
Calidad de los Cuidados y de la Educación Tempranos



Primera Edición, 2006



California Childcare Health Program
Administrado por la University of California, San Francisco School of Nursing,
Department of Family Health Care Nursing
(510) 839-1195 • (800) 333-3212 Healthline
www.ucsfchildcarehealth.org



Financiado por First 5 California con ayuda adicional del California Department of Education Child Development Division y del Federal Maternal and Child Health Bureau.

Este módulo es parte del currículum para los Defensores de los Cuidados de Salud del Niño del California Training Institute.

Agradecimientos

El California Childcare Health Program es administrado por la University of California, San Francisco School of Nursing, Department of Family Health Care Nursing.

Queremos darles crédito a las siguientes personas por sus contribuciones de tiempo y experiencia para el desarrollo y la revisión de este currículum desde el año 2000.

Los nombres se listan en orden alfabético:

Colaboradores Principales

Abbey Alkon, RN, PhD
Jane Bernzweig, PhD
Lynda Boyer-Chu, RN, MPH
Judy Calder, RN, MS
Lyn Dailey, RN, PHN
Joanna Farrer, BA, MPP
Robert Frank, MS
Lauren Heim Goldstein, PhD
Gail D. Gonzalez, RN
Jan Gross, BSN, RN
Susan Jensen, RN, MSN, PNP
Judith Kunitz, MA
Mardi Lucich, MA
Cheryl Oku, BA
Tina Paul, MPH, CHES
Pamm Shaw, MS, EdD
Marsha Sherman, MA, MFCC
Kim To, MHS
Eileen Walsh, RN, MPH
Sharon Douglass Ware, RN, EdD
Mimi Wolff, MSW
Rahman Zamani, MD, MPH

Colaboradores en la Traducción al Español

Rosa Marcano, MA
Traductora principal
Luis Solano, BA
Servicios de edición, traducción y corrección de pruebas
Paula Worby, MPH
Servicios de edición y corrección de pruebas
Javier Ruiz, BA
Servicios de edición y corrección de pruebas

Coordinadora de Edición

Catherine Cao, MFA

Personal del CCHP

Ellen Bepp, Robin Calo, Sara Evinger,
Krishna Gopalan, Maleya Joseph, Cathy Miller,
Dara Nelson, Bobbie Rose, Griselda Thomas

Diseñadoras Gráficas

Edi Berton (2006)
Eva Guralnick (2001-2005)

California Childcare Health Program

La misión del California Childcare Health Program es mejorar la calidad del cuidado del niño al crear y fortalecer enlaces entre la comunidad de salud y seguridad, la comunidad para el cuidado de niños y las familias que ellos sirven.

Algunas secciones de este currículum fueron adaptadas de los módulos de entrenamiento del National Training Institute for Child Care Health Consultants, North Carolina Department of Maternal and Child Health, The University of North Carolina at Chapel Hill; 2004-2005.

Financiado por First 5 California con ayuda adicional del California Department of Education Child Development Division y del Federal Maternal and Child Health Bureau.

OBJETIVOS PARA EL APRENDIZAJE

Describir los componentes críticos de la calidad de los cuidados y la educación temprana en los programas de ECE.

Identificar las posibles barreras para el mejoramiento de la calidad.

Describir cómo mejorar la calidad a través de tres rutinas que ocurren comúnmente en los programas de ECE.

Identificar las oportunidades de financiamiento para el mejoramiento de la calidad.

Utilizar las herramientas de medida de la salud y la seguridad en los programas de ECE.

FUNDAMENTO

La calidad en ECE tiene muchas dimensiones y es ayudada por un ambiente que le permite a los niños crecer y prosperar en su desarrollo, socialmente, cognitivamente, físicamente y emocionalmente. El Defensor de los Cuidados de Salud del Niño (CCHA) juega un papel significativo influyendo en la calidad de los programas de ECE al igual que ayudando a los niños a entrar a la escuela listos para aprender.

LO QUE UN CCHA DEBE SABER

De acuerdo a las investigaciones basadas en la National Survey of America's Families, el 73% de todos los niños menores de 5 años pasan tiempo regularmente cuidados por personas diferentes a los padres (Capizzano & Adams, 2004). En California, se estima que 1.5 millones de los tres millones de niños desde el nacimiento hasta los cinco años tienen padres que trabajan (vea *El Folleto: The 2005 California Child Care Portfolio*; California Child Care Resource and Referral Network, 2005). Ochenta y tres por ciento de los niños de padres que trabajan en California pasan un promedio de 35 horas a la semana cuidados por personas diferentes a los padres (Public Policy Institute of California, 2003). Con tantos niños pequeños pasando tiempo cuidados por personas diferentes a los padres, se le ha puesto atención a la calidad de los cuidados disponibles para el niño y a los efectos de la calidad del cuidado en la salud y en el bienestar de los niños.

¿Cuáles son los Tipos de Programas de ECE?

Hay muchos tipos diferentes de cuidados por personas diferentes a los padres (vea *El Folleto: Types of Out-of-Home Child Care Facilities*). Los tipos de cuidado se pueden definir por estas tres dimensiones:

- **La relación del niño con el proveedor de ECE.** ¿Es este proveedor de ECE un familiar o no lo es?
- **El ambiente en el cual se ofrece el cuidado.** ¿Se provee cuidado en la casa del niño, del proveedor o en un sitio con centro base?
- **La formalidad del arreglo.** El cuidado informal no está regulado por el estado o las agencias federales. El cuidado formal sí está regulado y requiere que se cumpla con ciertas normas de salud y de seguridad.

Cómo Influye en el Desarrollo de los Niños la Calidad de los Programas de ECE

Los programas de alta calidad tienen una influencia positiva en el desarrollo social, emocional y cognitivo

de los niños (Vandell, 1996). Los efectos positivos de la calidad de los programas de ECE en cada parte del desarrollo de los niños son algunos de los resultados más consistentes que se encuentran en la ciencia del desarrollo. Estudio tras estudio han mostrado que la alta calidad afecta positivamente el desarrollo de los niños a través de cada grupo étnico, cultural y lingüístico (Shonkoff & Phillips, 2000). La habilidad de un niño para estar listo para la escuela está además conectada con la calidad del preescolar. Estar listo para la escuela depende de varios factores, incluyendo el bienestar físico del niño y el desarrollo motor; el desarrollo social y emocional; el método de aprendizaje; el desarrollo del lenguaje, y la cognición y el conocimiento general. Demoras o retos en cualquiera de estas áreas afectará la habilidad del niño de tener éxito en la escuela.

La investigación sugiere que el cuidado de alta calidad, especialmente cuando se provee en un programa de centros de base, es especialmente beneficioso para las familias de bajos ingresos (Burchinal, Landesman-Ramey, Reid & Jaccard, 1995). Los niños a riesgo de fallar en la escuela se benefician aun más de la calidad de las guarderías (Cost, Quality & Child Outcomes Study Team, 1995). Los niños que están en los programas de ECE que van de buenos a excelentes tienen mayores puntajes que los niños que están en programas que van de mediocres a malos tanto en cooperación, obediencia y conducta, relaciones con los compañeros, como en el desarrollo cognitivo y en el habla (Cost, Quality & Child Outcomes Study Team, 1995).

La investigación ha mostrado que la calidad de los programas de ECE en los Estados Unidos es usualmente mediocre. El National Institute of Child Health and Human Development Study of Early Child Care (1999) reportó que la mayoría de los programas de ECE no llenan las normas de calidad de la American Public Health Association (APHA) y la American Academy of Pediatrics (AAP). El Cost, Quality and Child Outcomes Study (1995) de más de 400 centros de base de los programas de ECE en cuatro estados encontró que el 86% de estos programas proveen cuidados mediocres o de mala calidad. Por lo tanto, el 80% de los niños pasan sus días—hasta 50 horas a la semana—en ambientes de ECE malos o mediocres (Cost, Quality & Child Outcomes Study Team, 1995).

El cuidado de los infantes y de los niños pequeños es especialmente malo, con un 40% de los programas estudiados calificados como de baja calidad (Helburn & Howes, 1996). En un estudio sobre la calidad de las guarderías de familia y el cuidado “por familiares”, en tres estados solamente el 9% de las guarderías de familia y de cuidados por familiares fueron evaluadas como *buenas*, el 56% de los hogares se evaluaron como *ade-cuados* y tanto como un 35% de los hogares en el estudio se evaluaron como *inadecuados* (Galinsky, Howes, Kontos & Shinn, 1994).

Relaciones

El factor más importante de la calidad es la relación entre el niño y el proveedor de ECE. Los niños que reciben un cuidado cálido y sensible es más probable que confíen en otros, que entren a la escuela listos y deseosos para aprender y de llevarse bien con otros niños (Carnegie Task Force on Meeting the Needs of Young Children, 1994). Los programas de ECE de alta calidad crean ambientes que promueven relaciones cálidas y positivas entre los niños y el personal. Los niños a quienes sus cuidadores les proveen suficiente estimulación social y cognitiva y atención individual les va mejor en los exámenes que miden el desarrollo cognitivo, el desarrollo del habla y el desarrollo social (Howes, Hamilton & Philipsen, 1998; Peisner-Feinberg y otros, 1999). La estabilidad en el cuidado es también esencial para el desarrollo de relaciones positivas (Raikes, 1993; Whitebook, Howes & Phillips, 1990). Los niños que no tienen un cuidado consistente tienden a ser más agresivos, socialmente menos competitivos con los compañeros y a tener un vocabulario más limitado (Howes y otros, 1998; Whitebook y otros, 1990).

Rutinas

Las rutinas y las actividades predecibles y estructuradas son también importantes para la calidad del cuidado. Las rutinas tales como alimentación, la hora de la siesta e ir al baño son oportunidades para pasar tiempo individualmente con los niños. Los infantes, los niños pequeños y los niños jóvenes se sienten seguros y protegidos con las rutinas conocidas. Las rutinas proveen la base para explorar las habilidades sociales, emocionales, cognitivas, del lenguaje y físicas que ellos necesitan. La ausencia de rutinas o de rutinas mal manejadas puede producir tensión y pueden afectar

negativamente el desarrollo de los niños. Sin embargo, puede haber además muchas oportunidades para las lesiones, la transmisión de infecciones y el poder de forcejear durante las rutinas. Por ejemplo, si se espera que los niños jóvenes esperen en largas líneas para lavar sus manos, mantener a los niños ocupados durante estos periodos de espera puede ser difícil.

Para los profesionales de ECE poder establecer rutinas apropiadas, desarrollar relaciones positivas con y entre los niños, y favorecer un aprendizaje temprano, se deben educar y entender los procesos de desarrollo de los niños jóvenes. Aunque tener suficiente educación y entendimiento es esencial, es también importante tener una manera de obtener esa educación, el deseo de usar las habilidades que se han aprendido y un programa de ECE que tenga la estructura apropiada para poner en práctica esas habilidades (Phillipsen, Burchinal, Howes & Cryer, 1997; Vandell, 1996).

Las Cualificaciones Profesionales del Proveedor de ECE

Los programas de ECE con una calidad más alta tienen maestros con entrenamiento y educación más especializados en la infancia temprana que aquellos en los programas de menor calidad (Whitebook, 1995). Los proveedores de ECE graduados o con entrenamiento especial en ECE están mejor capacitados para ayudar a los niños jóvenes a aprender; los proveedores educados y entrenados son más probables que promuevan la salud física y mental, la seguridad y el desarrollo cognitivo de los niños a su cuidado (Fiene, 2002). Además, obteniendo educación continua a través de talleres y cursos es importante para ayudar a los proveedores de ECE a mantenerse al día en desarrollos en el campo de ECE.

Proporción Adulto-niño y Tamaño del Grupo

Mientras menos niños haya por adulto, mejor es la calidad del programa de ECE y mayor la atención que recibirá el niño (Fiene, 2002). La proporción de niño a personal y el tamaño de los grupos son dos de los mejores signos para determinar la calidad de un programa ECE, y ellos influyen en muchos otros asuntos de salud y seguridad. Los programas de ECE con grupos pequeños tienen menor riesgo a las infecciones que los programas de ECE con grupos de tamaño más grande (Fiene, 2002). Los estados regulan la pro-

porción que es aceptable para obtener la licencia. Para los niños jóvenes (menores de 1 año), las proporciones son generalmente más bajas que las de los niños mayores (por ejemplo: un adulto para tres o cuatro infantes). Cost, Quality and Child Outcomes in Child Care Centers (1995) encontraron que los centros con una relación baja personal-niño, se vieron como que proveían una calidad más alta de cuidado. La investigación sugiere que los niños en grupos de 12 a 14 con dos cuidadores son más cooperadores y obedientes, y muestran un juego más creativo que los niños en grupo en grupos de 24 ó 28 con cuatro cuidadores. Los niños en grupos pequeños también tienen mejores habilidades sociales que los niños en grupos más grandes (Clarke-Stewart, Gruber & Fitzgerald, 1994). Los niños se apegan con seguridad a individuos en quien ellos confían para que los cuiden de una manera responsable y sensible. Los proveedores de ECE con grupos pequeños están envueltos más activamente y pasan más tiempo jugando con los niños; ellos son más sensibles, están más estimulados socialmente y menos restringidos que los cuidadores en grupos más grandes (Vandell, 1996).

De acuerdo con la Community Care Licensing Division, la proporción de adulto-niño para California en centros de cuidado de niños es 1:4 para los infantes, 1:6 para los niños pequeños y 1:12 para los preescolares (State of California, 2002; Regulación 101216.3, 101216.4, 101416.5). Estas regulaciones varían para las guarderías en casas de familia. Para más información sobre Community Care Licensing Regulations, vea el siguiente sitio de la Red para los puntos más destacados: <http://www.cclcd.ca.gov/res/pdf/CCCRegulationHighlights.pdf>.

Rotación

Cuando estén escogiendo un programa de ECE, los padres deberían preguntar por cuanto tiempo han estado los proveedores de ECE en el centro o han dado cuidado en su casa. Es mejor si los niños están con el mismo proveedor de ECE al menos por 1 año. El cambio de personal es un signo de qué tan estable es el programa de ECE, cómo se trata al personal y sobre todo por la calidad. En los programas de ECE con una alta rotación de personal, a los niños les puede resultar difícil adaptarse. Acostumbrarse a los nuevos proveedores de ECE toma tiempo y energía lo cual podría en su lugar usarse en aprender cosas nuevas.

