

Espacio para la Infancia

Avances en el desarrollo de la primera infancia



2018

Espacio para la Infancia tiene como objetivo aumentar la visibilidad de temas clave, difundir el conocimiento de soluciones prometedoras que apoyen el desarrollo integral del niño y la exploración de los elementos necesarios para llevar estas soluciones a escala. Es publicada anualmente por la Fundación Bernard van Leer. Las opiniones y puntos de vista expresados en *Espacio para la Infancia* corresponden exclusivamente a sus autores, y no necesariamente reflejan las de la Fundación. Las experiencias de trabajo presentadas en esta publicación no están necesariamente apoyadas por la Fundación.

© Bernard van Leer Foundation, 2018

Queda autorizada la reproducción de artículos de *Espacio para la Infancia* siempre que se realice sin fin comercial. No obstante, se requiere que se cite la fuente de información: nombre del autor, *Espacio para la Infancia*, Fundación Bernard van Leer. Se requiere autorización para el uso de fotografías.

ISSN 1566-6476

Foto portada: Niña que juega escondiéndose detrás de su madre. Valle Sagrado, Cuzco, Perú.

Foto: Hadynyah/E+/Getty Images

Esta edición de 2018 de *Espacio para la Infancia* es la número 46 en la serie. También disponible en inglés: *Early Childhood Matters* (ISSN- 1387-9553)



Bernard
van Leer
FOUNDATION

Fundación Bernard van Leer

PO Box 82334

2508 EH La Haya, Países Bajos

Tel.: +31 (0)70 331 2200

www.bernardvanleer.org

Editora: Teresa Moreno

Editora invitada: Joan Lombardi

Traducción: Ana Gárate

Revisión: Margaret Mellor

Diseño: Laura de Jongh



— Espacio para la Infancia —

Avances en el desarrollo de la primera infancia



Celebrando el
vigésimo aniversario de
Early Childhood Matters

CONTENIDOS

Editorial

- 4 **El cuidado cariñoso y sensible como objetivo: avances en el desarrollo de la primera infancia en 2018**
— *Joan Lombardi*

LIDERAZGO

- 12 **De Cero a Siempre, una apuesta por nuestra primera infancia**
— *Juan Manuel Santos Calderón*
- 17 **El cuidado cariñoso y sensible en el centro de iniciativas globales para mejorar la salud y el desarrollo infantil**
— *Tedros Adhanom Ghebreyesus*
- 22 **Cambios en el sistema humanitario en favor de los niños pequeños en contextos de crisis y conflicto**
— *David W. Miliband, Sarah Smith y Katie Murphy*
- 28 **La prevención de la violencia debe comenzar en la primera infancia**
— *Marta Santos Pais*

AMPLIAR LA COBERTURA

- 34 **“Criança Feliz”: un programa para romper el ciclo de la pobreza y reducir la desigualdad en Brasil**
— *Halim Antonio Girade*
- 39 **Crianza para la felicidad: fusión del bienestar infantil y la felicidad interior bruta**
— *Karma Gayleg*

- 43 **Cómo llegar a los niños pequeños: la integración en el sistema de salud**
— *Katelin Gray, Matthew Frey y Debeet Sen*

- 48 **América Latina y el potencial del Marco de Cuidado Cariñoso y Sensible como plataforma para ampliar la escala**
— *Leonardo Yáñez y Cecilia Vaca Jones*

- 51 **Every Woman Every Child: inversión en la primera infancia para favorecer un desarrollo sostenible**
— *Nana Taona Kuo*

- 54 **Saving Brains: informando a las políticas para la primera infancia y su ampliación a escala**
— *Kate Milner, Pia Britto, Tarun Dua, Karlee Silver y Joy E. Lawn*

- 59 **Lecciones sobre políticas para fortalecer y apoyar al personal que trabaja con la primera infancia**
— *Michelle Neuman y Mark Roland*

- 65 **Generando apropiación nacional e inversiones a través de la Alianza Mundial para la Educación**
— *Christin McConnell*

INNOVACIÓN

- 70 **Ayuda a las familias afectadas por el conflicto dentro de la región árabe**
— *Ghassan Issa, Lara Aoudeh, Cosette Maalouf, Youssef Hajjar*
- 75 **Formación de los cuidadores para transformar las vidas de los niños**
— *Erica Salomone, Brian Reichow, Laura Pacione, Stephanie Shire, Andy Shih y Chiara Servili*

- 79 **Pakistán: uso de tecnología para formar a gran escala a los trabajadores sanitarios en el tratamiento de la depresión materna**
— *Shamsa Zafar*
- 83 **A Better Start: intervenciones en la comunidad para luchar contra la desigualdad**
— *Chris Cuthbert*
- 87 **Urban95: ciudades para los más pequeños**
— *Patrin Watanatada*
- 93 **Se necesita todo una ciudad: la primera infancia como prioridad estratégica en Tel Aviv**
— *Daniella Ben-Attar*
- 97 **Efectos permanentes de la nutrición recibida durante los primeros mil días que siguen a la concepción**
— *Jaap Seidell y Jutka Halberstadt*
- 116 **IDELA: potenciando la evidencia centrada en los niños para cambiar las políticas, las prácticas y la inversión**
— *Sara Poehlman, Amy Jo Dowd y Lauren Pisani*
- 119 **Think Future: una serie de mentes diferentes se reúnen para favorecer la innovación en materia de primera infancia**
— *Sonja Giese*

PANORÁMICA SOBRE TEMAS DE ACTUALIDAD

- 106 **Contaminación y desarrollo infantil**
— *Philip J. Landrigan*
- 109 **Por qué el agua, el saneamiento y la higiene son fundamentales para el desarrollo de los niños pequeños**
— *Amy Keegan*
- 112 **Un avance tangible en la ayuda de las empresas al cuidado infantil: de los estudios a las medidas concretas**
— *Carmen Niethammer y Roshika Singh*
- 114 **El cuidado infantil desde el punto de vista de las trabajadoras de la economía informal**
— *Rachel Moussié*

El cuidado cariñoso y sensible como objetivo: avances en el desarrollo de la primera infancia en 2018

Joan Lombardi

*Asesora sénior, Fundación
Bernard van Leer*

Durante la asamblea de la Organización Mundial de la Salud celebrada en mayo, se ha lanzado el Marco para el Cuidado Cariñoso y Sensible, que tiene una relevancia crucial dentro de los constantes esfuerzos que se realizan por poner el foco en las necesidades de los niños pequeños y las familias. En pocas palabras, este llamamiento al cuidado cariñoso y sensible subraya que los niños pequeños necesitan atención receptiva, buena salud, nutrición adecuada, protección y seguridad, y oportunidades para el aprendizaje temprano. Todos estos elementos se basan en lo que sabemos desde hace años sobre la naturaleza del desarrollo infantil: que los aspectos físicos, socioemocionales y cognitivos están interrelacionados y son indivisibles, pues cada ámbito del desarrollo influye en el otro.

Este año también se celebra el vigésimo aniversario desde que se publicó el primer número de *Early Childhood Matters*, la versión en inglés de *Espacio para la Infancia*. En 1998, después de más de 80 ediciones de un boletín sobre los proyectos de la Fundación Bernard van Leer dirigido únicamente al personal interno, la Fundación empezó a editar una publicación más orientada al exterior, concebida principalmente para los profesionales del campo del desarrollo de la primera infancia (Van Gendt, 1998: 3–4).

Desde que se publicara aquel primer número, se ha avanzado mucho tanto en la ciencia del desarrollo infantil como en la sensibilización sobre la importancia de invertir en el mismo. Si bien ahora tenemos mucha más información sobre “por qué” es importante la primera infancia, seguimos buscando respuestas con respecto a “cómo” actuar. ¿Cómo garantizamos que los servicios y las políticas sean eficaces? Hace unas dos décadas que se debate esta cuestión.

En su artículo “Effectiveness: the state of the art” (1998: 8–11), el primero de *Early Childhood Matters*, Judith Evans expuso los elementos clave para lograr los máximos beneficios con un programa, y hoy esos principios siguen estando vigentes: aprovechar lo que ya existe, ser flexible, desarrollar los programas con las familias y teniendo en cuenta la comunidad en su conjunto, reflejar la diversidad, garantizar la equidad en el acceso a los servicios, controlar la calidad y buscar soluciones rentables. Además, la autora señalaba que, para que un programa fuese eficaz, tenía que adoptar un enfoque multidimensional que abarcara medidas en distintos ámbitos: sanidad, nutrición, educación y

sociedad. Este tipo de estrategia global ha sido el elemento distintivo de los buenos programas desde la creación de Head Start en los años sesenta hasta el reciente lanzamiento del Marco para el Cuidado Cariñoso y Sensible. Ahora tenemos que ampliar la escala de estos conceptos, sobre todo en favor de los más pequeños en todo el mundo.

Ante este desafío, en esta edición damos voz a los líderes que defienden a la primera infancia y las familias; destacamos casos de diversos países en los que se está ampliando la escala de los servicios; recogemos ideas innovadoras y soluciones revolucionarias; y mostramos varios de los problemas existentes que aún hay que abordar.

Liderazgo

Como ya hemos dicho en otras ocasiones, la ampliación de la escala no es algo que ocurra sin más: se necesita un liderazgo fuerte y decidido. Para nosotros es un gran honor iniciar la edición de 2018 de *Espacio para la infancia* con las palabras de grandes defensores de los niños pequeños.

Este número comienza con un artículo de Juan Manuel Santos Calderón, el presidente de Colombia y Premio Nobel de la Paz 2016, que ha demostrado su compromiso con los niños pequeños y las familias mediante la innovadora iniciativa De Cero a Siempre, un claro ejemplo de lo que puede hacer un país para fomentar la coordinación y la ampliación de la escala de los servicios orientados a la primera infancia. Después pasamos al director general de la Organización Mundial de la Salud, Tedros Adhanom Ghebreyesus, una figura fundamental en el campo de la primera infancia. El Dr. Tedros reflexiona sobre la importancia del cuidado cariñoso y sensible como elemento clave para mejorar el desarrollo y la salud de los niños, y nos recuerda los motivos por los que hay que centrarse en el desarrollo holístico: “Los niños necesitan el cuidado cariñoso y sensible para desarrollar sus capacidades innatas” (página 17).

Esta sección sobre liderazgo se completa con dos asuntos acuciantes relacionados entre sí: la crisis humanitaria que afecta a los niños inmersos en conflictos, y la importancia de prevenir la violencia durante la primera infancia. David Miliband, presidente y CEO del Comité Internacional de Rescate, junto con sus compañeras Sarah Smith y Katie Murphy, nos informa sobre la tragedia de los niños y las familias que viven en países en guerra o se ven obligados a emigrar, e insta a que se haga un mayor esfuerzo para satisfacer sus necesidades, un aspecto clave en toda respuesta humanitaria (páginas 22–7). Marta Santos Pais, representante especial del secretario general de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños, hace hincapié en la necesidad del cuidado cariñoso y sensible durante la primera infancia, así como el papel crucial que desempeña la prevención de la violencia (páginas 28–32). Estos dos artículos nos recuerdan la importancia de conectar los servicios para la primera infancia con la protección de los niños, empezando por los más pequeños.

“En pocas palabras, este llamamiento al cuidado cariñoso y sensible subraya que los niños pequeños necesitan atención receptiva, buena salud, nutrición adecuada, protección y seguridad, y oportunidades para el aprendizaje temprano.”



△ Foto: Vanessa Touzard/Fundación Bernard van Leer

Ampliar la cobertura

Con liderazgo se puede ampliar la cobertura. Comenzamos la sección con tres artículos que ilustran varias experiencias de implementación a gran escala en distintos lugares del mundo: Halim Antonio Girade nos habla de “Criança Feliz”, una iniciativa histórica para ampliar el alcance de los programas de visitas domiciliarias en Brasil (páginas 34–8); Karma Gayleg nos cuenta la experiencia de Bután, donde se combina el bienestar infantil y la felicidad interior bruta para promover servicios holísticos destinados a la primera infancia, con especial énfasis en la crianza (páginas 39–42); Katelin Gray, Matthew Frey y Debjeet Sen nos llevan a África con un análisis de la labor realizada por PATH para ampliar la escala de servicios que integran la nutrición y la crianza receptiva (páginas 43–7). Los tres artículos muestran iniciativas importantes en cuanto a la promoción del cuidado cariñoso y sensible.

De vuelta en América Latina, Leonardo Yáñez y Cecilia Vaca Jones destacan lo que puede suponer para la región el Marco para el Cuidado Cariñoso y Sensible (páginas 48–50), y nos recuerdan la trayectoria y los avances logrados en este continente, que se encuentra en un momento crucial.

Junto con estos ejemplos procedentes de varios países y regiones, encontramos cuatro artículos que destacan la importancia de movilizar a nuevos defensores y construir elementos clave de la infraestructura, algo esencial para la eficacia de la implementación a gran escala. En primer lugar, Nana Taona Kuo (páginas 51–3) explica la labor de *Every Women Every Child*, un mecanismo clave para denunciar los problemas que afrontan los niños pequeños y sus familias, así como su relación con el desarrollo sostenible. En el ámbito de la investigación científica, Kate Milner, Pia Britto, Tarun Dua, Karlee Silver y Joy E. Lawn exponen las principales conclusiones a las que ha llegado “Saving Brains” y plantean cómo aplicarlas a las políticas (páginas 54–8). Terminamos la sección con dos necesidades relacionadas entre sí: disponer de financiación a largo plazo y que el personal cuente con la ayuda esencial para llevar a cabo su trabajo. Michelle Neuman y Mark Roland comparten lo aprendido sobre el personal que trabaja en programas para la primera infancia con las experiencias a gran escala de Perú, Sudáfrica y Ucrania (páginas 59–64). Christin McConnell nos informa sobre el nuevo papel que desempeña la Alianza Mundial para la Educación a la hora de fomentar que se invierta más en la primera infancia (páginas 65–7).

“La ampliación de la cobertura no es algo que ocurra sin más: se necesita un liderazgo fuerte y decidido.”

Innovación

Uno de los aspectos más apasionantes actualmente en el campo de la primera infancia, además de los esfuerzos por ampliar el alcance de los servicios, es el trabajo constante por innovar y dar con soluciones revolucionarias. Incluimos siete artículos sobre diversas innovaciones que están surgiendo en distintos lugares del mundo para responder tanto a las necesidades permanentes de los niños como a la evolución de las condiciones en que viven. Las ideas nuevas son especialmente cruciales en aquellos casos en que las familias afrontan nuevas dificultades y problemas acuciantes a los que hasta hace poco no se prestaba atención alguna.

“Uno de los aspectos más apasionantes actualmente en el campo de la primera infancia, además de los esfuerzos por ampliar el alcance de los servicios, es el trabajo constante por innovar y dar con soluciones revolucionarias.”

Destacamos innovaciones logradas en tres ámbitos: la ayuda a las familias refugiadas y desplazadas, el apoyo a las familias con hijos discapacitados y la formación de personal sanitario para tratar la depresión materna. Ghassan Issa, Lara Aoudeh, Cosette Maalouf y Youssef Hajjar describen un modelo especialmente interesante, el programa de salud, aprendizaje temprano y protección para padres y madres (HEPPP) con el que se ayuda a los refugiados, a quienes han tenido que desplazarse dentro de su propio país y a las comunidades anfitrionas marginales de la región árabe (páginas 70-4). Erica Salomone, Brian Reichow, Laura Pacione, Stephanie Shire, Andy Shih y Chiara Servili explican cómo funciona un nuevo programa de formación que ayuda a los cuidadores de niños discapacitados (páginas 75-8). Por último, Shamsa Zafar se centra en un modelo paquistaní que apuesta por el uso de tecnología para formar a gran escala a los trabajadores sanitarios en el tratamiento de la depresión materna (páginas 79-82).

A continuación observamos una tendencia que está surgiendo en diversos lugares del mundo: en lugar de poner el foco en cada programa por separado, se pasa a prestar atención a los niños pequeños y las familias en múltiples programas ejecutados en una comunidad. Chris Cuthbert habla de “A Better Start” (ABS), un programa de diez años con el que la National Lottery invierte en cinco comunidades inglesas económicamente desfavorecidas (páginas 83-6). Patrín Watanatada describe Urban95, la revolucionaria iniciativa de la Fundación Bernard van Leer que apuesta por atender a las necesidades de los menores de 3 años en los planes de urbanismo en varias ciudades del mundo (páginas 87-92), y Daniella Ben-Attar expone el caso concreto de Tel Aviv, una de las ciudades que participan en el programa (páginas 93-6). En el último artículo de la sección, Jaap Seidell y Jutka Halberstadt nos recuerdan la importancia de la nutrición durante la primera infancia (páginas 97-100). Un ejemplo de lo que se está haciendo en Ámsterdam para abordar esta cuestión tan crucial también se incluye (páginas 100-3).

Panorámicas sobre temas de actualidad

En esta última sección, tratamos otros problemas que apremian a los niños pequeños y sus familias, como la contaminación y sus efectos en el desarrollo infantil, un tema cada vez más preocupante que aborda Philip J. Landrigan (páginas 106-8), o el imperativo fundamental para el acceso al agua, al saneamiento y a la higiene, un aspecto que presenta Amy Keegan (páginas 109-11).

Después señalamos dos iniciativas destacadas que afrontan en distintos lugares del mundo la cuestión del cuidado infantil en las familias que trabajan, un tema al que hasta ahora no se ha dedicado la suficiente atención. Carmen Niethammer y Roshika Singh hablan de cómo las empresas pueden marcar la diferencia colaborando con el cuidado infantil (páginas 112-13), mientras que Rachel Moussié destaca la labor de Mujeres en Empleo Informal: Globalizando y Organizando (WIEGO), una importante organización que se centra en garantizar que los trabajadores pobres, en especial las mujeres de la economía informal,

puedan ganarse la vida. Su artículo subraya la necesidad de servicios de cuidado infantil que tiene esta parte tan importante de la población activa (páginas 114–15).

Pasamos luego a abordar el tema de la evaluación, del que tanto se habla en el sector: Sara Poehlman, Amy Jo Dowd y Lauren Pisani explican cómo se está utilizando la Evaluación Internacional sobre Aprendizaje Temprano y Desarrollo (IDELA) para cambiar las prácticas y las políticas (páginas 116–18). Con el último artículo, viajamos al futuro. Sonja Giese habla de la conferencia “Think Future” y del trabajo de Innovation Edge para abrir nuevos caminos y pasar a la siguiente fase de la innovación (páginas 119–20).

Ahora que cerramos este número de nuestra revista y reflexionamos sobre los 20 años que han pasado desde que vio la luz en 1998, observamos los avances conseguidos, pero también los desafíos por afrontar. En todo el mundo están surgiendo iniciativas para ayudar a los niños pequeños y sus familias, pero aún queda mucho por hacer para garantizar que todos ellos reciban el cuidado cariñoso y sensible que necesitan y vivan en un entorno que apoye a las familias. Si bien los retos que nos esperan siguen siendo abrumadores, hay motivos para la esperanza.

Referencias

Evans, J.L. (1998). Effectiveness: the state of the art. *Early Childhood Matters* 1 (febrero): 8–11.

Van Gendt, R. (1998). *Introducing Early Childhood Matters*. *Early Childhood Matters* 1 (febrero): 3–4.

LIDERAZGO



De Cero a Siempre, una apuesta por nuestra primera infancia

**Juan Manuel Santos
Calderón**

*Presidente de Colombia
y Premio Nobel de la Paz
2016*

Invertir en la primera infancia es la mejor apuesta que un país puede hacer en su presente y en su futuro. Partiendo de esa realidad, en Colombia diseñamos una política integral –llamada De Cero a Siempre– encaminada a lograr una sociedad igualitaria, en la que las condiciones de desventaja al momento de nacer no se perpetúen a lo largo de la vida de sus ciudadanos.

La Colombia en paz que estamos construyendo tiene como protagonistas a nuestros niños, y por eso entendimos la urgencia de diseñar una política de infancia visionaria y a tono con la agenda internacional en la materia.

Las evidencias demuestran que el cerebro se desarrolla a un ritmo más rápido durante los primeros cinco años y que la inversión en esta población tiene las mayores tasas de retorno social. Basándonos en estas evidencias y teniendo como prioridad la garantía de los derechos de los niños, decidimos crear una propuesta de atención integral que se ajustara a las particularidades del entorno en el que ellos viven, a lo largo de todo el territorio nacional. Con este fin convocamos al sector privado, a las organizaciones sociales y comunitarias, a la academia y a los organismos de cooperación internacional.

Este reto nos exigió innovar en la forma de diseñar, gestionar, implementar e invertir en una política pública eficaz. Después de siete años de implementación, y gracias a un aumento histórico en la inversión en primera infancia, Colombia ha logrado ampliar considerablemente la cobertura de atención integral para esta población, que nos ha permitido pasar de 400 000 niños atendidos en 2010 a más de 1,2 millón en la actualidad, de los que cerca del 50% vive en condición de vulnerabilidad.

Cada niño como sujeto de la atención integral

La política De Cero a Siempre cambió la forma de atender la primera infancia, al poner al niño en el centro de sus acciones para generar cambios en su vida y promover su desarrollo integral. Hoy, la atención se lleva a cabo de manera nominal: cada niño se registra con su nombre, apellido, número de identificación y ubicación, y se hace un seguimiento periódico a cada una de las atenciones que recibe.

Para esto, creamos la Ruta Integral de Atenciones –la principal herramienta de gestión de la política–, que define las atenciones que cada niño debe recibir entre los cero y los 6 años. Se priorizó una serie de atenciones que consisten en que cada niño cuente, por ejemplo, con Registro Civil de Nacimiento,



△ Foto: Secretaría de Prensa de la Presidencia de la República de Colombia

afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, esquema de vacunación completo, seguimiento nutricional, formación en cuidado y crianza para sus familias y cuidadores, entre otras. Estas atenciones se hacen visibles en los sistemas de registro y monitoreo institucionales, con los que se realiza el seguimiento de la ejecución de la política de primera infancia, algo fundamental para prevenir situaciones de riesgo y tomar medidas a tiempo.

Trabajo articulado e intersectorial

Especializarse –institucional y técnicamente– para afrontar el reto de garantizar una atención integral de calidad supuso un esfuerzo de coordinación en los ámbitos nacional, departamental y municipal. Hacerlo posible nos permitió canalizar esfuerzos económicos y técnicos en la articulación de la oferta institucional con la demanda territorial, e incluir la primera infancia en los planes de desarrollo.

Fue así como creamos la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, que posibilitó generar una arquitectura acorde con el objetivo de la política, que reúne y armoniza las acciones de las entidades involucradas en la atención integral.

“Decidimos crear una propuesta de atención integral que se ajustara a las particularidades del entorno en el que los niños viven, a lo largo de todo el territorio nacional.”

Generación de alianzas

En consonancia con lo anterior, se han establecido valiosas alianzas público-privadas que dinamizaron todo el proceso de estructuración, implementación e impulso de la política.

Como gobierno nos sentimos muy emocionados al constatar el gran aporte que las organizaciones de la sociedad civil, el sector privado, la academia y la cooperación internacional realizan de manera autónoma al desarrollo de la primera infancia. Y nos dispusimos a generar las condiciones necesarias para que estas acciones se realizaran en sintonía con la política y en coordinación con el Estado, a fin de ampliar el alcance del objetivo que nos unía: promover el desarrollo integral de la primera infancia.

Promoción de la corresponsabilidad

El principio de corresponsabilidad establece que la familia, el Estado y la sociedad son garantes de los derechos de las mujeres en estado de embarazo y de los niños –para nuestro caso, los niños que están en su primera infancia–. Teniendo en cuenta este principio orientador de la Convención sobre los Derechos del Niño y las normas nacionales relacionadas con el tema, la política ha buscado propiciar transformaciones culturales e influir en imaginarios sociales para lograr que la atención a la niñez sea una prioridad, al resaltar el rol decisivo de las familias en el desarrollo integral de los niños y promover la participación activa de la comunidad en su acompañamiento.

Una perspectiva integral del desarrollo

Para la política De Cero a Siempre no es suficiente orientar acciones a un solo aspecto del desarrollo de los niños, es preciso considerar el concepto de integralidad. Esta mirada implica concebir a los niños como agentes activos frente a su propio desarrollo, plantear nuevas exigencias para sus familias, a los agentes educativos que los atienden diariamente y a quienes diseñan programas y proyectos de este tipo.

Lo que implica la política para la vida de los niños de Colombia

La política De Cero a Siempre se suma al esfuerzo que desde diferentes frentes ha hecho este gobierno para favorecer la construcción de un mejor país. Esa Colombia mejor nos exige garantizar que la generación de la paz crezca en las mejores condiciones.

Desde 2010 hemos invertido cerca de 6800 millones de dólares en su bienestar, cifra a la que se suman los recursos invertidos por las entidades territoriales y otros 100 millones de dólares gestionados mediante alianzas público-privadas para ejecutar las líneas de acción de la política.

Actualmente, la política vive en los territorios, esos mismos que están renaciendo después de un conflicto armado de más de medio siglo. A través de procesos de cooperación técnica con los 32 departamentos del país –y casi

la tercera parte de los municipios del país– se logró fortalecer las capacidades de las autoridades y actores locales para la gestión e implementación de la política.

Con la pertinencia de las atenciones se ha avanzado tanto en la humanización como en la flexibilización de la atención a madres gestantes y a niños en primera infancia. Además, se definieron y actualizaron las modalidades de educación inicial, y hasta ahora se ha formado a 150 000 agentes educativos en atención integral a la primera infancia.

En el marco del esquema de atención *1000 primeros días de vida* se afiliaron al Sistema de Seguridad Social en Salud más de 4 millones de niños menores de 6 años, y el 95% de los menores de un año ya han sido vacunados. Asimismo, hemos fortalecido las capacidades de atención y crianza de cuidadores y familiares, acompañándolos mediante diferentes estrategias, entre ellas, la entrega de 7400 ajuares de bienvenida a recién nacidos de zonas vulnerables.

Para promover el acceso a la lectura y bienes culturales hemos entregado más de 15 millones de libros y materiales especializados en modalidades de educación inicial y bibliotecas públicas, y se han puesto en funcionamiento cerca de 227 salas de lectura.

Nos sentimos orgullosos de las vidas que estamos ayudando a transformar para siempre gracias a los 274 nuevos centros de desarrollo infantil que hemos creado en todo el país.

Y nos hemos unido a la alianza formada por más de 40 socios públicos y privados para crear la iniciativa Generación Cero Desnutrición, cuyo propósito es erradicar de Colombia la desnutrición crónica en 2030.

Ahora bien, con el fin de consolidar los resultados de la cooperación en temas de primera infancia –junto con el centro de análisis Diálogo Interamericano, la Fundación Bernard van Leer y otros actores–, se concertó la Agenda Regional para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia en países de Latinoamérica y el Caribe, como un instrumento para ayudarnos a mejorar progresivamente en la atención de esta población en nuestros países.

Los desafíos de la política De Cero a Siempre

Colombia está viviendo una época de grandes transformaciones y, en consecuencia, su política De Cero a Siempre deberá ajustarse permanentemente para responder a las necesidades de la primera infancia.

Un reto importante es lograr la universalización de la atención integral de calidad y localizar a los niños que deben recibir una atención diferencial, sobre todo aquellos que viven en las zonas que fueron más afectadas por el conflicto armado. Este esfuerzo implica optimizar la articulación entre la

“La política De Cero a Siempre cambió la forma de atender la primera infancia, al poner al niño en el centro de sus acciones para generar cambios en su vida y promover su desarrollo integral.”

“Nos sentimos orgullosos de las vidas que estamos ayudando a transformar para siempre gracias a los 274 nuevos centros de desarrollo infantil que hemos creado en todo el país.”

nación y los entes territoriales para definir con claridad las competencias de cada uno en la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de la política.

Y lo mismo con las diferentes entidades –del sector público, privado y de la sociedad civil– con las que trabajamos de la mano en favor de los niños del país.

La generación de la paz, nuestra prioridad

Así como hace casi sesenta años la Fundación Bernard van Leer tomó la sabia decisión de centrar sus esfuerzos en los niños, el Estado colombiano –mediante la política De Cero a Siempre– puso a la infancia en el centro de sus acciones. Este es el mejor legado que podemos dejarle a la generación de la paz, pues sus bases sólidas le permitirán a Colombia seguir avanzando con contundencia en el deber de asegurarle el pleno ejercicio de sus derechos desde antes de nacer.

Nuestros niños no son solo el futuro, ¡son el presente de una Colombia y un mundo en paz!

El cuidado cariñoso y sensible en el centro de iniciativas globales para mejorar la salud y el desarrollo infantil

**Tedros Adhanom
Ghebreyesus**

*Director general de la
Organización Mundial de
la Salud, Ginebra (Suiza)*

Según la serie de 2016 de *The Lancet* titulada *Apoyando el desarrollo en la primera infancia: de la ciencia a la aplicación a gran escala*, se calcula que solo la pobreza y los retrasos en el crecimiento ponen a 250 millones de niños (43%) menores de 5 años de países de renta media y baja en riesgo de no desarrollarse de forma óptima (Lu y otros, 2016). Cuando se suma la exposición a otras adversidades, como la violencia en el país o en casa, aumenta de forma considerable la cantidad de niños en situación de riesgo.

A lo largo de las últimas tres décadas, se ha demostrado científicamente en varias disciplinas que en los primeros años de vida se forman los aspectos más críticos para la salud, el bienestar y la productividad de los niños, adolescentes y adultos (Shonkoff y otros, 2012). En este sentido, resulta fundamental el periodo que va desde la concepción hasta que el niño cumple aproximadamente tres años, que se conoce como “los primeros 1000 días de vida”, cuando el cerebro se desarrolla con mayor rapidez y se establecen cantidades ingentes de conexiones neuronales en respuesta a los estímulos, el cariño y el confort que brindan los cuidadores (Lagercrantz, 2016). Sin embargo, hay que señalar que la formación del cerebro no termina al final de esta fase, así que es importante adoptar un enfoque intergeneracional que se prolongue durante toda la vida. La salud de los jóvenes antes del embarazo influye en el desarrollo del feto, y un buen desarrollo de los niños pequeños afecta positivamente a la adolescencia y la edad adulta que tendrán estos, lo que revertirá a su vez en sus propios hijos.

Entre los factores de riesgo que hacen que el desarrollo infantil no sea óptimo, se encuentran los bajos índices de lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria insuficiente; los retrasos en el crecimiento; la escasez de estimulación cognitiva; los problemas de salud mental de los cuidadores; el maltrato y abandono; las discapacidades; y la exposición a la contaminación y las toxinas medioambientales. Los factores de riesgo se encuentran en los hogares, así que la exposición a uno de ellos suele implicar la coexistencia de varios.

Los niños necesitan el cuidado cariñoso y sensible para desarrollar sus capacidades innatas. Es decir, tienen que contar con un entorno seguro que sea sensible a sus necesidades en materia de salud y nutrición, que los proteja de los peligros y malos tratos, y les ofrezca, desde pequeños, oportunidades para aprender y entablar relaciones con personas que se muestren receptivas, brinden

“Los niños necesitan el cuidado cariñoso y sensible para desarrollar sus capacidades innatas.”

apoyo emocional y estimulen su desarrollo. El concepto de cuidado cariñoso y sensible abarca cinco componentes interrelacionados: salud, nutrición, seguridad, atención receptiva y aprendizaje temprano.

