colectivo fueron fundamentales para consolidar un proyecto que trascendió lo administrativo y se centró primero en garantizar los derechos de la primera infancia y poco a poco en el bienestar integral de la comunidad (Ver Figura 2).

Actividades realizadas en el Programa social SSNT

En la Tabla 2 se presentan las actividades realizadas en el Programa Social SSNT orientadas a la promoción, prevención y atención del desarrollo

infantil, dichos componentes se desglosan con un objetivo didáctico que permita identificar la distinción entre la promoción de la salud y la prevención y atención de la enfermedad.

Las actividades del Programa social SSNT se desarrollaron con el objetivo de que las infancias pudieran tener acceso a una promoción de la salud y desarrollo integral, a una prevención y tratamiento oportuno de los trastornos del neurodesarrollo, con una perspectiva de salud colectiva. Dicho programa permitió vincular a diversos sectores e instancias que en conjunto lograr materializar el Sistema de Atención Primaria de la Salud para el cuidado de la primera infancia con un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia. En la Tabla 3 se describe un resumen de los resultados en la implementación de las actividades dirigidas a la población infantil que vivía mayoritariamente en localidades con IDS Muy bajo.

Talleres de promoción de la salud y cuidado de la vida

La promoción de la salud y el cuidado se realizó principalmente a través del taller de *Promoción de la Salud y Cuidado de la Vida*, un taller con 6 sesiones diseñadas con base en teorías de cuidado, promoción de la salud, pedagogía popular, derechos humanos, género y educación para la paz, y en consonancia con la NOM-031-SSA2-1999, la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, y la NOM-046-SSA2-2005.

Las actividades tuvieron como punto de partida la pedagogía crítica de Paulo Freire, fomentando la problematización de la realidad, diálogo, construcción colectiva, análisis crítico y aplicación práctica. Se promovió el intercambio entre personas cuidadoras para visibilizar la determinación social, económica e histórica que influye en el cuidado. Los talleres propiciaron el

Tabla 2. Actividades realizadas en el Programa Social SSNT

Componente: Promoción de la salud	
Talleres de reflexión del Cuidado de la Niñez y la Vid	Reflexión con personas cuidadoras sobre enfermedades respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, salud bucal, nutrición (se construyó un recetario de comida de la región), cuidado, buen trato, redes de cuidado, prevención de accidentes, etc.
Centros de Estimulación Tempran	Apertura de cinco espacios de promoción del desarrollo infantil en coordinación con Centros de Artes y Oficios, Casas de Salud y Subdelegaciones de la alcaldía Tlalpan.
Formación de promotoras/es por la salud colectiva y cuidado integra	Formación de personas beneficiarias que atendían a las infancias y personas cuidadoras en temas de: Educación para la Paz, Derechos de los niños y las niñas. La NOM-031-SSA2-199 Para el Cuidado del Niño Sano, Prevención de la Violencia, Buen trato, Derechos de las Mujeres, Autocuidado, Primeros Auxilios, Promoción de la Salud, Salud Colectiva, Pedagogía popular, Procesos de diálogo e intervención comunitaria.
Revista Sembrando Salud y Cuidados para la Vida que incluye la palabra de las cuidadora	Creación de Revista Digital con los siguientes contenidos: Número 11. Autonomía y Protección de la Niñez, 2. Alimentando Sonrisas en la Niñez, 3. Conociendo nuestro cuerpo para prevenir enfermedades comunes, 4. El cuidado como una labor de todas y todos, 5. Autocuidado como bienestar colectivo, 6. Transformando la convivencia en las unidades de cuidado.
Campaña de comunicación con títeres <i>Susana Convivencia</i> . Videos que promueven entornos de cooperación, inclusión, respeto, no violencia y solidaridad.	Fortalecer la estrategia <i>Susana Distancia</i> del Gobierno Federal ante la COVID 19, con la campaña <i>Susana Convivencia</i> que contenía 7 episodios: Episodio inicial. Encuentro con la alcaldesa de Tlalpan, Episodio 1: Distribución de las tareas del hogar, 2. Viviendo en <i>Susana convivencia</i> , 3. Buen trato y prevención de accidentes, 4. Construir Redes en Comunidad, 5. Hacia la Nueva Normalidad, 6. La importancia de la lactancia materna, 7. La vacunación.
Identificación oportuna de riesgos para el desarrollo infantil en comunidades de menor índice de desarrollo social (IDS) y referencia oportuna a trastornos del neurodesarrollo.	Se realizó la aplicación de Evaluaciones del Desarrollo Infantil (prueba EDI), de Tamizaje de Autismo (M-CHAT, VEANME), la historia clínica, y un cuestionario de aspectos psicosociales. Diagnósticos colectivos de la situación del neurodesarrollo infantil en la alcaldía en las 18 localidades con IDS Muy bajo y en los cinco Centros de Desarrollo Infantil de la demarcación.
Componente: Prevención	
Contenido didáctico para prevención de enfermedades.	Revistas, talleres y ferias enfocadas a la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles.
Componente: Atención	
Referencia para atención de enfermedades odontológicas.	336 referencias a Centros de Salud T-3 de la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan para la atención de Salud Bucal.
Referencia para atención de enfermedades transmisibles y no transmisibles.	248 referencias a Centros de Salud. 91 referencias a Centros de Salud y Hospital Psiquiátrico Infantil para Diagnóstico de TEA.

Fuente: Elaboración propia (2025).

Tabla 3. Resultados en la implementación de actividades del Programa Social SSNT 2019-2020*

Actividades	Resultados 2019	Resultados 2020
Componente: Promoción		
Talleres sobre temas de salud en niñas y niños dirigidos a madres, padres u otros cuidadores.	510 personas	500 personas
Sesiones de estimulación temprana dirigidas a niñas y niños de entre 0 y 5 años de edad.	497 sesiones	45 sesiones virtuales
Capacitación a promotores por la salud colectiva.	30 personas	30 personas
Componente: Prevención		
Evaluaciones de desarrollo infantil a la población de entre 0 y 5 años.	2372 evaluaciones	686 evaluaciones
Diagnósticos dentales y actividades de prevención: limpieza, aplicación de flúor, etc.	1215 acciones	No programadas
Componente: Atención		
Referencias a centros de atención especializadas a niñas, niños y/o familiares.	248 referencias	91 referencias

Fuente: Elaboración propia (2025).