Comprehensive Approaches to Raising Educational Standards (CARES) es un programa que promueve, recompensa y alienta la educación en los profesionales de ECE de California. El objetivo del programa es reducir la rotación y mejorar las oportunidades educativas. Para más información sobre programas del condado, contacte el Child Care Planning Council local. Los aspirantes de CARES pueden calificar para gastos basados en su nivel de educación y en su experiencia profesional en los programas de ECE.

Barreras en la Calidad de los Programas de ECE

Las barreras para la calidad en los programas de ECE pueden estar ligadas a unas proporciones altas de rotación de personal, a una alta relación personal-niño e insuficiente entrenamiento de los proveedores de ECE. La rotación de personal es bastante alta en el campo de ECE debido al bajo salario, a los beneficios inadecuados y a las oportunidades limitadas para crecer. Las proporciones de rotación van desde 25-50% del personal por año (Howes, Phillips & Whitebook, 1992). El personal nuevo puede que no esté tan bien entrenado o tenga tanta experiencia como aquellos que se van. La alta rotación de personal requiere entrenamiento continuo para proveer los servicios necesarios que aseguren el bienestar de los niños jóvenes y la calidad del programa.

La rotación de personal trastorna la consistencia y la familiaridad del ambiente y como resultado, puede deteriorar la calidad del cuidado. La rotación también trastorna las relaciones de cuidado cercanas que los niños han establecido con los proveedores de ECE y con otros niños.

El personal de ECE puede que no sepa el lenguaje, la clase o la rutina de los niños inscritos. Esto puede dificultar proveer el tipo de cuidado que recibe el niño en la casa y para los programas el comunicarse efectivamente con las familias.

Prácticas sobre Salud y Seguridad para Tres Actividades Rutinarias en los Programas de ECE

A través de todos los programas de ECE, ya sea en un centro o en una guardería de familia, hay tres rutinas

que ocurren normalmente que definen cómo se pasa una buena parte del día. Estas actividades son ayudar en el baño/cambiar pañales, tomar la siesta y alimentar. Todos los niños en los programas de ECE necesitan atención en estas áreas. Cómo se manejan las rutinas y cómo se siguen los procedimientos de seguridad y salud durante estas rutinas es importante para determinar la calidad del cuidado. Los proveedores de ECE pueden mejorar la calidad del cuidado a través de estas actividades rutinarias.

Ayudar en el Baño/Cambiar Pañales

- Un área con una superficie desechable debería ponerse aparte para cambiar los pañales. El cambio de pañales que se hace en el suelo incrementa las probabilidades de transmisión de enfermedades infecciosas. El cambio de pañales en el piso puede permitirse si no pone al niño a riesgo de que alguien se le pare encima o si se hace sobre una superficie desechable. Si hay una superficie restante no desechable puede ser desinfectada y el proveedor de ECE no se arriesga a lesionarse la espalda por arrodillarse en el piso, entonces puede ser posible, pero no preferible, cambiar los pañales de los niños en el piso.
- Aun con buenas superficies y áreas para cambiar pañales, la mesa de pañales puede causar lesiones o llevar a la transmisión de una infección. Los niños mayores deberían subirse a la superficie de la mesa de manera que el proveedor no necesite levantarlos. Los suministros deberían estar listos a la mano, pero no al alcance de los niños. La altura de la mesa debería ser cómoda para el proveedor y el lavabo debería estar lo suficientemente cerca para prevenir que otras superficies se contaminen. Los niños suficientemente mayores como para lavar sus propias manos deberían estar lo suficientemente cerca para ser supervisados.
- Si se usan pañales de tela, los pañales sucios deberían removerse en una pieza junto con la cubierta protectora para reducir el contacto con las heces. A pesar de la consternación de algunos padres, los proveedores no deberían enjuagar pañales, sino vaciarlos y amarrarlos con seguridad en bolsas plásticas y enviarlos a la casa. Las cremas para los pañales se consideran medicamentos y requieren que los padres completen una forma sobre medicación. Las cremas deberían mantenerse en los contenedores personales de los niños, marcadas claramente con su nom-

bre y almacenadas con sus suministros de pañales. Algunas cremas de pañales contienen plomo, y se les debe decir a los padres acerca de este riesgo. Las erupciones con sangre por los pañales requerirán el uso de guantes de látex (o el equivalente) por el proveedor de ECE. Para evitar contaminar el envase de la crema, los proveedores de ECE pueden dispensar la cantidad de crema que se necesita para cambiar el pañal en una toalla de papel antes de comenzar el procedimiento.

- Los guantes no se requieren ni por la California Community Care Licensing Regulations ni por las recomendadas National Health and Safety Performance Standards a menos que haya sangre (AAP, APHA & National Resource Center for Health and Safety in Child Care, 2002; State of California, 2002). Usar guantes inapropiadamente ocurre algunas veces en los programas de ECE. Los CCHA deberían observar procedimientos para guantes para muchos cambios de pañales con diferentes proveedores de ECE para tener un sentido de si se está siguiendo el procedimiento recomendado. Si un programa escoge usar guantes para cambiar pañales cuando no hay sangre, se recomienda el vinilo. El vinilo es mejor que el látex por que los guantes de vinilo son más probables de removerse después de cada cambio de cada pañal porque ellos no son tan cómodos como los guantes de látex, reduciendo así el esparcimiento de gérmenes. Además, algunos individuos son alérgicos al látex. Vea *El Folleto: Notas sobre Salud y Seguridad: Alergia y Sensibilidad al Látex en los Locales de Cuidado Infantil* para mas información. Observe cuándo y cómo los proveedores de ECE se quitan sus guantes; aliéntelos a quitarse los guantes entre cada cambio de pañal y a lavarse las manos después de cada cambio de pañal.
- El lavado de manos, aun cuando es uno de los temas más básicos y frecuentes que se cubren en los entrenamientos de ECE, pocas veces se hace correctamente o con suficiente frecuencia. Los proveedores de ECE y los niños deben lavarse las manos después de cada cambio de pañales/visita al baño. Hay muchos debates sobre el jabón líquido versus el jabón de barra. El uso de un jabón antibacterial es casi universal en los programas de ECE, y el uso de higienizadores de manos sin agua se ha vuelto popular recientemente. Observe cuándo y cómo se usan tales productos y estimule el jabón líquido simple y

agua a menos que no haya absolutamente ninguna opción. Usted pudiera observar que algunos proveedores de ECE se saltan el lavado de manos cuando usan guantes, y ellos necesitan que los instruyan que los guantes no reemplazan el lavado de manos. El California Childcare Health Program (CCHP) ha producido mini afiches y otros materiales sobre el lavado de manos, el uso de guantes y otros procedimientos. Visite el sitio de la Red de CCHP en <http://www.ucsfchildcarehealth.org> para bajar copias gratis en PDF.

- Algunos programas requieren que los niños estén entrenados para ir al baño solos para poder inscribirse o para moverse al siguiente grupo de edad más grande. Las National Health and Safety Performance Standards (AAP y otros, 2002) reconocen que el entrenamiento para ir al baño, o más apropiadamente *aprender a usar el baño*, es un evento importante que puede que no corresponda con la edad cronológica. Los programas que requieren que aprendan a usar el baño están en conflicto con el Americans with Disabilities Act (ADA) porque algunos niños nunca podrán ir al baño solos o podrían progresar a un paso mas lento. Los programas que adaptan su cuidado a cada niño pueden acomodar a niños en pañales de cualquier edad si ellos tienen las facilidades para cambiar los pañales con seguridad y apropiadamente.
- Puede ser difícil supervisar a los niños cuando ellos pueden usar el baño sin ayuda. El objetivo es apoyar y arreglar el ambiente de manera que los niños puedan ser supervisados mientras ellos independientemente y privadamente usan el baño y se lavan las manos.
- El entrenamiento para usar el baño puede ser un área de conflicto para los proveedores de ECE y para los padres. La cultura, los estilos de paternidad y la economía pueden influir en la decisión de comenzar el entrenamiento para usar el baño antes de que el niño esté listo. Generalmente, las guías del desarrollo indicarán cuando un niño está listo para cambiar de pañales a pantalones.

Dormir/Tomar una Siesta

- Ahora se espera que los programas de ECE sigan las recomendaciones para dormir de la AAP para reducir el Sudden Infant Death Syndrome (SIDS). *Es necesario poner a todos los infantes a dormir boca arriba.* Las políticas y los

procedimientos para la posición para dormir, las especificaciones para la cuna y para la ropa de cama deberían estar en el lugar y comunicadas a los padres al momento de la inscripción en el programa de ECE. Una investigación reciente ha mostrado que la proporción de SIDS es mas alta en los programas de ECE que en los infantes que están en la casas, especialmente cuando los infantes se ponen a dormir boca abajo en los programas de ECE y boca arriba en la casa (AAP Task Force on Infant Sleep Position and SIDS, 2000).

- Tomar la siesta es un tópico muy sensible en los programas de ECE. Muchos programas tienen un tiempo fijo para dormir la siesta y esperan que todos los niños participen. Los programas a menudo dependen de este tiempo para hacer los horarios de los recesos del personal, hacer el papeleo y prepararse para la próxima actividad. Sin embargo, el horario para dormir y la cantidad de tiempo que se necesita varía con cada niño y no se prestan fácilmente para hacer un horario fijo. Las regulaciones para la licencia (Sección 101230) requieren que “a todos los niños se les debería dar la oportunidad de tomar una siesta o descansar sin distracción o interrupción por otras actividades en el centro” (State of California, 2002). A los niños quienes necesiten dormir más tiempo o más a menudo se les debe permitir hacerlo, y el ambiente y el horario del programa de ECE deberían hacer que esto sea posible. Para los niños que no toman siesta o que se despiertan primero, los programas deben encontrar maneras para prevenir que perturben a otros niños que están durmiendo o descansando. La disponibilidad del espacio y de actividades para el desarrollo y el juego en silencio son esenciales.
- Tener suficiente espacio para tomar la siesta puede ser difícil en algunos programas. El almacenaje de cates y de ropa de cama no debe proporcionar una oportunidad para la transmisión de infecciones.
- Para prevenir las caries por el tetero y para reducir el riesgo de infecciones del oído, los niños no se deberían poner a dormir con un tetero. Si los padres insisten y el niño no descansará sin el tetero, los programas pueden escoger estar de acuerdo con los teteros que contengan una pequeña cantidad de agua para el niño.

Alimentando

La guía sobre nutrición general e higiene de alimentos se cubrirá en un módulo separado (vea el módulo *Nutrición y Actividad Física*). Nosotros nos enfocaremos aquí solamente en los problemas principales de salud y seguridad.

- La seguridad en la preparación de teteros con fórmula para infantes requiere prácticas higiénicas delineadas en las regulaciones para la licenciatura (State of California, 2002, Sección 101427) y en las Normas Nacionales (AAP y otros, 2002). El personal y los padres pueden estar en desacuerdo acerca del desecho de los teteros que no se terminaron. Se pueden llegar a acuerdos preparando mas teteros con menos onzas de formula para reducir el desperdicio. Los teteros de fórmula pueden producir bacterias rápidamente y no deben refrigerarse para alimentar más tarde.
- La lactancia se estimula cuando es posible y es apropiado para el infante y para la madre (vea *El Folleto: Notas sobre Salud y Seguridad: Ayudando a las Familias que Amamantan*).

Con más infantes pequeños en los programas de ECE, se ha demostrado que es un reto para algunos programas crear ambientes que permitan la lactancia. El manejo de la leche materna se delinea en las National Health and Safety Performance Standards (AAP y otros, 2002, Norma 4.015). Los programas pueden ayudar a las madres a amamantar sincronizando las alimentaciones con teteros de manera que el infante se alimentará cuando la madre recoja al niño al final del día o cuando lo hayan acordado. Tener un lugar cómodo donde dar de mamar estimulará la lactancia. Ya que la leche de pecho es un fluido del cuerpo, es esencial que los teteros de leche de pecho no se compartan con otros niños. Esto se puede asegurar cargando a todos los infantes cuando se están alimentando y no permitirles a los niños que caminen con los teteros. Cargar a los niños durante la alimentación con el tetero es la mejor manera de nutrir y estar en sintonía con los signos del niño.

- A los niños no se les debe dar miel hasta que tienen 1 año de edad por el riesgo al botulismo.
- Para prevenir las caries por el tetero, se recomienda que los infantes se inicien con una taza alrededor de los 6 meses de edad y se desteten

alrededor de 1 año de edad. Las preferencias de los padres pueden requerir una cuidadosa exploración y negociación por los proveedores de ECE.

- Los alimentos sólidos se recomiendan generalmente alrededor de los 4 a los 6 meses de edad, y la secuencia que se recomienda para iniciar los alimentos se lista en las regulaciones para la licenciatura (State of California, 2002, Sección 101427). Los proveedores de ECE no deberían añadir alimentos sólidos tales como cereal al tetero de un infante aun si la práctica es común en la casa. Aprender a alimentarse uno mismo es un tema complicado y puede tomar mucho tiempo. Aprender los signos de los niños e ir a su paso ayuda a los proveedores de ECE a ser sensibles y ayuda a los niños a ganar un sentido de maestría. Si los padres y los proveedores de ECE no están de acuerdo en cómo introducir los alimentos sólidos, ellos pueden necesitar discutir las diferentes opciones para llenar las necesidades de los niños.
- Es importante eliminar los riesgos de ahogo en los programas de ECE. Perros calientes, zanahorias crudas cortadas en rodajas y uvas enteras no se deberían servir a los niños menores de 4 años de edad. Los alimentos no necesitan eliminarse, pero se deben cambiar cocinándolos o cortándolos diferentemente de manera que se puedan servir de forma segura.
- Las alergias a alimentos son muy comunes en los niños pequeños y deben ser tratadas como una amenaza seria para la salud. Los planes de cuidado especiales deben estar en los archivos de todos los niños con alergias a alimentos y ser actualizados al menos cada seis meses. El personal que sirve meriendas o comidas, o que usa productos alimenticios en actividades de manualidades debe estar consciente de las alergias y de los procedimientos de emergencia en caso de que un niño esté expuesto. Los dispositivos para inyectar la Epinefrina (EpiPen Jr®) deberían obtenerse de los padres, quienes los obtienen del proveedor de cuidados de salud y ser entregados al programa de ECE. El personal debería estar entrenado para usar el dispositivo y para saber cuándo usarlo. La investigación ha demostrado que muchos padres no saben cómo administrar apropiadamente la epinefrina a su niño, no llevan la medicina con ellos todo el tiempo o llevan una medicina que ha caducado. Al requerirles a los padres que completen el plan de cuidado

especial con su proveedor médico, los programas de ECE pueden estar salvando la vida de un niño asegurándose de que el padre está entrenado adecuadamente y de que la medicina está vigente.