Los niños que no reciben un cuidado cariñoso y sensible tienen una mayor probabilidad de sufrir problemas de crecimiento y de salud; aprender menos y dejar los estudios a un nivel más bajo; encontrarse con dificultades a la hora de entablar relaciones de confianza; y ser menos productivos en la edad adulta. Sus ingresos anuales pueden ser cerca de un tercio inferiores a los de sus iguales, lo que desencadena un ciclo de pobreza intergeneracional debilitante (Richter y otros, 2017). Cuando se pone en peligro el desarrollo de la primera infancia, se está amenazando el crecimiento económico, la seguridad y la paz, y el bienestar de las personas. Por el contrario, si se invierte en el desarrollo y la salud de los niños pequeños, se puede alcanzar una ratio entre beneficio y coste de 10 a 1; potenciar el aprendizaje, la adaptabilidad y los ingresos; y reducir de forma considerable en fases posteriores de la vida los trastornos mentales, la violencia, las lesiones involuntarias y las enfermedades no transmisibles (Heckman, 2015).

El sector sanitario desempeña un papel importante a la hora de determinar cómo los niños desarrollan sus capacidades intelectuales y competencias socioemocionales. Numerosas intervenciones en materia de nutrición y salud que son importantes para la supervivencia y el crecimiento infantiles afectan directamente al desarrollo de los pequeños (Vaivada y otros, 2017). Además, el sector sanitario tiene un contacto considerable con las embarazadas, los cuidadores, los niños pequeños y las familias en su conjunto, sobre todo en el periodo comprendido desde el embarazo hasta los 3 años de edad. Para responder a los problemas que ponen en peligro el desarrollo de la primera infancia en todo el mundo, se necesitan iniciativas globales en las que la Organización Mundial de la Salud (OMS) desempeña un papel decisivo.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la Estrategia Mundial de Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente

La OMS se compromete a cumplir la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Naciones Unidas, 2015), lo cual implica lograr el Objetivo 3 (garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades) y también ayudar a otros países a alcanzar otras metas de los ODS relacionadas con la salud, la nutrición, la equidad, la igualdad de género y la protección. La Estrategia Mundial de Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016–2030) se propone garantizar que toda mujer, niño y adolescente tenga las mismas oportunidades para prosperar (*Every Woman Every Child*, 2015). Tanto los 17 objetivos recogidos en los ODS como las nueve áreas de intervención guardan relación con el desarrollo infantil.

Cobertura sanitaria universal

Se habla de cobertura sanitaria universal (CSU) cuando todos los seres humanos reciben los servicios sanitarios de calidad que necesitan sin sufrir dificultades



△ Foto: OMS/Christopher Black

económicas por ello. Este objetivo está muy relacionado con la equidad, pues se trata de garantizar que todos los habitantes de un país tengan acceso a una gama completa de servicios que abarquen desde la promoción y la prevención hasta los cuidados paliativos. El trabajo de la OMS está perfectamente alineado con la meta 3.8 de los ODS, que se centra en el logro de la CSU, lo cual incluye la protección contra las dificultades económicas, la posibilidad de recibir servicios sanitarios esenciales de calidad y el acceso a vacunas inocuas, eficaces, asequibles y de calidad para todos. Para garantizar que todos los niños desarrollen plenamente su potencial, es fundamental lograr una cobertura sanitaria universal que llegue a los sectores más vulnerables de la población y no deje a nadie de lado. Sin ella, las familias y los niños marginados, tanto en los países pobres como en los ricos, tendrán dificultades para acceder a servicios sanitarios básicos y se privará a los pequeños de intervenciones esenciales para desarrollarse y crecer de forma sana.

El papel de la OMS en la agenda sobre el cuidado cariñoso y sensible

El propósito del 13.º programa de trabajo general (2019–2023) de la OMS es mejorar drásticamente la salud de todas las personas (OMS, 2018). La OMS aspira a mejorar el capital humano recurriendo a la innovación con un enfoque que abarca toda la trayectoria vital y se centra sobre todo en las mujeres, los niños y los adolescentes. Su objetivo es garantizar la integración de los servicios y ofrecer a la gente el acceso a la información, los bienes y los servicios necesarios para sobrevivir y prosperar a todas las edades. Se obtendrán beneficios considerables si se hacen las cosas bien desde el principio y se sigue por el buen camino durante toda la vida, pues se ha demostrado que las modificaciones epigenéticas que tienen lugar durante el desarrollo en la primera infancia ayudan a envejecer de forma más saludable.

“El sector sanitario desempeña un papel importante al determinar cómo los niños desarrollan sus capacidades intelectuales y competencias socioemocionales.”

La OMS, a través de sus estados miembros, ayudará a crear entornos que favorezcan el desarrollo de la primera infancia mediante un compromiso político constante y de alto nivel, un marco jurídico y político adecuado, la disponibilidad de sistemas de supervisión y financiación eficaces, y mecanismos intersectoriales de coordinación y rendición de cuentas firmemente integrados en los sistemas de todos los niveles, hasta el comunitario. La implicación de las comunidades, junto con la disponibilidad de información pertinente y servicios sanitarios de calidad, facilitará a los progenitores y cuidadores la ayuda que necesitan para garantizar que sus hijos crezcan bien, estén sanos, aprendan de forma creativa y no padezcan situaciones de violencia ni lesiones.

El cuidado de los niños es una cuestión de derechos humanos y la Convención sobre los Derechos del Niño sitúa el desarrollo infantil en el centro de la agenda global. Para lograr la igualdad, es fundamental que a la hora de crear políticas y programas se tengan muy en cuenta los derechos de los niños. Solo así podremos evitar que se queden atrás los niños discapacitados y los que se crían en entornos humanitarios o en situaciones de conflicto.

Es imprescindible adoptar un enfoque que apueste por la cobertura sanitaria universal, con intervenciones y programas integrados entre los distintos sectores, como la educación, la protección social y la defensa de la infancia. El papel de la OMS consistirá en abrir sus plataformas, facilitar la investigación, establecer directrices basadas en pruebas y utilizar estudios científicos para permitir a los países ampliar la escala de las intervenciones que han demostrado su eficacia a la hora de promover el desarrollo de los niños pequeños. La OMS también se ocupará de cuestiones relacionadas con las mediciones: por ejemplo, colaborará en la creación de nuevos indicadores para evaluar el desarrollo de los niños desde el nacimiento hasta los 3 años de edad.

La OMS y Unicef, con la colaboración de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente y la Red de Acción por el Desarrollo de la Primera Infancia, han creado un Marco para el Cuidado Cariñoso y Sensible con el fin de ofrecer orientaciones sobre cómo intervenir (OMS y Unicef, 2018).

El marco explica que, si se adopta un enfoque que englobe todo el gobierno y toda la sociedad, será posible fomentar y reforzar el cuidado cariñoso y sensible que reciben los niños pequeños, y especifica qué principios se deben seguir para lograrlo, qué intervenciones estratégicas se necesitan y cómo supervisar los hitos esenciales para el progreso. Nos comprometemos a trabajar con nuestros estados miembros y todas las partes interesadas para poner en marcha el marco y establecer una conexión entre la supervivencia y la prosperidad para transformar el potencial humano.

Agradecimientos

Gracias a la doctora Bernadette Daelmans, la doctora Tarun Dua, la profesora Linda Richter y el profesor Mark Tomlinson por sus valiosas aportaciones a este artículo.

Referencias

- Every Woman Every Child*. (2015). *The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030)*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Heckman, J.J. (2015, online). 4 big benefits of investing in early childhood development. The Heckman Equation. Disponible en: <http://heckmanequation.org/content/resource/4-big-benefits-investing-early-childhood-development> (último acceso en marzo de 2018).
- Lagercrantz, H. (2016). *Infant Brain Development: Formation of the mind and the emergence of consciousness*. Cham: Springer International.
- Lu, C., Black, M.M. y Richter, L.M. (2016). Risk of poor development in young children in low-income and middle-income countries: an estimation and analysis at the global, regional, and country level. *The Lancet* 4(12): e916–e922.
- Naciones Unidas (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, Resolución A/RES/70/1. Disponible en: http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf (último acceso en marzo de 2018).
- Organización Mundial de la Salud (2018). Proyecto de 13.º programa general de trabajo 2019–2023. Ginebra: OMS. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB142/B142_3-sp.pdf (último acceso en mayo de 2018).
- Organización Mundial de la Salud y Unicef. (2018). *Nurturing Care for Early Childhood Development. A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework/en/ (último acceso en mayo de 2018).
- Richter, L.M., Daelmans, B., Lombardi, J., Heymann, J., Boo, F.L., Behrman, J.R. y otros. (2017). Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *The Lancet* 389(10064): 103–18.
- Shonkoff, J.P., Richter, L., van der Gaag, J. y Bhutta, Z.A. (2012). An integrated scientific framework for child survival and early childhood development. *Pediatrics* 129(2): e460–72.
- Vaivada, T., Gaffey, M.F. y Bhutta, Z.A. (2017). Promoting early child development with interventions in health and nutrition: a systematic review. *Pediatrics* 140(2): e20164308.

Cambios en el sistema humanitario en favor de los niños pequeños en contextos de crisis y conflicto

David W. Miliband

Presidente y director general

Sarah Smith

Directora sénior de educación

Katie Murphy

Asesora técnica sénior sobre desarrollo de la primera infancia

Comité Internacional de Rescate, Nueva York (EE. UU.)

Es preciso hacer cambios radicales en el sistema de ayuda humanitaria para cubrir las necesidades urgentes de millones de niños pequeños que viven inmersos en crisis y conflictos. En primer lugar, el desarrollo de la primera infancia se debe considerar una prioridad a la hora de “salvar vidas” en las respuestas humanitarias. Además, las organizaciones de ayuda humanitaria tienen que recopilar evidencias sólidas de lo que funciona y por qué, así como demostrar para quién son más eficaces los programas y a qué precio. Por último, las organizaciones filantrópicas deben seguir invirtiendo en la primera infancia y concienciando sobre su importancia, de modo que goce de la atención y el apoyo necesarios para lograr cambios duraderos.

En todo el mundo, 86,7 millones de menores de 7 años han pasado toda su vida rodeados de guerra y caos (Unicef, 2016). En Siria, Bangladesh, Sudán del Sur o Níger, estos niños han sido testigos o víctimas de tremendas catástrofes, pérdidas y situaciones violentas. Muchos se han visto obligados a abandonar sus hogares, escuelas y barrios para refugiarse en asentamientos temporales, edificios abandonados o campamentos. Cada vez hay más investigaciones sobre la dirección más probable que tomarán las vidas de estos niños. El cúmulo de adversidades ligadas a las situaciones de guerra, los desastres naturales y los éxodos ponen en peligro el desarrollo sano y pueden alterar de forma permanente la estructura cerebral, los procesos epigenéticos y los sistemas fisiológicos (Black y otros, 2017). Esto conlleva consecuencias como un mal aprendizaje, menores ingresos económicos, una mayor morbilidad y una mortalidad precoz. Estos efectos van más allá de las vidas de cada niño, ya que influyen en la prosperidad, el bienestar y la estabilidad de las generaciones futuras y las sociedades en su conjunto.

Los datos científicos son contundentes: sin cuidado cariñoso y sensible (que incluye relaciones coherentes y atentas con adultos, así como oportunidades para aprender y explorar), las perspectivas de futuro de los niños que viven en contextos de crisis o conflicto son desoladoras. La serie de 2016 sobre el desarrollo de la primera infancia de *The Lancet* destaca ciertas intervenciones que han demostrado ser rentables y capaces de mejorar de forma sustancial la vida de los niños desfavorecidos en distintos entornos de gran complejidad y pocos recursos (Britto y otros, 2017). Aunque quizás lo más importante sea que esta serie, que se basa en los extraordinarios avances realizados en el estudio científico del desarrollo de la primera infancia tras décadas de investigaciones



△ Foto: Myrto Koutoulia/IRC

rigurosas, hace un firme llamamiento a actuar con urgencia para cubrir las necesidades de los niños pequeños que viven en situaciones adversas.

En los últimos años, la comunidad internacional de respuesta humanitaria ha pasado a la acción y ha destacado que se necesitan intervenciones para el desarrollo de la primera infancia con el fin de romper el ciclo de la pobreza y la desigualdad. El presidente del Banco Mundial, Jim Yong Kim, afirmó: “Está claro que no conseguiremos acabar con la pobreza extrema ni impulsar la prosperidad compartida si no ayudamos a los niños a desarrollar plenamente su potencial” (Kim, 2017: 16). Desempeñan un papel fundamental ciertas alianzas y redes mundiales, como la Red de Acción por el Desarrollo de la Primera Infancia, el Movimiento para el Fomento de la Nutrición (SUN) o la Alianza Global para Poner Fin a la Violencia contra la Niñez, así como el trabajo de la Organización Mundial de la Salud para desarrollar el Marco de Cuidado Cariñoso y Sensible. Sin embargo, y a pesar de que cada vez se presta más atención a la importancia del desarrollo de la primera infancia en entornos desfavorecidos, se siguen obviando las necesidades de los niños pequeños que viven en las situaciones más extremas de crisis y conflicto.

Supone un auténtico vuelco la decisión tomada recientemente por la John D. and Catherine T. MacArthur Foundation de otorgar 100 millones de dólares a Sesame

“Es preciso hacer cambios radicales en el sistema de ayuda humanitaria para cubrir las necesidades urgentes de millones de niños pequeños que viven inmersos en crisis y conflictos.”

Workshop y el Comité Internacional de Rescate para crear en Oriente Medio la iniciativa de desarrollo de la primera infancia más amplia de toda la historia de las respuestas humanitarias. Esta inversión histórica viene a reforzar la financiación previa aportada por la Fundación Bernard van Leer y la Open Society Foundation que permitirá que 9,4 millones de niños de Siria, Iraq, Jordania y Líbano disfruten durante cinco años de contenidos multimedia atractivos diseñados para reflejar la realidad de los más pequeños en esos países. El programa llegará a 1,5 millones de los niños más vulnerables mediante servicios directos que siguen las recomendaciones de la serie de 2016 de *The Lancet* sobre desarrollo de la primera infancia, como apoyo a los cuidadores en visitas domiciliarias, sesiones de grupo y dispositivos móviles que ayuden a proporcionar el cuidado cariñoso y la estimulación necesarios para mitigar los efectos negativos del estrés, la violencia y el desarraigo durante los primeros 1000 días de vida. Asimismo, se crearán centros de aprendizaje temprano en entornos formales e informales que ofrezcan formación de alta calidad mediante juegos para los siguientes 1000 días de vida. Gracias a esta espectacular inversión, nuestra alianza transformará las competencias lingüísticas, matemáticas, socioemocionales y de lectura temprana de toda una generación de niños afectados por la guerra de Siria.

En cualquier caso, para obtener resultados a largo plazo en los niños pequeños que viven en situaciones de crisis por todo el mundo, la inversión de la MacArthur Foundation debe venir acompañada de cambios radicales en el sistema de respuesta humanitaria. En primer lugar, el desarrollo de la primera infancia se debe considerar una prioridad a la hora de “salvar vidas” en estas actuaciones. Además, es preciso que los programas cuenten con los fondos necesarios para generar evidencias tangibles de qué es lo que funciona, por qué, cómo, en qué contextos y a qué precio. Por último, las entidades filantrópicas deben dar ejemplo para que aumenten las inversiones a gran escala por parte de instituciones gubernamentales y multilaterales.

El desarrollo de la primera infancia como intervención prioritaria para salvar vidas

El Fondo central para la acción en caso de emergencia (CERF) de Naciones Unidas engloba entre los programas humanitarios principales y orientados a salvar vidas “aquellas medidas que en un breve plazo de tiempo intentan paliar, mitigar o evitar la pérdida directa de vidas, los daños físicos y psicológicos o las amenazas a una población en su totalidad o una parte importante de ella y/o proteger su dignidad” (CERF de Naciones Unidas, 2010). La comunidad científica ha demostrado una y otra vez que el cerebro es más sensible a las dificultades durante los primeros años de vida y que dichas adversidades ponen en peligro la salud, los resultados académicos y el bienestar económico tanto de inmediato como a largo plazo. Del mismo modo, se ha demostrado que los servicios para los niños pequeños basados en evidencias pueden reducir los efectos de las situaciones adversas. Estas medidas prioritarias pueden servir para reparar, mitigar o evitar los daños físicos y psicológicos en los niños pequeños, pero el sistema de respuesta humanitaria no otorga prioridad a los programas en

favor del desarrollo de la primera infancia. Esto se aprecia claramente en la financiación: del total recibido para las respuestas humanitarias en 2016, menos del 2% se destinó a educación, de lo que tan solo una pequeña parte se dedicó a la primera infancia (Servicio de Seguimiento Financiero de la Oficina de la ONU para la Coordinación de Asuntos Humanitarios, 2018b).

La crisis abierta entre Birmania y Bangladesh es buena prueba de ello. Desde agosto de 2017, unos 670 000 refugiados rohinyás (de los que un 60% son niños) han huido hacia Bangladesh desde Birmania (Inter Sector Coordination Group, 2018). La emigración, la violencia, las enfermedades y la destrucción masivas han devastado las vidas de estos niños. El plan de respuesta humanitaria incluye el compromiso de ofrecer refugio, comida y servicios sanitarios básicos, es decir, los servicios más elementales para asegurar la supervivencia de los niños a corto plazo. Asimismo, contempla compromisos y estrategias para garantizar las telecomunicaciones, la coordinación y la logística de emergencia, pero no hay una mención explícita al desarrollo de la primera infancia a pesar del riesgo que supone dejar de lado a los niños pequeños. Hasta febrero de 2018, el sector educativo había recibido menos del 6% de la financiación solicitada (Servicio de Seguimiento Financiero de la Oficina de la ONU para la Coordinación de Asuntos Humanitarios, 2018a) y la cifra de pequeños sin acceso a los servicios de enseñanza es astronómica: 332 650 niños, casi el 75% de los que están en situaciones de necesidad (Inter Sector Coordination Group, 2018). El desarrollo de la primera infancia salva vidas y sus beneficios se prolongan en el tiempo, pero la experiencia de los niños rohinyás demuestra que la comunidad encargada de la respuesta humanitaria y sus benefactores otorgan poca importancia en sus actuaciones al desarrollo de la primera infancia y los servicios educativos. Esto puede y debe cambiar.

“El objetivo es sencillo: el desarrollo de la primera infancia debe ser un pilar básico de las estrategias de respuesta en contextos de crisis y conflicto.”

Evidencia a favor del desarrollo de la primera infancia en situaciones de emergencia

Para que aumente la inversión en el desarrollo de la primera infancia durante las fases más críticas de una situación de emergencia, se requiere una evidencia más sólida en ese contexto que pruebe que esos programas son viables y eficaces. Al revisar los estudios de evaluación que se han llevado a cabo en los últimos 17 años, solo se encontraron cuatro sobre los efectos en la primera infancia y se constató la total ausencia de investigaciones sobre la ejecución de programas en contextos de respuesta humanitaria (Murphy y otros, en imprenta). Esto pone de manifiesto la gran disparidad que existe entre las inversiones para realizar evaluaciones en contextos estables y las destinadas a estudiar los programas en favor de la primera infancia en situaciones de crisis.

A pesar de la sustancial complejidad de los lugares afectados por alguna crisis, como Bangladesh, Níger, Sudán del Sur y Oriente Medio, el Comité Internacional de Rescate (IRC) ha demostrado que no solo es posible realizar investigaciones rigurosas, sino que además estas resultan fundamentales. El IRC dispone de 28 estudios de nuestros programas y hemos llevado a cabo los primeros ensayos controlados aleatorios del mundo sobre programas de crianza y educación

“En el caso de la primera infancia en contextos de crisis, resulta esencial la combinación de evidencias rápidas, implementación rigurosa y análisis del coste y los efectos.”

socioemocional en entornos de posguerra y con refugiados (Sim y otros, 2014; Aber y otros, 2017). Gracias a esta experiencia, hemos descubierto que para que una investigación resulte útil a la hora de crear programas y políticas, debe dar respuesta a cuestiones como el efecto logrado, los aspectos eficaces, las personas que se han beneficiado y el coste de conseguir ese impacto. La investigación debe comenzar antes que el proyecto con el fin de valorar las necesidades de los niños y las familias y los recursos con los que cuentan, para luego probar y ajustar rápidamente las estrategias existentes hasta que resulten prácticas y viables en un contexto de respuesta humanitaria específico. Una vez que los modelos y el contenido del programa se han adaptado y perfeccionado, la investigación durante la implementación detectará si el programa se está prestando con un nivel de calidad alto y con qué coste. Después, mediante evaluaciones del impacto rigurosas, se determinará si los programas han surtido efecto. En el caso del desarrollo de la primera infancia en contextos de crisis, que es un ámbito en el que se carece de evidencias útiles y relevantes para las políticas, resulta esencial esta combinación de evidencias rápidas, implementación rigurosa y análisis del coste y los efectos.

Papel del entorno filantrópico

Los filántropos tienen una oportunidad de oro para liderar tanto las inversiones como actividades de defensa para el desarrollo de la primera infancia y la remodelación de las respuestas humanitarias. El objetivo es sencillo: el desarrollo de la primera infancia debe ser un pilar básico de las estrategias de respuesta en contextos de crisis y conflicto. La MacArthur Foundation ha demostrado que el ámbito filantrópico puede aportar inversiones y un alcance formidable, más allá de cualquier programa para la primera infancia existente en las respuestas humanitarias. Esta inversión no solo llegará a una cantidad de niños sin precedentes, sino que servirá de catalizador para que las instituciones públicas prioricen esta cuestión y tomen medidas. Al mismo tiempo, las organizaciones filantrópicas deben aprovechar la inercia actual para dar con estrategias prácticas que lleven a un cambio sistémico. Entre los pasos más importantes para alcanzar este objetivo se encuentran la congregación de líderes mundiales y expertos en programas de respuesta humanitaria y para la primera infancia; la defensa del estudio sobre el desarrollo de la primera infancia en contextos de crisis y conflicto, así como la aportación de fondos para dichas investigaciones; la difusión de datos científicos y la transmisión de la evidencia a los profesionales interesados y los responsables de las políticas; y el fomento de la replicación y la ampliación del alcance del desarrollo de la primera infancia en contextos de emergencia y respuesta humanitaria en todo el mundo.

Conclusión

La MacArthur Foundation ha logrado algo importante. En cinco años, Sesame Workshop y el Comité Internacional de Rescate habrán prestado servicios transformadores a 1,5 millones de niños afectados por la crisis siria, mientras que 9,4 millones de niños y cuidadores habrán disfrutado de una programación educativa multimedia de primera. En colaboración con el centro Global TIES for Children de la Universidad de Nueva York, obtendremos evidencias útiles sobre

los programas para el desarrollo de la primera infancia en zonas en conflicto y crisis, y las utilizaremos a la hora de adaptar y replicar programas por todo el mundo dentro de estos contextos. Esto es solo el principio. Consideraremos que hemos tenido éxito cuando los programas para el desarrollo de la primera infancia se incluyan en los primeros días de las respuestas humanitarias; cuando se implanten modelos de programa rentables en distintos tipos de situaciones de crisis, conflicto, posguerra y fragilidad; cuando los programas superen los 18 meses; y cuando la inversión en investigación dé lugar a un conjunto sólido de evidencia en continuo crecimiento que permita cambiar las vidas de los millones de niños pequeños que viven en entornos de crisis y conflicto de todo el mundo. Consideraremos que hemos tenido éxito cuando todos los niños pequeños que son víctimas de alguna crisis o conflicto tengan acceso a los servicios que necesitan para sobrevivir y prosperar.

Referencias

- Aber, J.L., Torrente, C., Starkey, L., Johnston, B., Seidman, E., Halpin, P. y otros. (2017). Impacts after one year of 'Healing Classroom' on children's reading and math skills in DRC: results from a cluster randomized trial. *Journal of Research on Educational Effectiveness* 10(3): 507-29. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/19345747.2016.1236160> (último acceso en marzo de 2018).
- Black, M.M., Walker, S.P., Fernald, L.C.H., Andersen, C.T., Di Girolamo, A.M., Lu, C. y otros. (2017). Early childhood development coming of age: science through the life course. *The Lancet* 389(10064): 77-90. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7) (último acceso en marzo de 2018).
- Britto, P.R., Lye, S.J., Proulx, K., Yousafzai, A.K., Matthews, S.G., Vaivada, T. y otros. (2017). Nurturing care: promoting early childhood development. *The Lancet* 389(10064): 91-102. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3) (último acceso en marzo de 2018).
- CERF de Naciones Unidas (2010). Fondo central para la acción en casos de emergencia. Criterios para salvar vidas. Disponible en: https://www.unocha.org/cerf/sites/default/files/CERF_Spanish_Life-Saving_Criteria_26_Jan_2010.pdf (último acceso en marzo de 2018).
- Inter Sector Coordination Group. (2018). *Situation Report: Rohingya Refugee Crisis*. Cox's Bazar. Disponible en: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/180225_weeklyiscg_sitrep_final.pdf (último acceso en marzo de 2018).
- Kim, J.Y. (2017). La mejor inversión que puede hacer una sociedad. *Espacio para la Infancia: Avances en el desarrollo de la primera infancia* 126: 15-18. Disponible en: https://bernardvanleer.org/app/uploads/2017/08/EPI-2017_final-1.pdf (último acceso en marzo de 2018).
- Murphy, K.M., Yoshikawa, H. y Wuermli, A.J. (en imprenta). Implementation research for early childhood development programming in humanitarian contexts. *Annals of the New York Academy of Sciences*.
- Servicio de Seguimiento Financiero de la Oficina de la ONU para la Coordinación de Asuntos Humanitarios. (2018a). Bangladesh: Rohingya Refugee Crisis 2017. Disponible en: <https://fts.unocha.org/appeals/628/summary> (último acceso en marzo de 2018).
- Servicio de Seguimiento Financiero de la Oficina de la ONU para la Coordinación de Asuntos Humanitarios. (2018b). *Global humanitarian funding in 2016: Totals per sector*. Disponible en: https://ftsarchive.unocha.org/reports/daily/ocha_R16_Y2016__1701190230.pdf (último acceso en febrero de 2018).
- Sim, A., Puffer, E., Green, E., Chase, R., Zayzay, J., Garcia-Rolland, E. y Boone, L. (2014). *Parents make the difference: Findings from a randomized impact evaluation of a parenting program in rural Liberia*. Nueva York: Comité Internacional de Rescate.
- Unicef. (2016). 87 millones de niños menores de 7 años han conocido solamente el conflicto, según Unicef Comunicado de prensa del 24 de marzo de 2016. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/media/media_90745.html (último acceso en marzo de 2018).

La prevención de la violencia debe comenzar en la primera infancia

Marta Santos Pais

Representante especial del secretario general de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños, Nueva York (EE. UU.)

La ambiciosa visión de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible es conseguir un mundo libre de miedos y violencia en el que nadie se quede atrás (Naciones Unidas, 2015). Esta agenda aporta un gran impulso a la materialización del derecho de todos los niños a criarse en un entorno seguro que les proporcione los cuidados y el afecto necesarios mediante dos objetivos específicos: poner fin a todas las formas de violencia contra los niños (objetivo 16.2); y garantizar que todos los niños tengan acceso a cuidados, educación preescolar y un desarrollo de calidad durante la primera infancia (objetivo 4.2). Para poner fin a la violencia y cambiar en positivo la vida de los niños, hay que comenzar en la primera infancia (Santos Pais, 2018).

Imperativos para una primera infancia sin violencia y con cuidados afectivos

El fin de la violencia durante la primera infancia es, en primer lugar, una cuestión de derechos. El Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas publicó una observación general sobre los derechos de los niños durante la primera infancia:

Los niños pequeños son portadores de derechos. [...] Tienen derecho a medidas especiales de protección y [...] son especialmente vulnerables al daño causado por relaciones poco fiables o inestables con padres y cuidadores, o por el hecho de crecer en condiciones de pobreza y privación extremas, rodeados de conflictos y violencia.

Los niños pequeños son menos capaces de evitarlo o resistirlo [el abuso], de comprender lo que está sucediendo y también de buscar la protección en los demás.

Existen pruebas convincentes de que el trauma resultado de la negligencia y el abuso tiene una repercusión negativa en el desarrollo, y, en el caso de niños muy pequeños, efectos mensurables en los procesos de maduración cerebral. (Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, 2005)

Uno de los principales obstáculos para poner fin a la violencia contra los niños es la percepción de que la primera infancia es un periodo de evolución hacia la vida adulta, y que solo entonces se alcanza un estatus de persona plena con derechos intrínsecos. ¡Hay que cambiar ese punto de vista! La Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas reconoce a todos los niños como portadores de derechos que deben ser respetados y protegidos, en lugar de tratados como si todavía no fueran personas.



△ Foto: Unicef Malawi

Es importante que la primera infancia se viva sin violencia: hay pruebas científicas de que los primeros mil días de vida sientan las bases de todo el desarrollo de la persona en el futuro. Así pues, para que el potencial físico, intelectual y socioemocional de los niños sea óptimo, tienen que recibir los cuidados y el afecto adecuados desde el principio. Según se ha demostrado con métodos científicos, el estrés durante la primera infancia, como la exposición a situaciones violentas, pone en peligro la salud y la educación de los niños y tiene efectos psicofísicos negativos a largo plazo que pueden provocar cambios permanentes en su cerebro en desarrollo y afectar a la adquisición del lenguaje, el funcionamiento cognitivo y el autocontrol.

El Estudio de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños señaló que prevenir este tipo de abusos contribuiría a aliviar problemas sociales que van más allá de la infancia y resultan sumamente gravosos para la sociedad (Pinheiro, 2006). A día de hoy, gracias a los avances en neurociencia, conocemos mucho mejor la influencia que tiene el desarrollo del cerebro durante los primeros años en nuestro comportamiento como adultos.

Según muestran estudios longitudinales, los niños que sufren malos tratos son más propensos a caer víctimas de la violencia en etapas posteriores de su

vida y a convertirse en maltratadores. Así, las personas expuestas a situaciones violentas durante la primera infancia tienen más probabilidades de recurrir a la violencia en la edad adulta, ya sea contra sus parejas o sus propios hijos, y también de incurrir en comportamientos delictivos. Para romper este círculo vicioso, es imperativo que todos los niños vivan sin padecer malos tratos ni abandonos.

Alcance de la violencia contra los niños

A pesar de poner en peligro el desarrollo saludable de los niños y de su coste social y económico, la violencia sigue estando muy presente en la vida de muchos niños. En 2016 un artículo publicado en *The Lancet* cifraba en 250 millones la cantidad de menores de 5 años que, en los países de renta baja y media, corrían el riesgo de no desarrollar todo su potencial a causa de las dificultades que afrontaban durante la primera infancia. El mismo año, en un estudio de *Pediatrics* se calculaba que más de mil millones de niños habían sido víctimas de algún tipo de violencia el año anterior (Hillis y otros, 2016). Según el informe *Una Situación Habitual*, publicado por Unicef en 2007:

“Uno de los principales obstáculos para poner fin a la violencia contra los niños es la percepción de que la primera infancia es un periodo de evolución hacia la vida adulta.”

Cerca de 300 millones de niños de 2 a 4 años en todo el mundo (3 de cada 4) son habitualmente víctimas de algún tipo de disciplina violenta por parte de sus cuidadores; 250 millones (alrededor de 6 de cada 10) son castigados por medios físicos.

Estos datos ponen de manifiesto la urgencia de fomentar una mejor comprensión del efecto que tiene la violencia en los niños pequeños y la importancia de aplicar medidas eficaces de prevención y respuesta.