* Durante el año 2021, por motivos administrativos, dejó de ser programa social y se convirtió en una acción social, de tal manera que en los tres años se atendieron alrededor de 3000 personas (1500 niñas y niños menores de 5 años y 1500 personas cuidadoras).

autoconocimiento, aprendizaje y fortalecimiento colectivo (Sembrando Salud en la Niñez de Tlalpan, 2020b). Las y los promotores por la salud colectiva participaron en procesos educativos para unificar conceptos básicos, profundizar en temas específicos y generar fichas de trabajo teóricas, complementadas con sus conocimientos profesionales. El enfoque participativo, contempló trabajar en grupos pequeños para garantizar la participación efectiva de todas.

Se promovieron prácticas centradas en la creación de vínculos amorosos y el cuidado integral de manera lúdica. Se reflexionó sobre un futuro compartido y se construyeron objetivos estratégicos. La interacción grupal generó soluciones colaborativas, incorporando la perspectiva de género para relaciones más equitativas. Cada sesión

incluyó actividades puente que relacionaban conceptos entre sesiones, diseñando actividades para niñas y niños, alineadas con los temas de estimulación temprana.

Para el año 2020, el Taller de Cuidado de la Niñez tuvo que adaptarse a la pandemia de COVID-19, ya que las actividades presenciales fueron suspendidas tras declararse la emergencia sanitaria. El programa se transformó en un formato no presencial, asegurando el acceso a contenidos sin comprometer la salud de las comunidades. Se desarrollaron alternativas virtuales y digitales como la *Revista Sembrando Salud y Cuidados para la Vida*, que integró los contenidos de seis sesiones del taller, y la estrategia *Susana Convivencia*, con nueve vídeos protagonizados por títeres que reflexionan sobre el cuidado; aunque la transición

a medios digitales implicó retos, se consideró la mejor opción para cumplir los objetivos del programa protegiendo la salud de las personas involucradas.

Sesiones de Estimulación Temprana

En el marco de las acciones para el desarrollo infantil integral, se llevaron a cabo talleres de estimulación temprana en la alcaldía Tlalpan, dirigidos a niñas y niños de 1 mes a 6 años. Estos talleres buscaban promover el desarrollo infantil, fortalecer las estrategias de cuidado en las personas cuidadoras y enriquecer el entorno de las infancias.

El programa incluyó no solo a los beneficiarios directos, sino también a familiares como hermanas, hermanos, primas y primos, quienes participaron en la aplicación de la Escala de Desarrollo Integral (EDI). Su diseño se basó en la Guía Curricular de Estimulación Temprana de 0 a 6 años (UNICEF, 2004), el Manual de Talleres Comunitarios (Secretaría de Salud, 2020) y el Sistema de Vigilancia y Promoción del Desarrollo Infantil (Rivera González et al., 2017).

Los talleres se realizaron en grupos de 4 a 12 niñas y niños acompañados por sus personas cuidadoras, reuniendo entre 8 y 24 participantes por sesión. Con una duración de 60 a 90 minutos y periodicidad de tres semanas, se llevaron a cabo del 24 de junio al 20 de noviembre de 2019, completando 8 sesiones. La estructura de las sesiones se adaptó del Manual de Talleres Comunitarios (O'Shea G., et al., 2015), el formato del Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo (INP-UAM) y la experiencia de las personas promotoras.

*Revista Sembrando Salud y Cuidados para la Vida*²

La revista *Sembrando Salud y Cuidados para la Vida* fue un esfuerzo colectivo diseñado para difundir contenidos teórico-prácticos y herramientas enfocadas en el cuidado infantil, alineados con las seis sesiones del taller comunitario *Cuidado de la Niñez*. Este proyecto promovió la reflexión, el intercambio de ideas y la participación activa de las personas cuidadoras, quienes asumieron un rol esencial como editoras.

El proceso de creación comenzó con una guía que estableció las secciones y estrategias de comunicación. El formato incluyó tres áreas principales: conceptos teórico-prácticos, actividades para realizar con las unidades de cuidado, y herramientas prácticas, enriquecidas con aportaciones de las cuidadoras. El Consejo Editorial revisó y nombró las secciones definitivas: *Repensando la vida colectiva*, *Ejercicios de nuestra imaginación* y *Nuestra palabra: compartiendo saberes e historias*, esta última nutrida con consejos enviados por personas cuidadoras a través de diversos medios. Cada edición finalizó con una pregunta que conectaba con el siguiente número, incentivando la reflexión continua.

La distribución se realizó en grupos de WhatsApp, acompañada de solicitudes de retroalimentación sistematizada en la base de seguimiento SSNT. Los comentarios recopilados fueron analizados para mejorar los contenidos. Se publicaron seis números, cada uno centrado en un tema específico: autonomía infantil, alimentación, prevención de enfermedades, corresponsabilidad en el cuidado, autocuidado como bienestar colectivo y convivencia transformadora en las unidades de

² Las revistas se pueden consultar en el siguiente link https://drive.google.com/drive/folders/1dEy_MujW1fB7j17ccscro10PvZULmwAH?usp=share_link

cuidado. Este proyecto promovió herramientas prácticas y un enfoque integral para el cuidado de la vida (Ver Tabla 2).

Cada edición buscó fortalecer el cuidado de la niñez mediante herramientas prácticas, promoviendo una visión colectiva y corresponsable del cuidado. La participación activa de las personas cuidadoras fue clave para el éxito de este esfuerzo, consolidándose como un ejemplo de colaboración comunitaria para el fortalecimiento de las redes de cuidado para la primera infancia (Ver Figura 2).