- Los niños con necesidades especiales de salud y desarrollo pueden tener también necesidades especiales de alimentación. Los programas de ECE pueden alentar a los padres a programar con los servicios de terapia ocupacional en los lugares de ECE para ayudar a los proveedores de ECE a llenar mejor las necesidades de alimentación del niño.
- Los programas deben considerar las preferencias de alimentos étnicos y culturales de las familias cuando planeen los menús para los niños.

¿Cuáles Recursos están Disponibles para Mejorar la Calidad?

Hay muchas agencias federales, estatales y locales que tienen dinero para ayudar a financiar los programas de ECE para mejorar la calidad del cuidado.

Ayuda Disponible de las Agencias de Regulación

Aun cuando la ley requiere que los programas de ECE sigan las regulaciones del estado para la licenciatura (State of California, 2002), estas regulaciones no siempre se hacen cumplir. Además, seguir las Normas Nacionales (AAP y otros, 2002) es más difícil que seguir las regulaciones del estado y algunas veces puede ser costoso. Los estudios muestran que vigilar mejor a los programas de ECE aumenta su acatamiento a las normas sobre salud y seguridad (Koch, 1994). Por esta razón, se necesita mejor ayuda y mejor educación acerca de la calidad y el acatamiento de las Normas Nacionales en ECE.

Regulaciones del California Department of Social Services, Community Care Licensing Título 22. En California, las regulaciones de los centros de base y las regulaciones de las proporciones están por encima de la media nacional. Sin embargo, requerimientos educacionales y de entrenamiento más estrictos, normas más altas sobre salud y seguridad, y una coacción más amplia y una vigilancia adecuada del cumplimiento pudiera aumentar la calidad.

California Department of Education, Child Development Division (CDD). Desired Results for Children and Families es un sistema que incluye los Program Performance Standards, a los cuales se les requiere que financien programas para centros de base y redes de guarderías en casas de familia que tengan contrato con CDD. Estas normas ayudan a conseguir los “resultados deseados” para los niños desde el nacimiento hasta los 14 años y para sus familias. Los aspectos claves de los resultados deseados incluyen los siguientes: desarrollo y medidas programáticas, responsabilidad, enseñanza y oportunidades para el aprendizaje, crecimiento personal y profesional, participación de los padres y de la comunidad, toma de decisiones y administración. Las mejores prácticas han sido definidas por los centros de cuidado de niños, por las guarderías en casas de familia, y por las agencias de recursos y referencias. A todos los programas ayudados por CDD se les requiere que completen un perfil de desarrollo de cada niño (incluyendo desarrollo cognitivo, socio-emocional, del lenguaje y físico). Todos los programas ayudados por CDD necesitan además hacer un auto-estudio cada año para asegurarse de que ellos están siguiendo las Program Performance Standards.

First 5 County Commissions locales. Las First 5 County Commissions locales ofrecen muchos recursos para aumentar la calidad, incluyendo subvenciones para mejorar las instalaciones y para entrenar al personal. Los incentivos también se ofrecen a los proveedores de ECE para aumentar su conocimiento, habilidades y retención en el campo.

Child Care Planning Councils locales. Cada condado en California tiene un concejo local para planeamiento de los cuidados del niño. Los concejos para el planeamiento de los cuidados del niño son un recurso para los programas de ECE. Los concejos de planeamiento deciden cuáles son las necesidades del condado en términos del cuidado de niños—ya sea que se necesiten más programas de ECE en el área o no. Ellos tendrán una lista de los fondos disponibles a los cuales los programas de ECE pueden aplicar para ayudar con los costos de mejoramiento de la calidad y la seguridad en los programas. Ellos también ayudan a tener acceso y a dar recursos para el mejoramiento de la calidad.

Oportunidades para el Entrenamiento

California Department of Social Services, Community Care Licensing Division provee entrenamiento para nuevos y futuros proveedores de cuidado de niños en casas de familia.

California Department of Education CDD financia muchas actividades de entrenamiento, incluyendo las siguientes:

- **El Child Care Initiative Project**, el cual dirige subvenciones hacia las agencias de recursos y referencias de guarderías locales para entrenar a las familias que proveen cuidado de niños y para mejorar la calidad y la oferta de las guarderías en California.
- **El Program for Infant/Toddler Caregivers**, es un sistema integrado para proveer entrenamiento y asistencia técnica a los profesionales de la infancia temprana que trabajan con niños desde el nacimiento hasta los 3 años.
- **El Child Development Training Consortium and Early Childhood Mentor Program** ataca el serio déficit de personal calificado en los programas de ECE apoyando el desarrollo y el crecimiento profesional de aquellos que ya están trabajando en el campo.

CARES es un programa que promueve, recompensa y alienta la educación dentro de los profesionales de ECE en California. Para más información sobre programas del condado, contacte el concejo de planeamiento local para los cuidados del niño. Los aspirantes deben calificar para recibir estipendios basados en su nivel de educación y experiencia profesional en los programas de ECE.

Oportunidades para la Certificación

Menos del 15% de los centros de ECE y las guarderías en casas de familia están acreditadas. El financiamiento para incrementar la certificación está disponible a través de muchas agencias locales de recursos y referencias para el cuidado del niño y a través de los programas First 5. Las organizaciones profesionales tales como la National Association for the Education of Young Children (NAEYC) y la National Association of Family Child Care Providers (NAFCCP) proveen criterios de certificación, entrenamiento y ayuda para los programas de ECE.

Oportunidades de Financiamiento

Los programas que buscan fuentes de financiamiento externo tienden a tener una calidad más alta que los programas que no lo hacen (Howes & Brown, 2000). Las guías para el financiamiento federal de los Child Care and Development Block Grant requieren que al menos el 4% del financiamiento se use para actividades de mejoramiento de la calidad en cada estado. En California, un estimado de \$101 millones de dólares se invierte anualmente en actividades para el mejoramiento de la calidad, incluyendo el Family Child Care Training Project y las subvenciones para la seguridad en el área de juego, al igual que los siguientes programas de cuidado para infantes y niños pequeños:

- El Program for Infant/Toddler Caregivers
- especialista en infante/niño pequeño para la CCHP Healthline
- inclusión de infantes y niños pequeños con impedimentos
- guías para el desarrollo y el aprendizaje temprano de los infantes y los niños pequeños

El U.S. Department of Health and Human Services y el Administration for Children and Families también financian federalmente Head Start y Early Head Start.

Las agencias de recursos y referencias están localizadas en cada condado de California. Estas agencias señalan las necesidades de cuidado del niño a nivel local y a lo largo del estado, ayuda en los esfuerzos de reclutamiento y entrenamiento para los proveedores de ECE, y defiende programas de calidad de ECE, accesibles y a precio razonable.

Las subvenciones locales o préstamos pueden también ayudar a mejorar la calidad. Ellos pueden venir de programas de agencias locales y de concejos de desarrollo y planeamiento. Los fondos pueden haber sido dados para la remodelación de las instalaciones, reparaciones y materiales para la instrucción.

Los programas de Tutoría de la Infancia Temprana y los programas de incentivos para el salario y la retención para cuidado del niño proveen financiamiento para pagar a los proveedores de ECE.

Midiendo la Calidad de los Programas

Las *Early Childhood Environment Rating Scales* se usan para medir la calidad del sitio de cuidados tempranos o sitios para edad escolar. Hay tres escalas de clasificación para el ambiente, cada una diseñada para tipos diferentes de programas de ECE. Se requiere un entrenamiento adicional para usar estas herramientas.

Early Childhood Environment Rating Scale-Revised Edition (ECERS-R)

La herramienta usada más ampliamente para medir la calidad de los centros de base de los programas de ECE es la *Early Childhood Environment Rating Scale-Revised Edition* (ECERS-R; Harms, Clifford & Cryer, 2004). La ECERS-R puede ser usada por el personal para auto-evaluaciones periódicas, al igual que por el revisor externo. Este puede ayudar a identificar vías para mejorar la calidad del programa y para medir el cambio. La ECERS-R es una medida de observación de 43 partes para evaluar los centros de base de los programas de ECE que sirven niños de 2 años y medio hasta los 5 años de edad. La ECERS-R incluye las siguientes siete sub-escalas:

1. Espacio y Mobiliarios
2. Rutinas de Cuidado Personales
3. Lenguaje-Razonamiento
4. Actividades
5. Interacción
6. Estructura del Programa
7. Padres y Personal

Cada parte de la ECERS-R se ordena en una escala de 1 a 7, desde 1 siendo *inadecuado* a 7 siendo *excelente*. Para una parte individual, el puntaje debe comenzar en 1, *inadecuado*, y progresar hacia arriba hasta que se alcance el puntaje correcto (Harms, Cryer & Clifford, 2004).

Infant/Toddler Environment Rating Scale-Revised Edition (ITERS-R)

La *Infant/Toddler Environment Rating Scale-Revised Edition* (ITERS-R) es una medida de observación de 35 partes usada para medir la calidad de los centros de base de los programas de ECE que sirven a niños

hasta los 30 meses de edad (Harms, Clifford & Cryer, 2002). Las partes están organizadas en las siguientes siete sub-escalas:

1. Mobiliarios y Exhibición para Niños
2. Rutinas de Cuidados Personales
3. Oír y Hablar
4. Actividades de Aprendizaje
5. Interacción
6. Estructura del Programa
7. Necesidades de los Adultos

Family Day Care Rating Scale (FDCRS)

La *Family Day Care Rating Scale* (FDCRS) está diseñada para medir los programas de guarderías en casas de familia localizadas en la casa del proveedor (Harms & Clifford, 1989). La escala consiste de 40 partes, incluyendo ocho partes adicionales para los programas con niños con impedimentos. Las partes están organizadas en las siguientes siete sub-escalas:

1. Espacio y Mobiliario para Cuidados y Aprendizaje
2. Cuidado Básico
3. Lenguaje y Razonamiento
4. Actividades de Aprendizaje
5. Desarrollo Social
6. Necesidades de los Adultos
7. Provisiones para Niños Excepcionales

La ITERS-R (Harms, Cryer & Clifford, 2002) y la FDCRS (Harms & Clifford, 1989) usan el mismo método de puntaje que la ECERS-R (Harms y otros, 2004).

Evaluando los Programas en Salud y Seguridad

La salud y la seguridad son una parte esencial de la calidad de los programas de ECE. Los ambientes saludables y seguros alientan y ayudan las oportunidades para el aprendizaje de los niños pequeños. Se necesitan servicios de salud que se enfoquen en la prevención y en la educación para mejorar la calidad del cuidado en los programas de ECE (Alkon & Boyce, 1999). Es altamente recomendable que se use una herramienta estandarizada para medir si se está cumpliendo con las regulaciones y las normas para la salud

y la seguridad. Los CCHP han desarrollado una lista de control para marcar sobre salud y seguridad, la cual se describe abajo.

CCHP Health and Safety Checklist-Revised (CCHP H & S Checklist-R)

La *CCHP Health and Safety Checklist (CCHP H & S Checklist)* original estaba basada en el *Child Care Evaluation Summary* (Quality Enhancement Project for Infants and Toddlers, 2001) y una lista de control para marcar de un estudio previo sobre salud y cuidados del niño (Preschool Environment Project, 1997). El personal de investigación del CCHP desarrolló un manual de instrucciones pregunta-por-pregunta para estandarizar el uso de la *CCHP H & S Checklist*. La *CCHP H & S Checklist* fue una prueba piloto en cuatro centros de cuidado de niños y se encontró que era un instrumento válido y confiable para hacer evaluación. El personal de investigación usó la *CCHP H & S Checklist* para evaluar cambios en las prácticas de salud y seguridad en 128 programas de ECE en cinco condados financiados por el Child Care Health Linkages Project. Basado en los datos que se recogieron, la *CCHP H & S Checklist* se revisó en el 2005 (vea *El Folleto: CCHP Health and Safety Checklist-Revised*). La *CCHP Health and Safety Checklist-Revised (CCHP H & S Checklist-R; CCHP, 2005)* es una herramienta de evaluación que consta de 82 partes claves National Health and Safety Performance Standards (AAP y otros, 2002) y de las regulaciones del estado para la licenciatura (State of California, 2002).

La *CCHP H & S Checklist-R* incluye las siguientes sub-escalas:

1. Prevención de Emergencias/Envenenamiento
2. Pertenencias de los Niños y del Personal
3. Necesidades Especiales
4. Lavado de Manos
5. Preparación de Alimentos/Alimentación/Higiene
6. Salud Oral
7. Equipo Interno/Externo
8. Infante/Niño Pequeño (General, Cambio de Pañales, Preparación de Alimentos/Alimentación y Dormir/Tomar una Siesta)

El puntaje está basado en una escala de dos puntos: (1) Cumple con las Regulaciones Completamente y

(2) No Cumple con las Regulaciones Completamente o NA (no se aplica). Además, hay una columna para que quien la use *CCHP H & S Checklist-R* escriba notas relacionadas con cada parte.

La *CCHP H & S Checklist-R* fue desarrollada para usarse por los proveedores de los programas de ECE, Consejeros sobre los Cuidados de Salud del Niño (los CCHC), los CCHA, los investigadores y otros interesados en medidas sobre salud y seguridad. La *CCHP Health and Safety Checklist-Revised User's Manual: Question-by-Question Specifications* incluye explicaciones parte por parte sobre cómo completar la *CCHP H & S Checklist-R*.