Mientras sea representante especial, mi prioridad es garantizar que los niños pequeños se críen sin violencia y aprovechen todas las oportunidades a mi alcance para divulgar las intervenciones que han tenido éxito. Para que la prevención sea eficaz, los niños pequeños y sus familias deben tener acceso a unos servicios sociales y una protección social de calidad que fomenten la seguridad y los cuidados afectivos en el entorno familiar. Los programas de crianza positiva y las medidas disciplinarias sin violencia son indispensables para ayudar a los cuidadores con sus responsabilidades a la hora de educar a los pequeños, ya que ofrecen alternativas al castigo físico. Los datos recopilados por Unicef (2010) indican que la mayoría de los padres no considera necesaria la violencia como manera de disciplinar a sus hijos. Yo misma fui testigo de esto en una visita reciente a un programa de crianza positiva de Phnom Penh: los progenitores sabían, de forma instintiva, que recurrir a la violencia no es la mejor estrategia y ansiaban conocer métodos disciplinarios no violentos.

Coste económico de la violencia contra los niños pequeños

La pasividad a la hora de combatir la violencia en la primera infancia sale cara. La experiencia en general demuestra que sale rentable fomentar políticas integrales para el desarrollo de la primera infancia, que incluyen intervenciones para prevenir y eliminar la violencia contra los niños pequeños.

Se calcula que esa violencia tiene un coste mundial de más de 7 billones de dólares (USD) al año por su impacto directo en los niños, sus familias y la sociedad, así como en la vida adulta de las víctimas (Pereznieto y otros, 2014).

Sin embargo, esta descomunal cifra no incluye el coste que supone que los niños no disfruten de una vida sana y plena como miembros productivos de la sociedad. Si detenemos la violencia contra los niños pequeños, contribuimos a desarrollar el capital humano sobre el que se construirá la sociedad del futuro y reducimos el gasto necesario para combatir las secuelas a largo plazo.

Estrategias para poner fin a la violencia contra los niños pequeños

Para eliminar la violencia contra los niños pequeños se requiere el compromiso pleno de la sociedad y su apoyo para la implementación de una estrategia nacional completa basada en cuatro pilares:

- 1 La protección de los niños pequeños frente al abandono, los malos tratos y la explotación debe partir de una base normativa que prohíba de forma explícita, completa y legal todos los tipos de violencia en cualquier contexto. A día de hoy, más de 50 países han promulgado leyes específicas contra cualquier clase de violencia física, psicológica y sexual contra los niños en todos los entornos, incluido el castigo físico en las escuelas y el hogar.
- 2 Para garantizar un desarrollo infantil saludable, resulta crucial adoptar una estrategia integral e intersectorial que fomente conexiones sólidas y eficaces entre los sectores sanitario, nutricional, educativo, de protección social y de defensa de los niños. Al coordinar la prestación de servicios, se rentabiliza al máximo la inversión en iniciativas para la primera infancia, pues se evita el gasto que se deriva de las intervenciones fragmentadas. Para garantizar la coherencia de los distintos servicios, se precisa una entidad gubernamental de alto nivel que conozca las necesidades de los niños pequeños y se responsabilice de prevenir la violencia contra ellos, así como de tomar las medidas necesarias para detenerla. Esta entidad debe tener la capacidad de involucrar a distintos sectores, garantizar una financiación adecuada y realizar un seguimiento y una supervisión eficaces de los resultados. También resulta fundamental reforzar la capacidad de los profesionales dedicados a la primera infancia para detectar rápidamente las agresiones contra los niños pequeños y actuar, además de exigirles que informen de lo ocurrido.
- 3 El apoyo a las familias y los cuidadores en materia de crianza resulta esencial y debería incluir sistemas nacionales de protección social e infantil activa que mejoren la capacidad de las familias para proporcionar cuidados afectivos en el entorno doméstico, garantizar la seguridad de los niños y prevenir cualquier tipo de violencia en sus vidas. El apoyo a las familias también reduce el abandono y el uso de lugares de cuidado alternativos que no constituyen entornos afectivos adecuados para el desarrollo de la

“Para que la prevención sea eficaz, los niños pequeños y sus familias deben tener acceso a unos servicios sociales y una protección social de calidad que fomenten la seguridad y los cuidados afectivos en el entorno familiar.”

primera infancia o en los que existe un alto riesgo de negligencia, malos tratos y explotación por parte del personal, que podría carecer de la formación adecuada o sentirse frustrado en el trabajo por recibir un sueldo bajo. Las directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños de las Naciones Unidas constituyen una gran herramienta para que los estados cumplan su obligación de garantizar que los niños disfruten de una vida familiar segura y sin violencia (Naciones Unidas, 2010).

- 4 Para progresar en la implementación a escala nacional, es indispensable mejorar la investigación y recopilar más datos para hacer un seguimiento del alcance de la violencia contra los niños pequeños, comprender las actitudes y métodos de progenitores y cuidadores, y ampliar la escala de las intervenciones más eficaces en contextos locales.

Hay motivos de sobra para actuar con urgencia: el imperativo por los derechos de los niños en contra de todo tipo de violencia, las investigaciones que muestran métodos eficaces para ponerle fin, las pruebas científicas de la devastación que puede provocar en el desarrollo de los niños pequeños y el tremendo coste que tiene para la sociedad. Los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de eliminar todo tipo de violencia contra los niños y garantizar que todos los pequeños disfruten de un desarrollo de calidad han acelerado las actuaciones a escala nacional destinadas a cambiar en positivo la vida de los pequeños. Llegó la hora de volcarse en los objetivos de 2030. ¡Los niños bien lo merecen!

Referencias

- Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas. (2005). *Realización de los derechos del niño en la primera infancia, Observación General n.º 7 (CRC/C/GC/7/Rev.1)*. Ginebra: Naciones Unidas.
- Hillis, S., Mercy, J., Amobi, A. y otros. (2016). Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics* 137(3): e20154079.
- Naciones Unidas. (2010). *Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños (A/RES/64/142)*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (A/RES/70/1)*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Perezniето, P., Montes, A., Langston, L. y Routier, S. (2014). *The Costs and Economic Impact of Violence against Children*. Londres: Overseas Development Institute.
- Pinheiro, P.S. (2006). *Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas: Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños*. Ginebra: Naciones Unidas. Disponible en: [https://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1\(1\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1(1).pdf) (último acceso en febrero de 2018).
- Santos Pais, M. (2018). *Informe anual de la Representante Especial del Secretario General sobre la violencia contra los niños para el Consejo de Derechos Humanos (A/HRC/37/48)*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Serie de *The Lancet* sobre desarrollo de la primera infancia. (2016). Advancing early childhood development: from science to scale. *The Lancet* 389(10064): 77–118.
- Unicef. (2010). *Child Disciplinary Practices at Home: Evidence from a range of low- and middle-income countries*. Nueva York: Unicef.
- Unicef. (2017). *Una Situación Habitual: Violencia en las vidas de los niños y los adolescentes*. Nueva York: Unicef.

AMPLIAR LA COBERTURA

“Criança Feliz”: un programa para romper el ciclo de la pobreza y reducir la desigualdad en Brasil

Halim Antonio Girade
*Secretario Nacional
para la Promoción del
Desarrollo Humano,
Ministerio de Desarrollo
Social, Brasilia (Brasil)*¹

¿Es posible implantar un programa para el desarrollo de la primera infancia en un corto espacio de tiempo, sobre todo cuando se pretende fomentar un desarrollo integral y se trata de un país de las dimensiones de Brasil, con 27 estados y 5570 municipios? Gracias al programa “Criança Feliz” (Niño feliz), hemos comprobado de forma gradual que sí lo es.

De los más de 207 millones de habitantes que tiene Brasil, alrededor del 11% son menores de 6 años y un 42% de ellos viven en familias cuyos ingresos mensuales están por debajo del umbral de la pobreza (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2017). En los últimos 30 años, el país ha visto crecer el movimiento en favor de la primera infancia y las políticas sociales descentralizadas han logrado reducir la mortalidad infantil de forma considerable. Importantes marcos legales fueron elaborados –la Constitución Federal de 1988, el Estatuto del Niño y del Adolescente de 1990 y el Marco Legal para la Primera Infancia de 2016– para garantizar los derechos de los niños.

“Criança Feliz” se fundó el 5 de octubre de 2016 mediante un decreto presidencial con el objetivo de fomentar el desarrollo integral de los niños durante la primera infancia. Nueve meses más tarde, el 14 de julio de 2017, se registró la primera visita a domicilio del programa en Pacatuba, dentro del estado de Sergipe.

En vista de la necesidad existente de reducir la desigualdad en Brasil, el Ministerio de Desarrollo Social decidió dar prioridad a las familias más vulnerables: las beneficiarias del programa de transferencia de ingresos “Bolsa Família”.

Criança Feliz se sustenta sobre dos pilares:

- Las visitas a domicilio, que tratan de reforzar las habilidades familiares, sobre todo en los casos de los niños más vulnerables. El personal que realiza las visitas recibe formación con material técnico creado con el método *Care for Child Development* –desarrollado por Unicef, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud–, además de un manual del Ministerio de Desarrollo Social para las visitas a domicilio. Las embarazadas reciben una visita al mes; los niños de hasta 3 años, una visita a la semana; y los niños de entre 3 y 6 años, una visita cada 15 días.

¹ Este artículo se ha elaborado con contribuciones de Sônia Isoyama Venâncio, João Bachur, Cláudio Duarte, Rosângela Maria Sobrinho Sousa, Florentino Leônidas y Marina Silvestre de Alencar Sousa.



△ Foto: Mauro Vieira/Criança Feliz/MDSg

- Las iniciativas intersectoriales, cuyo objetivo es mejorar las políticas regionales de asistencia social, salud, derechos humanos, educación, cultura y derechos de los niños. Es importante, por ejemplo, que todos los niños tengan actualizada su *Caderneta da Criança* (Cartilla del niño), con las revisiones nutricionales y el registro de vacunación.

Si bien la coordinación de Criança Feliz recae en la Secretaría Nacional para la Promoción del Desarrollo Humano del ministerio, su ejecución se deja en manos de los estados y los municipios. En cada uno de los niveles de gobierno –federal, estatal y municipal–, el programa dispone de un comité directivo intersectorial y un grupo técnico, además de un cuerpo coordinador. El nivel nacional coordina las distintas actuaciones a escala nacional, proporciona asistencia a los estados y propone estrategias de formación. Por su parte, los estados son los responsables de la ejecución en su zona, de las iniciativas de sensibilización, de la movilización y la formación de supervisores municipales, así como del monitoreo. Los municipios deben implementar el programa en el ámbito local: formar a los visitadores, planificar las visitas, supervisar el trabajo de campo y controlar y evaluar las visitas.

El programa contaba con un presupuesto de 98 millones de USD para 2017 y se ha proyectado un aumento hasta los 167 millones para 2018. El gobierno federal transfiere fondos a los estados mediante el Fondo Nacional de Asistencia Social para sufragar la formación, y también a cada municipio: aporta 75 reales brasileños (unos 23 USD) al mes por individuo visitado, siempre que se cumpla la cantidad de citas al mes. Estas personas deben haberse

graduado como mínimo en secundaria. Mediante un sistema de capacitación en cascada, ellos reciben formación de manos de supervisores municipales, que a su vez han sido formados por los así denominados multiplicadores estatales (en ambos casos, deben tener un título universitario). Cada supervisor municipal tiene bajo su mando a un máximo de 15 visitadores, cada uno de los cuales puede atender a un total de 30 personas, entre niños y embarazadas. Los supervisores reciben un sueldo medio de 609 USD, y los visitadores perciben unos 318 USD al mes. Para contextualizar estas cifras, el sueldo medio de Brasil está en torno a los 655 USD, mientras que el sueldo mínimo se sitúa en 228 USD.

En definitiva, Criança Feliz pretende llegar a 640 000 embarazadas y 3 millones de niños, entre los que se incluyen 75 000 pequeños con discapacidades y 8 600 niños que están bajo medidas de protección especiales. De ellos, unos 738 000 deberían entrar en el programa antes de diciembre de 2018, durante la fase uno; mientras que otro millón y medio entraría para finales de 2019, durante la fase dos.

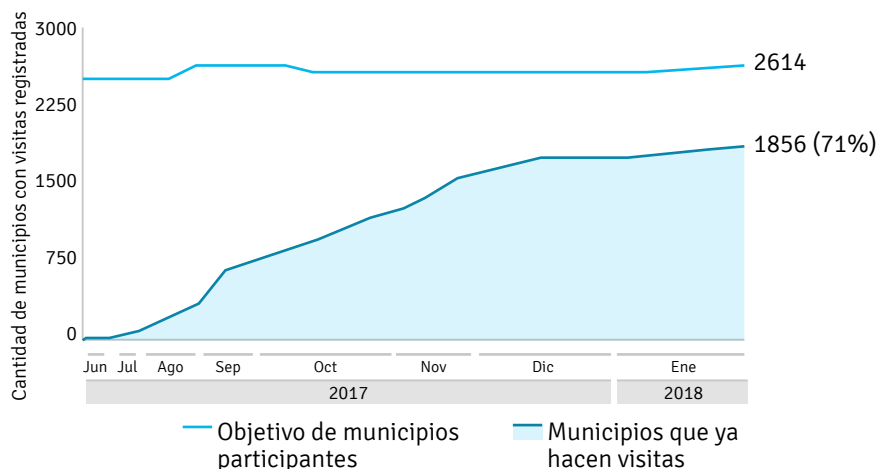
Lecciones provisionales aprendidas sobre la ampliación de la escala

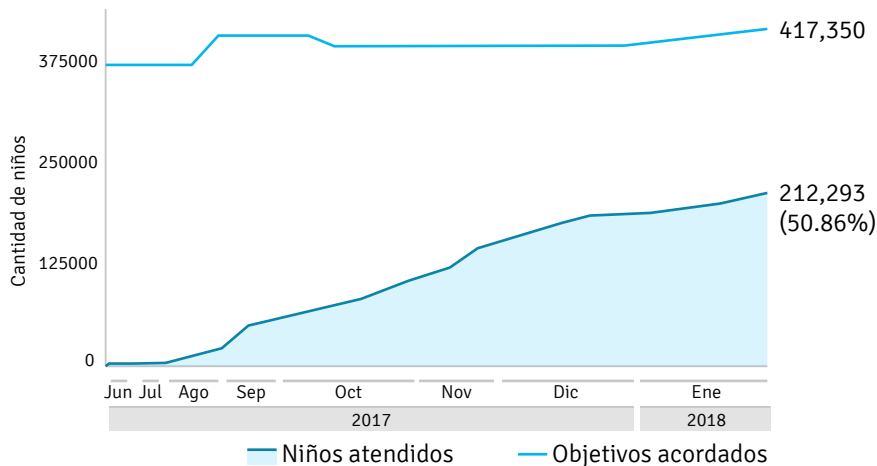
En el momento de escribir estas líneas, el programa lleva en marcha 16 meses. La mayor parte de la formación a nivel estatal se realizó de febrero a junio de 2017. De las 27 entidades federales del país (26 estados y el distrito federal), 25 se adhirieron al programa. De los 5570 municipios existentes, 2614 se habían adherido a finales de enero de 2018 y, de ellos, 1856 ya habían empezado a realizar visitas domiciliarias de las que se benefician 185 910 niños y 26 383 embarazadas. Las figuras 1 y 2 representan los progresos realizados en la implementación, por cantidad de municipios que han iniciado las visitas y por cantidad de individuos beneficiarios, respectivamente.

¿Qué factores fueron los más cruciales para lograr semejante alcance en un periodo de tiempo relativamente corto? La aprobación del Marco Legal para la Primera Infancia allanó el camino para el decreto presidencial que creó el programa. En ambos casos, el liderazgo político fue clave, con una gran

▷ **Figura 1** Progreso de la implementación: municipios con visitas de Criança Feliz

Fuente: Prontuário SUAS, 2018





<

Figura 2 Progreso de la implementación: niños beneficiarios de Criança Feliz

Fuente: Prontuário SUAS, 2018

implicación del Frente Parlamentario para la Primera Infancia. Osmar Terra, uno de los principales actores y coautor de la ley que propició el marco legal, se convirtió en ministro de Desarrollo Social y puso Criança Feliz en la lista de prioridades. Según sus propias palabras: “En los primeros mil días de vida, ocurren en el cerebro unas transformaciones que convierten esta etapa en la más extraordinaria de todo nuestro ciclo vital. Es entonces cuando se forman las habilidades básicas para aprender sobre el mundo que nos rodea”.

La sensibilización y la movilización fueron fundamentales: el lanzamiento a escala nacional se completó con actos estatales y locales en los que participaron los gobernadores y alcaldes. Asimismo, tuvo gran importancia la participación de distintos sectores en los tres niveles de gobierno: salud, educación, cultura y derechos humanos. El programa también contó con el respaldo de contrapartes nacionales e internacionales, como la Fundación Bernard van Leer, la Fundación Maria Cecília Souto Vidigal, la Organización Panamericana de la Salud, el programa *Primeira Infância Melhor*, Unicef, la UNESCO, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Instituto de Educación e Investigación (INSPER). Entre otras cosas, estas contrapartes apoyaron la elaboración del material técnico y a diseñar la metodología de formación, además de contribuir a la supervisión y la evaluación del programa: solo merece la pena poner en marcha un programa de esta magnitud si todos estos aspectos están perfectamente definidos y preparados. Por ejemplo, la Fundación Bernard van Leer prestó un apoyo vital para el inicio de la capacitación de los coordinadores estatales.

También se hizo un buen uso de las tecnologías. Se estableció una plataforma digital para que estados y municipios tuvieran más fácil la inscripción en el programa, algo que pasa por la aprobación del consejo de bienestar social local. La supervisión se ha llevado a cabo con frecuencias diaria y semanal mediante un sistema computarizado llamado *Prontuário SUAS*. Además, el uso del WhatsApp ha sido muy útil para que los coordinadores (nacionales, estatales y municipales), los visitantes y los supervisores mantuvieran el contacto e intercambiaran experiencias, documentos, fotos y vídeos, y se ha convertido en un factor motivador,

estimulante y vigorizante para la interacción entre las distintas entidades gubernamentales, que humaniza la ejecución del programa.

Desafíos y previsión de futuro

Resulta importante hacer un seguimiento constante de la ejecución, comprobar los indicadores intersectoriales y valorar el programa en sí para detectar las oportunidades de mejora continua. Además, una vez concluido el primer año de ejecución, hemos detectado varios desafíos de peso:

- definir estrategias de consolidación y sostenibilidad como política nacional
- proseguir con la expansión sin perder de vista los estándares mínimos de calidad
- establecer modelos permanentes de formación de supervisores y de los visitadores
- mantener y aumentar las iniciativas intersectoriales, sobre todo en lo relativo a la salud de mujeres y niños, y a la seguridad alimentaria y nutricional
- ofrecer calidad en la educación de la primera infancia, mejorar la escolaridad de los padres y proporcionar apoyo social a las familias más vulnerables
- mantener el ritmo de la ampliación a escala en un año (2018) de elecciones federales y estatales
- mantener el desarrollo infantil temprano como prioridad de los próximos gobiernos.

Para que Criança Feliz se asegure el respaldo político y los recursos económicos necesarios para los próximos años, es preciso invertir constantemente en informar y movilizar a las instituciones, las familias y la sociedad en su conjunto para que todos vean la importancia de fomentar el desarrollo infantil temprano.

Agradecimientos

Los autores quieren agradecer las magníficas contribuciones del equipo del Ministerio de Desarrollo Social: Maria do Carmo Brant de Carvalho, Ely Harasawa, Frederico de Almeida Meirelles Palma, Juliana Rabelo, Luana Kozen Nunes, Mariana Lelis Moreira Catarina, Palloma Belfort Frutuoso, Renata Aparecida Ferreira, Adriana Barbosa Dantas da Silva, Ayrton Maurício Azeredo Silva, Natália Silva y Maria Cícera Pinheiro. Asimismo, extienden su agradecimiento a los miembros de otros ministerios que han colaborado: Thereza De Lamare Franco Netto, Carolina Helena Micheli Velho, Michele Lessa de Oliveira y Gilvani Pereira Grangeiro. Gracias también a los asesores y colaboradores Mary Eming Young, Gaby Fujimoto y Miriam Días González. Y un agradecimiento especial a Eduardo de Campos Queiroz, Eduardo Marino, Marina Fragata Chicaro, J. Leonardo Yáñez, Cecília Vaca Jones, Fernanda Rezende Vidigal y, sobre todo, a los coordinadores estaduais, los supervisores estaduais y municipales y supervisores y visitadores de Criança Feliz, que han dado vida al programa, así como a las familias que refuerzan las habilidades de sus hijos.

Referencia

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
(2017). *Síntese dos Indicadores Sociais*.
Disponible en:

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novportal/sociais/trabalho/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html> (último acceso en febrero de 2018).

Crianza para la felicidad: fusión del bienestar infantil y la felicidad interior bruta

Karma Gayleg

Gestor de programas sénior, Ministerio de Educación, Thimphu (Bután)

La Constitución de 2008 de Bután establece que el objetivo del gobierno es perseguir la felicidad interior bruta (FIB). Se trata de un pilar central para todas las iniciativas en materia de desarrollo socioeconómico, incluidas las relativas a la primera infancia. Recientemente el gobierno ha empezado a implantar un programa de crianza basado en la FIB, con el objetivo de que en 2030 llegue a toda la población. Con él se anima a los padres y madres a ir más allá de la gestión del comportamiento, la estimulación cognitiva, la salud y la nutrición, pues se pone mucho énfasis en la importancia del aprendizaje socioemocional, la cultura, la educación medioambiental, y el desarrollo moral y espiritual. Asimismo, se concientia a los progenitores para que enseñen a sus hijos valores y competencias como la ética medioambiental, *mindfulness*, compasión y responsabilidad. En línea con el modelo de la FIB, que se centra en los resultados, este programa motiva a los padres y madres con una visión a largo plazo de cómo quieren que sean sus hijos.

Cuando se habla de FIB, el concepto de “felicidad” no se refiere solo a la gratificación personal, sino que abarca también la paz y armonía comunitarias (Thinley, 2005). La felicidad individual y colectiva se considera el resultado de una sociedad justa y equitativa, en la que se cuida el medio ambiente, fuente de todos nuestros recursos y riquezas; se defienden los valores sobre los que se basan nuestras familias y nuestra sociedad, al tiempo que se respetan los que sean diferentes; se comparten entre todos los beneficios de la prosperidad y el desarrollo económicos; y se trabaja con honradez, transparencia, responsabilidad y eficiencia. La autodisciplina, la empatía y la compasión son cualidades humanas deseables.

Como estas cualidades se forman en gran medida durante las primeras fases de la vida, se considera fundamental que los niños pequeños reciban los cuidados y la estimulación que necesitan. Los progenitores desempeñan un papel primordial a la hora de sentar las bases del comportamiento, la actitud y las capacidades de sus hijos (Al-Matalka, 2014); y tienen muchas formas de cumplir esta función: cuidar a los niños prestando atención a sus necesidades, garantizar que se críen en un entorno seguro y estable, ofrecer estímulos psicosociales y actuar como buenos modelos de valores socioemocionales positivos (Desforges y Abouchaar, 2003). Es imprescindible que los padres y madres sepan cómo se desarrollan los niños y qué pueden hacer para contribuir a este proceso.

Los adultos no siempre cuentan con los conocimientos y competencias necesarios para la crianza de los hijos. Hoy muchos niños viven en edificios altos prácticamente sin acceso al mundo natural y cultural, con pocas ocasiones para socializar y jugar al aire libre, además de que pasan demasiado tiempo expuestos a medios digitales sin la orientación de un adulto y no reciben suficiente nutrición para el cuerpo y la mente: algunos ni siquiera ven un libro ni un juguete hasta que van a la escuela (Gayleg, 2018). Si bien la pobreza y los factores socioeconómicos se encuentran entre las principales causas de esta situación, los problemas también pueden deberse a que los padres y madres tienen poco tiempo para estar con sus hijos y no saben cómo ayudarlos y cuidarlos para que se conviertan en seres humanos sanos, felices y cariñosos.

Un enfoque temático

Con la ayuda de Unicef, el gobierno de Bután ha creado un modelo de crianza de la primera infancia con un enfoque temático que aspira a abordar las necesidades de protección, aprendizaje y salud de los niños pequeños, todo ello enmarcado en el concepto de bienestar infantil. El objetivo es dotar a los progenitores de las competencias que necesitan para facilitar el desarrollo de los niños, combinando para ello las mejores prácticas modernas con las tradiciones culturales que vayan en esta dirección. Se reconoce la función que desempeñan los adultos en cuanto al bienestar y el desarrollo de los hijos, así como el papel de estos para mejorar las comunidades y los lugares de trabajo cuando sean mayores.



△ Foto: Karma Gayleg

El programa de crianza integra el desarrollo infantil y los ideales del concepto de FIB en torno a un triple objetivo: que todos los niños crezcan fuertes y sanos; inteligentes y felices; y seguros y protegidos. A lo largo de 16 sesiones divididas en cuatro fases, los progenitores dialogan entre ellos para compartir sus experiencias y apoyarse mutuamente, dando prioridad a las cuestiones de la equidad social y educativa, la participación activa de la figura paterna en la crianza, y la inclusión.

- En la primera fase, los padres y madres debaten sobre lo que consideran que necesitan los niños para disfrutar de salud, inteligencia y seguridad, comentando las dificultades prácticas que existen para lograr este bienestar y las posibles formas de superarlas.
- En la segunda fase, se reflexiona sobre la importancia de enseñar valores culturales, morales y espirituales a los niños pequeños y relacionar dichos valores con las conductas de crianza actuales. Se anima a los participantes a contar lo que hacen y por qué, con lo que tienen la oportunidad de saber cómo se comportan otros integrantes de la comunidad, hablar de ello con los miembros de la familia y ponerlo en práctica en casa.
- En la tercera fase, los padres y madres aprenden a evaluar los hitos de desarrollo de sus hijos mediante ilustraciones que los ayudan a comprender, observar, valorar y apoyar a sus hijos. Se anima a los participantes a crear ellos mismos juguetes de bajo coste para estimular a los niños en cada edad y fase del desarrollo, a observar sus progresos y hacer un seguimiento de estos mediante fichas. Al mismo tiempo, aprenden a detectar discapacidades o retrasos en el desarrollo y a ayudar a los niños si se presentan estas dificultades. En este sentido, el programa permite a los progenitores crear redes de apoyo y colaborar unos con otros para abordar la crianza de forma colectiva.
- La cuarta fase se dedica a la reflexión sobre la experiencia en el programa y a observar las mejoras conseguidas tanto a la hora de comprender el bienestar del niño como en lo relativo a las prácticas de crianza empleadas en casa. La idea es ayudar a los participantes a colaborar unos con otros en la crianza de los niños pequeños, de forma que estos encuentros sirvan para crear una red de apoyo mutuo y educar de forma continuada a los asistentes para que se conviertan en padres y madres buenos y felices.

“Si bien muchas cuestiones se pueden abordar mediante la concienciación y la enseñanza de competencias para la crianza, hay problemas que los progenitores no pueden resolver solos.”

El modelo tiene en cuenta que, si bien muchas cuestiones se pueden abordar mediante la concienciación y la enseñanza de competencias para la crianza, hay problemas que los progenitores no pueden resolver solos. Hay un dicho africano que no podría ser más certero: “se necesita todo un pueblo para criar a un hijo”. Es decir, las comunidades, los responsables de las políticas y la sociedad civil tienen que unir sus fuerzas en favor del desarrollo de los niños.

El camino para la implementación a gran escala

El programa de crianza, que dura aproximadamente un año, se ejecuta en los pueblos, en centros de enseñanza preescolar que reciben ayuda del gobierno. Se ocupan de los encuentros una serie de facilitadores seleccionados y pagados por el gobierno, y formados con la colaboración de Unicef tanto para el programa preescolar como para el de crianza. Además, cuentan con la

asistencia de trabajadores sanitarios y agricultores, a los que se suma el director del colegio. Los grupos que participan en las sesiones están formados por unos 15 progenitores, con hijos de entre 0 y 8 años. De este modo, los que tienen hijos mayores comparten sus experiencias con los demás, y se debate sobre las dificultades de la crianza y cómo superarlas.

El programa es obligatorio para las familias con hijos matriculados en los centros de enseñanza preescolar comunitarios que reciben ayudas del gobierno y, como estos centros gozan de buena fama, muchos padres y madres de menores de 3 años quieren asistir al programa ante la perspectiva de poder llevar a sus hijos a estas escuelas. En un principio, participa un solo miembro de cada familia, pero más tarde todos tienen la oportunidad de sumarse. También pueden inscribirse otros padres y madres y se les anima a hacerlo, pero sin un incentivo como el de la plaza en el centro de preescolar, no es fácil que lo hagan, pues muchos trabajan a tiempo completo y a última hora del día están cansados.

Los centros comunitarios para la primera infancia vinculados a las escuelas de enseñanza preescolar actualmente atienden al 21,8% de los niños de entre 3 y 5 años, y se pretende ir ampliando esta cobertura junto con el programa de crianza hasta llegar al 50% en 2024 y al 100% en 2030. En el futuro, a medida que se amplíe el programa de crianza, se podría impartir también en otras plataformas, como los servicios sanitarios, las escuelas primarias y los programas de enseñanza no reglada. Aunque el programa de crianza está pensado para los grupos más vulnerables (los progenitores de zonas rurales y barrios urbanos pobres), también resultaría beneficioso para otros, como los padres y madres que trabajan, los analfabetos y los que padecen situaciones socioeconómicas difíciles.

Como el programa se está empezando a implantar ahora, todavía no se ha sometido a evaluaciones. En última instancia, su eficacia se medirá según las mejoras logradas en el bienestar infantil gracias a buenas prácticas de crianza asociadas con resultados positivos en el desarrollo y una mayor intervención en la comunidad para perfeccionar el aprendizaje temprano, la crianza y los servicios para la infancia. Por ahora, se cree que este modelo no solo contribuirá a mejorar las prácticas de crianza al combinar los principios de la ciencia del desarrollo infantil y de la felicidad interior bruta, sino que además ayudará a construir comunidades armoniosas en las que las familias se ayuden mutuamente para criar hijos fuertes, sanos, felices y cariñosos.

Referencias

Al-Matalka, F.I.M. (2014). The influence of parental socioeconomic status on their involvement at home. *International Journal of Humanities and Social Science* 4(5): 146–54.

Desforges, C. y Abouchaar, A. (2003). *The Impact of Parental Involvement, Parental Support and Family Education on Pupil Achievement and Adjustment: A literature review*, vol. 433. Nottingham: DfES Publications.

Gayleg, K. (2018). Happiness in the Early Childhood Curriculum. *Scooneews* 2(7): 22–4.

Thinley, J.Y. (2005). What does Gross National Happiness (GNH) Mean? En: Centre for Bhutan Studies (2007). *Rethinking Development*, Actas de la Segunda Conferencia Internacional sobre felicidad interior bruta, Antigonish (Canadá), 20–24 de junio de 2005. Disponible en: <http://www.bhutanstudies.org.bt/>

[publicationFiles/ConferenceProceedings/RethinkingDevelopment/Rethinking%20Development.pdf](#) (último acceso en febrero de 2018).

Cómo llegar a los niños pequeños: la integración en el sistema de salud

Katelin Gray

Adjunta sénior de políticas y defensa, PATH, Washington D. C. (EE. UU.)

Matthew Frey

Director adjunto del Programa de Nutrición y Salud de la Madre y el Niño, responsable del Programa Global Integrado de Cuidado Cariñoso y Sensible/Desarrollo de la Primera Infancia, PATH, Washington D. C. (EE. UU.)