Campaña de comunicación Susana convivencia

Se diseñaron nueve videos cortos con el objetivo de promover reflexiones y prácticas comunitarias entre las personas cuidadoras del programa, fortaleciendo la salud colectiva durante el confinamiento por COVID-19. Aunque inicialmente estaban dirigidos a quinientas personas cuidadoras y sus unidades de cuidado, al publicarse en las redes sociales de la alcaldía alcanzaron a una audiencia mayor de la prevista.

Los videos fueron protagonizados por títeres que representaban a integrantes de una unidad de cuidado ficticia integrada por Luz María, mamá y cuidadora principal; Odiseo, papá y cuidador; Esperanza, abuela y cuidadora; Sofí, una niña de seis años; Quique, un bebé de once meses; Firulais, el perro; y Totopo, el gato. A través de las historias, los personajes enfrentaron diversas situaciones agravadas por el confinamiento y reflexionaron sobre ¿Cómo cuidar la salud y la vida colectiva? Uno de los aspectos destacados fue la transformación de Odiseo hacia un rol más equitativo en las dinámicas familiares (García, 2020).

Cada capítulo abordó temáticas relacionadas con la distribución de tareas domésticas y el cuidado,

el autocuidado, la equidad de género y las medidas generales frente a la COVID-19, enfatizando la redistribución de responsabilidades dentro de las unidades de cuidado. También se trabajaron aspectos como la creación de un ambiente familiar y comunitario sano mediante la regulación emocional en niñas y niños, la solidaridad, el cuidado de personas vulnerables, la no discriminación y la convivencia con animales de compañía. Se promovió el *buen trato* y la prevención de la violencia mediante estrategias de acción durante la cuarentena, apoyo a personas que viven violencia y herramientas de orientación. Se reflexionó sobre la importancia de la solidaridad como actividad esencial y se compartieron aprendizajes obtenidos durante el confinamiento para construir un futuro basado en el cuidado colectivo (Jefatura de Unidad Departamental de Atención a Personas con Discapacidad, 2020).

En las historias, se incluyó la perspectiva de los adultos mayores mediante relatos que fomentaban el apoyo y la prevención frente a la COVID-19, así como una visión hacia la nueva normalidad que integraba los aprendizajes adquiridos y las acciones necesarias para seguir protegiendo la salud. Finalmente, se desarrollaron contenidos para WhatsApp que facilitaron la continuidad del programa de manera remota y se reforzó la importancia de las redes y unidades de cuidado, además de resaltar el papel de las personas cuidadoras como promotoras del desarrollo infantil y el cuidado colectivo.

Los videos representaron una herramienta valiosa para afrontar los desafíos de la pandemia y promovieron prácticas de cuidado equitativo y colectivo que impactaron tanto en las personas cuidadoras como en las comunidades.

Evaluación del Desarrollo Infantil (prueba EDI). Los tamizajes de desarrollo se implementaron para identificar riesgos en la organización del desarrollo y conductas asociadas a trastornos del neurodesarrollo. Estas actividades se realizaron en contextos comunitarios, con apoyo de autoridades locales y organizaciones de mujeres, y consistieron en una historia clínica, medición de peso y talla, aplicación de la prueba EDI, toma de datos somatométricos y asesoría a las personas cuidadoras sobre los resultados.

La Prueba de Evaluación de Desarrollo Infantil (EDI) se aplicó a niños de 0 a 4 años 11 meses para identificar riesgos del desarrollo en cinco áreas: factores de riesgo biológico (FRB), exploración neurológica (EN), señales de alerta (ALE), señales de alarma (ALA) y áreas de desarrollo (motriz gruesa, motriz fina, lenguaje, social, adaptativo y cognoscitivo). La EDI utiliza un sistema de semaforización (rojo: probable retraso, amarillo: rezago, verde: desarrollo normal) y tiene una sensibilidad de 0.81, especificidad de 0.61 y concordancia de 0.70. (Rizzoli et al., 2013).

Los resultados expuestos en la Tabla 4 evidencian la efectividad de las actividades implementadas considerando una primera evaluación previo a las

actividades de estimulación y una segunda posterior a las mismas en 2019: 54 niñas y niños en semáforo rojo (riesgo de retraso) fueron atendidos, de los cuales 28 mejoraron, pasando a semáforo amarillo o verde tras un semestre. Asimismo, de 104 niñas y niños en semáforo amarillo (rezago), 65 lograron avances significativos, alcanzando el semáforo verde (62%). Para alcanzar estos resultados, se observó que en promedio las niñas y niños que pasaron de semáforo rojo a verde, asistieron en promedio a 5.15 sesiones de estimulación temprana, en comparación con los niños y niñas que pasaron de rojo a amarillo o que se quedaron en rojo que asistieron en promedio entre 4 y 4.5 sesiones. Al realizar un análisis estadístico y comparar los datos antes y después de la intervención se obtuvo una χ^2 de 12.083, con dos grados de libertad, $p < 0.005$, por lo que existe una asociación estadísticamente significativa entre la intervención del programa social y la población infantil que contaba con un desarrollo normal.

En 2020, dada la pandemia a causa del COVID, solamente se aplicó la Prueba EDI en el primer semestre (ver Tabla 5), lo que dificultó conocer los avances en relación al desarrollo que tuvieron las personas participantes.

Tabla 4. Cambios en el desarrollo Infantil en niñas y niños del Programa Social SSNT 2019

Aplicación prueba EDI	Primera aplicación (abril a mayo)	Segunda aplicación (noviembre a diciembre)	Comparativo
Desarrollo Normal	209	251	+ 42
Rezago en el Desarrollo	104	67	-37
Riesgo de Retraso en el Desarrollo	54	49	-5
Total	367	367	

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos de evaluación del Programa SSNT 2019.

Tabla 5. Resultados de la evaluación del desarrollo infantil en niñas y niños del Programa Social SSNT 2020

Sexo	Verde	Amarillo	Rojo	Total
Niña	150	58	34	242
Niño	128	81	54	263
Total	278	139	88	505

Fuente: Elaboración propia con base a evaluación del Programa SSNT (2020).