El Child Health Record Review: Early Care and Education Program Health Assessment (Child Care Evaluation Worksheet, Quality Enhancement Project for Infants and Toddlers, 2000)

El *Child Health Record Review* (vea *El Folleto: Child Health Record Review*) es un instrumento estandarizado que se usa para monitorear la salud de los niños revisando la información de las historias clínicas que están archivadas en el lugar de los programas de ECE. La forma se usa para revisar las historias en las siguientes áreas:

1. Información de Contacto para Emergencias
2. Bienestar Físico del Niño
3. Bienestar Físico del Niño en el Último Año
4. Necesidades Especiales de Cuidados de Salud como las define el Maternal and Child Health Bureau
5. Si un Niño con Necesidades Especiales tiene un Plan de Cuidado Especial
6. Estado de la Inmunización
7. Seguro Médico
8. Hogar Médico (un lugar consistente donde se recibe cuidado médico tal como la oficina del médico)
9. Exámenes de Salud: estatura y peso, hematocrito y hemoglobina, plomo, visión, audición, habla y lenguaje, salud oral, y desarrollo general

La clasificación de las partes 1 a la 8 es *sí* cuando la información está presente y completa o *no* cuando la información no está presente o está incompleta. El

puntaje para la parte 9, las pruebas son: *N* para *Not Recorded (No Registrado)*; *I* para *Recorded but Incomplete (Registrado pero Incompleto)*; *Y* para *Recorded, Not Positive (Registrado, No Positivo)*; *P* para *Positive, No Referral (Positivo, No Referencia)*; *R* para *Positive, Referred, Pending (Referencia Positiva, Referido, Pendiente)*; y *C* para *Positive, Referred, Complete (Positivo, Referido, Completo)*. La *Record Review* está acompañada de dos formas: La *Child Health Record Review: Early Care and Education Program Health Assessment: Guidelines for Completion of Form* y la *Spreadsheet for Determining Child's Age in Months* (vea los folletos para estas formas). Estas formas ayudan al evaluador a completar correctamente la *Record Review*.

LO QUE UN CCHA DEBE HACER

- Revisar los requisitos para la Community Care Licensing, las normas de desarrollo del programa, las National Health and Safety Performance Standards, las normas para la certificación y las herramientas que se usan para medir la calidad en los programas de ECE.
- Aprender a reconocer los signos de la calidad del cuidado, incluyendo la salud y la seguridad, las interacciones entre los niños y los adultos, y las oportunidades para el aprendizaje. Decidir en cuales aspectos de la calidad le gustaría a usted trabajar.
- Saber acerca de las necesidades más grandes en las comunidades de ECE, de los programas y de los recursos. Visitar diferentes programas de ECE para aprender acerca de sus programas, de su ambiente y qué están haciendo ellos para mejorar la calidad. Visitar programas modelo para saber de primera fuente cómo trabaja un programa de alta calidad.
- Pensar en maneras para llenar las necesidades de salud y seguridad en su programa. Trabajar con un consejero sobre salud el cual sea sensible a las necesidades del programa y desarrollar un plan hecho a la medida para la mezcla particular de personal, de niños y de familias.
- Aprender a promover efectivamente un programa de ECE de calidad.
- Participar en discusiones localmente sobre cómo definir y alcanzar cuidados de calidad en niveles

programados locales y regionales.

- Identificar y ayudar a desarrollar programas de alta calidad en el área para que sirvan de modelos.
- Promover la salud y la seguridad en las discusiones de calidad sobre cuidado del niño.
- Atender o dirigir talleres en las reuniones y conferencias locales o regionales de ECE.
- Trabajar conjuntamente con otros CCHA para lograr un cuidado de niños de alta calidad tal como recursos y referencias para el cuidado de niños, la licencia para el cuidado comunitario, concejos de planeamiento local o la First 5 County Commission y las School Readiness Initiatives.

Implicaciones Culturales

Los CCHA deben ser sensibles a las diferentes actitudes y creencias acerca de cómo debería ser la calidad en los programas de ECE. Conflictos por tomar la siesta, por alimentar y ayudar en el baño pueden surgir en las familias y en los proveedores de ECE debido a las diferencias en las creencias y prácticas culturales. Los CCHA deben tener que negociar sensiblemente y resolver estos conflictos respetando las diferencias culturales.

Implicaciones para los Niños y las Familias

Los niños y las familias se beneficiarán de programas de ECE de alta calidad. Los CCHA pueden ayudar a educar a los niños y a las familias acerca de la importancia de las políticas de salud y de seguridad y de los procedimientos en los programas de ECE.

Implicaciones para los Proveedores de ECE

Los proveedores de ECE apreciarán la ayuda de los CCHA para mejorar la calidad en los programas de ECE. Los CCHA deberían ser sensibles a las necesidades de los proveedores de ECE y trabajar junto con el proveedor de ECE para alcanzar los objetivos.

ACTIVIDAD

Familiarícese con la *CCHP Health and Safety Checklist-Revised (CCHP H & S Checklist-R)* y el *CCHP Health and Safety Checklist-Revised User's Manual: Question-by-Question Specifications*, sepárense en pequeños grupos y designe a una persona como el reportero en cada grupo. A cada grupo se le asignará una sub-escala/sección de la *CCHP H & S Checklist-R* para la discusión. Revise las partes de la sub-escala y refiérase a las *Question-by-Question Specifications* para las instrucciones de cómo observar y cómo clasificar las partes. Esté preparado para reportarle al grupo grande.

¿Qué debe hacer usted en un programa de ECE para observar todas las partes y clasificarlas con precisión?

¿Cuáles son las áreas en su programa de ECE que usted pudiera mejorar?

NORMAS NACIONALES

De Caring for Our Children: National Health and Safety Performance Standards: Guidelines for Out-of-Home Child Care Programs, Second Edition

2.028, 3.004, 3.008, 3.012-3.019, 4.001, 4.007, 4.009, 4.013-4.014, 4.024-4.039, 5.142-5.147, 5.065-5.070, 7.003, Apéndice E, Apéndice Z.

REGULACIONES DE CALIFORNIA

De Manual of Policies and Procedures for Community Care Licensing Division

Título 22, División 12, Capítulo 1, Artículo 6, 101428, 101230, 101239.1, 101227, 101427, 101220, 101220.1, 101221.

RECURSOS

Organizaciones y Recursos

Nombre de la Organización e Información de Contacto	Descripción de los Recursos
California Association for the Education of Young Children (CAEYC) www.caeyc.org	CAEYC ofrece oportunidades para el crecimiento profesional y entrenamiento para profesionales de cuidados tempranos en todo el estado.
California Childcare Health Program 1333 Broadway, Suite 1010 Oakland, CA 94612-1926 (510) 839-1195 office (800) 333-3212 Healthline www.ucsfchildcarehealth.org	La Child Care Healthline provee información sobre salud y seguridad a los proveedores de ECE, a las familias que ellos sirven, y a los profesionales de California que se le relacionan. El equipo de especialistas de la Healthline aconseja en asuntos tales como enfermedades infecciosas, promoción de la salud, salud conductual, servir a niños con impedimentos y necesidades especiales, nutrición, desarrollo de infantes-niños pequeños, prevención de envenenamiento con plomo y más.
California Childcare Resource and Referral Network www.rrnetwork.org	Las agencias de Child Care Resource and Referral (R&R) están localizadas en cada condado en California. En las últimas dos décadas, los servicios de R&R han evolucionado desde sus esfuerzos de base para ayudar a los padres a encontrar una guardería, hasta un sistema bien desarrollado que ayuda a los padres, a los proveedores y a las comunidades locales a encontrar, planear para y proveer cuidado de niños a bajo costo y de calidad.
California Department of Education, Child Development Division www.cde.ca.gov/sp/cd	Los programas generales para el cuidado y desarrollo del niño son programas financiados federalmente que usan redes de centros y de guarderías en casas de familia y de agencias locales educacionales operadas o administradas por agencias ya sean públicas o privadas. Estas agencias proveen servicios de desarrollo del niño para niños desde el nacimiento hasta los 12 años de edad y para niños mayores con necesidades excepcionales.
California Department of Social Services, Community Care Licensing www.cclcd.ca.gov	La Community Care Licensing Division promueve la salud, la seguridad y la calidad de la vida de cada persona en cuidados comunitarios a través de la administración en colaboración con un sistema eficaz para la regulación de la ejecución.
Center for Health Improvement 1330 21st Street, Suite 100 Sacramento, California 95814 916.930.9200 phone 916.930.9010 fax www.centerforhealthimprovement.org	El Center for Health Improvement (CHI) es un centro nacional independiente sin fines de lucro en políticas sobre salud dedicado a mejorar la salud de la población y estimular las conductas saludables. El CHI usa evidencias de investigaciones como la base para la innovación e implementación de la política.

Nombre de la Organización e Información de Contacto	Descripción de los Recursos
Clearinghouse on Early Education and Parenting (CEEP) http://ceep.crc.vivc.edu	El Clearinghouse on Early Education and Parenting (CEEP) es parte del Early Childhood and Parenting (ECAP) Collaborative dentro del College of Education en la University of Illinois at Urbana-Champaign. CEEP (un proveedor de contenido) y el ECAP Information Technology Group (ECAP/ITG) trabajan conjuntamente para desarrollar recursos impresos y por el Internet para las comunidades a nivel mundial sobre infancia temprana y de los padres.
Education Resources Information Center (ERIC) www.eric.ed.gov	Patrocinado por el Institute of Education Sciences (IES) del U.S. Department of Education, ERIC produce la base principal de datos del mundo en literatura para la educación en revistas científicas y no científicas. El sistema del Internet ERIC le provee al público con un sitio en la Red centralizado de ERIC para buscar la base de datos bibliográficos ERIC de más de 1.1 millón de citas a partir del año 1966.
First 5 California California Children and Families Commission www.ccfc.ca.gov	El California Children and Families Act of 1998 está diseñado para proveer, de comunidad-en-comunidad, a todos los niños desde prenatal hasta los cinco años de edad con un sistema general integrado para la infancia temprana sobre servicios de desarrollo. A través de la integración de cuidados de salud, cuidados del niño de calidad, educación para los padres y programas de intervención efectivos para las familias en riesgo, a los niños y a sus padres y a los cuidadores se les proveerá con las herramientas necesarias para fomentar uniones seguras, saludables y cariñosas.
Head Start Bureau www.acf.dhhs.gov/programs/hsb	Head Start y Early Head Start son programas generales del desarrollo del niño que sirven niños desde el nacimiento hasta la edad de 5 años, a las mujeres embarazadas y a sus familias. Ellos están orientados a programas de niños y tienen como objetivo general incrementar la preparación para la escuela de los niños pequeños de familias de bajos ingresos.
National Association for the Education of Young Children www.naeyc.org	La National Association for the Education of Young Children (NAEYC) está dedicada a mejorar el bienestar de todos los niños pequeños, enfocándose particularmente en la calidad de la educación y en el desarrollo de servicios para todos los niños desde el nacimiento hasta los 8 años. La NAEYC está comprometida para llegar a ser una organización inclusiva de alto desarrollo.
National Association for Family Child Care www.nafcc.org	La NAFCC provee asistencia técnica para asociaciones de cuidado de niños en familia. Esta asistencia se provee a través del desarrollo del liderazgo y el profesionalismo, abordando asuntos de diversidad, y promoviendo calidad y el profesionalismo a través de NAFCC's Family Child Care Accreditation.

Nombre de la Organización e Información de Contacto	Descripción de los Recursos
National Association of Child Care Resource and Referral Agencies www.naccrra.net	La NACCRRRA es la red nacional de más de 850 centros de recursos y referencias para el cuidado del niño (CCR&Rs) localizados en cada estado y en la mayoría de las comunidades a lo largo de los Estados Unidos. Los centros de CCR&R ayudan a las familias, a los proveedores de cuidados del niño, y a las comunidades a encontrar, proveer y planificar cuidados de salud del niño accesibles y de calidad.
National Center for Early Development and Learning (NCEDL) Frank Porter Graham (FPG) Child Development Institute University of North Carolina Chapel Hill, NC www.fpg.unc.edu/~ncedl/	El NCEDL es un proyecto de investigación nacional sobre infancia temprana apoyado por el U.S. Department of Education's Institute for Educational Sciences (IES), llamado anteriormente la Office of Educational Research and Improvement (OERI). Basado administrativamente en el FPG Child Development Institute, el NCEDL es una colaboración con la University of Virginia & UCLA. El NCEDL se enfoca en mejorar el desarrollo cognitivo, social y emocional de los niños desde el nacimiento hasta los ocho años.
National Child Care Information Center www.nccic.org	El National Child Care Information Center (NCCIC), un servicio del Child Care Bureau, es un centro de compensación y de asistencia técnica nacional con información sobre cuidados y educación tempranos que enlaza padres, proveedores, a los que se encargan de hacer las políticas, a los investigadores y al público.
The Program for Infant/Toddler Caregivers www.pitc.org	El Program for Infant Toddler Caregivers (PITC) busca asegurar que los infantes de América tengan un comienzo en la vida seguro, saludable, seguro emocionalmente e intelectualmente rico. El enfoque del PITC iguala buen cuidado con cuidadores entrenados quienes se están preparando y al ambiente de manera que los infantes puedan aprender. El PITC ofrece entrenamiento y educación a los profesionales de ECE.
Trustline (800) 822-8490 www.trustline.org	Trustline es una base de datos de niñeras que han aprobado los chequeos de su historia criminal en California. Es el único programa del estado autorizado para chequear a los que cuidan en la casa, con acceso a las historias de las huellas dactilares en el California Department of Justice y el FBI.
Zero to Three: National Center for Infants, Toddlers and Families www.zerotothree.org	La misión de Zero to Three es promover el desarrollo saludable de los infantes y los niños pequeños de nuestra nación ayudando y fortaleciendo a las familias, a las comunidades y a aquellos que trabajan en su nombre.