Debjeet Sen

Especialista regional en nutrición y desarrollo de la primera infancia, PATH, Johannesburgo (Sudáfrica)

En las primeras fases de la infancia, desde la gestación hasta que el niño cumple tres años, se sientan las bases de la salud y el bienestar que se disfrutarán durante el resto de la vida. Los últimos estudios científicos subrayan los importantes beneficios que obtienen los niños si en este periodo gozan de los debidos cuidados, estímulos y oportunidades de aprendizaje: será más probable que se conviertan en adultos más sanos, con un mayor nivel educativo y una mejor situación socioeconómica. Sin embargo, en la mayoría de los contextos con bajos recursos, las inversiones en el desarrollo de la primera infancia siguen centrándose principalmente en los niños en edad preescolar y dejan de lado la fase crítica de los primeros años de vida, cuando las intervenciones pueden servir para mitigar los retrasos en el desarrollo o incluso evitarlos.

Desde 2012, PATH trata de corregir esta situación con un enfoque que se vale de los sistemas sanitarios para ampliar la cobertura de los servicios orientados al desarrollo de la primera infancia de forma que lleguen a los más pequeños. Esta labor comenzó de forma relativamente aislada, pues PATH solía ser la única voz a escala nacional que abogaba por una serie de cambios que aún suscitaban ciertas reticencias en los responsables de las políticas y otras personas influyentes. Pero durante los últimos dos años el panorama ha cambiado drásticamente y, tanto a escala nacional como global, se busca garantizar que los niños, además de sobrevivir, también prosperen.

Innovaciones para llegar a los niños más pequeños

Como en PATH trabajamos desde hace mucho por mejorar la salud y nutrición infantiles, nos dimos cuenta de que se podía abordar el desarrollo de la primera infancia de forma más amplia en el contexto del sistema sanitario. En 2012, al realizar un estudio inicial de las políticas y los programas de desarrollo de la primera infancia de Kenia, Mozambique y Sudáfrica, se confirmaron nuestras sospechas: fuera del sector de salud, había pocos servicios concebidos para los menores de 3 años. El año siguiente empezamos por adaptar los modelos de desarrollo de la primera infancia al sistema de salud y a probar el marco Atención al desarrollo del niño de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Unicef para formar a los trabajadores de estos servicios en Kenia y Mozambique.

A pesar de los avances de PATH a la hora de demostrar la viabilidad de este nuevo enfoque e ir aumentando paulatinamente el alcance del programa, aún no se reconocía de forma generalizada la relevancia para el sector de salud de estas intervenciones destinadas a la primera infancia, y todavía parecía lejana la posibilidad de contar con políticas y un compromiso claro del gobierno que

fomentaran una ampliación de gran envergadura. Sin embargo, en la destacada serie sobre el desarrollo de la primera infancia de *The Lancet* publicada en 2016, se afirmaba que el sistema de salud constituía el principal punto de entrada para llegar a los niños pequeños y sus cuidadores. Asimismo, se utilizaba por primera vez el concepto de “cuidado cariñoso y sensible” (que abarca salud, nutrición, atención a las necesidades, aprendizaje temprano y seguridad), entendido como un conjunto esencial de intervenciones interconectadas necesarias para garantizar un desarrollo óptimo. La publicación destacaba la urgencia de integrar estas intervenciones en servicios de salud de rutina y sirvió para acelerar el trabajo de PATH, pues impulsó la creación de alianzas con la OMS, Unicef y numerosos gobiernos nacionales que cada vez mostraban más interés por el asunto.

Un modelo adaptativo

Según los datos disponibles, la experiencia y las necesidades del país, PATH utiliza el sistema de salud como punto de entrada para ayudar a las familias a garantizar que sus hijos prosperen. Para ello, se lleva a cabo una triple labor:

- integrar los servicios destinados a la primera infancia en todos los ámbitos del sistema de salud, desde la formación de los proveedores de servicios hasta la asistencia y la supervisión, además de garantizar que los sistemas de información recopilen los datos pertinentes
- recabar más ejemplos de integración en el sector de salud de los programas para la primera infancia en contextos de bajos recursos y difundir las conclusiones
- fomentar un entorno positivo mediante la inclusión de contenidos sobre desarrollo de la primera infancia en las políticas, las directrices, los programas de formación, y los presupuestos y planes de trabajo del gobierno.

“Desde 2012, PATH trabaja con un enfoque que se vale de los sistemas de salud para ampliar la cobertura de los servicios orientados al desarrollo de la primera infancia de forma que lleguen a los más pequeños.”

Entre 2011 y 2017, PATH implantó un programa de gran alcance para reforzar los sistemas de salud en Sudáfrica, en el cual el desarrollo de la primera infancia constituía un componente clave del paquete mínimo de servicios prestados a escala comunitaria. En la actualidad PATH colabora con los gobiernos de Costa de Marfil, Kenia, Mozambique y Zambia para ampliar la escala de los servicios orientados a la primera infancia integrados en los sistemas de salud. Cabe destacar que PATH ha contribuido a la incorporación del cuidado cariñoso y sensible en los sistemas de salud de 11 distritos de Kenia y Mozambique. Ambos países están ampliando la escala de la integración, con el objetivo de llegar a una población de al menos 2 millones de personas de aquí a 2020. A la hora de poner en práctica este enfoque, PATH colabora estrechamente con los responsables de las políticas, el personal técnico y la sociedad civil para coordinar las intervenciones con las estructuras y los recursos ya existentes y garantizar que el gobierno lleve siempre las riendas.

Creación de sistemas sólidos de prestación de servicios de cuidado cariñoso y sensible

Los trabajadores sanitarios suelen ser los primeros y los únicos proveedores de servicios que se relacionan de forma periódica con los menores de 3 años y sus cuidadores. El objetivo de PATH es facilitarles la formación, los instrumentos y los

recursos necesarios para integrar el cuidado cariñoso y sensible en los servicios sanitarios, tanto en las comunidades como en los centros de salud. En primer lugar, PATH crea un cuadro de supervisores y formadores del gobierno, incorporando contenidos sobre el desarrollo de la primera infancia en la formación relativa a los paquetes de cuidados estándar, como la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) de la OMS. Además de ser rentable, este modelo mejora el control por parte del gobierno y refuerza la consideración del cuidado cariñoso y sensible como un componente esencial del sistema de salud.

A continuación, estos supervisores y formadores capacitan a los proveedores de servicios para integrar contenidos sobre el cuidado cariñoso y sensible en su trabajo diario: los cuidados antes y después del parto, la vacunación y la supervisión del crecimiento, los servicios pediátricos y las intervenciones comunitarias. El personal de los centros de salud, por ejemplo, aprende a asesorar sobre actividades lúdicas y de comunicación apropiadas según la edad, a evaluar los hitos de desarrollo y a derivar a los niños a otro profesional en caso de sospecha de retrasos. Los proveedores de servicios de la comunidad también se relacionan con los niños y cuidadores en las visitas domiciliarias y las sesiones lúdicas estructuradas en las salas de espera de los centros de salud.

De todos modos, la formación de los proveedores de servicios es solo el primer paso. PATH también colabora con una estructura de mentores, que observan al personal durante las tareas de asesoramiento a los cuidadores y los orientan sobre cómo mejorar los puntos débiles detectados. En Kenia y Mozambique, trabajamos con el gobierno para incorporar oficialmente la supervisión sobre desarrollo de la primera infancia en el sistema de salud actualizando las herramientas y normas de la supervisión de apoyo.

Necesidad de más evidencia sobre la integración del desarrollo infantil en el sector de salud

Todavía hay pocos estudios que resulten útiles sobre la prestación de servicios orientados al desarrollo de la primera infancia en el sector de salud, y muchos de los existentes tal vez no sean aplicables porque se realizan en entornos de investigación muy controlados. Además, hasta la fecha se han realizado muy pocos estudios en el África subsahariana. En PATH estamos trabajando para eliminar estas lagunas. En Mozambique, hemos realizado tres evaluaciones sobre la viabilidad y aceptabilidad de la integración de contenidos sobre el cuidado cariñoso y sensible en las visitas domiciliarias y los servicios prestados en los centros de salud, y de la realización de sesiones lúdicas en las salas de espera. Según lo observado, esta integración no solo es factible en contextos de bajos recursos, sino que además contribuye a que los cuidadores perciban una mejor calidad del servicio. En consecuencia, se ha generado la voluntad política de implantar estos servicios integrados a escala nacional y, además, se ha despertado interés a nivel internacional.

En colaboración con contrapartes locales de Kenia, PATH está realizando más estudios para analizar qué efectos tiene esta integración en los conocimientos,

“La voluntad política y el compromiso del gobierno en todos los niveles son esenciales para integrar los servicios orientados a la primera infancia en el sistema de salud a gran escala.”

actitudes y prácticas de los cuidadores, así como en el desarrollo y crecimiento de los niños. También se calculará la rentabilidad de la integración y se sacarán conclusiones útiles para la esperada ampliación, a cargo de los gobiernos nacionales, a más países y regiones.

Creación de un entorno político positivo

La voluntad política y el compromiso del gobierno en todos los niveles son esenciales para integrar los servicios orientados a la primera infancia en el sistema de salud a gran escala. Mediante sus actividades de promoción y defensa, PATH trata de incorporar el cuidado cariñoso y sensible en las directrices y políticas nacionales pertinentes. Por ejemplo, en Kenia, las directrices y estrategias de antes en materia de salud infantil se centraban principalmente en la supervivencia de los niños. PATH abogó por la creación de una Política de la Salud de Neonatos, Niños y Adolescentes que rigiese todos los servicios de salud infantil y se aseguró de que la política incluyera contenidos sobre cuidado cariñoso y sensible para los niños de entre 0 y 3 años.

Para pasar del cambio de política a la prestación de servicios, es imprescindible modificar los programas de enseñanza y las ayudas al empleo. En Mozambique, PATH consiguió con sus tareas de defensa que se incluyeran contenidos sobre el desarrollo de la primera infancia en la formación de base de los enfermeros y los trabajadores sanitarios, que se está revisando en la actualidad. Se trata de algo especialmente importante para la sostenibilidad y la implementación a gran escala, pues la formación continua de los profesionales ya en activo sale cara. PATH también se ha ocupado de facilitar una serie de consultas en Kenia y Mozambique



△ Foto: Joop Rubens/Fundación Conrad N. Hilton

para favorecer la integración de contenidos sobre asesoramiento y seguimiento del desarrollo en los programas de AIEPI revisados, que rigen la prestación de los servicios de salud.

Por último, PATH aboga por integrar los servicios de cuidado cariñoso y sensible en los sistemas habituales de recopilación de datos. Por ejemplo, hemos trabajado con el Ministerio de salud de Mozambique para revisar los registros de información sobre la salud de los niños y las madres de forma que incluyan parámetros pertinentes. Este cambio es muy importante por dos motivos: en primer lugar, permitirá por primera vez al gobierno y otras partes interesadas hacer un seguimiento del número de niños que reciben servicios orientados a la primera infancia, así como la cantidad de los que parecen presentar retrasos en el desarrollo; en segundo lugar, el hecho de contar con un instrumento aprobado oficialmente por el Ministerio de Salud ayuda a que los proveedores de servicios vean el desarrollo de la primera infancia como parte de su trabajo cotidiano, en lugar de como una intervención promovida por una contraparte que recopila los datos en paralelo.

Impulso global y compromiso nacional

Tanto a escala global como nacional, se aprecia un evidente cambio de perspectiva: el desarrollo de la primera infancia se tiende a considerar cada vez más como un aspecto central del sector de salud. Numerosos gobiernos ya están listos para liderar la introducción o la ampliación de la integración del cuidado cariñoso y sensible en el sistema de salud y para asignar recursos a la agenda de la “prosperidad”. El sistema de PATH ofrece una hoja de ruta para los gobiernos y contrapartes que estén interesados en esta labor.

Somos conscientes de que no es posible darles un vuelco a los sistemas de salud de la noche a la mañana. No obstante, los últimos estudios científicos, el liderazgo de los países y una comunidad global coordinada son factores que facilitan importantes avances a la hora de llegar a los niños pequeños y a sus cuidadores.

Declaración de PATH

PATH es líder en innovación de la de salud global. Salva vidas y mejora la salud de las personas, sobre todo de las mujeres y los niños. Acelera la innovación en cinco ámbitos (vacunas, fármacos, diagnósticos, dispositivos e innovaciones de los servicios y sistemas) en los que pone en práctica su visión de empresa, sus conocimientos científicos y sobre salud pública, y su pasión por la equidad sanitaria. PATH amplía la escala de la innovación mediante la movilización de sus contrapartes en todo el mundo y colabora principalmente con países africanos y asiáticos para abordar las exigencias de salud más acuciantes. www.path.org.

Referencia

The Lancet. (2016). *Advancing Early Childhood Development: From science to scale*. Disponible en: <http://www.thelancet.com/series/ECD2016> (último acceso en febrero de 2018).

América Latina y el potencial del Marco de Cuidado Cariñoso y Sensible como plataforma para ampliar la escala

Leonardo Yáñez

*Representante sénior
para América Latina*

Cecilia Vaca Jones

Directora de programas

*Fundación Bernard van
Leer, La Haya (Países
Bajos)*

América Latina tiene un prolífico historial en el desarrollo de sistemas, políticas y programas que reconocen la importancia de la inversión y la acción intersectorial en primera infancia. En algunas ocasiones, fueron adaptaciones de modelos europeos y norteamericanos (como Head Start, BankStreet, High Scope y Reggio Emilia, entre los más populares), y en otras, se diseñaron modelos autóctonos que respondían a necesidades específicas de la diversidad regional.

Con la creciente conciencia social sobre la importancia del desarrollo de la primera infancia, un breve repaso a las experiencias de la región en este ámbito puede ayudar a entender los retos que supone llegar a la totalidad de niños en situación de vulnerabilidad. Muchas de estas experiencias en América Latina se adelantaban al nuevo Marco de Cuidado Cariñoso y Sensible (Nurturing Care Framework), que recoge un conjunto de metas, acciones y políticas necesarias para garantizar que cada niño y niña tenga un comienzo justo en la vida. El Marco ofrece a los países una plataforma en la que se favorece la coordinación entre los distintos sectores e instituciones.

En los años sesenta y setenta, con la industrialización de la región y en un marco de políticas de reducción de la pobreza, los programas para primera infancia estaban principalmente enfocados a la necesidad de proveer servicios de cuidado diario en beneficio de la mujer trabajadora. Sin embargo, la calidad del servicio seguía limitada a pocos casos de demostración, y se desvanecía durante la expansión masiva. Los Hogares Comunitarios de Colombia, los Wawa Wasi de Perú y los Hogares de Cuidado Diario de Venezuela fueron buenos ejemplos de esa época.

En los años ochenta, con el incremento del activismo por los derechos para la infancia, los componentes de desarrollo integral ganaron terreno y comenzaban a dominar el diseño de los programas. Se abrieron debates sobre enfoques conceptuales y metodológicos en torno a la capacidad de los niños de construir su propio aprendizaje y el rol mediador de sus cuidadores primarios. Lamentablemente, fue también la “década perdida” económicamente para América Latina. Mientras que muchos programas públicos ampliaban su cobertura, su foco continuaba siendo limitado y centrado en índices de supervivencia, nutrición y servicios de cuidado diario para madres trabajadoras.



△ Foto: Eleazar Cuadros/Fundación Bernard van Leer

A partir de los años noventa, se consolidó el foco de políticas para infancia basadas en el interés en la infancia por sí misma. La Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, la difusión de las ciencias del cerebro y los encuentros regionales intergubernamentales promovidos por la Organización de Estados Americanos, agencias internacionales y redes nacionales y regionales de defensores de la primera infancia, dieron un gran impulso a la promoción de programas intersectoriales. De esa década es el programa nacional cubano Educa a tu Hijo, que integra educación y salud en un esquema que combina la visita domiciliaria con la de centros de atención a niños de 0 a 3 años. Este programa se convirtió en un referente para otros en la región, como México (CENDIS) y Brasil (Primeira Infância Melhor).

“América Latina tiene un prolífico historial en el desarrollo de sistemas, políticas y programas que reconocen la importancia de la inversión y la acción intersectorial en primera infancia.”

En el nuevo milenio aparecen modelos de políticas intersectoriales dedicadas a la infancia que abren el camino para la implementación del Marco de Cuidado Cariñoso y Sensible. En Chile, bajo el liderazgo de Michelle Bachelet, se crea una política intersectorial de programas de apoyo a la primera infancia: Chile Crece Contigo. En Colombia, es el presidente Santos quien promueve una política de atención integrada, para niños de 0 a 5 años, basada en una gestión cooperativa pública y privada, y en una ruta de servicios intersectoriales para la primera infancia. En Brasil, el programa Criança Feliz, basado en visitas domiciliarias de acompañamiento y apoyo a familias vulnerables, y que se expande a un ritmo vertiginoso, es el reflejo del marco legal aprobado en 2016 que favorece la coordinación entre todos los sectores que afectan a esta población. En Perú, se suma Cuna Más, un programa de acompañamiento familiar donde se consolida el reconocimiento del cuidador primario como objetivo de la intervención en programas masivos.

La experiencia latinoamericana en políticas intersectoriales para la primera infancia hunde sus raíces en las primeras innovaciones de las décadas pasadas. Estas innovaciones y los encuentros regionales han facilitado el surgimiento de nuevas generaciones de profesionales y promotores de la infancia que ven el Marco de Cuidado Cariñoso y Sensible como una oportunidad para consolidar las lecciones aprendidas y afrontar destacados retos como mantener la calidad, el registro, evaluación y divulgación de buenas prácticas.

En resumen, si bien los aportes conceptuales del Marco de Cuidado Cariñoso y Sensible ya se llevan a cabo en algunos países, esta nueva plataforma proporcionará claros beneficios. Servirá de base para la proliferación de marcos legales que garanticen la intersectorialidad de las políticas de infancia a lo largo de toda la región. Confirmará el acierto de aquellos países que ya han mostrado grandes avances en esta materia. Y, por encima de todo, dará buenos argumentos a quienes abogan por el papel del afecto en la crianza, así como la ineludible tarea de valorar a padres, madres y cuidadores primarios desde las políticas públicas.

Every Woman Every Child: inversión en la primera infancia para favorecer un desarrollo sostenible

Nana Taona Kuo
*Gerente sénior de Every
Woman Every Child,
Nueva York (EE. UU.)*

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) son ambiciosos e integrales, lo que exige reforzar las colaboraciones multisectoriales para cumplir una agenda universal y transformadora que no deje a nadie de lado. La plataforma *Every Woman Every Child* (EWEC), que reúne a varias partes interesadas bajo la batuta del secretario general de las Naciones Unidas, sitúa la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes en el centro de los ODS y une a representantes de diversos sectores para hacer realidad esta agenda integral. El objetivo de la *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016–2030)* de EWEC es ofrecer a los países una hoja de ruta prioritaria que les permita implantar los ODS con el fin de combatir la desigualdad y los puntos débiles de sus sistemas de salud (EWEC, 2015). La primera infancia es una fase crucial para abordar el problema de la desigualdad y lograr un desarrollo sostenible para todos.

Every Woman Every Child subraya la importancia de invertir en la primera infancia desde el punto de vista de la salud, y en su *Estrategia Mundial* recomienda intervenciones específicas en favor del desarrollo de los niños pequeños. Las inversiones de este tipo se encuentran entre las decisiones más inteligentes que puede tomar un gobierno para romper el ciclo de la pobreza y mejorar la vida futura de las personas. Sin embargo, en los países de renta media y baja, en torno al 43% de los menores de cinco años no desarrollan plenamente su potencial. La *Estrategia Mundial* de EWEC adopta un enfoque que abarca toda la trayectoria vital y fomenta una colaboración intersectorial que ayude a ofrecer a todos los niños pequeños, en todos los contextos, condiciones justas que les permitan no solo sobrevivir sino también prosperar y transformar sus comunidades. EWEC también trabaja para conseguir inversiones en servicios de salud que garanticen una atención continuada hasta la adolescencia, lo cual reportará beneficios para las generaciones venideras.

En cualquier caso, para lograr una intervención urgente y ágil a escala nacional, se necesitan un impulso y compromisos políticos continuados. Desde 2015, más de 65 países y más de 180 organizaciones se han comprometido a promover la *Estrategia Mundial* de EWEC actualizada, con la promesa de destinar más de 28 000 millones de dólares en total, y hasta ahora en torno a 273 millones de mujeres y niñas han recibido la ayuda de las distintas partes interesadas que se han sumado a la iniciativa. Al menos el 80% de estas promesas están en consonancia con el objetivo de “Prosperar”, recogido en la *Estrategia Mundial*

de EWEC. Asimismo, el desarrollo de la primera infancia es una de las seis áreas principales señaladas por el grupo directivo de alto nivel para EWEC en el marco de colaboración EWEC 2020 para lograr una atención mayor y mejor coordinada de aquí a 2020. Este grupo directivo, bajo el liderazgo del secretario general de las Naciones Unidas, António Guterres, trata de fomentar y facilitar las actividades de defensa políticas colectivas al más alto nivel y de acelerar las intervenciones para obtener resultados.

Para que el cerebro de los niños se desarrolle de forma saludable, es imprescindible que en el momento adecuado de sus vidas cuenten con servicios sanitarios de calidad, educación, nutrición, protección, un entorno adecuado para la infancia y cuidado cariñoso y sensible. Gracias a eso, su capacidad de aprendizaje aumenta y serán más productivos durante la edad adulta. Si bien las inversiones en cada uno de estos sectores son importantes, ninguna de ellas por sí sola mejora la vida de los niños de forma holística. En cambio, el efecto conjunto de estas inversiones en capital humano es mayor que la suma de sus partes, lo que permite crear sociedades más sanas, prósperas, resilientes y económicamente dinámicas para las generaciones venideras. EWEC ha puesto mucho énfasis en la colaboración intersectorial para que las mujeres, los niños y los adolescentes desarrollen plenamente su potencial. Todo esto también se



△ Foto: Unicef/UN075634/Nesbitt

refleja en la implicación activa de EWEC en la Iniciativa de Colaboración Mundial lanzada en noviembre de 2016 con la Alianza Mundial para la Educación (GPE), Saneamiento y Agua para Todos (SWA) y el Movimiento para el Fomento de la Nutrición (SUN), que han creado conjuntamente una guía con los principios que deben orientar la colaboración y el año pasado se reunieron en torno al tema del desarrollo de los niños pequeños al margen de la Asamblea General de las Naciones Unidas para promover inversiones intersectoriales en la primera infancia.

Para lograr más resultados tangibles y favorecer la implementación a escala nacional, la arquitectura de EWEC brinda un mecanismo de armonización sin precedentes que permite agilizar la financiación, el diseño de programas, las tareas de defensa, la colaboración y la rendición de cuentas en un contexto que cambia constantemente. La armonización de los componentes centrales del ecosistema de EWEC –el Mecanismo Mundial de Financiamiento; la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño; la Asociación H6 (OMS, Unicef, UNFPA, ONUSIDA, ONU Mujeres y el Banco Mundial); y el Innovation Marketplace– contribuye a intervenir de forma más coordinada y lograr un mayor impacto.

Al fomentar inversiones intersectoriales y específicas en la primera infancia para que todos los niños, en todos los contextos, inicien sus vidas del mejor modo posible, EWEC se compromete a ayudarlos a desarrollar plenamente su potencial, de forma que se conviertan en adolescentes sanos y en adultos comprometidos y dotados de los recursos necesarios para construir un futuro sostenible para todos.

Referencia

Every Woman Every Child. (2015). Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). Nueva York: Naciones Unidas.

Saving Brains: informando a las políticas para la primera infancia y su ampliación a escala

Kate Milner

Profesora adjunta del Centro de Salud Materna, Adolescente, Reproductiva e Infantil (MARCH) de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical, Londres (Reino Unido)

Pia Britto

Asesora sénior sobre desarrollo de la primera infancia en Unicef, Nueva York (EE. UU.)

Tarun Dua

Responsable médica del departamento de Salud Mental y Consumo de Drogas, Organización Mundial de la Salud, Ginebra (Suiza)

Karlee Silver

Vicepresidenta de programas, Grand Challenges Canada, Toronto (Canadá)

Joy E. Lawn

Profesora y directora del Centro MARCH, Escuela de Higiene y Medicina Tropical, Londres (Reino Unido)

Saving Brains es una alianza entre distintas instituciones con varios donantes liderada por Grand Challenges Canada que ha otorgado 84 becas a proyectos de innovación realizados en 31 países de renta media y baja entre 2011 y 2017.¹ El objetivo global de Saving Brains es crear métodos escalables y sostenibles para fomentar el desarrollo saludable del cerebro durante los primeros 1000 días de vida. Al aportar asistencia técnica y trabajar el liderazgo, Saving Brains ofrece la oportunidad de probar conceptos, de “ampliar la escala” de las ayudas financieras, de modo que ciertas intervenciones puedan llegar más lejos y ser más sostenibles a largo plazo.

Si bien la estrategia no se diseñó para explorar a fondo todos los pasos, desde la comprobación de la eficacia de la intervención hasta la ejecución de políticas y programas, sí se basó en una teoría de cambio a nivel de portfolio y un marco de seguimiento estructurado que permiten valorar los progresos logrados con este método. Incluso en el caso de fondos “semilla”, se animó a los equipos a tener en cuenta factores relacionados con la ampliación de la escala. De este modo, Saving Brains ofrece una oportunidad única para explorar ciertos aspectos de la ejecución de intervenciones para la primera infancia en distintos entornos con un mayor énfasis en la escalabilidad.

Este programa llega en un momento crucial para el desarrollo de la primera infancia, ya que este tema despierta cada vez más interés en todo el mundo, como demuestran los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Naciones Unidas, 2015), la serie “Apoyando el desarrollo de la primera infancia: de la ciencia a la aplicación a gran escala” de *The Lancet* (Britto y otros, 2017; Daelmans y otros, 2017; Richter y otros, 2017), el informe de Unicef *La primera infancia importa para cada niño* y el próximo *Marco de Cuidado Cariñoso y Sensible para el desarrollo en la primera infancia*, liderado por Unicef y la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el apoyo de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño y también de la Red de Acción por el Desarrollo de la Primera Infancia (Unicef, 2017; OMS y Unicef, 2018).

Ahora tenemos la oportunidad de transformar toda esa atención internacional en una ejecución a gran escala en varios países. Al analizar las características de las redes de salud públicas globales que influyen en su eficacia frente a desafíos concretos, se ha observado el carácter favorable del contexto político mundial, el aumento de los actores y la creación de indicadores

sobre el desarrollo de la primera infancia, aunque también se han detectado importantes retos pendientes, sobre todo en cuanto a marcos y gobernanza (Shiffman y otros, 2016; Shawar y Shiffman, 2017).

Saving Brains, que supone una de las mayores inversiones en intervenciones para la primera infancia en países de renta media y baja (Milner y otros, 2016), ocupa una posición privilegiada a la hora de aportar información sobre los procesos de ampliación de la escala.

Durante 2016 y 2017, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres realizó una evaluación participativa de procesos y efectos con métodos mixtos de 39 intervenciones incluidas en Saving Brains. El objetivo principal era estudiar la programación, las políticas y las conclusiones obtenidas sobre la ampliación de la escala en distintos contextos (Milner y otros, 2016). Según la terminología del Marco de Cuidado Cariñoso y Sensible de Unicef y la OMS, el 84% de las intervenciones se centraron en cuidados atentos a las necesidades del niño; de ellas, el 63% se ofrecían mediante el sistema de salud, el 25% en centros de aprendizaje temprano y el 12% en las comunidades. De entre todas las intervenciones, el 49% se centraban en la nutrición o la salud, mientras que tan solo el 9% estaban destinadas a seguridad infantil (Milner y otros, 2016). Proponemos tres aspectos en los que Saving Brains da pistas sobre las oportunidades de reforzar la actuación y superar los retos derivados de realizar implementaciones a gran escala.

1 Ampliación de redes y apoyo al liderazgo teniendo en cuenta la escalabilidad

En los países de renta media y baja, Saving Brains invierte en equipos cuyos miembros tienen distintos bagajes profesionales y proceden de diferentes sectores y en propuestas que integran modelos científicos, sociales y empresariales (Saving Brains, 2018). Si bien existen redes de desarrollo de la primera infancia que ya cuentan con financiación de grandes inversores, Saving Brains destaca por ser la única que intenta deliberadamente captar nuevos actores, académicos incluidos, con el fin de estudiar la ejecución y la ampliación de la escala en distintos contextos. Las redes para la primera infancia deben ampliarse para incluir a quienes reciben la información, además de quienes la generan, de modo que la evidencia tenga más impacto en la ejecución.

La información cualitativa obtenida mediante la evaluación del contenido de Saving Brains también ha subrayado la importancia de invertir en fomentar un liderazgo local en favor de la primera infancia. Saving Brains ofreció a los equipos de países de renta media y baja un programa estructurado de creación de liderazgo durante la elaboración de las propuestas y el ciclo de subvenciones. Se incluían seminarios online y talleres, acceso a una amplia variedad de expertos técnicos y, en mayor o menor medida, formación entre compañeros en los encuentros de la comunidad de Saving Brains. En el futuro, para impulsar la ampliación de la escala resultará importante ofrecer más oportunidades de formación entre iguales e invertir más en formar líderes, más allá de las limitaciones temporales de los ciclos de subvenciones.

1 Grand Challenges Canada, que cuenta con financiación del gobierno de Canadá, aportó fondos para la evaluación que se describe en este artículo. Saving Brains es una alianza entre Grand Challenges Canada, la Fundación Aga Khan de Canadá, la Fundación Bernard van Leer, la Fundación Bill y Melinda Gates, ELMA Foundation, Grand Challenges Ethiopia, la Fundación Maria Cecilia Souto Vidigal, Palix Foundation, UBS Optimus Foundation y World Vision Canada. Para obtener más información, visite: www.grandchallenges.ca/programs/saving-brains/.

“Los Objetivos de Desarrollo Sostenible han generado una creciente atención hacia la primera infancia y una oportunidad para convertirla en ejecución a gran escala en múltiples países.”

2 Análisis de desafíos con mayor claridad e impulso de las soluciones

La creación de un marco, es decir, obtener consenso interno sobre la definición del problema y las soluciones, constituye un desafío a la hora de conseguir avances en cuanto a la eficacia de las redes globales para la primera infancia (Shawar y Shiffman, 2017). En este campo siempre han abundado las incoherencias terminológicas, las definiciones variables y unas dicotomías artificiales discutibles (como “salud frente a educación”, “desarrollo frente a discapacidad” o “supervivencia frente a desarrollo infantil”). Una de las principales bazas de Saving Brains, que se refleja en los comentarios cualitativos, fue que ofreció un «lenguaje común» mediante la formación y los requisitos para la redacción de informes. En palabras de uno de los gestores de programas para la primera infancia de una destacada ONG internacional: “Saving Brains ha revolucionado este campo [...] nos ha ayudado a hablar el mismo idioma”. Por ejemplo, muchas de las partes interesadas concordaron en la importancia de poner en común la agenda del “capital humano” y las razones para invertir en el desarrollo de la primera infancia con vistas a las actividades de promoción y defensa en distintos sectores dentro de cada contexto nacional (Milner y otros, 2016).

No obstante, seguía habiendo cierta falta de claridad en algunos aspectos, sobre todo por la diferencia de vocabulario entre los investigadores y quienes se encargaban de la ejecución: los primeros suelen hablar de tipos de intervención amplios (como “programas de crianza”) o programas específicos, mientras que los segundos prefieren hablar de componentes concretos de la intervención (Milner y otros, 2016; Britto y otros, 2017). Como ya han sugerido Yousafzai y Aboud (2014), los cambios en el énfasis de las políticas y los programas exigen definir más claramente el “qué” y el “cómo” en la implementación. Los componentes más cruciales de cada intervención se tienen que describir en términos prácticos y con mayor detalle.