Los niños con semaforización roja en la EDI fueron referidos al Centro de Salud más cercano para un seguimiento, que incluía una Evaluación Diagnóstica del Desarrollo o una Evaluación Específica, hasta el 2021 cuando se inauguró el *Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil Xilotl* donde en colaboración con la UAM-Xochimilco y el Instituto Nacional de Pediatría se realizaban evaluaciones diagnósticas del desarrollo.

La Evaluación del Desarrollo Infantil realizada en localidades con IDS muy bajo, permitió tener el primer diagnóstico colectivo del neurodesarrollo en dichas comunidades. Dicho diagnóstico se complementa con el análisis situacional de las Unidades de Cuidado y de las comunidades. A partir de los resultados obtenidos, se pudieron diseñar e implementar actividades orientadas a atender las necesidades y problemáticas detectadas.

Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil, Xilotl. La creación de una nueva institución.

Desde el inicio de la administración pública, en el año 2018, se generó la idea de construir un espacio dedicado a la primera infancia, en sus inicios, se planteaba tener una clínica que atendiera

a personas con Trastorno con Espectro Autista en etapas tempranas de la vida, pero con el tiempo se fue generando la idea de generar una política más amplia. Fue con la colaboración de la rectoría de la Universidad Autónoma Metropolitana y de la alcaldesa de Tlalpan que se realizaron los convenios para construir lo que ahora conocemos como Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil- Xilotl (UAM, 2021).

Este proyecto implicó la conformación de un grupo intersectorial de trabajo conformado por la alcaldía Tlalpan, el Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo del Instituto Nacional de Pediatría, la Maestría en Rehabilitación Neurológica de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, y la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan. Este grupo, fortaleció el proyecto de promoción de la salud y el desarrollo infantil, evaluando las actividades realizadas, y proponiendo planes y proyectos, delineando las actividades a realizar por cada institución en el ámbito de sus competencias (UAM, 2021). Destacan de estas acciones integrar modelos de atención en una perspectiva integral previniendo alteraciones en el desarrollo con una orientación humanista, de participación democrática, centrada en el desarrollo humano para la construcción de ciudadanía. El modelo

puede ser concebido, implementado y asimilado por alumnos de pregrado y posgrado contribuyendo a la cimentación de prácticas profesionales con una orientación crítica, transformadora y emancipadora.

Por otro lado, se conformó un mecanismo de referencia a Centros de Salud e instituciones de atención a la niñez, sistema de referencia enfocado a niñas y niños que presentan algún riesgo de retraso en el desarrollo, o bien algún riesgo psicosocial y requerían de acompañamiento terapéutico. En relación a este mecanismo, es de resaltar, que enviaban a los centros de salud más cercanos a sus localidades, con el objetivo de fortalecer el primer nivel de atención y garantizar que fuera desde este que las niñas y niños fueran canalizados a un segundo o tercer nivel de atención.

Así mismo, se incorporó el modelo Único de Atención para mujeres víctimas de violencia, basado en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal (LAMVLDF). La alcaldía de Tlalpan a través de la Dirección de Fomento a la Equidad de Género e Igualdad Sustantiva implementó un modelo basado en la identificación del problema, la primera atención, el análisis del caso y la detección de riesgo, derivación y seguimiento.

Con la iniciativa del Centro Xilotl, se construía un nuevo espacio y una nueva institución, que cerraría la pinza de la APS-I Mx dirigida a la primera infancia, mientras el Programa social SSNT realizaba tamizajes en las 18 localidades de la alcaldía con IDS muy bajo, y generaba talleres de cuidado y estimulación temprana en cinco centros adaptados para ello en las localidades más alejadas, Xilotl, se convertía en un espacio de referencia que otorgaba atención especializada con

un fuerte componente de docencia en pregrado y posgrado, primero abrió sus puertas a estudiantes pertenecientes al Instituto Nacional de Pediatría y a los de la Maestría en Rehabilitación Neurológica de la UAM X y luego a otras escuelas como la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la UNAM o la Licenciatura de Medicina Integral y Salud Comunitaria de las Universidades del Bienestar de Tlalpan.

Vinculación interinstitucional e intersectorial

El Programa social SSNT y el centro Xilotl se convertirían en parte de una política pública, que realizaría acciones de promoción, prevención y atención en el primer nivel con énfasis en el desarrollo infantil integral, que otorgaría servicios de estimulación e intervención temprana, de diagnóstico oportuno y de referencia. Un espacio que posibilitaría la docencia, la investigación y la formación de facilitadores comunitarios, de personal de salud en pregrado y posgrado, gracias a la vinculación intersectorial e interinstitucional (Ver Tabla 6).

Las instancias y sectores participantes en la APS dirigida a la primera infancia estuvieron conformadas por instituciones del ámbito federal, estatal y local, instituciones que por sus ámbitos de competencias estaban obligadas a atender a la población de la demarcación, pero, por otro lado, tuvieron la voluntad política de sumarse a dicho proyecto, es importante resaltar el papel que tuvo la sociedad civil, especialmente las personas cuidadoras y las infancias (Ver Tabla 6).