Publicaciones

- Behrman, R. (1995). Long term outcomes of early childhood programs. *The Future of Children*, 5(3).
- Bredekamp, S., Copple, C., & National Association for the Education of Young Children. (1997). *Developmentally Appropriate Practice in Early Childhood Programs* (Rev. ed.). Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.
- California Department of Education. (2000a). *Care About Quality, Your Guide to Child Care*. Sacramento, CA: Author.
- California Department of Education. (2000b). *Choosing Quality Child Care*. Sacramento, CA: Author.
- California Department of Education. (2000c). *Quality Child Care, Making an Informed Decision*. Sacramento, CA: Author.
- Cassidy, D., Buell, M., Pugh-Hoese, S., & and Russell, S. (1995). The effect of education on child care teachers' beliefs and classroom quality: Year one evaluation of the TEACH early childhood associate degree scholarship program. *Early Childhood Research Quarterly*, 10(2), 171-183.
- Clarke-Stewart, Gruber, & Fitzgerald (1994). *Children at home and in day care*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Crowley, A. (2000). Child care health consultation: the Connecticut Experience. *Maternal and Child Health Journal*, 4, 67-75.
- Fiene, R. (2002). *13 indicators of quality child care: Research update*. Washington, DC: Health Resources and Services Administration/Maternal and Child Health Bureau, U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved October 10, 2005, from <http://aspe.hhs.gov/hsp/ccquality-ind02/#Staff1>.
- Ford, K.M., & Linker, L.A. (2002). Compliance of licensed child care centers with the American Academy of Pediatrics' recommendations for infant sleep positions. *Journal of Community Health Nursing*, 19, 83-91.
- Greenspan, S.I., & Greenspan, N.T. (1989). *First Feelings: Milestones in the emotional development of your baby and child*. New York, NY: Penguin Group.
- Hofferth, S.L., Brayfield, A., Deich, S., & Holcomb, P. (1990). *National Child Care Survey, 1990*. Washington, D.C.: The Urban Institute Press.
- Hofferth, S.L., Shauman, K.A., & Henke, R.R. (1998). *Characteristics of children's early care and education programs: data from the 1995 National Household Education Survey*. Washington, DC: US Department of Education, National Center for Education Statistics.
- Holmes, S.J., Morrow, A.L., & Pickering, L.K. (1996). Child-care practices: effects of social change on the epidemiology of infectious diseases and antibiotic resistance. *Epidemiologic Reviews*, 18, 10-28.
- Kagan, S.L., & Cohen, N.E. (1997). *Not by chance: Creating an early care and education system for America's children*. New Haven, CT: Yale University, The Bush Center in Child Development and Social Policy.
- Kotch, J.B., Hussey, J.M., & Carter, A. (2003). Evaluation of North Carolina child care safety regulations. *Injury Prevention*, 9, 220-225.
- Lombardi, J. (1999). Child care is education...and more. Early years are learning years. *Young Children*, 54(1), 48.
- McPherson, M., Arango, P., Fox, H., Lauver, C., McManus, M., Newacheck, P.W., Perrin, J.M., Shonkoff, J.P., & Strickland, B. (1998). A new definition of children with special health care needs. *Pediatrics*, 102(1), 137-140.

National Center for Early Development & Learning. (1997). *Quality in Child Care Centers, Early Childhood Research & Policy Briefs*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina at Chapel Hill, Educational Research and Development Centers Program.

Patten, P., & Ricks, O.B. (2000). *Child care quality: An overview for parents*. Champaign, Illinois: ERIC Clearinghouse on Elementary and Early Childhood Education. (ERIC Document Reproduction Service No. ED447969).

U.S. Department of Health and Human Services. (1997). *Healthy people 2000: National health promotion and disease prevention objectives* (Publication Number 91-50213). Washington, DC: Government Printing Office.

Whitebook, M. (1995). What's good for child care teachers is good for our country's children. *Young Children*, 50, 40-44.

Audiovisuales

Lally, J.R., Mangione P.L., Signer, S., & Butterfield, G.O. (1997). *In our hands* [Videotape]. United States: The Program for Infant/Toddler Caregivers (Developed collaboratively by the California Department of Education and WestEd).

Lally, J.R., Mangione P.L., Signer, S., & Butterfield, G.O. (2000). *It's not just routine: Feeding, diapering, and napping infants and toddlers* (Second edition) [Videotape]. United States: The Program for Infant/Toddler Caregivers (Developed collaboratively by the California Department of Education and WestEd).

REFERENCIAS

Alkon, A., & Boyce, J. (1999). Health assessment in child care centers: Parent and staff perceptions. *Pediatric Nursing*, 25, 439-442.

American Academy of Pediatrics Task Force on Infant Sleep Position and Sudden Infant Death Syndrome. (2000). Changing concepts of Sudden Infant Death Syndrome: Implications for infant sleeping environment and sleep position. *Pediatrics*, 105 (3), 650.

American Academy of Pediatrics, American Public Health Association, & National Resource Center for Health and Safety in Child Care. (2002). *Caring for Our Children: National Health and Safety Performance Standards: Guidelines for Out-of-Home Child Care Programs, Second Edition*. Elk Grove, IL: American Academy of Pediatrics.

Burchinal, M., Landesman-Ramey, S., Reid, M., & Jaccard, J. (1995). Early child care experiences and their association with family and child characteristics during middle childhood. *Early Childhood Research Quarterly*, 10(1), 33-61.

California Childcare Health Program. (2005). *CCHP Health and Safety Checklist-Revised*. Oakland, CA: Author.

California Child Care Resource and Referral Network. (2005). *The California child care portfolio, 2005*. San Francisco, CA: The California Child Care Resource and Referral Network.

Capizzano, J., & Adams, G. (2004). Children in low-income families are less likely to be in center-based child care. *Snapshots of America's Families, No. 16*, Washington D.C.: Urban Institute.

Carnegie Task Force on Meeting the Needs of Young Children. (1994). *Starting points: Meeting the needs of our youngest children*. New York: Carnegie Corporation of New York.

Cost, Quality & Child Outcomes Study Team. (1995). *Cost, Quality, and Child Outcomes in Child Care Center* (2nd ed.) [Public Report]. Denver, CO: Economics Department, University of Colorado at Denver.

Galinsky, E., Howes, C., Kontos, S., & Shinn, M. (1994). The study of children in family child care and relative care: Key findings and policy recommendations. *Young Children*, 50(1), 58-61.

Harms, T., Clifford, R.M., & Cryer, D. (2004). *Early childhood environment rating scale* (Revised Edition). New York, NY: Teachers College Press.

Harms, T., & Clifford, R.M. (1989). *Family day care rating scale*. New York, NY: The Teachers College Press.

Harms, T., Cryer, D., & Clifford, R.M. (2002). *Infant/toddler environment rating scale revised edition*. New York, NY: Teachers College Press.

Helburn, S.W., & Howes, C. (1996). Child care cost and quality. *The Future of Children*, 6, 62-82.

Howes, C., & Brown, J. (2000). *Improving Child Care Quality: A Guide for Proposition 10 Commissions*. In N. Halfon, E. Shulman, M. Shannon, & M. Hochstein (Eds.), *Building Community Systems for Young Children*. Los Angeles, CA: UCLA Center for Healthier Children, Families and Communities.

Howes, C., Hamilton C. E., & Philipsen, L. C. (1998). Stability and continuity of child-caregiver and child-peer relationships. *Child Development*, 69, 418-426.

Howes, C., Phillips, D.A., & Whitebook, M. (1992). Threshold of quality: Implications for the social development of children in center-based child care. *Child Development*, 63, 449-460.

- Koch, P. (1994). Regulation and guidelines toward a healthy child care setting. *Pediatrics*, 94, 1104-1107.
- National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Early Child Care Research Network. (1999). Child outcomes when child care center classes meet recommended standards for quality. *American Journal of Public Health*, 89(7), 1072-1077.
- Peisner-Feinberg, E., Burchinal, M., Clifford, R., Culkin, M., Howes, C., Kagan, S., Yazejian, N., Byler, P., Rustici, J., & Zelazo, J. (1999). *The children of the cost, quality, and outcomes study go to school: Technical report*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina at Chapel Hill, Frank Porter Graham Child Development Center. Retrieved December 31, 2004, from <http://www.fpg.unc.edu/~ncedl/PDFs/CQO-es.pdf>.
- Phillipsen, L.C., Burchinal, M., Howes, C., & Cryer, D. (1997). The prediction of process quality from structural features of child care. *Early Childhood Research Quarterly*, 12, 281-303.
- Preschool Environment Project. (1997). *Health and Safety Checklist*. Berkeley, CA: Author.
- Public Policy Institute of California. (2003). *Child care arrangements in California*, (Research Brief #80). San Francisco, CA: Public Policy Institute of California.
- Quality Enhancement Project for Infants and Toddlers. (2000). *Child Care Evaluation Worksheet*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina at Chapel Hill School of Public Health.
- Quality Enhancement Project for Infants and Toddlers. (2001). *Child Care Evaluation Summary*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina at Chapel Hill School of Public Health.
- Raikes, H. (1993). Relationship duration in infant care. *Early Childhood Research Quarterly*, 8, 309-325.
- Shonkoff, J., & Phillips, D. (Eds.). (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- State of California, Health and Human Services, & Department of Social Services. (2002). *Manual of Policies and Procedures*, Community Care Licensing Division, Child Care Center, Title 22, Division 12. Chapter 1. Chicago, IL: Barclays Law Publishers.
- Vandell, D.L. (1996). Characteristics of infant child care: Factors contributing to positive caregiving: NICHD early child care research network. *Early Childhood Research Quarterly*, 11(3), 269-306.
- Whitebook, M., Howes, C., & Phillips, D. (1990). *The national child care staffing study: Final report: Who cares? Child care teachers and the quality of care in America*. Washington, DC: Center for the Child Care Workforce.

FOLLETOS PARA EL MODULO CALIDAD DE LOS CUIDADOS Y DE LA EDUCACION TEMPRANOS

Folletos del California Childcare Health Program (CCHP), Oakland, CA

Página Título del Folleto

- CCHP Health and Safety Checklist: Revised (entregado como un folleto separado de este módulo)
(disponible solamente en Inglés)*
- 25 *Child Health Record Review (disponible solamente en Inglés)*
- 27 *Child Health Record Review: Guidelines for Completion of Form (disponible solamente en Inglés)*
- 31 *Child Health Record Review: Spreadsheet for Determining Child's Age in Months (disponible solamente en Inglés)*
- 33 *Notas sobre Salud y Seguridad: Alergia y Sensibilidad al Látex en los Locales de Cuidado Infantil*
- 35 *Notas sobre Salud y Seguridad: Ayudando a las Familias que Amamantan*
- 37 *Types of Out-of-Home Child Care Facilities (disponible solamente en Inglés)*

Folleto del Child Care R&R Network

Página Título del Folleto

- 39 *The 2005 California Child Care Portfolio (disponible solamente en Inglés)*

Child Health Record Review: Early Care and Education Program Health Assessment

Date: ____ / ____ / ____ Program ID: ____ - ____ - ____ Reviewer ID #: ____ - ____ - ____

Total Number of Children			Y= Yes, N= No								Record of Screenings (Previous 12 months)								
	Enrolled	Reviewed	Complete Emergency Contact Information on file	Well Child physical on file	Well Child physical in last year	Child with Special Needs (CSN)	Medical Care Plan on file	Immunizations Up-to-Date	Medical Home on file	Health Insurance on file	N = Not Recorded I = Recorded, but Record is Incomplete Y = Recorded, not Positive P = Positive, no Referral R = Positive, Referred, Pending C = Positive, Referred, Complete								
Infant/ Toddler											Height and Weight	Hct or Hgb	Lead	Vision	Hearing	Speech or Language	Oral	Development	
Pre-school																			
School Age																			
Child	Age in Months																		
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			

Child Health Record Review: Early Care and Education Program Health Assessment

Date: ____ / ____ / ____

Program ID: ____ - ____ - ____

Reviewer ID #: ____ - ____ - ____

Child	Age in Months	Y= Yes, N= No							Number of Days Absent (Previous 2 months)	Number Medically Attended Injury Incidents (Previous 2 months)	Record of Screenings (Previous 6 months)							
		Complete Emergency Contact Information on file	Well Child physical on file	Well Child physical in last year	Child with Special Needs (CSN)	Medical Care Plan on file	Immunizations Up-to-Date	Medical Home on file			Health Insurance on file	Height and Weight	Hct or Hgb	Lead	Vision	Hearing	Speech or Language	Oral
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		
31																		
32																		
33																		
34																		
35																		
36																		
37																		
38																		
39																		
40																		
41																		
42																		
43																		
44																		
45																		
46																		
47																		
48																		
49																		
50																		

**Child Health Record Review:
Early Care and Education Program Health Assessment:
Guidelines for Completion of Form**

The information you use to complete a Child Health Record Review should come from and be completed for a one early care and education program.

Item	Instructions
Date	Record the date you are completing this form in the space provided. Record 2 digits for the month, 2 digits for the day, and 4 digits for the year, using the format mm/dd/yyyy. For example, August 11, 2005, would be coded 08/11/2005.
Program ID #	Record the name or ID number of the program. Please indicate whether you are serving a center or a family child care home by using "C" or "F" after the program name/number.
Reviewer's ID #	Record the ID number assigned to you.
Total # of Children	Use the following criteria for determining a child's age group: 0 - <36 months = Infant/Toddler 36 - <72 months = Pre-school (if not yet in Kindergarten) 72+ months = School Age (do not review charts for school age children)
Enrolled	Count the total number of children in each age group enrolled in the program, and record each number separately on the row labeled Infant/Toddler, Pre-school, and School Age, respectively.
Reviewed	Count the number of children in each age group you recorded on the Child Health Record Review, and record each number on the row labeled Infant/Toddler, Pre-school, and School Age, respectively.
Age in Months	Record the child's age in months. * See the Spreadsheet for Determining Child's Age Group.