Será importante contar con un mayor consenso en las principales definiciones de los desafíos y las soluciones, de modo que queden agrupadas en “paquetes” claros que se puedan adaptar a cada contexto, para garantizar la transparencia en cuanto a qué se pide a quienes crean políticas y programas como principales responsables de la implementación. El informe *La primera infancia importa para cada niño* (Unicef, 2017) y el próximo *Marco de Cuidado Cariñoso y Sensible para el desarrollo en la primera infancia* (OMS y Unicef, 2018) constituyen dos oportunidades clave de unificar nuestra voz.

3 Mejora de las mediciones para la obtención de resultados y la rendición de cuentas

Saving Brains ha contribuido a los progresos globales realizados últimamente en materia de medición del desarrollo infantil, al apoyar la creación de medidas a nivel poblacional como los indicadores para el “Desarrollo del lactante y el niño pequeño” de la OMS y el índice de desarrollo infantil temprano según la información aportada por el cuidador (CREDI) (McCoy y otros, 2016). Sin

embargo, la medición en entornos diversos sigue planteando grandes dificultades ahora que el énfasis se pone en la ejecución a gran escala. Es preciso explorar, describir y *medir el proceso* de ejecución (Yousafzai y Aboud, 2014).

Saving Brains desarrolló un marco de seguimiento y evaluación para los beneficiarios de fondos que se estructuraba en torno a una teoría del cambio con factores contextuales, valores de entrada, valores de salida y resultados de la ejecución de intervenciones y requería que los beneficiarios hicieran un seguimiento de los indicadores. Según los comentarios de los equipos, esta tarea resultó importante y llevó a valorar factores (como el contexto en materia de políticas) que no se habrían tenido en cuenta en las primeras fases del diseño de la ejecución. Sin embargo, también se detectaron numerosos problemas, como la diversidad de procesos a la hora de utilizar las herramientas de medición en los distintos contextos, las limitaciones en la variedad de resultados medidos y el énfasis en los resultados a corto plazo a distintos niveles y el hecho de depender en exceso de los comentarios aportados por los padres para medir los resultados (Milner y otros, 2016). El marco permitió detectar pronto signos de efectos potenciales que más tarde podían validarse con fases de apoyo más prolongadas (Radner y otros, 2018).



△ Foto: Joop Rubens/Kidogo

Las partes interesadas que se englobaban en la evaluación de Saving Brains también destacaron la importancia de comunicar los resultados de desarrollo infantil con precisión pero de modo comprensible para aquellos interesados que *no* pertenecen al ámbito de la primera infancia. En concreto, se otorgaba importancia a las mediciones intermedias que transmiten los progresos realizados con vistas a la consecución de un impacto, dado el tiempo que se tarda en medir la evolución del desarrollo infantil a largo plazo. Las mediciones tienen que ser tan precisas como factibles a gran escala.

Una alianza en expansión

Desde la evaluación que se ha descrito en este artículo, la alianza Saving Brains ha crecido (Milner y otros, 2016; Saving Brains, 2018) y, gracias a nuevas inversiones, se están diseñando y probando más de 50 intervenciones adicionales. Saving Brains ofrece información útil, pero no hace milagros: para mejorar la ampliación de la escala de las intervenciones en favor de la primera infancia que han logrado resultados en distintos contextos, no basta con implicar a las redes tradicionales, sino que hay que incluir también a la comunidad no especializada que se encarga de las políticas y la programación. Además, es necesario definir momentos de toma de decisiones en el diseño y la ejecución de los programas. Se precisan pruebas que sirvan de orientación en dichos momentos para contestar a las preguntas de los responsables de la ejecución, como marcos, contenido de la intervención, coste y rutinas para medir la cobertura, la calidad y los resultados con el fin de mejorar la rendición de cuentas a la hora de seguir los progresos realizados en cuanto al logro de los objetivos.

Referencias

- Britto, P.R., Lye, S.J., Proulx, K., Yousafzai, A.K., Matthews, S.G., Vaivada, T. y otros. (2017). Nurturing care: promoting early childhood development. *The Lancet* 389: 91–102.
- Daelmans, B., Darmstadt, G.L., Lombardi, J., Black, M.M., Britto, P.R., Lye, S. y otros. (2017). Early childhood development: the foundation of sustainable development. *The Lancet* 389: 9–11.
- McCoy, D.C., Black, M.M., Daelmans, B. y Dua, T. (2016). Medición del desarrollo de los niños desde su nacimiento hasta los 3 años de edad a nivel poblacional. *Espacio para la Infancia* 44: 34–9. Disponible en: https://bernardvanleer.org/app/uploads/2016/08/Espacio-para-la-Infancia-2016_low-res.pdf (último acceso en febrero de 2018).
- Milner, K.M., Kohli-Lynch, M.K., Tann, C.J., y Lawn, J.E. en nombre del Expert Advisory Group and Saving Brains Platform Team (2016, no publicado). *Saving Brains Portfolio Impact and Process Evaluation Report*. Londres: Escuela de Higiene y Medicina Tropical.
- Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/> (último acceso en febrero de 2018).
- Organización Mundial de la Salud y Unicef. (2018). *Nurturing Care for Early Childhood Development: A framework for linking survive and thrive to transform human health and potential*. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/draft2-nurturing-care-framework.pdf?ua=1 (último acceso en marzo de 2018).
- Radner, J.M., Ferrer, M.V.S., McMahon, D., Shankar, A.H., y Silver, K.L. (2018, en imprenta). Practical considerations for transitioning early childhood interventions to scale: lessons from the Saving Brains portfolio. *Annals of the New York Academy of Sciences*.
- Richter, L.M., Daelmans, B., Lombardi, J., Heymann, J., Boo, F.L., Behrman, J.R. y otros. (2017). Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *The Lancet* 389: 103–18.
- Saving Brains (2018). Saving Brains, Grand Challenges Canada. Disponible en: <http://www.grandchallenges.ca/programs/saving-brains/> (último acceso en febrero de 2018).
- Shawar, Y.R. y Shiffman, J. (2017). Generation of global political priority for early childhood development: the challenges of framing and governance. *The Lancet* 389: 119–24.
- Shiffman, J., Schmitz, H.P., Berlan, D., Smith, S.L., Quissell, K., Gneiting, U. y otros. (2016). The emergence and effectiveness of global health networks: findings and future research. *Health Policy & Planning* 31 (Supl. 1): i110–23.
- Unicef. (2017). *La primera infancia importa para cada niño*. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_Early_Moments_Matter_for_Every_Child_Sp.pdf (último acceso en febrero de 2018).
- Yousafzai, A.K. y Aboud, F. (2014). Review of implementation processes for integrated nutrition and psychosocial stimulation interventions. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1308: 33–45.

Lecciones sobre políticas para fortalecer y apoyar al personal que trabaja con la primera infancia

Michelle Neuman

Miembro sénior

Mark Roland

Director del programa

Results for Development (R4D), Washington D. C. (EE. UU.)

A pesar de que las iniciativas para promover el desarrollo de la primera infancia cada vez ganan más impulso en todo el mundo, son muchos los países en los que aún resulta difícil garantizar a los niños pequeños y sus familias unos buenos servicios de enseñanza, salud y protección social (UNESCO, 2017; Unicef, 2017). Para aumentar la calidad de vida durante la primera infancia, es imprescindible mejorar las capacidades, el desarrollo profesional y las condiciones laborales de quienes trabajan con los pequeños. Sin embargo, es frecuente que el personal de este campo esté infravalorado, mal pagado y poco cualificado (Urban y otros, 2011; Organización Internacional del Trabajo (OIT), 2012; Neuman y otros, 2015). Esto genera numerosas dudas sobre cuál es la forma más eficaz de apoyar a estos trabajadores. ¿Qué tienen que saber y ser capaces de hacer los profesionales y paraprofesionales del sector para desempeñar bien sus funciones? ¿Qué los motiva en su día a día laboral? ¿Qué políticas se necesitan para fomentar a gran escala la estabilidad y preparación del personal que trabaja en programas dirigidos a la primera infancia?

Para abordar estas cuestiones, la Early Childhood Workforce Initiative (ECWI) ha llevado a cabo recientemente tres estudios detallados de ámbito nacional sobre el personal que se ocupa de la primera infancia en Perú, Sudáfrica y Ucrania.¹ La ECWI, una iniciativa global que reúne a distintas partes implicadas y está copresidida por Results for Development (R4D) y la International Step by Step Association (ISSA), promueve servicios equitativos y de alta calidad centrándose en quienes trabajan con las familias y los niños pequeños, así como en quienes supervisan y guían a estos profesionales. La ECWI contribuye a realizar análisis rigurosos, crear nuevos recursos e instrumentos, fomentar una comunicación sólida para compartir las mejores prácticas mediante seminarios web y un centro de conocimientos online, y organizar actividades de aprendizaje en las que participen responsables de políticas, profesionales y especialistas en la materia, lo que impulsa el intercambio de información tanto entre los países del sur del mundo como entre el norte y el sur.²

Los estudios arrojan luz sobre las dificultades que afectan a la calidad y la disponibilidad del personal que trabaja con la primera infancia, y formulan una serie de recomendaciones para superar los obstáculos existentes en cada país. Cada estudio nacional se centró en una serie de trabajadores concretos que ayudan a los niños pequeños y sus familias. En Perú, analizamos el programa de visitas domiciliarias Cuna Más (Josephson y otros, 2017); en Sudáfrica, los

1 Los responsables de estos estudios nacionales fueron Kimberly Josephson, Kavita Hatipoglu y Vidya Putcha. Agradecemos a estos tres compañeros de R4D sus amables aportaciones a este artículo.

2 Para obtener más información sobre la Early Childhood Workforce Initiative, visite: <http://www.earlychildhoodworkforce.org>.

servicios sanitarios centrados en los primeros 1000 días de vida (Hatipoğlu, 2018); y en Ucrania, los programas preescolares (Putchá y otros, 2018). En cada país, los equipos de investigación realizaron entrevistas con informadores clave y crearon grupos focales heterogéneos con trabajadores del campo de la primera infancia, progenitores, responsables de políticas nacionales y locales, y representantes de organizaciones profesionales y de formación. Después, analizaron los datos con métodos cualitativos, incorporando información sobre los costes cuando era posible. De estos tres estudios se pueden extraer una serie de conclusiones válidas para cualquier país, que permitirán tomar decisiones fundadas a la hora de mejorar las políticas para el personal que trabaja con la primera infancia en diversos contextos.



△ Foto: Programa Cuna Más/cunamas.gob.pe

Las funciones y responsabilidades de estos trabajadores varían bastante en cada país estudiado, al igual que el contexto en el que intervienen. Difieren las edades de los niños atendidos, el lugar en que se desempeña la actividad (hogares, centros para la infancia o escuelas), el grado de formalidad del cargo y el tipo de servicios prestados. Por ejemplo, en Perú los encargados de las visitas del programa Cuna Más son voluntarios locales que se desplazan a las casas de las zonas rurales para realizar actividades de desarrollo informales con menores de 3 años, mientras que los docentes de centros de educación infantil en Ucrania son profesionales muy cualificados que trabajan en un sistema nacional de enseñanza temprana consolidado y financiado con fondos públicos. En Sudáfrica, las funciones de los trabajadores sanitarios de la comunidad (o CHW) están evolucionando para implantar los servicios destinados a los primeros 1000 días de vida: la información sobre estimulación temprana y crianza se está integrando en las tareas actuales, centradas en la salud de los niños y las madres.

A pesar de estas diferencias, los trabajadores que observamos en estos tres países afrontan una serie de desafíos comunes:

1 Ampliación de las funciones y responsabilidades

A medida que quienes trabajan en primera línea con los niños pequeños asumen más responsabilidades para fomentar el desarrollo infantil, necesitan nuevas formas de apoyo y orientación.

En los tres países, las funciones de quienes trabajan con la primera infancia se están ampliando y sus responsabilidades cada vez son más complejas. Por ejemplo, en Sudáfrica los CHW tienen que ocuparse de temas que van desde la atención prenatal y de recién nacidos hasta la gestión de enfermedades crónicas. Como se está insistiendo en la importancia de los primeros 1000 días de vida, recientemente se ha aprobado una política nacional integral para la primera infancia, que apela a la incorporación de actividades e información sobre estimulación temprana en las visitas domiciliarias y comunitarias con las familias (República de Sudáfrica, 2015). Esto genera dudas sobre cómo garantizar que los CHW tengan las competencias y el apoyo necesarios para desempeñar estas tareas adicionales con eficacia, y cómo ampliar el ámbito de su actividad, que ya no se centrará solo en los servicios sanitarios y de supervisión del crecimiento, sino que deberá abarcar también el “cuidado carinñoso y sensible”³. En Ucrania, un cambio de política reciente apuesta por la inclusión de los niños con necesidades especiales en los centros de educación infantil genéricos, lo cual supone un reto para los docentes, que no reciben formación continua al respecto ni cuentan con suficiente personal de apoyo. Tanto en Perú como en Ucrania, el personal que trabaja con los niños pequeños destacó que, para desempeñar sus funciones con eficacia, necesitaba más formación y orientación sobre cómo comunicarse con los padres y madres para lograr su implicación.

“La ECWI promueve servicios equitativos y de alta calidad centrándose en quienes trabajan con las familias y los niños pequeños, así como en quienes supervisan y guían a estos profesionales.”

3 El uso de plataformas de salud ya existentes para mejorar el desarrollo infantil ha sido corroborado en estudios recientes, como el de Britto y otros (2017).

2 Necesidad de más supervisión y formación continua práctica

No basta con mejorar el acceso a una formación relevante por parte de quienes trabajan directamente con los niños pequeños: también hay que prestar atención a sus supervisores y mentores.

“Los trabajadores de primera línea aprenden mejor si la formación es práctica y se refuerza periódicamente.”

Los trabajadores de primera línea aprenden mejor si la formación es práctica y se refuerza periódicamente (Mitter y Putcha, 2018). En Ucrania los docentes de preescolar asisten a cursos de formación cada cinco años, pero ellos muestran mucho más interés por las oportunidades de aprender de otros profesionales como ellos que por las ponencias teóricas. En Sudáfrica, donde los CHW cuentan con niveles dispares de educación reglada, el material de formación tiene que ser más práctico. Además de mejorar el acceso a cursos de formación pertinentes, para que quienes trabajan en primera línea desempeñen bien sus funciones, también resulta muy útil el apoyo de los supervisores y mentores del sector. Esta ayuda continuada por parte de supervisores de apoyo, orientadores y mentores resulta especialmente importante en el caso de los paraprofesionales, que a veces parten de un nivel educativo más bajo y una menor preparación inicial (Mitter y Putcha, 2018). Sin embargo, con frecuencia los supervisores y gestores se concentran más en garantizar el cumplimiento del programa que en ayudar y orientar a los trabajadores de primera línea. En Ucrania, los “metodologistas” (profesores veteranos que orientan y ayudan periódicamente a los menos expertos en el trabajo en las aulas) son figuras adecuadas para facilitar orientación pedagógica sobre diversos temas, como el trabajo con niños con necesidades especiales, pero también ellos necesitan recibir formación e información actualizadas. Tal como comentó un formador de docentes: “En cuestión de un año, o incluso medio año, todo lo que oye o ve un profesor de preescolar en el aula se queda anticuado. Pasa como con los teléfonos móviles”. El modelo de Perú puede resultar interesante. Cuando hablamos con los encargados de las visitas, estos valoraron positivamente tanto los contenidos de los cursos de formación como la forma amena de impartirlos, además de apreciar el apoyo y la supervisión continuos que facilita el personal regional: los supervisores los acompañan en dos visitas al mes para observarlos durante las actividades, hablar de las dificultades y proporcionar valoraciones y orientaciones.

3 Condiciones difíciles en el trabajo cotidiano

Aunque quienes trabajan con la primera infancia han manifestado una fuerte motivación intrínseca para ello, afrontan condiciones laborales difíciles a diario.

Estos profesionales se consideran agentes de cambios positivos y ven el valor y los efectos concretos de lo que hacen por mejorar la salud y el desarrollo de los niños pequeños y sus familias. Su motivación no proviene de la compensación económica, pero hay que tener cuidado de no sobreexplotar esta circunstancia. En los tres países, los bajos salarios y las fuertes cargas de trabajo (por ejemplo, el alto número de casos que atienden los trabajadores

comunitarios en Perú y Sudáfrica, y la gran cantidad de alumnos por clase en Ucrania), así como las condiciones laborales difíciles (contratos breves, largos desplazamientos, problemas de seguridad, horarios atípicos, etc.), influyen en el estado de ánimo del personal y en su capacidad de desempeñar sus responsabilidades con eficacia. Los trabajadores comunitarios de Perú y Sudáfrica mencionaron otras dificultades en su día a día, como la escasez o inexistencia de material adecuado (por ejemplo, uniformes y kits) y recursos (no reciben dietas suficientes para cubrir los gastos de transporte y teléfono), mientras que los docentes de educación infantil de Ucrania expresaron su preocupación por el exceso de burocracia. En Perú, a los encargados de las visitas domiciliarias les cuesta conciliar su función en el programa Cuna Más, por la que reciben solo una pequeña compensación, con la necesidad de percibir más ingresos y cumplir sus responsabilidades familiares. Varios de los encuestados comentaron que esta dificultad hace que aumente la tasa de rotación de personal. En palabras de uno de ellos: “El salario es muy bajo... y te dicen que son diez horas de trabajo... pero no es así. Si nos pagaran un poco más, no buscaríamos alternativas”. Según la dificultad existente en cada caso, se necesita una inversión diferente (por ejemplo, suele salir más caro subir los salarios que comprar material nuevo). De todos modos, es probable que mejorar las condiciones laborales y abordar la cuestión de la remuneración y del estatus de la profesión sirviera para animar a los trabajadores y mejorar la calidad de los programas para la primera infancia (OCDE, 2012; Eurofound, 2015).

4 Trayectorias profesionales limitadas

El escaso margen de evolución profesional del sector supone un obstáculo para la contratación y la mejora continua del personal.

En ninguno de los tres países se ve una relación clara entre acumular experiencia o formación y conseguir aumentos de salario o acceder a oportunidades de ascenso. Como a esto se le suma la escasa compensación económica y el bajo estatus de los profesionales, resulta difícil contratar y retener al personal cualificado. Por ejemplo, en Ucrania cuesta encontrar candidatos cualificados para la enseñanza preescolar, sobre todo en las zonas urbanas, donde existen alternativas de empleo más atractivas y mejor pagadas. De hecho, una cantidad considerable de docentes formados para la educación preescolar deciden no trabajar en este campo cuando terminan sus estudios. Aunque el sistema de enseñanza preescolar ofrece alguna posibilidad de evolucionar profesionalmente, el personal docente y de apoyo tiene pocas posibilidades reales de conseguirlo. En Perú los encargados de las visitas comentaron que solo con trabajar en el programa ya estaban creciendo tanto personal como profesionalmente, pero los trabajadores comunitarios suelen tener pocos incentivos (como oportunidades de ascenso o de convertirse en personal profesional del programa) para invertir en mejorar sus competencias con el tiempo. Para la contratación y retención del personal, así como para mejorar de forma continua la calidad de los recursos humanos, es importante ofrecer posibilidades de evolución profesional que conlleven un reconocimiento de carácter económico y de otro tipo (Mitter y Putcha, 2018).

“Estos profesionales se consideran agentes de cambios positivos y ven el valor y los efectos concretos de lo que hacen por mejorar la salud y el desarrollo de los niños pequeños y sus familias.”

Cómo afrontar los desafíos

Ahora que cada vez más países tratan de ampliar y mejorar los servicios destinados a la primera infancia, no se puede seguir obviando el papel crucial de los recursos humanos. Los cuatro problemas expuestos tal vez parezcan abrumadores, sobre todo teniendo en cuenta que los responsables de las políticas suelen trabajar con presupuestos muy ajustados. Si bien cada uno de estos aspectos es importante para contar con un personal fuerte dotado del apoyo necesario, cada país tendrá que tomar decisiones difíciles para priorizar.

Por suerte, se prevé que el aumento de las inversiones en formación, una subida de los salarios y el apoyo continuado se traduzcan en una mayor eficiencia al reducir la rotación de personal y la pérdida de trabajadores cualificados que abandonan el sector (o ni siquiera llegan a acceder a él). Asimismo, si los profesionales están motivados y bien pagados, es más probable que forjen relaciones positivas y estables con los niños pequeños, algo imprescindible para fomentar la buena salud del desarrollo y el aprendizaje tempranos.

Referencias

- Britto, P.R., Lye, S.J., Proulx, K., Yousafzai, A.K., Matthews, S.G., Vaivada, T. y otros. (2017). Nurturing care: promoting early childhood development. *The Lancet* 389(10064): 91–102.
- Eurofound. (2015). *Atención a la primera infancia: condiciones de trabajo, formación y calidad de los servicios – Revisión sistemática*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Hatipoğlu, K. (2018). *Supporting the Early Childhood Workforce at Scale: Community health workers in South Africa*. Washington D.C.: Results for Development.
- Josephson, K., Guerrero, G. y Coddington, C. (2017). *Cómo apoyar al personal que trabaja en programas a gran escala dirigidos a la primera infancia: el caso del Servicio de Acompañamiento a Familias de Cuna Más en el Perú*. Washington D.C.: Results for Development. Disponible en: <https://www.r4d.org/wp-content/uploads/Executive-Summary-Spanish-Cuna-Mas-country-study.pdf> (último acceso en marzo de 2018).
- Mitter, R. y Putcha, V. (2018). *Strengthening and Supporting the Early Childhood Workforce: Training and professional development*. Washington D.C.: Results for Development. Disponible en: <http://www.earlychildhoodworkforce.org/node/309> (último acceso en marzo de 2018).
- Neuman, M.J., Josephson, K., y Chua, P.G. (2015). *Examen de la bibliografía: Personal de atención y educación de la primera infancia (AEPI) en países de ingresos bajos y medios*. Colección de documentos de trabajo sobre la atención y educación de la primera infancia 4. París: UNESCO. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002349/234988s.pdf> (último acceso en marzo de 2018).
- OCDE. (2012). *Starting Strong III: A quality toolbox for early childhood education and care*. París: OCDE.
- Organización Internacional del Trabajo. (OIT) (2012). *Right Beginnings: Early childhood education and educators*. Informe para debate en el Foro de diálogo mundial sobre las condiciones del personal de la educación de la primera infancia, Ginebra, febrero de 2012. Ginebra: OIT.
- República de Sudáfrica. (2015). *National integrated early childhood development policy*. Pretoria: Government Printers.
- Putcha, V., Neuman, M., Zaplotynska, O. y Sofiy, N. (2018). *Supporting the Early Childhood Workforce at Scale: Preschool education in Ukraine*. Washington D.C.: Results for Development.
- UNESCO. (2017). *Rendir cuentas en el ámbito de la educación: cumplir nuestros compromisos. Informe de seguimiento de la educación en el mundo*. París: UNESCO.
- Unicef. (2017). *La primera infancia importa para cada niño*. Nueva York: Unicef.
- Urban, M., Vandenbroeck, M., Peeters, J., Lazzari, A. y Van Laere, K. (2011). *CoRe: Competence Requirements in Early Childhood Education and Care*. Bruselas: Comisión Europea, DG Educación y Cultura.

Generando apropiación nacional e inversiones a través de la Alianza Mundial para la Educación

Christin McConnell

Especialista en educación de la primera infancia, Alianza Mundial para la Educación, Washington D. C. (EE. UU.)

La Alianza Mundial para la Educación (GPE) es una plataforma que reúne a distintas partes para, mediante la planificación sectorial, el diálogo político y la financiación, fomentar que los países inviertan en el cuidado y la educación de la primera infancia y asuman responsabilidades en este campo. Desde 2003 ha otorgado subvenciones por un valor total de 4700 millones de dólares en favor de la educación básica en 65 países en desarrollo. Esta cantidad incluye más de 180 millones de dólares para apoyar servicios para la primera infancia a través de subvenciones destinadas a ejecución: según un análisis inicial de 21 subvenciones activas, la mayoría se destinan a mejorar la calidad de los docentes, construir aulas o facilitar material didáctico y fortalecer los sistemas.

El plan estratégico de la GPE para 2016–2020 abarca también la primera infancia. Dos de los indicadores que se supervisan anualmente guardan relación con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 4.2: la cantidad de niños menores de 5 años cuyo desarrollo se encuentra bien encauzado en cuanto a la salud, el aprendizaje y el bienestar psicosocial; y el aumento de la matriculación preescolar (GPE, 2016: 11–12). Aunque los datos disponibles solo se refieren a 22 países, recopilados entre 2011 y 2014, revelan que unos dos tercios de los niños de entre 3 y 5 años muestran un buen nivel de desarrollo, pero menos de un tercio tiene acceso a programas de enseñanza preescolar, y la cifra se reduce a menos de un cuarto en los países en situación de fragilidad o conflicto (GPE, 2017).

El particular modelo operativo nacional de la GPE financia planes educativos mediante un proceso dirigido por el gobierno con un mecanismo formal que garantiza la rendición de cuentas con otras partes interesadas. Según un reciente estudio de 47 planes educativos activos, hay margen para elevar el nivel de calidad en lo que se refiere a la primera infancia. Para ello, hay que mejorar el análisis a escala nacional y planificar la forma de ampliar el alcance de los programas eficaces, con una mayor atención a los niños más vulnerables. Si bien casi el 90% de los planes observados facilitan información sobre el acceso y la cobertura, solo la mitad desglosa los datos por ubicación geográfica, sexo o nivel socioeconómico. Menos de un quinto proporciona información sobre las cualificaciones o competencias de los docentes en el ámbito de la primera infancia. Poco menos de la mitad cuentan con un plan de acción



△ Foto: Chantal Rigaud/GPE

plurianual para la primera infancia, y unos dos tercios incluyen proyecciones de costes específicos, pero solo seis analizan la financiación externa pasada y potencial y solo dos tienen identificadas lagunas en la financiación.

Según una encuesta realizada recientemente a 40 países aliados con la GPE, solo la mitad cree firmemente que sus líderes están convencidos de que las inversiones en la primera infancia deben ser una prioridad en el presupuesto destinado a educación y se comprometen a que así sea. Según los dos principales países, el problema está en la financiación y la coordinación entre los distintos ministerios y aliados. La misma encuesta revela un gran interés por aprender de los modelos que usan otros países para la prestación de servicios destinados a la primera infancia (programas domiciliarios, de educación parental y de preparación acelerada para la escuela), así como una fuerte demanda de mejora de la planificación y el análisis de datos.

En 2018 la GPE lanzará dos iniciativas. La primera, la Mejora del Aprendizaje Temprano y el Desarrollo a Mayor Escala (BELDS)¹, con su mecanismo de financiación, apoyará proyectos piloto de capacitación que usen los sistemas, instrumentos y modelos que ya han demostrado su eficacia y los integren en ciclos de ejecución de políticas y planificación nacional. La información que aporten estos proyectos piloto servirá para crear un kit de herramientas del que podrán aprender otros países. En segundo lugar, la GPE lanzará el Intercambio de Conocimiento e Innovación, que generará datos útiles para las prácticas y la promoción de políticas.² Ambas iniciativas generarán conocimientos globales y buenas prácticas a la hora de ampliar el alcance de los servicios para la primera infancia de calidad dentro de los sistemas educativos nacionales, sobre todo en los países en desarrollo.

Referencias

Alianza Mundial para la Educación. (2016). *Plan estratégico 2016–2020 de la Alianza Mundial para la Educación*. Washington D.C.: GPE.

Alianza Mundial para la Educación. (2017). *Informe de resultados de la GPE de 2015/16*. Washington D.C.: GPE.

1 BELDS recibe financiación de Comic Relief, Conrad Hilton Foundation, Dubai Cares y Open Society Foundation.

2 Se irá publicando más información sobre ambas iniciativas en www.globalpartnership.org.

INNOVACIÓN

Ayuda a las familias afectadas por el conflicto dentro de la región árabe

Ghassan Issa

Coordinador general

Lara Aoudeh

Coordinadora regional de ECD

Cosette Maalouf

Coordinadora regional de salud mental

Youssef Hajjar

Asesor sénior

Arab Resource Collective, Beirut (Líbano)

A causa de los recientes conflictos en la región árabe, en particular la guerra de Siria, millones de personas se han refugiado en los países vecinos o han tenido que desplazarse a otros puntos dentro de las fronteras nacionales. La ayuda humanitaria prioriza necesidades urgentes como la alimentación, el refugio y los servicios médicos, pero aparte de eso las familias no suelen recibir ningún tipo de apoyo a largo plazo para cuidar bien a los niños pequeños. Para suplir esta carencia, se va a ampliar la escala del programa de salud, aprendizaje temprano y protección para padres y madres (Health, Early learning and Protection Parenting Programme, HEPPP), una vez evaluado un proyecto piloto recientemente probado en el Líbano y Jordania.

La historia del HEPPP empieza con años de trabajo de Arab Resource Collective (ARC)¹ sobre los conceptos y principios del desarrollo de la primera infancia, y buenas prácticas como la inclusión y el papel del juego en el aprendizaje. Durante sus tres décadas de trayectoria, ARC ha conseguido introducir en el discurso árabe un enfoque holístico e integrado de la primera infancia. Ahora ARC organiza la Red Árabe por el Desarrollo de la Primera Infancia (ANECD), entre cuyos miembros se encuentran funcionarios ministeriales, académicos, ONG, expertos y profesionales de toda la región.

“Holístico” significa que se ve al niño como una entidad unificada, mientras que “integrado” se refiere al hecho de satisfacer las necesidades de los pequeños de manera coherente. El enfoque holístico e integrado de ARC se basa en principios de ecología infantil, psicología del desarrollo y derechos de la infancia, como que las capacidades físicas, emocionales, cognitivas y sociales, entre otras, se desarrollan como un todo interrelacionado; que la infancia es una fase completa del desarrollo en sí misma; y que, si bien el desarrollo sigue una secuencia conocida, el ritmo al que tiene lugar varía de un niño a otro.

Este enfoque holístico e integrado se recogió en el manual *Adults and Children Learning*², publicado en árabe en 2002. Durante los siguientes años, el programa de desarrollo de la primera infancia de ARC siguió elaborando otros recursos de formación en árabe para padres y trabajadores de este ámbito, ya fueran traducidos y adaptados o bien creados desde cero por profesionales y equipos locales, y se pusieron a prueba mediante la capacitación directa con los beneficiarios.

1 Arab Resource Collective (ARC) es una organización no gubernamental de ámbito regional legalmente registrada en el Líbano que trabaja por mejorar la situación de la infancia, garantizar la salud para todos y desarrollar las comunidades. La Fundación Bernard van Leer y Save the Children (Reino Unido) jugaron un papel importante en la financiación de sus primeros proyectos sobre desarrollo infantil. Más información en: <http://www.mawared.org/>.

2 *Adults and Children Learning: A holistic and integrated approach to early childhood care and development* (Sfeir y otros, 2002), un manual de trabajo en tres volúmenes (volumen 1: conceptos y principios; volumen 2: actividades y ejercicios; volumen 3: lecturas). Fue publicado por ARC y Save the Children Fund (Reino Unido) con el apoyo de la Fundación Bernard van Leer y Community Fund (National Lottery Charities Board).