En el marco del programa social, se coordinó un proyecto de colaboración con el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro titulado *Validez concurrente de la Prueba de Evaluación del De-*

Tabla 6. Instituciones y sectores participantes en la atención de la primera infancia en la alcaldía Tlalpan 2018-2021

Ámbito Federal Universidad Autónoma Metropolitana (Rectoría general y Maestría en Rehabilitación neurológica de la UAM - Xochimilco). Universidades del Bienestar Benito Juárez García. Licenciatura en Medicina Integral y Salud Comunitaria, Plantel Tlalpan. Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Instituto Nacional de Pediatría (Centro de Investigación del Neurodesarrollo). Hospital Psiquiátrico Infantil (Dr. Juan N. Navarro) Hospital Infantil de México Federico Gómez Hospital General Dr. Manuel Gea González
Ámbito Estatal Secretaría de Salud de la Ciudad de México (Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan). Secretaría de las mujeres. Unidades territoriales de Atención y Prevención de la Violencia de Género
Ámbito Local Alcaldía Tlalpan (Alcaldesa, Dirección General de Desarrollo Social y de Comunicación Social, Subdelegados, Centros de Desarrollo Infantil de la demarcación, Dirección de Género e Igualdad Sustantiva, Jefatura de Unidad Departamental de Atención a Personas con Discapacidad). Organizaciones de mujeres. Estancias infantiles Comunitarias Promotoras y promotores por la salud colectiva Mujeres participantes en Programa Social Sembrando Salud en la Niñez de Tlalpan. Niñas y niños de la alcaldía Tlalpan

Fuente: Elaboración propia (2025).

sarrollo Infantil con instrumentos de tamizaje de autismo (M-CHAT y VEANME). Como parte de este proyecto, se aplicaron las pruebas de tamizaje M-CHAT y VEANME para detectar conductas asociadas al espectro autista. Los niños y niñas que presentaron un resultado de riesgo de TEA en estos instrumentos, fueron evaluados con instrumentos confirmatorios. Este proceso permitió la detección de tres niñas y niños con la condición del espectro autista (CEA), quienes fueron canalizados directamente para recibir atención terapéutica en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, garantizando un seguimiento oportuno.

Además, uno de los productos más significativos en términos académicos fue el estudio realizado por Zavaleta y colaboradores, que analizó la prevalencia de riesgo de retrasos en el desarrollo de acuerdo a la EDI antes y durante la pandemia por COVID-19. En dicho estudio se analizaron los resultados de la EDI de 1,121 preescolares de 19 a 48 meses evaluados como parte del programa Sembrando Salud en la Niñez de Tlalpan. Los resultados mostraron que la prevalencia de retrasos en el desarrollo (semáforo amarillo o rojo en la EDI) en niños fue dos veces mayor durante los años de la pandemia por COVID-19 (2020

y 2021) en comparación con el año previo a la pandemia (2019); en contraste, la prevalencia de retrasos del desarrollo en niñas no alcanzó significancia estadística durante los años de pandemia. Sin embargo, en el análisis por subdominios se encontró que la semaforización amarilla o roja en la EDI para el área del lenguaje fue significativamente mayor durante los años de pandemia (2020 y 2021) en ambos sexos (Zavaleta et al., 2024). Este proyecto y sus resultados reafirman la importancia de contar con herramientas validadas y una coordinación interinstitucional para la detección y atención temprana de riesgos en el desarrollo infantil, especialmente en contextos comunitarios.

La vinculación intersectorial jugó un papel fundamental, ya que permitió crear una institución que posibilitara la atención a la primera infancia, a sus problemas y necesidades vinculadas con el desarrollo infantil, la referencia para su atención temprana de niñas y niños que se encontraran con riesgo de retraso en el desarrollo y la posibilidad de que las instituciones realizaran investigación, pero sobre todo servicio social comunitario.

III. Comunidad y Unidad de Cuidado, conceptos emergentes de la política implementada

Además de los aportes en investigación que se gestaron con otras instituciones, en el ámbito gubernamental se construyeron categorías administrativas analíticas como la categoría *Unidad de Cuidado*³. En un primer momento se propuso para dar respuesta a una necesidad administrati-

va que buscaba registrar y entender la configuración de las personas responsables de la crianza o cuidado que trasciende el ámbito familiar. En un segundo momento, la categoría *Unidad de Cuidado*, permitió ubicar y visibilizar al cuidado de las infancias como un tema que va más allá de las personas cuidadoras o de la familia, es decir, como una responsabilidad de todas las personas e instituciones, que aspira a la creación de *Redes de Cuidado* y avanzar hacia la construcción de una *Comunidad de Cuidado*, en la que participan la sociedad y el Estado de manera conjunta (Bautista, 2022). Esta categoría, posibilitó la reflexión, identificación y generación de contenidos con las personas cuidadoras considerando su carácter relacional y multidimensional (ver figura 2), dentro de documentos internos se definió como:

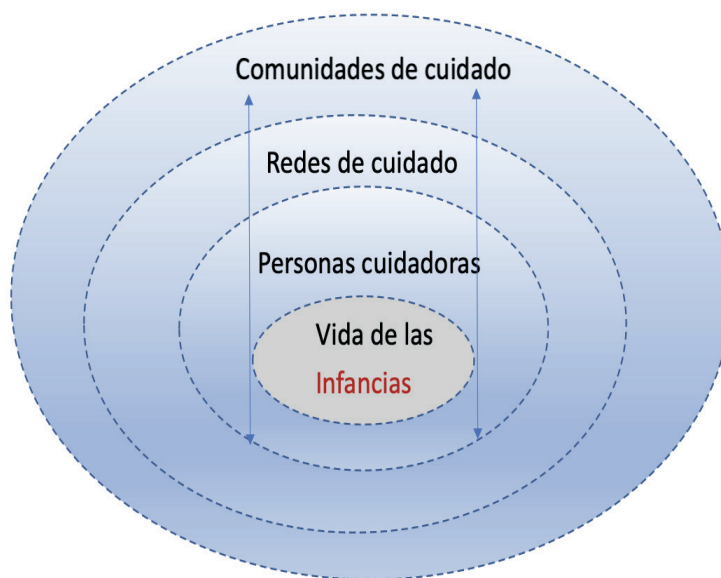
La unidad de cuidado se concibe como el conjunto de redes y relaciones que se conforman en torno al cuidado de los niños, niñas o del hogar en general. Representa un sistema de apoyo compuesto por acciones colectivas y colaborativas que surgen del trabajo de cuidado realizado por diversas personas comprometidas con el desarrollo y sostenimiento de la vida (Alcaldía de Tlalpan, 2019: 2).