**Child Health Record Review:
Early Care and Education Program Health Assessment:
Guidelines for Completion of Form**

Y= Yes, N= No For each child, all cells should be completed.	
Complete Emergency Contact Information on file	Place a “Y” in this column if the child’s file has complete emergency contact information. This information should include the name, address, and telephone number of the parent or other person to be contacted in case of an emergency, the responsible party’s choice of health care provider and preferred hospital; any chronic illness the child has and any medication taken for that illness; and any other information that has a direct bearing on assuring safe medical treatment for the child. If information is not present <i>or</i> incomplete, place an “N” in this column.
Well Child Physical on file	Place a “Y” in this column if there is a complete record of a well child physical, otherwise place an “N” in this column.
Well Child Physical in last year	If there is a Well Child Physical on File, <i>and</i> the date of that physical is not more than a year prior to the date this form is completed, place a “Y” in this column. Place an “N” in this column if there is no record of a well child physical, or if it was done more than one year ago. Prior to the chart review ask the ECE provider for the most up-to-date records and also for emergency information cards to verify and augment the information in the chart. ¹
Children with Special Health Care Needs (CSHCN)	Defined as children who "have or are at increased risk for a chronic physical, developmental, behavioral, or emotional condition and who also require health and related services of a type or amount beyond that required by children generally" (Maternal and Child Health Bureau, 1995) ² . Place a “Y” in this column if the child has special needs. Place an “N” in this column if the child does not have special needs.
Medical Care Plan on file	If the child has special needs, <i>and</i> there is a record in the child’s file of a medical care plan, place a “Y” in this column. If a child has no special needs or if a child with special needs has no medical care plan on file, place an “N” in this column. A complete medical care plan includes the name of the child and the date that the plan was written, a description of the condition, known triggers and typical signs and symptoms, evidence of an information exchange form completed by a health care provider, persons responsible for the child’s care, other professionals involved in the child’s care, specific medical information such as medication administration forms and use of medical equipment, staff training needs, nutritional and feeding needs, support programs for the child, emergency procedures and situations that might require medical attention right away. For detailed information refer to: Caring for Our Children: National Health and Safety Performance Standards: Guidelines for Out-of-Home Child Care Programs, 2002.
Immunizations Up-to-Date	Place a “Y” in this column if there is a record of immunizations, and the child is up-to-date, according to state regulations, with such immunizations. If there is no record, or the record is incomplete, or child is not up-to-date, place an “N” in this column.
Medical Home on file	A medical home is not a building, house, or hospital, but rather an approach to providing comprehensive primary care. A medical home is defined as primary care that is accessible, continuous, comprehensive, family centered, coordinated, compassionate, and culturally effective. In a medical home, a pediatric clinician works in partnership with the family/patient to assure that all of the medical and non-medical needs of the patient are met. Through this partnership, the pediatric clinician can help the family/patient access and coordinate specialty care, educational services, out-of-home care, family support, and other public and private community services that are important to the overall health of the child/youth and family (American Academy of Pediatrics, 2003) ³ . Place a “Y” in this column if there is a record in the child’s file that s/he has a medical home (i.e., first point of contact for continuous, comprehensive preventive and primary health services, available 24 hours a day, 7 days a week), otherwise place an “N” in this column. If the reviewer is unable to identify a medical home, but the name of a primary care provider is documented, the reviewer may consider this evidence of a medical home and place a “Y” in this column.

¹ Although some states (e.g., California) do not require yearly, updated Well-Child physicals on file, the National Health and Safety Standards advocate updates on a yearly basis.

² Maternal and Child Health Bureau (1995). Definition of Children with Special Health Care Needs. Rockville, MD. Division of Services for Children with Special Health Care Needs.

³ American Academy of Pediatrics (2003). The National Center for Medical Home Initiative for Children with Special Needs. Retrieved July 15, 2005 from www.medicalhomeinfo.org.

**Child Health Record Review:
Early Care and Education Program Health Assessment:
Guidelines for Completion of Form**

Health Insurance on file	Place a “Y” in this column if there is a record that the child has health insurance (i.e., private health insurance, Medicaid, CHIP, CHAMPUS, etc.), otherwise place an “N” in this column.
Record of Screenings (Previous 12 months): For each screening listed on the table, record one of the appropriate codes listed below for each child. Record only one code for each child screening. <i>For each child, all cells should be completed.</i> N = No record of screening is evident in child’s file. I = Screening was recorded in child’s file, but there is no record of its outcome, so it is incomplete. Y = Screening was recorded in child’s file, and was not positive. P = Screening was recorded in child’s file, was positive, but there is no record of a referral. R = Screening was recorded in child’s file, was positive, there was a referral, but referral is pending. C = Screening was recorded in child’s file, was positive, there was a referral, and referral is complete.	

Child Health Record REVIEW

Spreadsheet for Determining Child's Age in Months

The numbers in the cells indicate age in months.

A child's age is the number in the cell where the column of the current month and year intersects with the row of the child's birth month and year.

Current Month and Year

Birth Month and Year	Current Month and Year											
	Jan 2005	Feb 2005	Mar 2005	Apr 2005	May 2005	Jun 2005	Jul 2005	Aug 2005	Sep 2005	Oct 2005	Nov 2005	Dec 2005
JAN 2000	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71
2001	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
2002	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
2003	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
2004	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
FEB 2000	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
2001	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58
2002	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
2003	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
2004	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
MAR 2000	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69
2001	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57
2002	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
2003	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
2004	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
APR 2000	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68
2001	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56
2002	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
2003	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
2004	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
MAY 2000	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67
2001	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55
2002	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43
2003	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
2004	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
JUN 2000	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66
2001	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54
2002	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
2003	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
2004	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Child Health Record REVIEW

Spreadsheet for Determining Child's Age in Months

The numbers in the cells indicate age in months.

A child's age is the number in the cell where the column of the current month and year intersects with the row of the child's birth month and year.

Current Month and Year

Birth Month and Year	Current Month and Year											
	Jan 2005	Feb 2005	Mar 2005	Apr 2005	May 2005	Jun 2005	Jul 2005	Aug 2005	Sep 2005	Oct 2005	Nov 2005	Dec 2005
JUL 2000	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65
2001	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53
2002	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
2003	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
2004	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
AUG 2000	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64
2001	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
2002	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
2003	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
2004	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
SEP 2000	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63
2001	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51
2002	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
2003	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
2004	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
OCT 2000	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62
2001	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
2002	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
2003	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
2004	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
NOV 2000	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61
2001	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
2002	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
2003	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
2004	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
DEC 2000	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
2001	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
2002	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
2003	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
2004	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Alergia y Sensibilidad al Latex en los Locales de Cuidado Infantil

Debido a que más proveedores de cuidado infantil y profesionales en salud están utilizando las "Precauciones Universales" para protegerse de infecciones como la hepatitis viral y el VIH, se está notando un incremento en las alergias y las sensibilidades al látex. Las precauciones universales requieren que los proveedores de cuidado infantil usen guantes protectores cuando efectúen cualquier función que los ponga en contacto con sangre. Los guantes protectores más efectivos, baratos y confortables son los manufacturados de látex.

¿Que es latex?

Látex es un liquido lechoso producido por los árboles de hule. Se usa para manufacturar una amplia variedad de productos para el hogar como guantes protectores, globos, pañales desechables, vendas adhesivas, chupetes, bandas elásticas, chupetas para biberones, llantas, juguetes y el elástico que se usa en la ropa, para mencionar unos cuantos.

¿Que es alergia al latex ?

Alergia o hipersensibilidad al látex es una reacción del sistema inmunológico del cuerpo a las proteínas que se encuentran en el látex del hule natural. Algunas personas pueden también reaccionar a otros productos químicos en los guantes además del látex. La sensibilidad al látex puede variar de una irritación leve de la piel hasta una reacción alérgica severa.

Las reacciones pueden ocurrir al entrar en contacto directo con productos que contienen látex o al respirar partículas de látex en el aire. La mayoría de los guantes de látex son tratados con talco de fécula de maíz (maicena) para facilitar el ponérselos y el quitárselos, y este talco se une a las proteínas del látex. Cuando los guantes se quitan o se sacuden, sueltan el talco – junto con las proteínas del látex – al aire.

¿Cuales son los sintomas?

Si alguien se ha sensibilizado al látex, los síntomas usualmente comienzan a los pocos minutos de haber sido expuesto, pero también pueden ocurrir horas más tarde y ser bien variados.

- Las reacciones leves pueden causar enrojecimiento de la piel, urticaria o picazón.
- Las reacciones más severas pueden causar síntomas respiratorios como picazón en los ojos, estornudos, tos y asma.
- Raramente puede ocurrir un ataque que ponga en peligro la vida (pero esto raramente ocurre en el primer episodio).

¿Quienes estan en riezgo?

Cualquiera puede desarrollar alergia al látex, pero los siguientes grupos de personas corren mayor riesgo:

- Personas que usan guantes de látex frecuentemente, como proveedores de cuidado infantil y proveedores de servicios de salud
- Niños con *spina bifida* (un defecto de nacimiento relacionado con la médula espinal o la espina dorsal)
- Personas con otras alergias o asma
- Personas que han tenido múltiples intervenciones quirúrgicas
- Personas que son alérgicas a ciertos alimentos, especialmente al aguacate (palta), a la papa, al banano, al tomate, a las castañas, al kiwi y a la papaya.

Se debe sospechar de alergia al látex en cualquiera que desarrolle síntomas después de haber sido expuesto y él o ella debe ser evaluado por un médico para determinar si la reacción fue causada por exposición al látex.

¿Que debo hacer si soy alergico?

Si un médico le diagnostica una alergia al látex, usted debe:

- Decirle a su empleador, a sus clientes y a todos los proveedores de salud que usted es alérgico. No espere a que los doctores, las enfermeras o los dentistas sepan esto por su expediente!
- Use un brazalete de alerta médica y para conveniencia lleve consigo guantes que no contengan látex.

- Sepa cuales productos pueden contener látex y evítelos.
- Si tiene empleados o niños en su programa que son alérgicos, mantenga una lista de productos que contienen látex y trate de reemplazar la mayoría de ellos con alternativas más seguras.
- Consulte a su consejero de salud o a un médico respecto a la forma de prepararse y medidas a tomar en casos de emergencias como, por ejemplo, manteniendo inyecciones de epinefrina disponibles (como EpiPen y EpiPen Jr) y sabiendo como usarlas.

¿Cómo puede evitar la alergia al latex?

- Reduzca su exposición al látex utilizando guantes únicamente cuando verdaderamente los necesita. Los guantes protectores de cualquier tipo son únicamente una parte de las precauciones universales y el lavarse las manos con jabón es la práctica de control más importante contra las infecciones. Use guantes de vinilo en vez de látex para el cambio rutinario de pañales y procedimientos que no lo exponen a la sangre (como aplicar crema sobre una irritación o limpiar vómito). Recuerde que después de 15 minutos de uso los guantes de vinilo son una barrera menos efectiva. También hay guantes de vinilo de calidad médica para procedimientos que incluyen sangre.
- Use guantes de látex sin talco. Esto reducirá la cantidad de látex en el aire.
- No use lociones a base de aceite para las manos porque éstas pueden disolver y soltar el látex en los guantes.
- Siempre lávese las manos después de quitarse los guantes.
- Cuando use guantes de látex, pruébese una talla más grande que la que normalmente utiliza para que sude menos y atrape menos humedad debajo de los guantes.

Escogiendo unos guantes

Hay varias clases de guantes de los que usted puede escoger, y cada uno tiene sus ventajas y desventajas. Necesitará escoger el tipo de guante que la situación requiere.

- El látex provee la mejor protección al menor costo y es lo más cómodo para la mayoría de las personas.
- Los guantes desechables de vinilo y polivinilo no contienen látex y son apropiados para usarse en locales de cuidado infantil cuando no haya sangre presente.
- Los guantes sin látex de calidad médica proveen la protección máxima pero generalmente son más caros.

Considere comprarlos al por mayor a través de su Asociación de proveedores de cuidado infantil familiar.

Cualquier guante desechable es aceptable para la preparación de alimentos o para el cambio rutinario de pañales siempre y cuando se practique un lavado de manos efectivo.

El punto más importante de tener en cuenta es que no todos los guantes desechables lo protegerá de los virus como la hepatitis B o C, o el VIH. Tenga la seguridad de estar usando un guante para exámenes médicos que llene los requisitos del EPA. Si no está seguro hable con un almacén de productos médicos o con su farmacista.

Si anda buscando guantes sin látex, tenga en cuenta que el término “hipoalergénico” no está regulado, y no significa la ausencia de látex – lo que usualmente significa es que se usan menos productos químicos para fabricarlos. Lea la etiqueta o pregúntele a su farmacista.

También recuerde que los guantes se deterioran con el tiempo, así es que no importa que tipo de guantes compre, asegúrese de revisar la fecha de expiración en la caja y guarde las cajas de repuesto en un lugar fresco, seco y oscuro.

Recursos adicionales

American Academy of Allergy, Asthma & Immunology
800-222-2762 ó www.aaaai.org

American Latex Allergy Association
888-97-ALERT ó www.latexallergyresources.org

Referencias

Latex Allergy: A Preventive Guide. DHHS (NIOSH) publicación No. 98-113. (febrero de 1999)

Latex Sensitivity: A Compilation of Articles & Reference Material. Ammex Corp. Kent, WA. (verano de 1997).

Guideline for Latex Glove Users. Occupational Health and Safety Branch, Ministry of Labour, Toronto. (septiembre de 1994).

ALERT: Preventing Allergic Reactions to Natural Rubber Latex in the Workplace. DHHS (NIOSH) Publicación No. 97-135 (julio de 1998).

Por A. Rahman Zamani, MPH & Lyn Dailey, PHN (3/8/01)

California Childcare Health Program • 1333 Broadway, Suite 1010 • Oakland, CA 94612-1926

Telephone 510-839-1195 • Fax 510-839-0339 • Healthline 1-800-333-3212 • www.ucsfchildcarehealth.org



Ayudando a las Familias que Amamantan



La leche de pecho humana es el mejor alimento para los infantes y contiene ingredientes que la fórmula no podría nunca duplicar. Los científicos y nutricionistas la describen como “el líquido biológico viviente” con más de 80 ingredientes identificados que incluyen factores de protección antivirales, antiparasitarios, antibacteriales, y muchos otros, la mayoría de los cuales no se pueden duplicar por las compañías de fórmulas. La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda fuertemente que amamantar sea la manera preferida de alimentar a todos los infantes, incluyendo recién nacidos prematuros. La Organización Mundial de la Salud recomienda la leche humana como una fuente exclusiva de nutrientes para alimentar infantes de embarazos completos durante los primeros seis meses después del nacimiento. Independientemente de cuándo se introduzcan alimentos complementarios, el amamantamiento debería continuarse al menos hasta los primeros 12 meses.

Sin embargo, muchas madres nuevas regresan al trabajo antes de que su bebé tenga 6 meses de nacido. Regresar al trabajo significa hacer escogencias en relación a guarderías para sus infantes. Para las madres que amamantan hay una preocupación adicional de que regresar al trabajo o a la escuela significa destete antes de que la madre o el niño estén listos. Muchas mujeres continúan exitosamente amamantando y proveen leche materna para alimentar con el tetero en la guardería. El éxito de esta escogencia depende de la madre y del proveedor de cuidado del niño comunicándose bien y ayudándose el uno al otro. Juntos, los padres y los proveedores de cuidado del niño pueden hacer del amamantamiento una prioridad saludable.