HEPPP: implicación de padres y madres juntos

Las primeras pruebas del programa HEPPP, que ha sido desarrollado por un equipo de expertos en primera infancia, académicos y profesionales del sector egipcios, palestinos y libaneses, se realizaron en centros comunitarios del Líbano y Egipto entre 2012 y 2014. Los padres y las madres siguieron juntos la formación, como unidad familiar. Se dividió a los progenitores participantes en dos grupos según la edad de los niños: uno abarcaba desde la gestación hasta los 3 años de edad; el otro, desde los 4 hasta los 6 años.

La fase piloto consistió en una serie estructurada de 15 sesiones de formación interactivas semanales, de entre dos y tres horas cada una, sobre diversos temas: embarazo; lactancia; nutrición equilibrada; indicadores y problemas nutricionales; higiene personal (incluida la tarea de enseñar al niño a ir al baño); seguridad y accidentes; inmunización, infecciones y enfermedades; equidad e inclusión; comunicación entre el padre y la madre; comunicación con otros progenitores; refuerzo del comportamiento positivo; “cada niño tiene un tipo de inteligencia: ¿cuál es la de su hijo?”; juegos; pensamiento crítico, aprendizaje y competencias basadas en la investigación; y preparación para la guardería, el jardín de infancia y la escuela.

El conjunto de estas sesiones proporciona un marco de conceptos, competencias y ejercicios para aumentar las nociones de los padres sobre la importancia de los primeros años de vida; favorecer una crianza holística e inclusiva; fomentar el respeto a la diversidad en cuanto al potencial, las competencias y el ritmo de desarrollo de cada niño; desarrollar buenas prácticas en materia de salud, nutrición, aprendizaje temprano y gestión de riesgos; promover las prácticas positivas de cuidado infantil, minimizar el estrés y evitar la violencia; reforzar la influencia de la comunidad en la salud, la educación y la seguridad de los niños; y capacitar a los padres para que se conviertan en modelos de referencia y para que las familias se ayuden unas a otras.

HEPPP es una propuesta innovadora en la región árabe porque:

- adopta un enfoque holístico, integrado e inclusivo que abarca la salud, la nutrición, el aprendizaje temprano, el bienestar social y la protección física de manera coherente e interactiva
- se ocupa de toda la fase de la primera infancia, desde antes del nacimiento hasta los 6 años de edad
- afronta el desafío de implicar a los padres y las madres juntos, como principales cuidadores y educadores de sus hijos
- integra los objetivos estratégicos de la detección, intervención y estimulación tempranas.

Parte del plan supone ampliar la implementación con un sistema “de progenitor a progenitor”. Para ello, se contratará a una serie de parejas ya formadas (que se denominarán *sanad*³), a las que se enseñará las competencias necesarias para que intervengan como facilitadoras, con lo que además de recibir una pequeña remuneración por su labor, se sentirán valoradas. De este modo, la

“ARC ha conseguido introducir en el discurso árabe un enfoque holístico e integrado de la primera infancia.”

3 *Sanad* es una palabra árabe que significa “defensor”.

cantidad de beneficiarios aumentará y el coste unitario disminuirá de manera exponencial tras varios ciclos de implementación.

Lo que aprendimos gracias a las experiencias semanales y las conversaciones con las familias de la fase piloto se sumó a un estudio que evaluó la eficacia del HEPPP mediante cuestionarios previos y posteriores a la ejecución, grupos focales con padres y madres, e informes presentados por los formadores. La evaluación reveló un impacto evidente en las nociones, las prácticas y las actitudes de los participantes con relación a la mayoría de los temas. Asimismo, detectó varias formas de mejorar el programa, como iniciar cada sesión con un debate en el que participaran todas las familias antes de dividir las según la edad de sus hijos, y garantizar que en cada grupo de trabajo los formadores fuesen un hombre y una mujer, para dar un ejemplo de igualdad entre sexos a las parejas participantes.

Adaptación para trabajar con familias refugiadas

Mientras tanto, la crisis de los refugiados que afecta a la región dejó claro que había que adaptar el HEPPP también para las familias refugiadas o desplazadas dentro de su propio país, así como a las personas más vulnerables de las comunidades anfitrionas. En colaboración con sus contrapartes⁴, ARC añadió cinco sesiones más para abarcar también el cuidado psicosocial y el apoyo para

4 La Fundación Bernard van Leer, la Open Society Foundation y Plan International.



△ Foto: Arab Resource Collective

los cuidadores. Se ampliaron así los temas tratados hasta entonces con otros nuevos: bienestar y salud mental, depresión, luto, trastornos psicosomáticos y violencia.

Otro cambio necesario en el contexto de los refugiados fue abrir el programa a las familias monoparentales y a los miembros de la familia ampliada que se ocupasen del cuidado de los niños. Cuando estaban disponibles tanto el padre como la madre, la cultura dominante dificultaba que ambos se implicaran como pareja, pero se ha comprobado que es factible y que mejora la adquisición de patrones positivos en lo que se refiere a la igualdad entre sexos y a la crianza atenta a las necesidades de los pequeños.

La primera ronda de implementación con familias refugiadas tuvo lugar entre 2016 y 2018 en el Líbano (con la colaboración de dos ONG: Women Programs Association y Baraeem (Buds) Association) y Jordania (con Plan International). Participaron refugiados sirios y palestinos procedentes de Siria, así como familias de comunidades anfitrionas desfavorecidas del Líbano y Jordania, que cada vez son más vulnerables debido a la afluencia de refugiados.

En total, se formó a 110 progenitores durante la primera fase del programa: 70 de ellos repartidos en cuatro grupos de dos centros del Líbano, y 40 en dos grupos de un mismo centro de Jordania. De ellos, se seleccionó a 12 participantes ya formados para que se convirtieran en *sanads* (ocho en el Líbano y cuatro en Jordania) y se les enseñó una serie de competencias básicas de facilitación. En una segunda fase, estos formaron a 120 nuevos participantes con un sistema “de progenitor a progenitor”.

Se ha llevado a cabo una evaluación en tres partes de cada fase. En primer lugar, se pidió a las familias que rellenaran un cuestionario para recopilar datos cuantitativos sobre cuatro variables: el estado de salud mental reciente de los padres y madres (según el índice de bienestar OMS-5 de la Organización Mundial de la Salud), sus niveles de estrés (según el índice de estrés parental o PSI), el estilo de disciplina que adoptan con sus hijos (según el cuestionario sobre el estilo de disciplina o DSQ) y el comportamiento y la conducta emocional del niño (según el cuestionario SDQ sobre los puntos fuertes y las dificultades en cuanto al estado socioemocional). En segundo lugar, se entablaron dos debates (uno antes de la implementación y otro después) con los participantes para obtener datos cualitativos más detallados sobre los cambios experimentados en sus conocimientos y sus prácticas.

Por último, para comprobar si existían diferencias en las variables de los distintos grupos, se utilizó un “índice de fidelidad” que determinaba si los mensajes clave del proyecto se estaban transmitiendo del mismo modo a todos los participantes. En general, la evaluación comprueba la eficacia del sistema HEPPP mediante la medición del impacto que tiene en varios aspectos de los conocimientos, actitudes y prácticas de las familias participantes. En el momento de escribir este artículo, los datos se están recopilando y preparando para su análisis.

“Para adaptar el HEPPP también para las familias refugiadas, ARC añadió cinco sesiones más para abarcar también el cuidado psicosocial y el apoyo para los cuidadores.”

Planes para el futuro

Según los resultados de la evaluación, el equipo de ARC volverá a estudiar el programa HEPPP en busca de áreas susceptibles de mejora en cuanto al contenido, la metodología y las formas de prestar el servicio. Asimismo, explorará formas de perfeccionar los instrumentos de investigación: por ejemplo, para que se realice una evaluación cuantitativa de las madres y los padres por separado, una evaluación más cuantitativa del desarrollo de los niños mediante cuestionarios ASQ de edades y fases, y una evaluación del índice de retención.

En cualquier caso, el valor del programa HEPPP ya ha quedado lo suficientemente claro como para que más donantes hayan ofrecido su apoyo a ARC para ampliar el alcance. La ANECD será un vehículo perfecto para promover esta ampliación de escala entre más países árabes, lo que permitirá llegar a refugiados de más lugares y crear una masa crítica de familias comprometidas con el enfoque del HEPPP.

Referencia

Sfeir, J., Gilkes, J., Espanioly, N., Nabhan, S., Saheli, R., Srouji, M., Bibi, G. y Hajjar, Y. (2002). *Adults and Children Learning: A holistic and integrated approach to early childhood care and development*. Beirut: ARC y Save the Children Fund (Reino Unido).

Formación de los cuidadores para transformar las vidas de los niños

Erica Salomone

Investigadora de la Universidad de Turín (Italia)

Brian Reichow

Profesor asociado de la Universidad de Florida, Gainesville, Florida (EE. UU.)

Laura Pacione

Docente de la Universidad de Toronto (Canadá)

Stephanie Shire

Profesora adjunta de la Universidad de Oregón, Eugene, Oregón (EE. UU.)

Andy Shih

Vicepresidente sénior de salud pública e inclusión, Autism Speaks, Nueva York (EE. UU.)

Chiara Servili

Responsable médico de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra (Suiza)¹

Cada vez más, las discapacidades y los trastornos del desarrollo durante la infancia constituyen un desafío para los sistemas sanitarios de todo el mundo: la mayoría de los niños con trastornos del desarrollo no reciben los cuidados que necesitan. Aunque resulta complejo obtener un cálculo preciso de la extensión del problema, se cree que su carga de morbilidad global es considerable y que aumentará paulatinamente (Whiteford y otros, 2013), conforme crezca la población infantil.

La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace un llamamiento para que se brinde a todos los niños cuidado cariñoso y sensible, es decir, un entorno estable de protección y apoyo emocional creado por los padres y otros cuidadores que favorezca el aprendizaje y la salud de los pequeños. Dadas las dificultades adicionales que afrontan los progenitores cuyos hijos presentan retrasos o trastornos del desarrollo, hay que ayudarlos de forma específica con un enfoque orientado a la familia en su conjunto para garantizar ese cuidado cariñoso y sensible.

Ya está más que demostrado que los padres pueden adquirir competencias para favorecer el desarrollo de sus hijos, así que la OMS, en su *Guía de Intervención mhGAP* (OMS, 2016), recomienda que se enseñen competencias de cuidados globales a las familias con hijos que sufran retrasos en el desarrollo. Como no existía ningún programa de formación ya disponible que fuese viable en contextos de bajos recursos, la OMS, junto con una serie de contrapartes internacionales, decidió crear un nuevo programa para las familias con niños con retrasos o trastornos del desarrollo que fuese de acceso libre y que el personal no especializado pudiera implantar en contextos de escasos recursos.

Creación del programa de formación en competencias de cuidados de la OMS

Para desarrollar el programa de formación en competencias de cuidados (CST), se examinaron las pruebas existentes, se realizaron metaanálisis y se consultó a expertos. Este estudio sistemático se diseñó de forma que permitiera dar con los “ingredientes activos” de las intervenciones eficaces y se recurrió a análisis estadísticos para descubrir qué elementos tenían en común los programas que daban buenos resultados (Reichow y otros, 2013; Reichow y otros, 2014).

Se concluyó que las intervenciones que apostaban por la mediación de los cuidadores se pueden llevar a cabo de forma eficaz con personal no

¹ Descargo de responsabilidad: Los autores son los únicos responsables de las opiniones expresadas en este artículo y dichas opiniones no se corresponden necesariamente con las decisiones, políticas u opiniones de las universidades con las que trabajan, de la Organización Mundial de la Salud ni de los financiadores.

“Dadas las dificultades adicionales que afrontan los progenitores cuyos hijos presentan retrasos o trastornos del desarrollo, hay que ayudarlos de forma específica con un enfoque orientado a la familia en su conjunto para garantizar ese cuidado cariñoso y sensible.”

especializado en las comunidades, y que incluso los programas de baja intensidad mejoran el desarrollo y el comportamiento de los niños, además del bienestar de la familia. Asimismo, se observó que los programas en los que se utilizaban técnicas de gestión del comportamiento y se enseñaba a usar estrategias de intervención cognitiva para mejorar la capacidad de los cuidadores de afrontar las dificultades resultaban más eficaces que los programas sin este tipo de contenido. Por otro lado, con los programas que combinaban sesiones individuales y de grupo se obtenían mejores resultados en cuanto a la reducción de comportamientos problemáticos.

En una reunión celebrada en la sede de la OMS con algunos participantes presentes de forma remota, se consultó a expertos con diferentes bagajes culturales y profesionales, entre los que se encontraban cuidadores de niños con trastornos y retrasos en el desarrollo, para definir el contenido y la estructura de la intervención, así como las estrategias de capacitación. Se habló de temas como los criterios para decidir qué niños y familias tienen derecho a la intervención, el contenido del programa, el método de prestación del servicio (por ejemplo, sesiones individuales o de grupo) y el grado de intensidad óptimo en cuanto a la cantidad y duración de los encuentros. Para mejorar la retención y reducir el abandono, se optó por un enfoque flexible e individualizado en consonancia con la heterogeneidad de necesidades que presentan los beneficiarios del programa, que aprovecha los puntos fuertes de cada familia y fomenta la implicación de otros familiares.

Diseño del programa CST de la OMS

Sobre la base de las pruebas examinadas y las directrices de los expertos, se desarrolló un programa que abarcaba manuales de intervención, folletos para los participantes, soluciones de adaptación y capacitación, y métodos e instrumentos de supervisión y evaluación.² El programa, con un enfoque centrado en la familia, se ha concebido para formar parte de una red de servicios sociosanitarios para niños y familias. Su estructura y contenido se pueden adaptar según sea necesario y, gracias a su flexibilidad, es posible incorporar las características del sistema educativo y sanitario local y del contexto cultural en que se implante.

La implicación de las familias y las comunidades se consideró fundamental para hacer posible la participación de los cuidadores. Se propuso organizar el programa de manera modular, con una serie de sesiones principales, tanto individuales como en grupo, seguidas de otros encuentros opcionales, según las necesidades específicas de cada caso y la disponibilidad de recursos. Para responder a las necesidades heterogéneas de los niños y las familias, el programa CST de la OMS empieza por definir una serie de objetivos individualizados de la intervención, teniendo en cuenta el nivel de desarrollo del niño y las prioridades de la familia. En segundo lugar, se proporciona a los cuidadores una orientación personalizada “uno a uno” durante las sesiones de grupo y las visitas domiciliarias. Por último, hay módulos opcionales y complementos a las sesiones principales que permiten abordar otros problemas de salud o necesidades

coexistentes. Dada la complejidad de las tareas, el programa incluye apoyo y supervisión continuos para facilitar la implementación del CST por parte de personal no especializado.

La intervención CST de la OMS se diseñó para abordar:

- **el funcionamiento del niño**, mediante el desarrollo de competencias comunicativas, sociales y adaptativas y la reducción del comportamiento problemático y negativo
- **el funcionamiento y el papel del cuidador**, mediante el fomento de la autoconfianza, los conocimientos y competencias en materia de crianza, la capacidad de afrontar las dificultades y el bienestar psicológico
- **la relación entre el niño y el cuidador**
- **la participación e inclusión del niño y el cuidador** en actividades de la comunidad.

El programa consta de nueve sesiones de grupo y tres visitas a domicilio individuales, en las que se enseña al cuidador a aprovechar las actividades domésticas habituales y los ratos de juego para fomentar el aprendizaje y el desarrollo. En las sesiones de grupo se abordan temas como la comunicación, la implicación, competencias para la vida diaria, comportamientos conflictivos y estrategias útiles para los cuidadores a la hora de afrontar las dificultades. También existen módulos de refuerzo sobre el bienestar de los cuidadores y para niños con competencias verbales mínimas. Durante las sesiones de grupo, se recurre a debates, demostraciones y juegos de simulación guiados para que los facilitadores enseñen estrategias psicoeducativas de eficacia demostrada derivadas de los principios del análisis conductual aplicado, la ciencia del desarrollo, las intervenciones de comunicación social y los métodos de crianza positiva y cuidado de uno mismo. En las visitas a domicilio (que tienen lugar antes de la primera

² Para obtener más información sobre el programa CST de la OMS y sobre cuestiones relativas a la salud mental infantil, visite: http://www.who.int/mental_health/maternal-child/PST/en/



△ Ilustración: Miguel Mendes

sesión, a mitad del proceso y al final del programa), los facilitadores orientan a los cuidadores de forma individualizada, con el objetivo de adaptar la intervención al entorno, los objetivos y las necesidades específicas de cada familia.

Para que el programa fuese escalable y sostenible, se diseñó de forma que pudiera ponerse en manos de distintas personas no especializadas (como enfermeros, trabajadores sanitarios de la comunidad y otros cuidadores) y llevarse a cabo en entornos diversos: centros sanitarios, escuelas o comunidades. El servicio debería prestarse dentro de una red comunitaria, según un modelo de asistencia escalonada. Se ideó un sistema piramidal para formar a los formadores especializados que se ocuparían de enseñar y supervisar a los facilitadores, y en diciembre de 2015 se empezó a probar el programa sobre el terreno.

Prueba de campo y próximos pasos

Actualmente el programa CST de la OMS se está probando sobre el terreno en más de 30 países de todo el mundo, de renta alta, media y baja. En Pakistán e Italia se están llevando a cabo sendos ensayos controlados aleatorios, y próximamente se realizarán también en China, Etiopía y Kenia. En las pruebas de campo se están utilizando varios métodos a la hora de prestar el servicio, como el uso de tabletas y la intervención de otros cuidadores en calidad de facilitadores. En diciembre de 2017, se celebró en China una consulta técnica internacional con investigadores y representantes de gobiernos y organizaciones de la sociedad civil de 14 países, con el objetivo de facilitar el intercambio de información sobre la adaptación y ejecución del programa CST entre lugares que se encontraban en diferentes fases de la prueba de campo.

Los estudios realizados hasta la fecha destacan la eficacia de las intervenciones que apuestan por la mediación de los cuidadores y, según las primeras pruebas recabadas, el programa CST de la OMS es aceptable y viable en comunidades de todo el mundo. Ahora el programa aspira a cerrar la brecha existente en el acceso a la asistencia para niños con retrasos y trastornos del desarrollo, con el fin de ayudarlos a alcanzar su máximo potencial.

Agradecimientos

La creación del material del programa CST y la coordinación de las pruebas de campo cuentan con el apoyo de Autism Speaks.

Referencias

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Ginebra: OMS.

Reichow, B., Kogan, C., Barbu, C., Smith, I., Yasamy, M.T. y Servili, C. (2014). Parent skills training for parents of children or adults with developmental disorders: systematic review and meta-analysis protocol. *BMJ Open* 4(8): e005799.

Reichow, B., Servili, C., Yasamy, M.T., Barbu, C. y Saxena, S. (2013). Non-specialist psychosocial interventions for children and adolescents with intellectual disability or lower-functioning autism spectrum disorders: a systematic review. *PLoS Med* 10(12): e1001572.

Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A.J., Ferrari, A.J., Erskine, H.E. y otros. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 382(9904): 1575-86.

Pakistán: uso de tecnología para formar a gran escala a los trabajadores sanitarios en el tratamiento de la depresión materna

Shamsa Zafar

*Profesora de obstetricia y ginecología en el Fazaia Medical College de la Air University y científica sénior en la Human Development Research Foundation, Islamabad (Pakistán)*¹

El bienestar psicosocial materno es muy importante para el desarrollo de la primera infancia. En los países con un alto índice de depresión materna y pocos especialistas en salud mental, es posible formar y supervisar a los trabajadores sanitarios de las comunidades para que traten a las madres que padezcan este problema. Sin embargo, no resulta fácil llevar a cabo esta formación y supervisión a gran escala. Recientemente hemos evaluado un uso más amplio de la tecnología dentro del Thinking Healthy Program (THP) de Pakistán para formar y supervisar al personal sanitario y hemos observado resultados prometedores que indican su potencial para ayudar a programas similares de otros países a ampliar su alcance.

Está más que demostrado que la depresión materna puede tener una serie de consecuencias adversas para los niños (Herba y otros, 2016), debido a factores como el mal funcionamiento de la placenta; la dejadez de la madre, que desemboca en infecciones y trastornos nutricionales tanto en ella misma como en el niño; y calidad insuficiente de las interacciones madre-hijo, lo cual va en detrimento del cuidado afectivo del recién nacido. La carga económica de este problema, además del coste de tratar la depresión de la madre, también incluye el gasto necesario para afrontar complicaciones como un parto prematuro y bebés de bajo peso al nacer.

En los países de renta media y baja, la cantidad de casos de depresión materna suele ser altísima en relación con el escaso número de especialistas capaces de tratarla. Se ha comprobado que las intervenciones para tratar la depresión materna se pueden dejar en manos de los trabajadores sanitarios de las comunidades: el programa THP, que se basa en terapias cognitivo-conductuales, ha demostrado su eficacia en este sentido (Rahman y otros, 2008). La Organización Mundial de la Salud ha adoptado este sistema para difundirlo a escala global mediante su programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP).

Sin embargo, a la hora de ampliar la cobertura de este tipo de intervenciones, surgen problemas importantes en cuanto a los recursos humanos, el coste, la calidad y la equidad. La principal dificultad, sobre todo en el caso de sistemas de salud con pocos recursos, está en cómo formar y supervisar bien al personal sanitario a gran escala con un número reducido de especialistas en salud mental. El programa paquistaní de trabajadoras sanitarias (LHW) llega al 85%

¹ La autora agradece las aportaciones de Siham Sikander, Parveen Akhtar, Usman Hamdani, Atif Rahman, Najia Atif y Huma Nazir.

de la población rural del país con 115 000 profesionales. Si se adoptase una solución tecnológica para formarlas y supervisarlas, se conseguiría tratar a unos 5 millones de madres deprimidas del Pakistán rural.

Modelo piramidal de formación y supervisión con la ayuda de tecnología

La Human Development Research Foundation ha ideado un sistema piramidal de formación y supervisión con la ayuda de tecnología y lo ha probado en un ensayo controlado aleatorio en Swat, una zona rural que ha sufrido varios conflictos (Zafar y otros, 2016). Elegimos este ámbito geográfico porque su sistema sanitario es frágil debido a numerosas crisis humanitarias, como las operaciones militares de 2009 y las inundaciones de 2010.

Una serie de trabajadoras sanitarias, que constitúan el grupo de control, recibieron formación impartida directamente por especialistas, mientras que las demás se formaron con supervisores previamente instruidos por especialistas y un manual multimedia de apoyo en tabletas. En todos los casos, la formación duraba cinco días y abarcaba cuestiones como la relación con la familia de la madre deprimida, el uso de técnicas de acompañamiento, el descubrimiento guiado (una forma de indagar en las creencias de la madre) y la asignación de tareas.

Para crear el manual multimedia, se redactaron guiones narrativos a partir del material original del programa THP, se diseñaron imágenes de personajes realistas que representaban al docente y al alumno y se añadieron voces superpuestas para cada personaje. También se utilizaron situaciones hipotéticas y juegos de simulación (por ejemplo, sobre cómo afrontar situaciones difíciles y adversidades). El formador podía interrumpir la simulación en cualquier momento y seguir las instrucciones para que las sesiones fuesen más interactivas. El software también incluía un módulo de supervisión, para poder actualizar el material de formación conforme se iba aprendiendo de la experiencia. En el grupo de control, las trabajadoras sanitarias acudían una vez al mes a la unidad sanitaria básica para asistir a sesiones de supervisión con los especialistas. En cambio, la supervisión del grupo de intervención estaba en manos de una serie de supervisores, a su vez guiados por los especialistas.

Al comparar a las trabajadoras sanitarias formadas por especialistas con aquellas que se formaron con supervisores y material tecnológico, no se apreciaron diferencias en sus competencias, ni justo después de la formación ni durante sus intervenciones a domicilio tres meses más tarde. Además, la formación con supervisores y tecnología gozaba de una buena aceptación entre las LHW. Como este método reduce los costes aproximadamente un 30% y permite que un pequeño grupo de especialistas forme y supervise de manera indirecta a una cantidad mucho mayor de personal sanitario, es una solución prometedora para aumentar las posibilidades de ampliar la escala de programas similares.



△ Ilustración: Materiales del programa Thinking Healthy

Otros usos de la tecnología

También creamos un sistema interactivo de respuesta vocal para detectar casos de depresión materna y lo dimos a conocer mediante folletos. Se animaba a las madres a llamar a un número de teléfono en el que de manera automatizada se formulaban las dos preguntas de Whooley (un instrumento estándar en la detección de la depresión): “En el último mes, ¿se ha sentido a menudo desanimada, deprimida o sin esperanza?” y “En el último mes, ¿ha sentido a menudo que tiene poco interés por las cosas o que no las disfruta?”. De este modo, se decidía en qué casos convenía que el personal sanitario visitara a la madre para estudiar mejor la situación.

Por desgracia, en el distrito de Swat no pudimos probar el sistema debido a las restricciones vigentes en el momento del estudio en cuanto al uso de las comunicaciones. Ahora tenemos intención de analizar su eficacia por separado, pues creemos que podría servir para llegar a las madres con depresión en zonas de conflicto en las que las trabajadoras sanitarias no pueden realizar las visitas

de rutina. Podría resultar beneficioso sobre todo para una buena parte de la población mundial afectada por crisis humanitarias.

También hemos llevado a cabo evaluaciones cualitativas de varios casos en los que las trabajadoras sanitarias utilizaban tabletas en sus interacciones con las madres. Según los primeros resultados, tanto éstas como las LHW consideraban el uso de tecnología algo aceptable y factible, así que conviene analizar más a fondo las posibilidades que brinda para aumentar la calidad y el alcance de los servicios orientados a tratar la depresión materna (un ámbito que, en general, hay que seguir estudiando).²

² Si le interesa conocer otros tratamientos innovadores de salud mental, visite el sitio web de la Mental Health Innovation Network (MHIN): <http://www.mhinnovation.net/>

Referencias

Herba, C.M., Glover, V., Ramchandani, P.G. y Rondon, M.B. (2016). Maternal depression and mental health in early childhood: an examination of underlying mechanisms in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry* 3(10): 983-92.

Rahman, A., Malik, A., Sikander, S., Roberts, C. y Creed, F. (2008). Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet* 372(9642): 902-9.

Zafar, S., Sikander, S., Hamdani, S.U., Atif, N., Akhtar, P., Nazir, H. y otros. (2016). The effectiveness of Technology-assisted Cascade Training and Supervision of community health workers in delivering the Thinking Healthy Program for perinatal depression in a post-conflict area of Pakistan – study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 17: 188.

A Better Start: intervenciones en la comunidad para luchar contra la desigualdad

Chris Cuthbert

*Director de investigación,
Lumos Foundation,
Londres (Reino Unido)¹*

En un famoso estudio, el científico del desarrollo Clyde Hertzman documentó que “las experiencias y los entornos sociales nos marcan desde etapas muy tempranas de la vida y afectan a nuestro desarrollo humano” (Hertzman y Boyce, 2010). Incluso en los países de renta alta, las desigualdades surgen pronto y tienen consecuencias para toda la vida. Por ejemplo, un niño nacido en la localidad costera de Blackpool (norte de Inglaterra) tiene una esperanza de vida de 74,7 años, mientras que este dato asciende a los 83,3 años para quienes nacen en Kensington y Chelsea, dos de las zonas más ricas de Londres.

A Better Start (ABS) es un programa de la National Lottery que invertirá 215 millones de libras esterlinas durante diez años en cinco comunidades inglesas económicamente desfavorecidas: Blackpool, Bradford, Lambeth, Nottingham y Southend. Desde que se puso en marcha en 2014, A Better Start ayuda a las familias desde el embarazo hasta que el niño cumple los cuatro años, con el objetivo principal de mejorar el desarrollo de los pequeños, mediante intervenciones que abarcan el lenguaje y la comunicación, la dieta y la nutrición y el ámbito socioemocional.

Un factor clave para la creación de A Better Start fue la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008), según la cual el embarazo y la primera infancia son fases cruciales en las que centrar las intervenciones, y el objetivo de “garantizar que los niños empiecen sus vidas lo mejor posible” es prioritario para combatir la desigualdad. Y eso es precisamente lo que se ha empezado a hacer en las cinco comunidades pioneras de A Better Start.

Cada programa local es diferente, pues se amolda al contexto y las necesidades específicos de la zona, pero todos comparten las características que exponemos a continuación.

Estrategia local centrada en los niños

En cada área se ha diseñado una estrategia local según su contexto particular. Las entidades que colaboran con ABS han cambiado de forma decisiva su forma de actuar: mientras que antes iban poniendo parches a cada problema social por separado, ahora diseñan sistemas integrales en los que todas las partes (la salud, la educación, la policía, el voluntariado, la comunidad y el sector privado) colaboran con el objetivo común de mejorar el desarrollo de los niños

¹ Anteriormente, director de desarrollo de A Better Start, Big Lottery Fund, Londres (Reino Unido).



△ Foto: A Better Start: Lambeth Early Action Partnership

pequeños. Este tipo de enfoque otorga un papel de liderazgo a los habitantes de la comunidad y aprovecha los recursos locales sin perder nunca de vista el objetivo principal: el desarrollo de los niños.

Visión y estrategia compartidas

A la hora de diseñar las estrategias locales de A Better Start, el primer paso fue poner en común los problemas que afectaban a cada zona. Todas las partes interesadas (padres y madres, organizaciones comunitarias y de voluntariado, instituciones del gobierno local, entidades sanitarias e investigadores) compartieron con los demás sus experiencias, analizaron los datos y registraron tanto lo que funcionaba bien en las distintas zonas y servicios locales como los aspectos que había que modificar. Este proceso de puesta en común, junto con el tiempo dedicado a crear una visión compartida, fue la clave para elaborar planes sólidos y generar el consenso necesario para el cambio. El impulso de la confianza en las relaciones y del espíritu de colaboración fue un factor decisivo.

Rendición de cuentas compartida

Con A Better Start han surgido nuevas estructuras formales de colaboración para impulsar esta visión y coordinar la prestación de servicios. Cada una de ellas está liderada por una organización de voluntariado y en su junta directiva

cuenta con representantes de muy alto nivel de entidades públicas (de salud, policiales y del gobierno local). A eso se suma un aspecto crucial: gracias a estas colaboraciones, ahora la voz de la comunidad suena con más fuerza en las estructuras de gobierno. En Bradford, la junta responsable de una subvención que asciende a varios millones de libras está presidida por un progenitor implicado en el proyecto; en Nottingham, se ha estipulado una cuota mínima de representantes comunitarios; y en Blackpool se han creado nuevos foros de padres y madres en cada centro infantil local.

Prevención

Con A Better Start, se pasa claramente de un sistema de respuesta a las crisis a otro centrado en la prevención y las actividades de intervención temprana, como una campaña comunitaria para conocer mejor el desarrollo social, emocional y lingüístico de los niños pequeños y para fomentar comportamientos adecuados a la hora de cuidarlos. La intervención temprana también pasa por aprovechar las oportunidades que brindan servicios universales como la obstetricia y las visitas sanitarias, que permiten detectar pronto si alguna familia está experimentando dificultades. De este modo, es posible ayudar a las familias antes de que los problemas se agraven. El programa sigue el principio del “universalismo progresivo”, es decir, se basa en la idea de que todas las familias necesitan apoyo, pero algunas podrían requerir una ayuda adicional o más específica.

“A la hora de diseñar las estrategias locales de A Better Start, el primer paso fue poner en común los problemas que afectaban a cada zona.”

Servicios basados en estudios y pruebas

Los servicios *basados en pruebas* son aquellos que han sido evaluados y han demostrado claramente que brindan resultados positivos. Los *basados en estudios científicos* se han diseñado según teorías y mecanismos de cambio claros y se apoyan en las mejores investigaciones disponibles, pero su eficacia no se ha evaluado aún de forma rigurosa. Las colaboraciones instauradas en el programa ABS también están llevando a cabo sus propias iniciativas de investigación y desarrollo para obtener las pruebas que faltan.