Esta perspectiva trasciende la idea de centralizar el cuidado en una sola persona, promoviendo en su lugar la participación activa de otros miembros de la familia, instituciones o amistades. A través de esta colaboración, la unidad de cuidado busca resolver de manera integral los desafíos asociados al cuidado, fortaleciendo vínculos y promoviendo una corresponsabilidad que favorezca el bienestar individual y comunitario.

Para realizar un abordaje multidimensional y relacional del cuidado, se tomó como punto de

³ Otros autores como Ríos y López la definen de manera semejante “La unidad de cuidados son las personas involucradas directamente en la provisión de estos, la hemos llamado así porque no siempre corresponde solo a la familia nuclear ni a la díada persona cuidada-persona que cuida y aunque toma formas distintas, constituye una unidad (2018:143).

Figura 2. Unidad de cuidado, redes de cuidado y comunidad de cuidado para la primera infancia.



Fuente: Elaboración propia (2025).

partida la *atención*⁴ de las personas menores de 5 años, en las reflexiones y el diálogo realizado en los talleres se ponía *atención* a sus necesidades, sentires, problemas, requerimientos y cuidados, etc. En un segundo momento, la *atención* se enfoca en las personas cuidadoras, poniendo énfasis en la importancia del autocuidado, agregando a esta reflexión, una dimensión más compleja que incluía la perspectiva de género, en la que se visibilizan los trabajos para el cuidado (crecimiento, doméstico, organización y manejo del hogar, fortalecimiento de relaciones sociales, acompañamiento emocional, cuidado de enfermos, etc.) haciendo: un reconocimiento a la labor que realizan mujeres y hombres en dichas tareas; una

reflexión acerca de su distribución inequitativa, y una invitación a ser partícipes en dichas tareas. La última etapa consistía en identificar, fortalecer y/o construir *redes de cuidado*, es decir, construir una *comunidad de cuidado*⁵, es así como la unidad de cuidado interpelaba a responsabilidad ética de la comunidad, una que se preocupa y responsabiliza por el presente y el futuro de las infancias, que construye nuevos espacios que apuntalan la construcción de una nueva sociedad, una, que es más justa para la niñez porque le atiende, le considera, procura y cuida su vida.

4 La atención entendida en términos filosóficos y éticos: como elemento indispensable para entender la realidad (Romano, 2016) de las infancias desatendidas y como llave de entrada al proceso de cuidado (Hersch y Salamanca, 2022).

5 De manera reciente se publicó la Cartilla del cuidado colectivo: el nido del cuidado. La importancia de expandir el alcance individual y colectivo de la atención y el cuidado en la salud (SSA, 2024). Dicha perspectiva incluye a la comunidad y lleva la reflexión más allá, incluyendo a la sociedad y el planeta.

Conclusiones

La política en salud dirigida a la primera infancia realizada en la alcaldía Tlalpan, subraya la importancia de diseñar y construir de manera articulada e intersectorial políticas públicas que integren salud, educación y desarrollo social. Hacerlo desde el modelo de Atención Primaria en Salud Integral Mx, permitió ir más allá de las políticas focalizadas realizadas en sexenios previos y desarrollar acciones con instancias de los tres niveles de gobierno.

En la conformación de redes integrales e integradas de servicios dirigidos a la primera infancia estuvieron involucradas instituciones de los gobiernos federal, estatal y local. La construcción de nuevas instituciones, desde saberes distintos como el Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil (Centro Xilotl), revitaliza el papel de las universidades como la ENEO y la UBBJ, pero en el caso de la UAM-X, permitió crear un espacio que integra docencia, servicio e investigación, y que fortalece la vinculación entre universidad y sociedad, en una perspectiva democrática, solidaria y humanista en donde las personas involucradas experimentan formas de participación y transformación de las prácticas profesionales y de reconocimiento de la otredad en la construcción y ejercicio de derechos. Dicho Centro es también una política pública interinstitucional sostenida por el gobierno local y la UAM que oferta bienes y servicios complementarios a los brindados por la Secretaría de Salud, garantizando una mayor cobertura, fortaleciendo la atención en el primer nivel de atención y posibilitando la adecuada referencia y contrarreferencia a situaciones que requieren atención especializada. Durante el primer año de la intervención, los resultados en el neurodesarrollo fueron concluyentes en la mejora del

neurodesarrollo de las y los niños pertenecientes al Programa Social SSNT.

El programa Social Sembrando Salud en la Niñez de Tlalpan se convirtió en el elemento articulador de la política de APS-I Mx en la demarcación. Tomando como punto de partida el interés superior de la infancia, las personas cuidadoras, promotoras y promotores por la salud colectiva, estudiantes, profesionales e instituciones gubernamentales, trabajaron al unísono, en la identificación y visibilización de problemáticas y necesidades, así como la creación de alternativas para su atención, apostando a la creación de espacios donde el objetivo era promover los derechos y la alegría de las infancias.

La intervención y articulación interinstitucional posibilitó la creación de nuevas investigaciones y diagnósticos colectivos relacionados con las necesidades, problemáticas y características del desarrollo integral de las infancias, las unidades de cuidado y los promotores, constituyendo una política donde todas y todos los participantes se conforman como productores de conocimiento y agentes de cambio.

La escasez de políticas dirigidas a la primera infancia en todos los niveles de gobierno, y la continuidad de las acciones realizadas, ponen en evidencia la necesidad de evaluar en el corto, mediano y largo plazo, los resultados de los programas de política pública y su impacto en el desarrollo integral de la primera infancia, así como en sus condiciones de bienestar. Una limitante muy importante de este trabajo es la discontinuidad de las políticas, programas y estrategias ante los cambios de gestión gubernamental local y de los actores que participan.