¿Cuáles son los beneficios de la leche materna?

Para los infantes. Amamantar facilita un crecimiento y desarrollo infantil óptimo y ofrece ventajas de salud a lo largo de toda la vida. Los infantes que han sido amamantados tienen menos cólicos y menos enfermedades en el primer año de su vida. Ellos tienen un riesgo reducido para las alergias y una menor incidencia de enfermedades gastrointestinales y respiratorias e infecciones de los oídos. Ellos tienen una menor incidencia de obesidad a la edad de 4 años. Los niños amamantados han estado mostrando tener un cociente intelectual más alto más tarde en su vida, y

menor proporción de diabetes, obesidad y otros problemas serios de salud.

Para las madres. De acuerdo con la Alianza de la Leche, amamantar es tan saludable para las madres como para los infantes. Hay una reducción en la incidencia de cáncer de las mamas en mujeres que amamantan. El amamantamiento causa un incremento en las hormonas maternas prolactina y oxitocina, las cuales actúan para aumentar que baje la leche y para inhibir el sangramiento después del parto. Las madres que amamantan reportan menos depresión después del nacimiento del niño. Amamantar quema calorías, ayudando más rápidamente a la madre a volver a su peso antes del embarazo. Esto además demora el retorno del período menstrual (aunque el amamantar solamente no es un método confiable para prevenir embarazos adicionales). El amamantamiento pareciera que ayuda a construir la fuerza de los huesos, protegiendo contra las fracturas en la edad avanzada. Y muy importante, amamantar ayuda a la madre y al bebé a vincularse.

Para el proveedor de cuidado del niño. Los proveedores de cuidado del niño se benefician también. Los infantes amamantados se enferman con menos frecuencia, lo que significa que se contagian con menos frecuencia. Ellos tienen menos cólicos, menos expectoraciones y sus pañales no huelen tan fuerte. Los padres se sentirán bien acerca de su escogencia de la guardería cuando ellos se sienten ayudados en su escogencia para amamantar.

Ayuda para las madres que amamantan

El proveedor de cuidados del niño juega un papel esencial ayudando y facilitando la relación del amamantamiento entendiendo los planes de los padres para la alimentación del infante. Esto puede incluir permitiendo espacio para que las madres alimenten a sus bebés, si fuera necesario, dejándolo y recogiendo, calculando el tiempo de alimentación del infante, cuando sea posible para el horario de la madre recoger el niño, y proveyendo un seguro almacenaje y manejo de la leche materna.

El plan de cuidado para la alimentación del infante debería respetar los deseos de los padres. Algunos infantes tendrán leche materna solamente, mientras que otros pueden recibir

fórmula suplementaria. Cuando los infantes están alimentados de acuerdo a las instrucciones de los padres, estos se sentirán apoyados y confidentes en el cuidado que su niño recibe.

Ayuda para los proveedores de cuidado del niño

Los padres pueden ayudar a su proveedor de cuidado del niño asegurándose de que el niño amamantado esté listo para alimentarse del tetero. Los padres deben introducir su bebé al tetero bastante antes del primer día de la guardería. Hacer que el infante se acostumbre al tetero puede tomar varios intentos y alguna persistencia por parte de los padres.

Desarrollo de políticas de alimentación

Desarrolle sus políticas alrededor del amamantamiento consultando con su Consultor de Cuidados de Salud del Niño. Ayude en cada escogencia de la familia de una manera no crítica.

- Permita la flexibilidad en los programas y horarios de manera que se llenen las necesidades de los infantes.
- Provea oportunidades para la comunicación y la educación de los padres y del personal.
- Ofrezca oportunidades de desarrollo profesional para el personal sobre amamantamiento y nutrición.
- Promueva su guardería como un lugar favorable al amamantamiento.

Manejo y almacenaje de leche humana

Las madres deberían sacarse la leche y guardarla en teteros irrompibles en el congelador. El tetero debería ser etiquetado con una etiqueta que no se caiga e incluir el nombre del bebé, la fecha en que se guardó la leche y la fecha para usarla en la guardería. La cantidad de leche en cada tetero debería ser igual a la cantidad que el bebé usualmente toma en una ocasión. Debería deshacerse de la leche que sobra si se ha dejado fuera por más de una hora a temperatura ambiente. Unos pocos teteros se pueden congelar con una o dos onzas para aquellos momentos en los cuales el bebé puede querer alimento extra.

Puntos importantes para el manejo y almacenaje:

- Siempre lave sus manos antes de preparar cualquier tetero para la alimentación.
- Chequee dos veces que cada tetero esté claramente etiquetado con el nombre del niño, la fecha, el momento de la recolección y que la leche esté en un tetero irrompible listo para alimentarlo.
- Los teteros con leche materna deberían ser refrigerados inmediatamente al llegar al programa (a 40 grados o menos).

- Use la leche materna el día en que se la traen al programa.
- Ablande o descongele el tetero de leche materna bajo agua fría y muevala para mezclarla. Nunca agite o ponga la leche materna en el horno de microondas.
- No recongele la leche materna que ha sido previamente descongelada.
- Use la leche materna solamente para el infante a quien estaba destinada. En casos donde al infante se le ha dado otra leche materna refiérase a Cuidando por Nuestros Niños o llame a la Línea de Salud para Cuidados del Niño de California al (800) 333-3212.

Referencias y Recursos

Academia Americana de Pediatría. www.aap.org.

Organización Mundial de la Salud. www.who.int/childadolescent-health/NUTRITION/infant.htm.

La Alianza de la Leche. www.lalecheleague.org.

Cuidando a Nuestros Niños: Normas Nacionales de Salud y Seguridad. <http://nrc.uchsc.edu/CFOC/index.html>.

Alimentando a los Infantes: Una Guía para el Uso en los Programas de Nutrición de los Niños, Departamento de Agricultura, Alimentos y Servicios de Nutrición. www.nal.usda.gov/fnic/pubs/bibs/edu/98-child.htm

Departamento de Salud de los Programas WIC del Estado de California. www.wicworks.ca.gov.

Nota sobre Salud & Seguridad: Alimentando Infantes en la Guardería (2005). Programa de Cuidados de Salud del Niño de California. www.ucsfchildcarehealth.org.

Hoja de Hechos para Familias: Obesidad en la Infancia. (2004). Programa de Cuidados de Salud del Niño de California. www.ucsfchildcarehealth.org.

Hoja de Hechos para Familias: Sobrepeso y Obesidad. (2005). Programa de Cuidados de Salud del Niño de California. www.ucsfchildcarehealth.org.

Kim Walker, RN, PNP

05/05

California Childcare Health Program • 1333 Broadway, Suite 1010 • Oakland, CA 94612-1926
Telephone 510-839-1195 • Fax 510-839-0339 • Healthline 1-800-333-3212 • www.ucsfchildcarehealth.org

TYPES OF OUT-OF-HOME CHILD CARE FACILITIES

There are a variety of different types of child care facilities, or what is commonly referred to as out-of-home child care facilities, to meet the needs of children and families. “Child care offers developmental care and education for children who live at home with their families” (CFOC, 2002). Out-of-home child care facilities offer a variety of different types of services for families, based on their individual needs and circumstances.

Child Care Centers

Child care centers are facilities that can provide care for infants, toddlers, preschoolers and school-age children all or part of the day. Although generally larger than family child care homes, centers may be large or small and can be operated independently or by a church or other organization. Sometimes child care centers are called nursery schools, preschools, pre-kindergarten, early care and education programs, child development centers or day care programs. Some centers may also offer kindergarten programs. Others may serve as after-school programs for elementary school children and may provide transportation from neighboring schools. Child care centers may differ in their goals, activities and educational philosophies as well as the numbers and ages of children enrolled. Child care centers are licensed by the California Community Care Licensing division of the Department of Social Services (DSS).

The Child Care Health Advocate can empower the child care staff by providing them with the necessary information and skills to keep their center healthy and safe. Directors of child care centers also need vital information in order to appropriately write policies that improve the quality of their centers. Child Care Health Advocates will become an important support to the directors and staff of child care centers.

Family Child Care Homes

A family child care home, also known as family child care or family day care, is child care that is provided in the home of the provider. The number of children a family child care provider can care for at one time depends on the ages of the children and whether or not there is an assistant or a second provider. Often care is provided for a mixed-age group of children. There are no formal educational requirements for family child care providers, though they must complete a 15-hour training course in child health and safety. Persons who take care of children from only one other family (other than their own) in their home are not required to obtain a license. There are two types of family child care facilities that are regulated by the Community Care Licensing division of the California Department of Social Services (DSS).

Small Family Child Care Homes are licensed to care for four infants up to six children when no more than three are infants (if the provider’s own children are younger than 10 years of age, they must be included in the ratio). A small family child care home may care for up to eight children if at least two of the children are 6 years or older and no more than two are infants.

Large Family Child Care Homes are licensed to care for 12 children and must have a second caregiver present. No more than four of the children may be infants. A large family child care home may care for up to 14 children if at least two of the children are 6 years or older and no more than three are infants.

The family child care home owner and providers often work in isolation of other child care professionals, and can significantly benefit from support provided by a Child Care Health Advocate.

Other Types of Early Childhood/Child Care Facilities

Head Start

Established in 1965, Head Start has a long tradition of delivering comprehensive and high-quality early care and education services, providing part-day preschool programs for 3- and 4-year-olds from families with incomes at or below the federal poverty level. Head Start provides child-focused programs and has the overall goal of increasing the school readiness of young children in low-income families. Programs are designed to address the educational, emotional, social, health and nutritional needs of children, and emphasize parent participation through parent education, program planning and operating activities. The entire range of Head Start services is designed to be responsive and appropriate to each child and family's unique developmental needs, and reflective and respectful of the family's ethnic, cultural and linguistic heritage and experience. At least 10 percent of enrollment must be children with disabilities. Public schools, private nonprofit agencies and private for-profit agencies may operate Head Start programs. All programs are funded directly by the federal government through the U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, though in California individual programs may complement their funding through the Department of Education's "State Preschool" to provide a full-day program.

Early Head Start

Early Head Start (EHS) was established by the 1994 Head Start Reauthorization Act, and it serves to provide comprehensive child development programs for low-income children from birth to age 3 years, pregnant women and their families. EHS has a triple mission: to promote healthy prenatal outcomes, enhance the development of infants and toddlers, and promote healthy family functioning. The program enhances children's physical, social, emotional and cognitive development, provides parenting education, and enables parents to address their own goals. Early Head Start programs coordinate with Head Start to ensure continuity of care.

Military Child Care

The U.S. Department of Defense subsidizes child care for military personnel throughout the country and abroad through the Military Child Development System. Today, military child development centers operate at more than 300 locations along with more than 9,900 family child care homes and school-age care programs. This network constitutes one of the largest employer-sponsored programs of its kind in the country. It provides daily care to more than 200,000 children from ages 4 weeks through 12 years. The Military Child Development System has three components: child development centers, in-home family care providers and school-age care programs. All caregivers must meet rigid training, health and safety standards and are subject to unannounced inspections. Caregivers' employment, wages and advancement are tied to training, education and performance, and an "up or out" policy is designed to create child care professionals. Higher wages are offered to reduce turnover. To date, over 95 percent of eligible facilities have been accredited by the National Association for the Education of Young Children (NAEYC).

Child Care Centers for Mildly Ill Children

These centers are licensed to provide non-medical care to mildly ill children of all ages (including some with contagious conditions). In California, Level I centers operate as components of child care centers and may serve only those children who are enrolled in the regular program. Level II centers are free-standing facilities and may care for children regardless of their regular child care arrangements.

Drop-in and Part-Time Facilities

A drop-in center is a child care center that provides care for children on a drop-in, intermittent basis where no child is in regular continuous attendance. Examples include child care offered at a gym or store. Part-time child care facilities, which offer limited hours such as from 8 a.m. to noon, include co-ops, recreation centers, YMCA programs, etc., and can be called preschool.

How THE DATA WAS COLLECTED

Over the course of more than two decades, R&Rs have built strong relationships with families, child care providers, and communities. R&Rs are often viewed as one-stop shops for parents, providers, and policymakers. These ties enable R&Rs to collect data about child care supply and demand, and to gain insight into parent concerns and provider issues. The California Child Care Resource & Referral Network, the statewide association of local R&Rs, works with its members to recruit and train providers and to advocate for quality, affordable, and accessible child care throughout the state. The Network collected the data for this *Portfolio* in 2004, from the 61 state-funded California R&Rs.

Information on the supply of child care is based on R&R databases of active licensed providers as of January 2004. The child care request data comes from 2004 documentation of the tens of thousands of calls to the R&Rs. Parents often request specific types of care and provide information about their language needs and work schedules. These calls represent an important sample of information about families. However, not all families who need or use child care call their local R&R. They might get information from family or friends.

Census and other demographic information included in the *Portfolio* complement the R&R data, bringing a more complete picture to each county's and the state's need for child care services.

The 2005 Data

Understanding Child Care Issues in California

THE CALIFORNIA CHILD CARE RESOURCE & REFERRAL NETWORK compiled information about the state and individual counties to provide a resource about child care supply and demand and about the demographic issues that impact child care, both at the state level and in each of California's 58 counties. With information about the demographics of each county and standardized data about the supply and demand of child care, the *Portfolio* helps policymakers, community leaders, businesses, nonprofit organizations, school districts, and other stakeholders address the challenges of providing quality, affordable care and early education for children throughout the state.

Since 1997, this biennial *Portfolio* has provided reliable information about the amount of licensed child care and the estimated demand for care in each county. As with the four prior publications, this 2005 report presents data gathered by the 61 state-funded resource and referral (R&R) programs, along with data from the U.S. Census, California Department of Finance, U.S. Department of Housing and Urban Development, and other public and private sources. The R&R data represents a sampling of calls from thousands of parents over a three month period in 2004.

While the data allows us to gain perspective on the families and children of California, it is important to remember that behind each statistic is a child, a parent, or a provider. Every day, staff at California's R&Rs talk with families who, in spite of challenges, are doing their best to find safe and nurturing learning environments for their children. The R&Rs counsel these parents about child care options and also work with experienced and newly recruited child care providers — helping them to offer the best and highest quality care possible. R&Rs understand local child care issues and concerns, and recognize the trends that can impact families and child care supply. Their collective knowledge and experiences are shared with the Network, which has developed a unique ability to translate local issues into statewide solutions.