Coproducción

A Better Start combina los conocimientos de destacados investigadores y profesionales con la voz de la experiencia de los miembros de la propia comunidad. Este intercambio ofrece una visión más completa y permite trabajar en equipo para diseñar soluciones que, además de sólidas desde el punto de vista científico, también son sostenibles y encajan bien en el contexto local.

Servicios basados en puntos fuertes

Además de tratar de reducir el estrés y los obstáculos que afectan a las familias, los servicios también apuestan por la capacitación de las familias y de las comunidades en su conjunto. Por ejemplo, si se trabaja bien en la implicación de la comunidad, se fomenta la confianza y aumenta la participación en programas basados en pruebas como Empowering Parents, Empowering Communities, en los que una serie de progenitores locales especialmente acreditados ayudan a otras familias de la comunidad.

Asistencia integral sin fisuras

Hasta ahora, los servicios solían funcionar de forma aislada, pero el programa ABS aspira a crear una integración sin fisuras entre ellos. Por ejemplo, en Blackpool se está modificando radicalmente el sistema de visitas sanitarias al incorporar prácticas innovadoras en el kit de herramientas de los profesionales como la activación de comportamientos y las entrevistas promocionales. A esto se suma un prometedor programa universal basado en pruebas llamado Baby Steps, prestado de forma conjunta por el personal responsable de las visitas sanitarias (que aporta su competencia en salud infantil) y trabajadores encargados de la implicación de las familias (que conectan a las familias con recursos comunitarios más amplios).

Probar y aprender

No existen soluciones milagrosas. “Probar y aprender” significa tener en cuenta los datos disponibles y poner en práctica las ideas a pequeña escala para sacar conclusiones. Implica ir adaptando y ajustando los servicios y programas sobre la marcha, compartiendo lo que funciona y lo que no, para mejorar el sistema en su conjunto.

Esta excepcional inversión de diez años ofrece a las entidades locales implicadas tiempo y espacio suficientes para trabajar de forma conjunta en el diseño, la ejecución y la incorporación de innovaciones eficaces en los sistemas locales. En una evaluación nacional independiente (Barlow y otros, 2017) financiada por la National Lottery, se recopilarán las conclusiones y nuevos datos críticos que se añadirán a las pruebas ya existentes a escala internacional sobre lo que funciona para mejorar el desarrollo de los niños pequeños.

Más información

Más información en: www.biglotteryfund.org.uk/abs

Contacto: abetterstart@biglotteryfund.org.uk

Referencias

Barlow, J., Beake, S., Bick, D., Bryson, C., Day, L., Gilby, N. y otros. (2017). Initial protocol for a national evaluation of an area-based intervention programme (A Better Start) on early-life outcomes: a longitudinal cohort study with comparison (control) cohort samples. *BMJ Open* 7(8): e015086.

Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Hertzman, C. y Boyce, T. (2010). How experience gets under the skin to create gradients in developmental health. *Annual Review of Public Health* 31: 329–47.

Urban95: ciudades para los más pequeños

Patrin Watanatada

Directora del equipo de conocimiento para influir en políticas, Fundación Bernard van Leer, La Haya (Países Bajos)¹

Las ciudades pueden ser un entorno fantástico en el que crecer, pero a veces interponen grandes dificultades para el desarrollo sano de los niños. La iniciativa Urban95 de la Fundación Bernard van Leer aspira a lograr cambios duraderos en los entornos y las oportunidades que tanto influyen en los cinco primeros años de vida de los niños, una fase crucial. Para ello, Urban95 colabora con urbanistas, diseñadores, gestores y autoridades de las ciudades, a quienes invita a plantearse lo siguiente: “Si vivieras la ciudad de la forma en la que lo hace un niño de menos de 95 cm (la estatura de un niño de 3 años), ¿qué cambiarías?”

Entre los aspectos clave de Urban95, cabe destacar los siguientes:

- **se centra en los niños más pequeños (desde antes del nacimiento hasta los 5 años de edad) y en sus cuidadores**, un grupo al que no se suele prestar suficiente atención en las políticas urbanas orientadas a mejorar la calidad de vida de los niños o de la población en su conjunto
- **trabaja en aspectos que afectan a toda la ciudad** mediante el urbanismo municipal, la gestión basada en datos y áreas de inversión políticamente visibles
- **se ocupa del entorno construido**, con especial énfasis en los espacios públicos y la movilidad, dos ámbitos con un impacto considerable en el desarrollo infantil pero menos evidentes que en otras áreas como el acceso a los servicios para la primera infancia, el saneamiento, la asistencia sanitaria o la vivienda.

En el marco de Urban95, colaboramos con las ciudades y con emprendedores urbanos en busca de ideas que cambien el modo en que las familias con niños pequeños viven, juegan, se relacionan y se desplazan en las ciudades, para luego ampliar la escala de las ideas que funcionen. Asimismo, trabajamos con los medios de comunicación y con figuras influyentes para concienciar a las autoridades competentes sobre lo que necesitan los bebés, niños pequeños y cuidadores que viven en la ciudad, y con empresas de urbanismo y diseño urbano para idear instrumentos y cursos de formación orientados a los profesionales de este campo.

Una parte fundamental de Urban95 consiste en forjar alianzas con ciudades decididas a ampliar la escala de los proyectos piloto prometedores. Una de las primeras alianzas fue con Tel Aviv (Israel), cuyo caso se analiza más a fondo en las páginas 93 a 96.

¹ Este artículo es fruto de conversaciones con varios compañeros de la Fundación Bernard van Leer, en particular con Yiğit Aksakoğlu, Daniella Ben-Attar, Esther Goh, Darell Hammond, Ardan Kockelkoren, Joan Lombardi, Rachel Machefsky, Rushda Majeed, Leontien Peeters, Cecilia Vaca Jones, Julien Vincelot, Leonardo Yáñez y, sobre todo, Michael Feigelson, a quien se le ocurrió el nombre de Urban95.

“En el marco de Urban95, colaboramos con las ciudades y con emprendedores urbanos en busca de ideas que cambien el modo en que las familias con niños pequeños viven, juegan, se relacionan y se desplazan en las ciudades, para luego ampliar la escala de las ideas que funcionen.”

La experiencia de ver la ciudad desde una altura de 95 cm

Urban95 se ocupa de diversos ámbitos (servicios para los niños pequeños, espacios públicos, transporte, urbanismo, uso del suelo y gestión de datos en las ciudades) con el objetivo de mejorar dos factores cruciales para el desarrollo de la primera infancia: la calidad y frecuencia de las interacciones entre los pequeños y sus cuidadores, y el bienestar de dichos cuidadores.

Cuando hablamos con los urbanistas y diseñadores urbanos (que piensan en términos concretos y espaciales), insistimos en que para garantizar que los bebés y los niños pequeños en el contexto urbano se desarrollen de forma saludable, hay que tener en cuenta que:

- necesitan interacciones frecuentes con adultos que les transmitan cariño y estén atentos a sus exigencias, en un entorno físico estimulante y seguro que puedan explorar
- ven el mundo a una escala mucho más pequeña, necesitan ayuda para desplazarse y tienen un rango de movilidad mucho más reducido que cualquier otro habitante habitual
- son especialmente vulnerables a la contaminación acústica y atmosférica
- necesitan acudir periódicamente a los lugares donde se prestan los servicios específicos para ellos, como las clínicas pediátricas y los centros de cuidado infantil
- están siempre acompañados de sus cuidadores.

En la práctica, esto significa que las familias con niños pequeños necesitan vivir en barrios en los que sea fácil desplazarse a pie para obtener todo lo esencial en su día a día, contar con espacios públicos cerca de casa que sean atractivos para gente de todas las edades y permitan a los niños pequeños explorar el entorno sin correr peligro, y disponer de una red de transporte urbano para desplazarse de forma fácil, agradable y asequible.

Mediante nuestras alianzas con ciudades y el Desafío Urban95 (nuestro programa de pequeñas subvenciones orientado a fomentar la innovación), estamos descubriendo numerosas ideas prometedoras, tanto a escala piloto como en toda la ciudad. A continuación se describen varios ejemplos. La cantidad de iniciativas irá aumentando a medida que nuestras contrapartes avancen en su trabajo.

Crianza

- *Mensajes sobre crianza en la ciudad.* Siguiendo el ejemplo de Boston Basics², en São Paulo se han publicado mensajes en vallas publicitarias digitales para fomentar que los progenitores hablen, canten y jueguen con sus hijos pequeños.
- *Conexión de los cuidadores con los servicios municipales para las familias.* En Tel Aviv se ha lanzado Digitaf (“tecnología digital para niños pequeños”), una plataforma online que ayuda a los padres a informarse sobre servicios sanitarios y de cuidado infantil, eventos públicos para familias, descuentos en tiendas de la ciudad y consejos sobre crianza.

² Para obtener más información sobre los Boston Basics y sobre cómo se han aplicado en Boston y otras ciudades, visite: <http://boston.thebasics.org/>.

Espacios públicos

- *Un parque sensorial para niños con necesidades especiales.* En Bhubaneshwar (India), el municipio está construyendo un parque sensorial con espacios e instalaciones especiales para niños con problemas de vista u otras discapacidades.
- *Movilización de las familias para supervisar la calidad del aire y abogar por medidas que la mejoren.* En Turín (Italia), la iniciativa “Che Aria Respiro” trabaja con niños y cuidadores para que supervisen la calidad del aire, prueben zonas peatonales y participen en actividades de defensa locales.

Movilidad

- *Mapas para mejorar la seguridad vial.* En Ciudad de México, la “Liga Peatonal” ha estudiado los datos existentes sobre accidentes de tráfico para realizar mapas que muestran los cruces peligrosos situados cerca de escuelas y centros de cuidado infantil. Los mapas han generado un gran interés entre la opinión pública y se están utilizando para influir en las decisiones orientadas a mejorar la seguridad vial cerca de las escuelas.

Gestión basada en datos

- *Demostración de intervenciones en barrios concretos.* En Bogotá (Colombia) y Recife (Brasil), se está probando el concepto experimental de zona de protección infantil, que permite evaluar y demostrar mejoras en el ámbito de los espacios públicos y la movilidad para la primera infancia dentro de una zona trazada en torno a un punto central como un centro comunitario o de cuidado infantil.
- *Mapa local de la desigualdad en materia de espacios públicos y servicios para familias.* En el marco de la iniciativa Istanbul95, la Universidad de Kadir Has y TESEV han creado un “atlas social” usando los valores inmobiliarios como indicador sustitutivo de la pobreza.
- *Puesto de “responsable de desarrollo infantil” de la ciudad.* En Tirana (Albania), el alcalde Erion Veliaj ha nombrado a un funcionario que se ocupará de estudiar los efectos que las políticas y los programas de la ciudad tienen en los niños pequeños, así como de asesorar al respecto.

Conclusiones

Estamos aprendiendo mucho. En primer lugar, a hablar de las necesidades específicas de los niños pequeños y sus cuidadores. Nos preocupaba que a las autoridades municipales les diera la impresión de que lo que estábamos haciendo era darles más trabajo, así que tratamos de concentrarnos en las ventajas que ofrecían las iniciativas de Urban95 para toda la ciudad: por ejemplo, ensanchar las aceras y añadir bordillos con rampa resulta útil tanto para los adultos que llevan carritos de bebés como para quienes van en silla de ruedas. Sin embargo, los altos directivos pronto nos dijeron que las iniciativas para la primera infancia gozaban de un amplio apoyo político y que el hecho de conocer mejor sus necesidades ayudaba a fijar objetivos claros.

“Mediante nuestras alianzas con ciudades y el Desafío Urban95, estamos descubriendo numerosas ideas prometedoras, algunas en fase piloto y otras ya implantadas en toda una ciudad.”



△ Foto: Fundación Casa de la Infancia

Hemos descubierto que para satisfacer las necesidades de los niños pequeños, es imprescindible la colaboración eficaz entre las distintas agencias de la ciudad (urbanismo, salud, educación, bienestar social, parques y ocio, y transporte), lo cual a su vez requiere un mandato del más alto liderazgo, que el personal trabaje con entrega y que se compartan los datos. Para conseguir el apoyo político necesario, resulta útil presentar las iniciativas como beneficiosas para todas las familias y no solo para grupos vulnerables específicos. Además, de este modo se evita que se estigmatice a quien utiliza los servicios. La implicación de la comunidad es necesaria para obtener el apoyo público y fomentar un mayor uso y un mejor mantenimiento del espacio público.

Resulta muy útil empezar por cosas pequeñas: los proyectos temporales de rápida ejecución y bajo coste, como pintar las calles con signos y líneas para pedir a los automovilistas que aminoren la velocidad, suelen dar buenos resultados y sirven para recabar apoyos.

Otra estrategia recomendable es salirse de los esquemas habituales y buscar oportunidades para influir en los presupuestos existentes antes de pedir nuevos fondos. En última instancia tenemos que pensar en grande y aspirar a construir barrios adecuados para la primera infancia e incluso libres de coches, donde todos los niños pequeños cuenten con lo que necesitan no solo para sobrevivir sino también para prosperar. En el blog de Project for Public Spaces (2018), recientemente se han citado las palabras de Lewis Mumford: “Olvidémonos de los malditos coches y construyamos ciudades para los enamorados y los amigos”. Nosotros solo añadiríamos: “y para los bebés y sus padres”.

Para más información

Para saber más sobre la labor de Urban95 y las ciudades participantes, visite: www.bernardvanleer.org/urban95. Para aquellos interesados en saber más sobre las diferentes organizaciones y enfoques de investigación, incluimos a continuación algunas sugerencias. Nos encantará conocer otras sugerencias, y en especial sobre aquellas que procedan de otras partes del mundo.

- *Urban95 Starter Kit* (Fundación Bernard van Leer, pendiente de publicación, 2018)
- *Handbook on Child-Responsive Urban Planning* (Unicef, pendiente de publicación, 2018)
- *Space to Grow: Ten principles that support happy, healthy families in a playful, friendly city.* (Gehl Institute, pendiente de publicación, 2018)
- *Mix and Match: Tools to design urban play* (Krishnamurthy y otros, pendiente de publicación, 2018)
- *Play Everywhere Playbook* (KaBOOM!, 2018)
- *Cities Alive: Designing for urban childhoods* (Arup, 2017)
- *Hope Starts Here: Detroit's Community Framework for Brighter Futures* (2017)
- *How Dashboards Can Help Cities Improve Early Childhood Development* (Open Data Institute, 2017)
- *Building Better Cities with Young Children & Families* (8 80 Cities, 2017)
- *Compendium of Best Practices of Child Friendly Cities* (India's National Institute of Urban Affairs, 2017)
- “Can the neighbourhood built environment make a difference in children's development?” (Villanueva y otros, 2015)
- *Global Street Design Guide* (National Association of City Transportation Officials (NACTO), 2015)
- *Niños pequeños, ciudades grandes* (Fundación Bernard van Leer, 2014)
- *Placemaking and the Future of Cities* (Project for Public Spaces, 2012)
- *Ambientes saludables, La primera infancia en perspectiva 8.* (Fundación Bernard van Leer, 2012)
- Child in the City (www.childinthecity.org), un sitio web que cada vez más sirve como punto de enlace para noticias sobre ciudades amigables en todo el mundo
- CityLab (www.citylab.com), una de las fuentes más punteras sobre noticias de tendencias urbanas, políticas e innovaciones, que además dirige una serie financiada por la Fundación en 2018.

Por último, un precioso ensayo sobre planificación urbana desde la perspectiva de un niño pequeño. Ver (en inglés), *Child-friendly cities: what my toddler taught me about city design* (Feldman, 2015).

Referencias

- 880 Cities. (2017). *Building Better Cities with Young Children & Families*. Toronto/La Haya: 880 Cities/Fundación Bernard van Leer. Disponible en: <https://www.880cities.org/wp-content/uploads/2017/11/BvLF-8-80-Cities-Report-Final.pdf> (último acceso en abril de 2018).
- Arup. (2017). *Cities Alive: Designing for urban childhoods*. Londres: Arup. Disponible en: <https://www.arup.com/publications/research/section/cities-alive-designing-for-urban-childhoods> (último acceso en abril de 2018).
- Feldman, E. (2015). *Child-friendly cities: what my toddler taught me about city design*. The Plan. Place Blog. Disponible en: <http://planplaceblog.com/2015/01/20/child-friendly-cities/> (último acceso en abril de 2018).
- Fundación Bernard van Leer. (2012). *Ambientes saludables, La primera infancia en perspectiva 8*. La Haya: Fundación Bernard van Leer. Disponible en: <https://bernardvanleer.org/app/uploads/2016/03/Ambientes-saludables3d6.pdf> (último acceso en abril de 2018).
- Fundación Bernard van Leer. (2014). *Niños pequeños, ciudades grandes, Espacio para la Infancia 42*. La Haya: Fundación Bernard van Leer. Disponible en: <https://bernardvanleer.org/app/uploads/2016/03/Ninos-pequeno-ciudades-grandes.pdf> (último acceso en abril de 2018).
- Gehl Institute. (2018, en imprenta). *Space to Grow: Ten principles that support happy, healthy families in a playful, friendly city*. Nueva York: Gehl Institute.
- KaBOOM! (2018, online). *Play Everywhere Playbook*. Disponible en: <https://kaboom.org/playbook> (último acceso en abril de 2018).
- Murdoch Children's Research Institute. (2014). *The Evidence: What we know about place-based approaches to support children's wellbeing*. Melbourne: Centre for Community Child Health. Disponible en: https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/ccch/CCCH_Collaborate_for_Children_Report_The_Evidence_Nov2014.pdf (último acceso en abril de 2018).
- National Association of City Transportation Officials. (2015). *Global Street Design Guide*. Nueva York: NACTO.
- Project for Public Spaces. (2012). *Placemaking and the Future of Cities*. Nueva York: PPS.
- Project for Public Spaces. (2018). *What is Placemaking? - Public space is for lovers*. Disponible en: <https://www.pps.org/article/public-space-is-for-lovers> (último acceso en abril de 2018).
- Unicef. (2018, en imprenta). *Handbook on Child-Responsive Urban Planning*. Nueva York: Unicef.
- Villanueva, K., Badland, H., Kvalsvig, A., O'Connor, M., Christian, H., Woolcock, G. y otros. (2015). Can the neighbourhood built environment make a difference in children's development? Building the research agenda to create evidence for place-based children's policy. *Academic Pediatrics* 16(1): 10-19.

Se necesita todo una ciudad: la primera infancia como prioridad estratégica en Tel Aviv

Daniella Ben-Attar
*Representante de la
Fundación Bernard van
Leer en Israel*

Cuando empezamos a colaborar con el municipio de Tel Aviv-Yafo en el marco del programa Urban95, nos planteamos qué programas y actividades la municipalidad podría implementar. Desde entonces, hemos llegado a la conclusión de que para lograr el éxito, la escalabilidad y la sostenibilidad de este tipo de programas e iniciativas, antes hay que construir la capacidad organizativa, la voluntad política y los mecanismos necesarios, lo cual exige movilizar a diversos actores para que colaboren en estrategias que abarquen toda la ciudad y crear nuevos mecanismos para el trabajo de día a día. Para nuestra sorpresa, Urban95 está propiciando una transformación estratégica que afecta a todo el municipio.

El programa Urban95 estimula a los urbanistas y las autoridades municipales a ver la vida de la ciudad desde una altura de 95 cm, la estatura media de un niño de 3 años. Las cuestiones que afectan a los niños pequeños que viven en ciudades y a sus familias son competencia de sectores diferentes, pero se deben estudiar en conjunto. La gobernanza urbana para los asuntos relativos a la primera infancia no solo exige la colaboración de distintos departamentos, como los de educación, bienestar y salud, que tienden a trabajar de forma aislada, sino que también tiene que ocuparse de temas como el transporte, la calidad del aire, las infraestructuras y los parques, que afectan a los niños pequeños en mayor medida que a la población general.

Sin embargo, los menores de 5 años suelen ser prácticamente invisibles para las políticas y estrategias municipales. En Tel Aviv, al igual que en otras ciudades israelíes, antes solo se reconocía a los niños como residentes cuando accedían a la enseñanza preescolar reglada a los tres años. Aparte de prestar los servicios básicos del sistema sanitario nacional, ni siquiera se planteaba la cuestión de lo que deberían hacer las ciudades por estos niños. Los urbanistas israelíes han llamado a esta franja de edad “el agujero negro del urbanismo”, pues prácticamente no existen directrices ni normativas al respecto. Así, los padres primerizos no contaban con ninguna ayuda a la hora de organizar el cuidado de los niños, buscar espacios públicos estimulantes y seguros para disfrutar en familia o simplemente moverse por la ciudad con un bebé o un niño pequeño.

Ubicación de Urban95 en el gobierno municipal

Cuando las autoridades municipales tomaron la decisión estratégica de trabajar con el programa Urban95, hubo que decidir dónde situarlo en la estructura



△ Foto: Oded Antman/Fundación Bernard van Leer

del gobierno municipal. Aunque quizás lo lógico habría sido englobarlo en los servicios sociales o de educación, los líderes optaron por incluirlo en el departamento de administración comunitaria, de reciente creación, dado que esto permitía empezar de cero e integrar los diferentes asuntos a nivel comunitario. Este departamento nombró a una gestora de proyectos de Urban95, pagada por la Fundación Bernard van Leer pero trabaja como empleada dentro de la estructura organizativa del gobierno municipal.

Generar sensibilización en otros departamentos municipales

A continuación, había que conseguir que diversos profesionales y líderes comprendieran que estos asuntos les incumbían. Por ejemplo, a los responsables de la ingeniería urbana o de la planificación del transporte les costaba entender que su trabajo podía influir en el desarrollo del cerebro durante la primera infancia. Entre las tareas asignadas a la gestora de Urban95,

se especificaba el trabajo con varios departamentos para lograr que las cuestiones relativas a los niños pequeños se abordaran de forma integrada e intersectorial. Con el apoyo de las autoridades, y junto con el responsable de desarrollo comunitario, se emprendió una gira itinerante a lo largo de la ciudad para presentar el programa Urban95 a las principales partes interesadas de distintos ámbitos urbanos, desde la salud pública hasta la recopilación de datos, pasando por la ingeniería, los parques y el ocio.

Consolidación de un equipo multidisciplinar

Una actividad crucial fue la participación de un equipo interdisciplinar de gestores municipales en el curso ejecutivo de la Universidad de Harvard, sobre cómo gestionar iniciativas en favor de la primera infancia y cómo ampliar su escala, el cual es financiado por la Fundación y tiene una semana de duración. Entre el equipo, dos de ellos son muy influyentes: el responsable de ingeniería urbana y el director de administración comunitaria. La experiencia resultó transformadora, en parte porque no era habitual que altos cargos de diversos departamentos pasaran tanto tiempo juntos y en parte por lo que aprendieron sobre la formación del cerebro y el modo en que el espacio público y la gestión urbana influyen en el desarrollo humano a largo plazo de los niños.

La importancia de dar visibilidad a los bebés y niños pequeños

Entre las primeras iniciativas que se llevaron a cabo, destaca Digitaf (juego de palabras en hebreo que significa “plataforma digital para niños pequeños”), que se añadió a Digitel, la galardonada plataforma online de la ciudad. Digitaf ofrece a los padres una forma ágil de acceder a información sobre servicios como el cuidado infantil, los parques o las clínicas pediátricas. Asimismo, en colaboración con la aplicación móvil Vroom, facilita consejos sobre crianza e incluye traducciones para los solicitantes de asilo en la ciudad. La iniciativa se dio a conocer con carteles repartidos por la ciudad, y más de 5000 padres y niños pequeños invadieron el ayuntamiento cuando el alcalde presentó Digitaf en el evento de lanzamiento. Así, este instrumento no solo ha sensibilizado a la ciudad, sino también al gobierno municipal. En las primeras semanas ya se han emitido más de 18 000 tarjetas para acceder a la plataforma digital.

Sin embargo, a pesar del interés y la buena voluntad que mostraron otros departamentos, no resultaba fácil explicar los conceptos de Urban95. Después del curso de Harvard, donde el equipo se concentró en los espacios públicos, el municipio anunció un presupuesto adicional de 3,5 millones de euros para parques destinados a niños menores de 6 años. El equipo de Urban95 sabía que, para que estos fondos permitiesen favorecer el desarrollo de la primera infancia, no bastaba con comprar material de recreo específico para esta franja de edad, sino que habría que adoptar un enfoque más global que abarcara cuestiones paisajísticas, medioambientales y de implicación cívica. Pero el poder de convicción de las teorías era limitado: quedó claro que los responsables de los departamentos tenían que ver y conocer esos lugares de primera mano.

“Cuando las autoridades municipales tomaron la decisión estratégica de trabajar con el programa Urban95, hubo que decidir dónde situarlo en la estructura del gobierno municipal.”

Movilización de nuevos defensores mediante el aprendizaje entre ciudades

Por petición del equipo de Urban95 de Tel Aviv, la Fundación Bernard van Leer financió una visita de estudio a Copenhague para altos cargos de Tel Aviv de diversos sectores, pues la ciudad danesa se conoce por estar diseñada para las personas y por permitir desplazarse a pie o en bici con comodidad, además de ser una de las mejores del mundo para el desarrollo infantil. En colaboración con varios arquitectos de Gehl y con nuestras contrapartes de Tel Aviv, diseñamos un itinerario y convencimos a las autoridades municipales para que enviaran a Copenhague a varias figuras de primer nivel durante casi una semana.

“La estrategia y las actividades de capacitación de Urban95 han servido para demostrar que el desarrollo de los niños pequeños guarda relación con numerosos ámbitos, con lo que se han abierto nuevos horizontes y han surgido nuevos defensores de la primera infancia en Tel Aviv.”

Tras un intensivo trabajo de seguimiento, se ha observado que el estudio ha dado frutos. El responsable de parques y ocio de Tel Aviv ordenó la construcción del primer parque público de Tel Aviv inspirado en la naturaleza, dotado de un sistema de zonas para sentarse con espacios de arena para fomentar una interacción lúdica entre padres e hijos que favorezca el desarrollo de los pequeños. Por su parte, el jefe del departamento de servicios sociales decidió desarrollar un programa de visitas domiciliarias para madres primerizas en el sistema sanitario municipal y trabajar con la administración comunitaria para conectar las clínicas pediátricas con los centros de la comunidad. Las autoridades municipales se comprometieron a destinar más fondos a esta nueva red integrada de espacios de recreo en los distintos barrios y a actividades de apoyo a los padres, lo que ha permitido contratar a más pedagogos y ofrecer actividades a un precio asequible.

Hacia una estrategia compartida para ampliar la escala

La estrategia y las actividades de capacitación de Urban95 han servido para demostrar que el desarrollo de los niños pequeños guarda relación con numerosos ámbitos, con lo que se han abierto nuevos horizontes y han surgido nuevos defensores de la primera infancia en Tel Aviv. El equipo de Copenhague se convirtió en un comité directivo formal para Urban95, que encabezará una serie de procesos más amplios actualmente en desarrollo con el fin de crear una estrategia y una visión de la ciudad entre una mayor cantidad de partes interesadas.

Al involucrar a figuras de rango medio y a las personas que participarán en la implementación (para crear apoyos ascendentes además de descendentes), se genera una colaboración intersectorial y una responsabilidad conjunta que convierte la primera infancia en una prioridad estratégica para la ciudad y la posibilidad de ampliar la escala se refuerza de forma sostenible.

Efectos permanentes de la nutrición recibida durante los primeros mil días que siguen a la concepción

Jaap Seidell

Profesor de nutrición y salud

Jutka Halberstadt

Profesora adjunta de juventud y estilo de vida

Departamento de Ciencias de la Salud, sección de juventud y estilo de vida, Vrije Universiteit Amsterdam (Países Bajos)

La incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes de tipo II, las enfermedades cardiovasculares y la obesidad está alcanzando dimensiones epidémicas en todo el mundo, y dichos trastornos conllevan un grave deterioro de la calidad de vida y un enorme gasto en asistencia médica. Por ejemplo, en los Países Bajos, donde la población es de 17 millones de personas, aproximadamente 1 millón de adultos padecen diabetes de tipo II, cerca de 4 millones necesitan medicación de por vida para la hipertensión, más de un millón toman estatina a diario para reducir el nivel de colesterol, y casi la mitad de la población tiene sobrepeso u obesidad (Oficina Central de Estadística de los Países Bajos, 2012). El riesgo de padecer estos problemas aumenta cuando el nivel socioeconómico es relativamente bajo. Por lo tanto, es imperativo adoptar medidas de prevención y ocuparse de los individuos y grupos demográficos de mayor riesgo.

La prevención aborda los factores ambientales y conductuales que inciden en estas enfermedades: en concreto, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la ausencia de actividad física y las dietas poco saludables. Todos estos factores, a su vez, se ven muy afectados por el contexto físico, económico y sociocultural asociado a la creciente urbanización y a la globalización de los mercados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que aproximadamente el 80% de las enfermedades crónicas no transmisibles se pueden prevenir si se adopta un estilo de vida más saludable.

La OMS también hace hincapié en la importancia de adoptar un sistema de prevención que abarque toda la vida, desde la concepción. En especial, se considera que los primeros 1000 días de vida (desde la concepción hasta que el pequeño cumple dos años) tienen un efecto crucial en el crecimiento y el desarrollo de los niños que puede llegar a adquirir un carácter permanente (Woo Baidal y otros, 2016). En la Vrije Universiteit Amsterdam, estamos supervisando la eficacia del *Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht* (Programa de Ámsterdam por un Peso Saludable), cuyos primeros resultados son prometedores en cuanto a la reducción de la obesidad y el sobrepeso infantiles. Este enfoque podría replicarse en otros lugares, según un informe reciente publicado por el Centre for Social Justice (2017) en el Reino Unido (véase página 100).



△ Foto: AAGG

Amenazas y oportunidades antes del nacimiento

Cada vez hay mayor consenso en cuanto al hecho de que la nutrición afecta a la salud de los niños incluso antes de la concepción, pues influye en el desarrollo y crecimiento intrauterinos. Por ejemplo, el grado de sobrepeso del padre y de la madre en el momento de la concepción predice en cierta medida la probabilidad de que su futuro hijo padezca ese mismo problema. En parte, esto se debe a la susceptibilidad genética transmitida por los progenitores, pero se ha demostrado que si una mujer obesa adelgaza antes del embarazo, se reduce el riesgo de que sus hijos tengan sobrepeso. El entorno intrauterino puede afectar a la programación metabólica del feto: por ejemplo, la obesidad de la madre podría provocar resistencia a la insulina, poca masa muscular y una tasa metabólica baja, todo lo cual puede hacer que el niño desarrolle una predisposición a la obesidad y la diabetes de tipo II.

Ciertos efectos de la nutrición intrauterina se deben a la acción epigenética de los nutrientes. La epigenesis describe los procesos celulares que determinan si un gen se transcribirá y producirá su correspondiente proteína. Se trata de un tipo concreto de programación metabólica que tiene lugar mediante la metilación del ADN. En este sentido, pueden ser especialmente interesantes los alimentos con nutrientes que aportan metilo, como el ácido fólico y la

colina. Estos cambios epigenéticos pueden tener efectos permanentes e incluso consecuencias transgeneracionales, lo que significa que, por ejemplo, una mala nutrición durante el embarazo no solo afecta a la salud del hijo, sino también a la de los nietos. Recientemente lo ha demostrado un proyecto sobre la hambruna holandesa (Tobi y otros, 2018): más de 70 años después de la Segunda Guerra Mundial, los hijos de aquellas madres que pasaron hambre durante la última fase de la ocupación alemana seguían mostrando cambios epigenéticos en una serie de genes relacionados con el metabolismo energético y la regulación de la glucosa. Conviene seguir investigando este campo tan interesante.