El interés superior de niñas y niños, es un principio constitucional y un llamado a proteger y privilegiar sus derechos, en ocasiones puede transgiversarse, y a partir de acciones de focalización convertir a la niñez en objeto de la política, en lugar de considerarlo sujeto y construir, no políticas *sobre su vida*, sino políticas *para la vida* de las infancias, *para la vida* de las personas cuidadoras y *para la vida* de la comunidad, políticas

que promuevan prácticas de cuidado, que vinculen a familias, instituciones y comunidades, para que en un esfuerzo colectivo, se construyan nuevas instituciones y nuevos espacios de lo que nos es común, el bienestar infantil y la construcción de ciudadanía, espacios donde se trabaje en proyectos que apuesten por un mundo bueno, bello y justo para las infancias.

Referencias Bibliográficas

- ACEVES, P. (2018). Programa Provisional de Gobierno. Demarcación territorial Tlalpan 2018-2021. Alcaldía Tlalpan, México. http://repositorio.tlalpan.gob.mx:8080/TRANSPARENCIA/planeacion/2019/Programa_Provisional_Tlalpan_2018-2020_final.pdf (consulta 18 de julio de 2024).
- ALCALDÍA DE TLALPAN, (2019). Reglas de Operación del Programa Social, Repositorio de la Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México. http://repositorio.tlalpan.gob.mx:8080/DGDS/2019-B/3er.TRIM./Art_122/Fr_01/D_SALUD/DS_A122_Fr01_2019_T03_Reglas_Semb_Salud.pdf (consulta 12 de diciembre de 2024).
- BAUTISTA, E. (2013). Prácticas y procesos pedagógicos en promoción de la salud en un municipio autónomo rebelde zapatista, Chiapas, México, 2005-2007.(Tesis de maestría). Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco. <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/2498> (consulta 3 de enero 2025).
- BAUTISTA, E. (2022). Mini Documental, Sembrando Salud en la Niñez de Tlalpan 2018-2021. https://www.youtube.com/watch?v=Le_rqxVxV5c (consulta 23 de noviembre de 2024).
- BAUTISTA, E. y LÓPEZ, O. (2017). “Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de Estado. Dispositivos biopolíticos en salud”. Salud problema, año 11, enero-junio de 2017. Núm. 21. <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/512/512> (consulta 10 de diciembre 2024)
- BAUTISTA, E., LÓPEZ, O. y SOTO, L. (2018). “Biopolítica afirmativa frente a la atención materna, parteras en zonas indígenas”. En Jarillo, S., y López, O. Salud Colectiva en México. Quince años del Doctorado en la UAM. 43-76.
- CAPLAN, R. (1993). “The importance of social theory for health promotion: from description to reflexivity”, Health Promotion International, vol 8, Núm. 2, 1993, 147–157.
- CASTRO, J. (1997). Promoción de la salud. A diez años de Ottawa: ¿Salud, mercancía o derecho social?. Salud Problema. Nueva época, vol 2, Núm. 2: 55-59.
- COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. (2017). Manual de talleres comunitarios del componente educativo comunitario del modelo de promoción y atención al desarrollo infantil (PRADI) (1ª ed.). Secretaría de Salud.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Presidencia de la República del gobierno de México. <https://conamer.gob.mx/documentos/marcojuridico/rev2016/PND%202013-2018.pdf>

- ESPOSITO, R. (2005). *Bios. Biopolítica y filosofía*. Amorrortu Editores, Argentina.
- ESPOSITO, R. (2009). *Inmunitas, protección y negación de la vida*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina.
- ESPOSITO, R. (2012). *Inmunidad, comunidad. Biopolítica*. Conferencia impartida el 19 de octubre de 2011 en la Facultad de Filosofía de la Universidad Complutense de Madrid en las Torres de Lucca.
- ESPOSITO, R. (2013). *Vida biológica y vida política*. Revista Pleyade, vol. 12, 15-33.
- EVALÚA, (2020). *Infancias en la Ciudad de México 2020*. Consejo de Evaluación de la Ciudad de México: EVALÚA.
- FOUCAULT, M. (2001). *Defender la sociedad: curso en el Collège de France, 1975-1976*. Fondo de Cultura Económica. México.
- FOUCAULT, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica: curso en el Collège de France: 1978-1979*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires Argentina.
- FOUCAULT, M. (2008). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Ed. Paidós, Buenos Aires. Argentina.
- FOUCAULT, M. (2009). *Historia de la Sexualidad*. 1 La voluntad del saber. Editores Siglo XXI, Ediciones Gandhi, México
- GACETA OFICIAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO (2018). *Aviso por medio del cual se dan a conocer los lineamientos para la elaboración de las reglas de operación de los programas sociales para el ejercicio 2019*. <https://www.evalua.cdmx.gob.mx/storage/app/media/evaluacion20/lineamientos/Lineamientos%20ROPs%202019.pdf> (consulta 1 de diciembre de 2024).
- GARCÍA C. (2020). “Susana Convivencia”, campaña que promueve el respeto durante la contingencia. Milenio. <https://www.milenio.com/politica/comunidad/tlalpan-lanza-campana-susana-convivencia> (consulta 3 de enero de 2025).
- GRANDA, E. (2001). *Salud pública e identidad*. En Granda, E. *La salud y la vida*. Volumen 1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud, Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), 111-135. <https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/saludyvida.pdf>
- GRANDA, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 30, Núm. 2.
- HERSCH, P., y SALAMANCA, G. (2022). “El cuidado y los procesos de atención-desatención como referentes analíticos y operativos para la salud colectiva”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 40, Núm. 1, 1-12. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e345191>
- INSTITUTO de PLANEACIÓN DEMOCRÁTICA y PROSPECTIVA. (2024). *Panorama Geográfico y Estadístico*. Gobierno de la Ciudad de México. Tlalpan. <https://ipdp.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/670/46e/90c/67046e90c866f273698183.pdf> (consulta 9 de enero de 2025).
- JARILLO, E. y LÓPEZ, O. (2018). *Salud Colectiva en México*. Quince años del Doctorado en la UAM. Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco. 9-15.
- JEFATURA DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD (2020). *Principales resultados de las estrategias de Familia: Susana Convivencia* (documento interno). Manuscrito no publicado.
- LAURELL, A. C. (1981). “La salud-enfermedad como proceso social”. *Cuadernos Médico Sociales*, (19), 1-11.
- LÓPEZ, O. (2017). “Reformas de salud en México. Balance y desafíos”. *Salud Problema*, segunda época, Núm. 11. (número especial México). 67-82.
- LÓPEZ, O. y DELGADO, C. (2024). “La transformación del sistema público de salud en la Ciudad de México”. *Salud Pública de México*, vol. 66, 689-698.