The cost of licensed child care is beyond the reach of many families.

The data indicates important trends and needs.

■ **Finding licensed care is a challenge, especially for infants.**

Licensed child care is available for only 26% of children aged birth to 13 years with parents in California's workforce. (This percentage varies greatly by county. For example, licensed care is available for 44% of the children of working parents in Marin County but for only 19% of the children of working parents in Kings County.) More critical, 64% of the licensed child care slots are in centers, but only 6% of center slots are available to children under two.

■ **Licensed child care is unaffordable for many families.**

On average, a family with two working parents earning minimum wage and one preschooler in a licensed center spends 65% of their combined salaries on housing and child care. If the family is in the Bay Area, the combined cost of housing and child care would actually cost more than the family's income.

■ **California's diversity outpaces the U.S.**

California families are far more diverse than their counterparts across the country because the state has the greatest percent of foreign-born residents. (In 2000, 26% of California's residents were foreign born, compared to 11% in the U.S.) New arrivals tend to concentrate in Bay Area and Southern California counties. This is reflected in linguistic diversity: in Imperial County, 66% of households speak Spanish at home (compared to 22% in the state and 10% in the U.S.); in San Francisco,

22% of households speak an Asian language at home (compared to 9% in the state and 3% in the U.S.).

■ **Providers are responding to the linguistic diversity of families.**

Staff at 53% of licensed centers and 34% of licensed family child care homes speak Spanish. Staff at 24% of centers and 12% of homes speak an Asian language.

■ **Families are moving out of communities where the cost of living is most expensive, creating long commutes for parents.**

The top seven counties with the greatest percentage of domestic migration out of the county were all in the Bay Area. (Los Angeles, Imperial, Santa Barbara, and Orange counties ranked next highest.) These moves have impacted the number of California workers traveling an hour or more to work – an increase of 34% between 1990 and 2000. About 1.5 million California workers spend more than two hours each day commuting.

■ **Long commutes and non-traditional work hours create new demands on families and child care providers.**

While the number of people working night and weekend hours increased 13% between 1990 and 2000, only 3% of child care centers offered care during these times. Although 39% of family child care homes offer care during non-traditional hours, these homes make up only 36% of the total licensed slots in the state.

What THE DATA DOESN'T EXPLAIN

Although the county and state pages provide a detailed snapshot of the demographics and the licensed child care situation in California, they do not tell the whole story. Until research efforts focus on the entire child care marketplace (licensed and license-exempt care) and link particular demographic information with child care, some questions remain unanswered.

Availability of licensed slots

The data shows that in most counties, the supply of licensed care does not meet the estimated demand. Because it is based on the assumption that licensed providers keep all of their slots open, it portrays a best-case scenario. In fact, many centers and homes do not operate at full capacity due to reasons such as the shortage of qualified staff, family schedules, and the complexities of caring for young children.

Use of license-exempt care

R&Rs only collect data about licensed care, but they are well aware that thousands of families rely on license-exempt care provided by relatives, friends, neighbors, and nannies. To accurately measure the supply of that care would require additional research.

California

In 2000, 22% of all California households spoke Spanish at home, compared to just 10% of all U.S. households. Nine percent spoke an Asian language at home, compared to just 3% of U.S. households.

Foreign-born residents in California accounted for 26% of the state's population in 2000, compared to 11% of U.S. residents.

The top 10 counties with the greatest percentage increase of workers traveling an hour or more to jobs are in the Central Valley and the outskirts of the Bay Area. (Overall, 10% of California workers have a one way commute that is greater than one hour.)

The top 7 counties with the greatest percentage change in population due to migration out of the county were all in the S.F. Bay Area. Los Angeles, Imperial, Santa Barbara and Orange Counties ranked next highest.

The People	2000 ¹	2004 ²	Change ²
Total number of residents	33,871,648	36,590,814	8%
• Population foreign born residents	26%		
• Population change from natural increase			48%
• Population change from domestic migration			14%
• Population change from foreign immigration			39%

The Children	2000 ¹	2004 ²	Change
Children 0-13	7,289,433	7,374,479	1%
• Under 2	969,730		
• 2 years	489,336		
• 3 years	504,490		
• 4 years	523,425		
• 5 years	531,405		
• 6 to 13 years	4,271,047		
Children 0-13 with parents in the labor force ³	3,803,776	3,848,155 ⁴	1%
• Under 2	444,898		
• 2 years	229,891		
• 3 years	241,018		
• 4 years	256,514		
• 5 years	269,436		
• 6 to 13 years	2,362,019		
Children 0-5 living in poverty	20%		

The Labor Force	1990 ⁵	2000 ¹	Change
• Number of employed residents	13,940,250	14,525,322	4%
• Workers with an hour or more commute	1,059,268	1,416,821	34%
• People working at home	452,867	557,036	23%
• People working non-traditional hours ⁶	2,532,254	2,851,021	13%
• percent working non-traditional hours		20%	
• People working 35 hours or more	12,734,654	13,687,903	7%
• percent working 35 hours or more		79%	
• Men in the labor force	8,640,866	8,765,269	1%
• Women in the labor force	6,622,034	7,212,610	9%
• Women with a child under 6		1,985,354	
• percent in the labor force		55%	

The Households	2000 California ¹	2000 U.S. ¹
• Number of households	11,512,020	105,539,122
• speaking English at home	62%	81%
• speaking Spanish at home	22%	10%
• speaking an Asian language at home	9%	3%
• speaking another language at home	7%	6%
• Number of families with children under 18	4,208,775	35,234,403
• percent of families with children under 18	53%	49%
• percent of single parent families	26%	27%
• Homeowners with children under 6	14%	13%
• Renters with children under 6	20%	17%
• Residents over 24 with BA or higher	27%	24%

The 2005 California Child Care Portfolio

For more information about child care, call California Child Care Resource & Referral Network (800) 543-7793; www.rrnetwork.org

1. U.S. Census Bureau, 2000.

2. California Department of Finance population projections.

3. This number reflects children with either two parents or a single head of household in the labor force.

4. Network estimate based on California Department of Finance (DOF) population projections.

5. U.S. Census Bureau, 1990.

6. Estimate using commute time. Might or might not include weekends.

Child Care in California

		Child Care Centers	Family Child Care Homes ¹
Facilities	Total number of sites	10,143	37,494
	Total number of slots (percent)	639,443 (64%)	362,957 (36%)
	Infant slots in centers	35,973 (6%)	
	Preschool slots in centers	450,529 (70%)	
	School-age slots in centers	152,941 (24%)	
Schedules	Full-time and part-time slots	72%	86%
	Only full-time slots	9%	12%
	Only part-time slots	18%	2%
	Care available during non-traditional hours	3%	39%
Languages	English	100%	93%
	Spanish	53%	34%
	Other	24%	13%

1. A breakdown of slots by age is not available for family child care homes because their licenses are not specific to particular age groups.
2. Full-time (30 or more hours/week) and part-time are a % of total slots. Non-traditional (evenings, weekends, overnight) are a % of total sites.
3. Network estimate based on CA DOF Projections, 2004: either two parents or single head of household in labor force.
4. These types of care are not included in the supply of licensed care available.
5. Some parents find child care without using R&Rs. These requests do not necessarily represent total demand, but they do reflect trends.
6. U.S. HUD. Median rent for a 2-bedroom unit. 2004.
7. Cost estimates 2004/5; 2002 Regional Market Rates with CPI Inflation Factor. Full-time.
8. California Dept. of Education. 2003/4.

Availability of Licensed Child Care

In California, there are an estimated 3,848,155 children ages 0-13 with parents in the labor force³ and 1,002,400 licensed child care slots.

Licensed child care is available for 26% of children with parents in the labor force.*

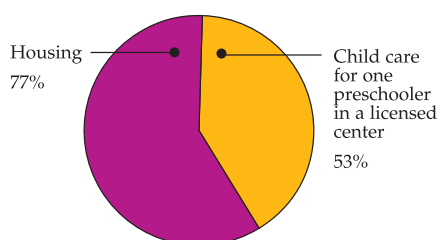
* Some families choose friends and relatives (license-exempt caregivers) to care for their children, and programs for school age children are often not licensed by the state.⁴

Parent Requests to the R&R⁵

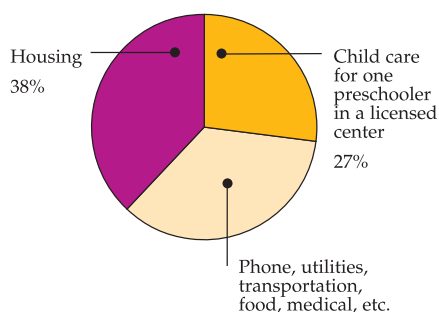
- Type of care requested: 35% infant/toddler; 42% preschool; 23% school-age
- Schedule requested: 82% full-time (0-5 years); 25% part time (0-5 years)
- Reasons for needing care: 81% employment; 10% school/training; 7% looking for work

Child Care and Family Budgets

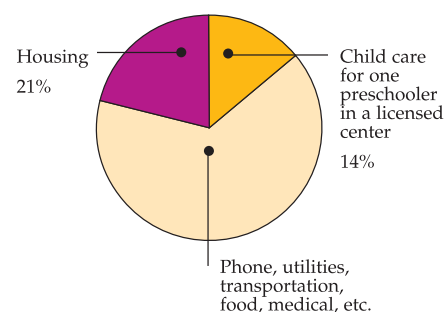
How child care fits into a California family's budget (Housing⁶: \$10,800; Child Care⁷ for a preschooler in a licensed center: \$7,485)



Annual Income: \$14,040
Families with 1 minimum wage earner
 Care for one infant in a licensed family child care home: 54% of income



Annual Income: \$28,080
Families with 2 minimum wage earners
 Care for one infant in a licensed family child care home: 27% of income



Annual Income: \$51,844
Families with 2 entry level public school teachers working in the county⁸
 Care for one infant in a licensed family child care home: 15% of income

Glossary

Terms Frequently Used in Discussions about Child Care



Alternative Payment Program (APP)
A program of child care subsidies for low-income families administered through the CA Dept. of Education (CDE).

Before- and after-school care
Programs that operate at many elementary schools and other sites where school-age children can be in supervised activities before school begins and after school to the end of the work day.

CalWORKs California's welfare-to-work program requires parents receiving welfare to get training and find jobs and provides child care subsidies to enable parents to work. The subsidies can be used for either licensed or license-exempt care (see definition below).

Child Care Initiative Project (CCIP)
Funded by a statewide and local public/private partnership, the program recruits and trains family child care providers to help meet

the demand for child care services. Administered by the California Child Care Resource & Referral Network, CCIP works through nonprofit, community-based R&R programs.

Child care centers Provide care for infants, toddlers, preschoolers, and/or school-age children all or part of the day. These facilities may be large or small and can be operated independently by nonprofit organizations or by churches, school districts, or other organizations. Most are licensed by the California Department of Social Services (DSS).

Child care professional Defined by the Bureau of Labor Statistics as someone who attends to children at child care centers, schools, businesses, and institutions, and performs a variety of tasks such as dressing, feeding, bathing, and overseeing play. An emphasis on professional development and knowledge of early childhood development as well as health and safety issues has

positioned the work as a profession rather than a service occupation. (Also see preschool teacher.)

Domestic migration Movement of residents from one county (or state) to another, impacting the total population of both the county the resident moved from and the county to which the resident moved. (Positive domestic migration: more people moved in than moved out. Negative domestic migration: more people moved out than moved in.)

Family child care home Care offered in the home of the provider, often a parent. Small family child care homes have one adult provider and can accept up to eight children, depending on their ages. Large family child care homes have two adults and can take up to 14 children, depending on their ages. Care is often provided for children of a variety of ages. Family child care homes are licensed by DSS.

First 5 California Created by Proposition 10 (a voter-approved initiative passed in 1998) to fund a comprehensive, integrated system of early childhood development services for all children prenatal to five years of age.

First 5 commissions Local advisory bodies that disburse Prop 10 funds, for health and early care and education programs for children from prenatal to age five in each county.

Full-time care Thirty or more hours per week.

Head Start A federally-funded program for low-income families with children three to five years old. In addition to child care and early learning programs, health care and parent training are also offered. Head Start programs are licensed by DSS. Some Head Start programs are full day and some

coordinate with other providers or funding sources to provide full-day care.

Infant A child under the age of two.

Infant/toddler care Care for children under age two.

In-home care A friend, relative, babysitter, or nanny cares for a child in the child's home, full-time or part-time.

Licensed child care Care in child care centers and family child care homes that meets health, safety, and educational standards. DSS licenses both centers and child care homes.

License-exempt care Child care which does not require a state license (sometimes referred to as "exempt care.") License-exempt care includes home care (providers may care for children from only one other family besides their own), in-home care (a friend, relative, babysitter, or nanny cares for a child in the child's home, full-time or part-time), and certain centers for school-age children or military child care programs regulated by agencies other than the state.

Natural increase Alteration of the total population of an area, based on the difference between total deaths and total births. A positive change means there were more births than deaths. A negative change means there were more deaths than births.

Non-traditional hours Work hours other than 7 a.m. to 6 p.m., including evening, overnight, or weekend shifts.

Part-time care Less than 30 hours per week.

Preschooler Child aged two to five years.

Preschool teacher Defined by the Bureau of Labor Statistics as

someone who instructs children (up to 5 years of age) in activities designed to promote social, physical, and intellectual growth needed to attend school. Settings can be preschools, child care centers, or other child development facilities.

Provider A person who provides child care in any one of a variety of settings, including child care centers and family child care homes.

Resource and referral (R&R) Community-based organizations, agencies, or programs that provide information, training, and support for parents, caregivers, employers, and government. Since 1976, R&Rs have been funded by the California Department of Education, Child Development Division. R&Rs are located in every county in California.

School-age care Care for elementary and middle school students which may be provided in homes or center-based settings, sometimes on school grounds.

Slot Space for one child in a child care center or family child care home.

Subsidy Financial assistance from state or federal funds available to low-income families who meet the state's income eligibility requirements. (Subsidized care is available in licensed child care centers, family child care homes, and by license-exempt providers.)

Universal Pre-Kindergarten (UPK) Sometimes known as *Preschool for All*. A voluntary preschool program for four-year-olds to encourage early learning and to promote school readiness through activities that develop educational, cognitive, socio-emotional, and physical skills.