- LÓPEZ, O. y JARILLO, E. (2017). “La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano”. *Cadernos de Saúde Pública, Reports in Public Health*. <https://www.scielo.br/j/csp/a/b95p-V6Yzp3Jh3NQ7bPmVrJJ/?format=pdf> vol 33. Sup 2. 1-13.
- MENÉNDEZ, E. (1988). “Modelo médico hegemónico y atención primaria”. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, 451-464.
- OMS. (1986). *Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud*. Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud. Ottawa, Canadá.
- ONU. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf (consulta 12 diciembre de 2024).
- ONU. (1978). *Declaración de Alma-Ata*, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Alma-Ata, URSS. 3-49. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf> (consulta 3 de enero de 2025).
- ONU. (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Observación General 14. Consejo Económico y Social. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf> (consulta 12 diciembre de 2024).
- O’SHEA, G., RIZZOLI, A., ACEVES, D., VILLAGRÁN V. M., CARRASCO, J., HALLEY, E., DELGADO, I., PIZARRO, M., VARGAS, G., ANTILLÓN, F. A., VILLASÍS, M. Á., y MUÑOZ, O. (2015). “Sistema de Protección Social en Salud para la detección y atención oportuna de problemas del desarrollo infantil en México”. *Salud Pública*, vol 72. Núm. 6, *Boletín del Hospital Infantil de México*. 429-437.
- RÍOS, A. y LÓPEZ, O. (2018). “Comprendiendo el cuidado y los cuidados: tipología del cuidado desde la salud colectiva”. En Jarillo, S., y López, O. *Salud Colectiva en México. Quince años del Doctorado en la UAM*. México. 127-155.
- RIVERA, R., ZAPOTECO, J., FIGUEROA, M. y VILLANUEVA, Y. (2017). *Vigilancia del desarrollo del lactante de 1 a 24 meses utilizando las cartillas del SIVIPRODIN*. UAM y Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo.
- RIZZOLI, A., SCHNAAS, L., LIENDO, S. y BUENROSTRO, G. (2013). “Validación de un instrumento para la detección oportuna de problemas de desarrollo en menores de 5 años en México”, *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. Vol. 70. Núm.3, 195-208.
- SÁNCHEZ, C., RIVERA, R., FIGUEROA, M., SIERRA, A., MANDUJANO, M., MUÑOZ-LEDO, P. y SOTO, F. (2018). *Una propuesta para la Construcción de la Ciudadanía Infantil. El cuidado integral y la prevención de discapacidad* (1a ed.). Universidad Autónoma Metropolitana.
- SECRETARIA DE SALUD. (SSA). (2019). *Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-IMX: La propuesta metodológica operativa*. Gobierno de México.
- SECRETARÍA DE SALUD. (SSA). (2020). *Lineamiento de operación 2020 del componente desarrollo en la infancia*. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/563149/Desarrollo_en_la_Infancia.pdf (consulta 4 de diciembre 2024).
- SECRETARIA DE SALUD. (SSA). (2024). *Cartilla del cuidado colectivo: El nido del cuidado. La importancia de expandir el alcance individual y colectivo de la atención y el cuidado en la salud*. Proyecto Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías clave 319781. México.
- SEMBRANDO SALUD EN LA NIÑEZ DE TLALPÁN (2019). *Resultado de los talleres de promoción de la salud y cuidado para la vida* (documento interno). Manuscrito sin publicar.
- SEMBRANDO SALUD EN LA NIÑEZ DE TLALPÁN. (2020a). *Análisis de entrevistas inicial al*

- Programa Social Sembrando Salud en la Niñez de Tlalpan 2020 (documento interno). Manuscrito sin publicar.
- SEMBRANDO SALUD EN LA NIÑEZ DE TLALPAN. (2020b). Principales resultados de las estrategias de Cuidado de la Niñez del Programa Social Sembrando Salud en la Niñez de Tlalpan 2020 (documento interno). Manuscrito sin publicar.
- SEMBRANDO SALUD EN LA NIÑEZ DE TLALPAN. (2020c). Revistas Sembrando Salud y Cuidados para la Vida. Alcaldía de Tlalpan. https://drive.google.com/drive/folders/1dEy_MujW1fB-7jI7ccscro10PvZULmwAH?usp=share_link (consulta 23 de diciembre 2024).
- UAM. (2021). “UAM y la Alcaldía Tlalpan inauguran el Centro de Atención y Promoción del Desarrollo Infantil”. Semanario de la UAM. Órgano Informativo de la Universidad Autónoma Metropolitana, 3(1), 6-7. <https://www.uam.mx/semanario/repositorio/2021/pdf/julio/Semanario-UAM-Anio-3-No-01-19Jul2021.pdf> (consulta 8 de enero de 2025).
- UNICEF. (2004). Guía curricular de estimulación temprana de 0 a 6 años (3ª ed.).
- VARGAS, G., GUADARRAMA, J., RIZZOLI, A., NARCIZO, F., MEDRANO, G., ACEVES, D., O’SHEA, G. y MUÑOZ, O. (2016). “Análisis y comparación curricular de las estrategias o programas para el desarrollo infantil temprano en México”. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Vol.73 Núm.2. 90-104.
- ZAVALETA, P., RAMÍREZ, L., VILLARUEL, J., BAUTISTA, E., ROSETTI, M., y ALBORES, L. (2024, noviembre 14-17). Prevalence of developmental delays among infants during two years of COVID-19 pandemic [Póster presentado]. 24th World Congress of Psychiatry, Ciudad de México, México.