Aparte del sobrepeso de la madre en el momento de la concepción, también tiene efectos negativos el hecho de engordar demasiado *durante* el embarazo. Aumenta la probabilidad de que la gestante padezca hipertensión y diabetes gestacional, lo cual puede derivar en complicaciones obstétricas y un riesgo aún mayor de que el niño sufra enfermedades crónicas en el futuro. Por otro lado, la falta de nutrientes durante el embarazo debido a una mala alimentación de la madre puede retrasar el crecimiento intrauterino, lo cual a su vez podría dificultar el desarrollo de los órganos, con los efectos a largo plazo que esto implica para el metabolismo del niño. Dichos cambios en el metabolismo aumentan el riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares y diabetes de tipo II en el futuro.

Los primeros dos años después del nacimiento también son cruciales

Después del nacimiento, la nutrición sigue siendo importante para el desarrollo y el crecimiento del niño desde el punto de vista mental, físico y social (van Eijsden y otros, 2015; Pietrobelli y otros, 2017). Se considera que la lactancia materna exclusiva durante un periodo mínimo de entre cuatro y seis meses garantiza una nutrición óptima, y conviene seguir dando el pecho junto con los demás alimentos hasta que el pequeño tiene uno o dos años. Para proporcionar a los niños una nutrición óptima después de los seis meses, es fundamental que los alimentos complementarios sean de calidad: deberán ser una buena fuente de nutrientes, como ácidos grasos esenciales, y garantizar una ingesta suficiente de proteínas, vitaminas y minerales, además de ser pobres en azúcares libres. En especial, las bebidas azucaradas parecen fomentar un consumo excesivo de calorías, sobre todo porque no regulan el apetito de manera eficaz. Los primeros años de vida son cruciales para el desarrollo de preferencias gustativas y actitudes duraderas con respecto a ciertas comidas. En esta fase también son importantes las texturas, pues el niño aprende a masticar y tragar alimentos duros y ricos en fibra.

Si el niño engorda demasiado durante su primer año de vida, puede ser indicio de una mayor probabilidad de padecer sobrepeso u obesidad más adelante. Conviene hacer un seguimiento rutinario de la evolución del crecimiento y el peso que permita detectar patrones de alto riesgo e intervenir pronto con el fin de evitar problemas en el futuro. De todas formas, no solo la dieta es

“Ya ha quedado claro que la nutrición durante los primeros mil días de vida resulta primordial para la salud y el bienestar de los niños en el futuro.”

importante: también la falta de actividad física, la privación del sueño crónica y el frecuente consumo de antibióticos pueden hacer que aumente el riesgo de obesidad.

El efecto de los antibióticos señala lo importante que puede llegar a ser la flora intestinal, cuya composición depende en gran parte de la nutrición. Se considera que los productos ricos en fibra tienen efectos beneficiosos sobre la diversidad de las bacterias intestinales y tanto los prebióticos como los probióticos pueden tener efectos positivos en el crecimiento y desarrollo de los niños. Los estudios sobre este tema están evolucionando con rapidez y tal vez permitan tomar medidas eficaces para prevenir las enfermedades crónicas en el futuro.

Iniciativas conjuntas para garantizar una primera infancia saludable

Si bien aún no se han desentrañado a fondo los mecanismos subyacentes, ya ha quedado claro que la nutrición durante los primeros mil días de vida resulta primordial para la salud y el bienestar de los niños en el futuro. Tanto en las políticas de salud pública como en las prácticas de obstetricia y atención sanitaria de los más pequeños, debería ser prioritario garantizar una alimentación óptima durante esta fase de la vida tan crucial.

Conclusiones del Programa de Ámsterdam por un Peso Saludable

Extractos editados y resumidos por *Espacio para la Infancia* sacados del informe sobre la obesidad infantil en Inglaterra *Off the Scales: Tackling England's childhood obesity crisis*, publicado por el Centre for Social Justice en diciembre de 2017.

Entre 2013 y 2017, los índices de sobrepeso y obesidad infantiles en Ámsterdam disminuyeron en un 12% en la población infantil en su conjunto y en un 18% entre los niños más desfavorecidos. El *Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht* o AAGG (Programa de Ámsterdam por un Peso Saludable) merece atención, pues dos de los principales factores a los que debe su éxito se pueden replicar en otros países: el liderazgo político y la adopción de un enfoque colectivo que abarque los sistemas en su conjunto.

Lo más relevante que hay que aprender de este programa no tiene que ver con las intervenciones concretas que se han implantado, pues estas se basaban en lo que era apropiado y factible en Ámsterdam y en los barrios en que se centraba la iniciativa. Lo más interesante es la forma de poner en marcha el programa, su liderazgo político y el éxito de su enfoque, que abarcaba los sistemas en su totalidad.

En 2012, el concejal y teniente de alcalde de Ámsterdam Eric van der Burg reunió a los líderes políticos del municipio con el compromiso de hacer algo ambicioso con una misión clara. En 2013 se lanzó el AAGG con el objetivo de ayudar a las familias a gozar de un mejor estado de salud mediante la intervención de profesionales y organizaciones que trabajan con niños o influyen de forma significativa en su estilo de vida. En lugar de adoptar un enfoque basado en tratamientos, el AAGG se centra en intervenciones integrales, intersectoriales e interdepartamentales que implican a políticos, autoridades locales, escuelas, profesionales sanitarios, organismos de planificación, organizaciones deportivas, comunidades y barrios, entidades benéficas y empresas.

Los principios clave del programa son el liderazgo político, el hincapié en el impacto social, el enfoque integral, el desarrollo del aprendizaje orientado basado en la supervisión continua, y el valor otorgado a los profesionales y a la formación de estos. Las intervenciones tienen lugar durante los primeros 1000 días de vida (desde la concepción hasta los 2 años de edad), en las escuelas (desde la enseñanza preescolar hasta la secundaria), en barrios (con iniciativas orientadas a sectores concretos y supervisión de los resultados) y mediante la creación de entornos saludables (por ejemplo, con proyectos de urbanismo y la regulación del sector alimentario con medidas como la restricción del marketing de productos poco saludables destinado al público infantil).

Se había observado que la mayoría de las familias con niños obesos o con sobrepeso solían tener numerosos problemas y presentar necesidades muy complejas, así que para combatir la obesidad infantil no bastaba con lograr que los pequeños comieran mejor e hicieran más ejercicio. Había que abordar las complejas cuestiones sociales ocultas tras los comportamientos nocivos, como los problemas de salud mental, la pobreza y la falta de educación.

En el compromiso inicial para reducir la obesidad infantil no se mencionaba la financiación: una decisión deliberada del concejal Eric van der Burg, que consideraba que la clave del éxito estaba en empezar por encontrar, reunir y aprovechar los recursos existentes de los distintos departamentos y sectores. En primer lugar, se recopilaron los proyectos existentes liderados por comunidades, escuelas, gobiernos locales y barrios, para saber qué servicios estaban ya disponibles. El único coste que hubo que asumir al principio fue el necesario para contratar en cada departamento participante un gestor de proyectos o programas. Al no poner un precio al proyecto desde el principio, hubo tiempo para elaborar una relación de las oportunidades y servicios ya existentes. A continuación, se aportó toda la financiación necesaria según lo observado, teniendo en cuenta las lagunas detectadas. Una de las

características clave del AAGG es la recopilación de las intervenciones y los programas existentes, para luego tomar medidas que cubran las carencias detectadas.

Para diseñar un plan eficaz a largo plazo e independiente de los ciclos políticos, el gestor del programa formó un equipo interdepartamental encargado de crear un modelo y plan vicenal. Las instituciones científicas y docentes desempeñan un papel crucial: el principio por el que se guía el programa es “aprender haciendo y hacer aprendiendo”. La Vrije Universiteit Amsterdam está creando instrumentos de supervisión externos para garantizar que el seguimiento de los resultados se lleve a cabo de forma independiente. El programa y el enfoque han cambiado constantemente desde el comienzo de la iniciativa, lo cual se considera positivo, pues estamos ante un proceso iterativo en el que se van mejorando con el tiempo las intervenciones y, en caso de necesidad, se añaden otras nuevas.

Ejemplos de intervención del AAGG: los primeros 1000 días

El programa tiene en cuenta la importancia de los primeros 1000 días de vida (desde la concepción hasta los 2 años de edad), sin olvidar la influencia de la salud de la madre en la del hijo durante el embarazo, y proporciona ayuda principalmente de tres formas:

- 1 **Información** Todos los progenitores o futuros progenitores de Ámsterdam (desde el embarazo hasta que el niño cumple 4 años) reciben información sobre nutrición saludable para todas las etapas de la vida del pequeño.
- 2 **Atención conectada** Todas las embarazadas y los progenitores de niños pequeños tienen citas periódicas con profesionales sanitarios (matronas, enfermeros pediátricos, etc.). Estos profesionales acuerdan una forma de trabajar juntos y comparten entre ellos y con los progenitores la información necesaria. Se presta especial atención a la detección de (un mayor riesgo de) sobrepeso y obesidad antes de los 2 años de edad.
- 3 **Comunidades saludables** Durante el embarazo y la primera infancia, la red informal de familias de la comunidad es importantísima y sumamente útil, así que se ofrece formación sobre estilos de vida saludables a una serie de personas clave de estas redes y se las invita a organizar actividades.

Entre las intervenciones durante los primeros 1000 días de vida, cabe señalar las siguientes:

- una aplicación sobre el crecimiento muy popular que incluye también información sobre comportamientos saludables durante el embarazo
- aportaciones de profesionales sanitarios para personalizar programas de orientación para futuros padres y madres

- seguimiento de niños para detectar el riesgo de obesidad y ayuda adicional para las familias afectadas
- ayuda durante dos años por parte de enfermeros a las madres más desfavorecidas y adolescentes
- creación de un curso nuevo durante el embarazo para las mujeres más desfavorecidas
- mayor acceso a programas e información sobre ejercicio físico para niños pequeños
- visitas domiciliarias durante el embarazo
- estrategia de “pacto por un peso saludable”, en la que intervienen las matronas
- investigación con adolescentes, para estudiar la mejor forma de ayudar a las madres durante el embarazo dentro y fuera de la consulta del médico.

Referencias

Centre for Social Justice. (2017). *Off the Scales: Tackling England's childhood obesity crisis*. Londres: Centre for Social Justice. Disponible en: <https://www.centreforsocialjustice.org.uk/core/wp-content/uploads/2017/12/CSJ-Off-The-Scales-Obesity-Report.pdf> (último acceso en marzo de 2018).

Pietrobelli, A., Agosti, M., y el MeNu Group. (2017). Nutrition in the first 1000 days: ten practices to minimize obesity emerging from published science. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 14(12): 1491.

Statistics Netherlands (CBS). (2012, online). More people overweight. Disponible en: <https://www.cbs.nl/en-gb/news/2012/27/more-people-overweight> (último acceso en febrero de 2018).

Tobi, E.W., Slieker, R.C., Luijk, R., Dekkers, K.F., Stein, A.D., Xu, K.M. y otros. (2018). DNA methylation as a mediator of the association between prenatal adversity and risk factors for metabolic disease in adulthood. *Science Advances* 4(1): eaao4364.

Van Eijsden, M., Meijers, C.M., Jansen, J.E., de Kroon, M.L. y Vrijkotte, T.G. (2015). Cultural variation in early feeding pattern and maternal perceptions of infant growth. *British Journal of Nutrition* 114(3): 481–8, DOI: 10.1017/S0007114515000951.

Woo Baidal, J.A., Locks, L.M., Cheng, E.R., Blake-Lamb, T.L., Perkins, M.E. y Taveras, E.M. (2016). Risk factors for childhood obesity in the first 1,000 days: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 50(6): 761–79.

PANORÁMICA SOBRE TEMAS DE ACTUALIDAD

Contaminación y desarrollo infantil

Philip J. Landrigan

Profesor de pediatría y medicina ambiental, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, Nueva York (EE. UU.)¹

La contaminación constituye hoy la principal causa de enfermedades y muertes a escala global: provoca 9 millones de defunciones al año –lo que supone un 16% del total mundial, y el triple que el SIDA, la tuberculosis y la malaria juntos– (Landrigan y otros, 2018). En muchos lugares del planeta, la contaminación va en aumento.

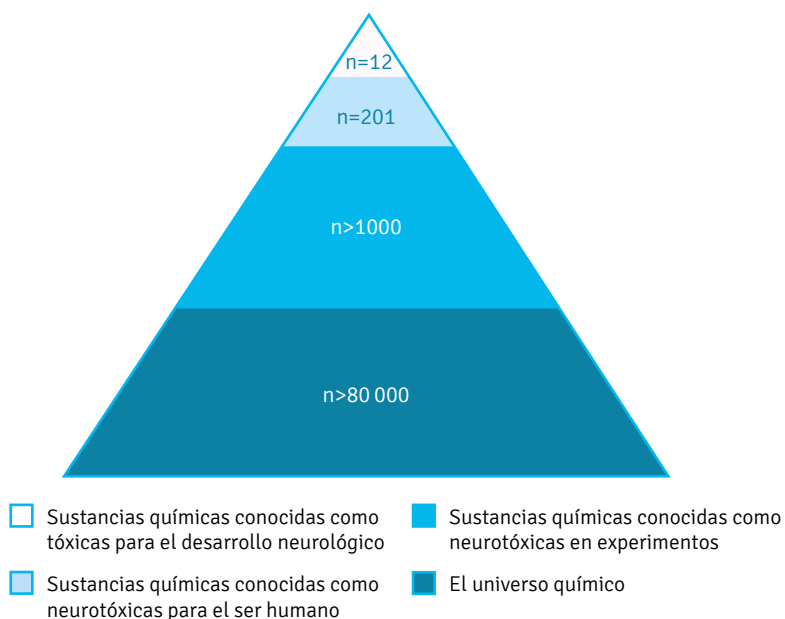
Este problema también es una importante causa de discapacidades del desarrollo: lesiones que perjudican la salud y la capacidad de aprendizaje de los niños, además de reducir sus ingresos a lo largo de la vida. La exposición a la contaminación durante los primeros 1000 días de vida (desde la concepción hasta los 2 años de edad) resulta especialmente peligrosa, pues en esta fase del crecimiento los órganos atraviesan complejos procesos de desarrollo que se pueden ver trastornados con facilidad. Durante estos primeros 1000 días, incluso unos niveles de contaminación bajos pueden retrasar el crecimiento, aumentar el riesgo de enfermedades y provocar daños duraderos en el cerebro, los pulmones, los órganos reproductivos y el sistema inmunológico (Landrigan y Etzel, 2013).

La contaminación atmosférica, sobre todo la formada por partículas finas, constituye un peligro en todo el mundo. Si una madre se ve expuesta a dichas partículas durante el embarazo, es posible que el cerebro del niño sufra lesiones que lleven a una disminución de la inteligencia, una menor capacidad de atención y un mayor riesgo de trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (Perera y otros, 2014). Asimismo, aumenta el riesgo de nacimiento prematuro o con bajo peso, otros dos factores que pueden provocar discapacidades del desarrollo (Woodruff y otros, 2007). Cuando la exposición a la contaminación atmosférica tiene lugar durante la primera infancia, los pulmones sufren daños que se traducen en asma, pulmonías y enfermedades pulmonares crónicas (Gauderman y otros, 2015).

La contaminación química es otro factor de riesgo. En los últimos 50 años se han inventado más de 140 000 sustancias químicas y pesticidas, y embarazadas y niños pequeños se ven expuestos a diario a los productos químicos presentes en el aire, el agua, los bienes de consumo y los alimentos (Landrigan y Goldman, 2011). En las supervisiones rutinarias se detectan cientos de contaminantes químicos en los cuerpos de todas las personas (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2017). Hay sustancias químicas de uso habitual que son tóxicas para el desarrollo de los niños y, como no existe una legislación severa al respecto, otros cientos de productos no se han sometido aún a pruebas para garantizar que sean inocuos, por lo que se desconocen sus efectos reales sobre la salud infantil (Landrigan y Goldman, 2011).

¹ El profesor Landrigan fue copresidente de la Comisión sobre Contaminación y Salud de *The Lancet* desde 2015 hasta 2017.

Los contaminantes neurotóxicos (sustancias químicas que provocan daños silentes en el cerebro de los niños) constituyen una amenaza especialmente grave (Grandjean y Landrigan, 2014), como ocurre con el plomo. Basta exponerse a niveles muy bajos durante la gestación y la primera infancia para sufrir las consecuencias: reducción del cociente intelectual y de la capacidad de aprendizaje en la infancia, aumento de la delincuencia en la adolescencia y mayor riesgo de cometer crímenes violentos en la edad adulta (Needleman y otros, 1979). La exposición temprana a otros contaminantes neurotóxicos como los pesticidas organofosforados, el mercurio, los materiales ignífugos bromados y las sustancias químicas de los plásticos (ftalatos y bisfenol A) está asociada a dificultades de aprendizaje, el TDAH, los trastornos del comportamiento y el autismo. Una cuestión importante aún por resolver es si hay más sustancias químicas que se usan actualmente y cuyo riesgo para la salud infantil no esté reconocido porque no se han realizado pruebas (Grandjean y Landrigan, 2014).



◁
Figura 1 Lagunas en cuanto al conocimiento de las sustancias químicas neurotóxicas
 Fuente: *The Lancet*

De los miles de sustancias químicas disponibles en el mercado, solo 12 han revelado su neurotoxicidad para el desarrollo de los niños, pero otras 200 pueden ser neurotóxicas para trabajadores adultos, y 1000 se han revelado como neurotóxicas en experimentos con animales. Desconocemos cuántas de las sustancias químicas de uso habitual que aún no se han sometido a pruebas son perjudiciales para el cerebro infantil.

El gran peligro de la exposición a la contaminación en la primera infancia es que puede socavar el trabajo realizado en favor del desarrollo de los niños mediante la mejora de la nutrición, el aprendizaje temprano y la atención sanitaria. Dado que la contaminación reduce el potencial de aprendizaje de



△ Foto: *The Lancet*

los pequeños y su capacidad de desarrollarse y crecer, los condena a padecer enfermedades y a vivir en la pobreza durante generaciones.

La Comisión sobre Contaminación y Salud de *The Lancet* ha hecho un llamamiento a los alcaldes y jefes de Estado, así como a las organizaciones internacionales, benéficas y de la sociedad civil para que aborden el tan descuidado problema global de la contaminación y para que consideren prioritaria la prevención de las discapacidades que esta provoca (Landrigan y otros, 2018). Ya existen los instrumentos necesarios para controlar la contaminación, se han implantado a gran escala y han demostrado ser rentables; ahora se pueden utilizar en todo el mundo. La batalla por el control de la contaminación se puede ganar. Es vital para proteger la salud de los niños de hoy y el bienestar de las generaciones futuras.

Referencias

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (en Internet). Programa nacional de biovigilancia. Disponible en: <https://www.cdc.gov/biomonitoring/> (último acceso en diciembre de 2017).

Gauderman, W.J., Urman, R., Avol, E., Berhane, K., McConnell, R., Rappaport, E. y otros. (2015). Association of improved air quality with lung development in children. *New England Journal of Medicine* 372(10): 905-13.

Grandjean, P. y Landrigan, P.J. (2014). Neurobehavioural effects of developmental toxicity. *The Lancet Neurology* 13(3): 330-38.

Landrigan, P.J. y Etzel, R.A. (eds.). (2013). *Textbook of Children's Environmental Health*. Nueva York: Oxford University Press.

Landrigan, P.J., Fuller, R., Acosta, N.J.R., Adeyi, O., Arnold, R., Basu, N. y otros. (2018). Comisión sobre Contaminación y Salud de *The Lancet*. *The Lancet* 391(10119): 462-512, DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32345-0.

Landrigan, P.J. y Goldman, L.R. (2011). Children's vulnerability to toxic chemicals: a challenge and opportunity to strengthen health and environmental policy. *Health Affairs* 30: 842-50.

Needleman, H.L., Gunnoe, C., Leviton, A., Reed, R., Peresie, H., Maher, C. y Barrett, P. (1979). Deficits in psychologic and classroom performance of children with elevated dentine lead levels. *New England Journal of Medicine* 300(13): 689-95.

Perera, F.P., Chang, H., Tang, D., Roen, E.L., Herbstman, J., Margolis, A. y otros. (2014). Early-life exposure to polycyclic aromatic hydrocarbons and ADHD behavior problems. *PLoS One* 9: e111670.

Woodruff, T. J., Darrow, L. A. y Parker, J. D. (2007). Air pollution and postneonatal infant mortality in the United States, 1999-2002. *Environmental Health Perspectives* 116: 110-15.

Por qué el agua, el saneamiento y la higiene son fundamentales para el desarrollo de los niños pequeños

Amy Keegan

*Oficial de políticas,
WaterAid, Londres
(Reino Unido)*

WaterAid es una organización internacional sin ánimo de lucro que lucha por que todas las personas, vivan donde vivan, tengan acceso a agua limpia, aseos decentes y una buena higiene. Cada año cambiamos la vida de millones de personas. Pero ¿por qué estas cuestiones son especialmente relevantes para el desarrollo en la primera infancia? El acceso al agua, al saneamiento y a la higiene (WASH) es imprescindible para la salud de los niños. Los servicios WASH no solo mejoran de inmediato la dignidad y la seguridad de los pequeños y de las madres, sino que también aportan beneficios socioeconómicos y para la salud a largo plazo.

Muchas veces los efectos positivos de una intervención sanitaria para los niños en un área se ven mermados por la falta de WASH en otra. Por ejemplo:

- Los programas de nutrición suelen centrarse en la ingestión de alimentos y sustancias nutritivas, sin tener en cuenta factores que dificultan la absorción de dichas sustancias, como la diarrea recurrente, los parásitos intestinales y otras infecciones entéricas relacionadas con la contaminación del agua y la falta de higiene (Cumming y Cairncross, 2016).
- Las intervenciones orientadas a reducir la mortalidad en recién nacidos y madres tienden a centrarse en aumentar la atención obstétrica de emergencia y la cantidad de partos realizados en instalaciones concebidas para ello, pero con frecuencia las parturientas y los bebés se ven expuestos a infecciones potencialmente letales debido a la falta de higiene en instalaciones que carecen de requisitos básicos como el agua corriente limpia. En los países de renta media y baja, el 38% de las instalaciones sanitarias carecen de una fuente de agua básica (Organización Mundial de la Salud y Unicef, 2015).
- A veces se eliminan los parásitos de los niños, pero estos se vuelven a infectar constantemente debido a las malas condiciones de WASH en las escuelas y en casa (Danaei y otros, 2016).

La sostenibilidad de los servicios WASH en las viviendas, comunidades, instalaciones sanitarias y escuelas es un pilar fundamental sobre el que descansan prácticamente todos los aspectos del desarrollo de la primera infancia. Para fomentar el desarrollo de niños y madres sanos y felices, es imprescindible que estos servicios se consideren un componente clave de los programas destinados a la primera infancia.

Si queremos ayudar a la primera infancia con sistemas intersectoriales más eficaces, hay que mejorar la forma de compartir experiencias de integración. A continuación describimos dos casos prácticos en los que WaterAid contribuye a mejorar la integración de los servicios WASH en programas y políticas de salud y nutrición. Estamos aprovechando nuestra experiencia para abogar por que los gobiernos y donantes inviertan en estrategias integrales que mejoren de forma sostenible la salud de los niños.

Nepal: integración de la higiene en programas de inmunización

En 2014, WaterAid ayudó al Ministerio de Sanidad de Nepal a lanzar un proyecto piloto en cuatro distritos para incorporar el fomento de la higiene en los programas de inmunización. Se organizaron sesiones con juegos basados en factores emocionales que influyen en el comportamiento (como los cuidados afectivos, la filiación, el asco y el estatus social), con el objetivo de cambiar la norma en aspectos como la lactancia materna exclusiva, el lavado de las manos con jabón, la higiene alimentaria, la gestión de las heces y el tratamiento del agua para la leche. Un total de 38 000 cuidadores participaron en las sesiones, a cargo de 2200 voluntarias de la comunidad formadas para ello.

Según una evaluación independiente, la intervención sirvió para mejorar todos los comportamientos higiénicos clave, que pasaron del 2% al 54%. La presencia de diarrea pasó del 20% en el estudio previo a la intervención al 5% durante el seguimiento. Ahora el gobierno apuesta por implantar el programa a escala nacional.



△ Foto: Ernest Randriarimalala/WaterAid

Madagascar: integración de los servicios WASH y la política de nutrición

En Madagascar, casi la mitad de los menores de 5 años presentan retrasos en el crecimiento; cerca de la mitad de la población carece de acceso a agua potable; y el 90% no dispone de saneamiento (OMS y Unicef, 2017). Se calcula que el 50% de los casos de desnutrición derivan de diarreas recurrentes, parásitos intestinales y otras infecciones provocadas directamente por la insuficiencia de WASH (Prüss-Üstün y otros, 2008). Por eso la tercera fase del plan de acción nacional por la nutrición (2017–2021) del gobierno de Madagascar pone en marcha un sistema multisectorial con varias partes interesadas para mejorar los mecanismos de coordinación entre los servicios WASH y la nutrición, así como para hacer converger las intervenciones en un marco de resultados común.

Con el fin de reforzar y acelerar estas iniciativas nacionales, el movimiento para el fomento de la nutrición SUN y la alianza Saneamiento y Agua para Todos (SWA) unen sus fuerzas en una colaboración global sobre nutrición y WASH centrada en actividades de defensa y en la definición y puesta en común de buenas prácticas. Los miembros de la alianza, entre los que se encuentra WaterAid, han apoyado la iniciativa con nuevos informes de defensa, como *The Recipe for Success* (WaterAid y otros, 2017) y *Los ingredientes que faltan* (WaterAid y SHARE, 2016), que sugieren un kit de herramientas para la integración de los servicios WASH y la nutrición.

WaterAid también forma parte de la coalición Baby WASH (babywashcoalition.org), que aboga por una mayor integración de los programas, las políticas y la financiación en las áreas del WASH, el desarrollo de la primera infancia, la nutrición y la salud de madres, niños y recién nacidos.

Referencias

- Cumming, O. y Cairncross, S. (2016). Can water, sanitation and hygiene help eliminate stunting? Current evidence and policy implications. *Maternal and Child Nutrition* 12 (Supl. 1): 91–105, DOI: 10.1111/mcn.12258.
- Danaei, G., Andrews, K.G., Sudfield, C.R., Fink, G., Charles McCoy, D., Peet, E. y otros. (2016). Risk factors for childhood stunting in 137 developing countries: a comparative risk assessment analysis at global, regional, and country levels. *PLoS Medicine* 13(11): e1002164, DOI:10.1371/journal.pmed.1002164.
- Organización Mundial de la Salud y Unicef. (2015). *Water, sanitation and hygiene in health care facilities: Status in low- and middle-income countries and way forward*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-health-care-facilities/en/ (último acceso en febrero de 2018).
- Organización Mundial de la Salud y Unicef. (2017). *Progresos en materia de agua potable, saneamiento e higiene: informe de actualización de 2017 e indicadores de referencia de los ODS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Unicef. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/index_96611.html (último acceso en febrero de 2018).
- Prüss-Üstün, A., Bos, R., Gore, F. y Bartram, J. (2008). *Safer Water, Better Health: Costs, benefits and sustainability of interventions to protect and promote health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43840/1/9789241596435_eng.pdf (último acceso en febrero de 2018).
- WaterAid, Acción contra el Hambre y SHARE. (2017). *The Recipe for Success: How policy-makers can integrate water, sanitation and hygiene into actions to end malnutrition*. Disponible en: https://washmatters.wateraid.org/sites/g/files/jkxoof256/files/The_recipe_for_success_English.pdf (último acceso en febrero de 2018).
- WaterAid y SHARE (2016). *Los ingredientes que faltan: los responsables de la formulación de políticas, ¿están haciendo lo suficiente en cuanto a agua, saneamiento e higiene para erradicar la malnutrición?* Disponible en: https://washmatters.wateraid.org/sites/g/files/jkxoof256/files/The_missing_ingredients_Spanish_0916.pdf (último acceso en febrero de 2018).

Un avance tangible en la ayuda de las empresas al cuidado infantil: de los estudios a las medidas concretas

Carmen Niethammer
Responsable del programa para mujeres trabajadoras, International Finance Corporation (IFC) Sri Lanka

Roshika Singh
Especialista en igualdad de género en el mundo laboral, IFC India

Tanto en los países en desarrollo como en el mundo desarrollado, cuando nace un hijo no resulta fácil acceder a un servicio de cuidado infantil fiable y de calidad, con lo que los padres y las madres tienen que tomar una decisión difícil: seguir trabajando o bien optar por ocuparse ellos mismos de los pequeños. El estudio de International Finance Corporation sobre las ventajas de ayudar a los empleados con el cuidado infantil (IFC, 2017) demuestra el papel crucial que pueden desempeñar las empresas para superar esta dificultad con una propuesta de valor en la que salen ganando las cuatro partes implicadas: los niños, los progenitores, los empleadores y la economía. Pero ¿qué hay que hacer para marcar de verdad la diferencia en las ayudas al cuidado infantil por parte de los empleadores?

Los motivos comerciales por los que conviene ofrecer ayudas al cuidado infantil son diferentes según los casos. Veamos varios ejemplos:

- A los bancos les interesa conservar al personal cualificado, que por lo general ha tejido excelentes relaciones con los clientes a lo largo de los años. Las políticas de cuidado infantil ayudaron a reducir a menos de la mitad la tasa de rotación entre las empleadas de Bank of Tokyo–Mitsubishi UFJ en Japón (del 6% en 2007 al 2,4% en 2016), lo que se calcula que supuso un ahorro de 45 millones de dólares en gastos de contratación y sustitución.
- En el sector manufacturero, interesa que el personal sea puntual y que no cometa errores debido a preocupaciones relacionadas con los hijos. En Jordania, el productor de ropa MAS KREEDA logró numerosas ventajas al ofrecer un servicio de cuidado infantil en el lugar de trabajo: una mayor estabilidad en las líneas de producción, una reducción del 9% en la cantidad de ausencias por enfermedad en solo unos meses, un fortalecimiento de las relaciones con los compradores internacionales, y una mejora de su reputación como “empleador preferido” para las mujeres del lugar. Según el CEO de la fábrica, la guardería, que inicialmente se consideraba un gasto, resultó ser una fuente de beneficios.
- En las empresas tecnológicas, conviene evitar que un miembro de la plantilla esté inactivo durante mucho tiempo, pues dada la rápida evolución del sector, sus conocimientos se quedan desfasados pronto. Mindtree¹, una empresa india de tecnología de la información, decidió ofrecer un centro de cuidado infantil en el lugar de trabajo, cuidadores de emergencia y ayuda económica a los padres y las madres con turnos de noche. De este modo, la proporción de mujeres entre los nuevos empleados pasó del 26% al 31% en dos años. En palabras de uno de los padres: “Me ofrecieron un salario un 30% más alto en otra empresa,

¹ Para obtener más información, vea el vídeo Creating Markets de IFC de 2017 sobre cómo consigue Mindtree retener a las trabajadoras que cogen la baja de maternidad. <https://www.youtube.com/watch?v=ZonpyxaZUWE> (último acceso en marzo de 2018).



△ Foto: IFC India

pero rechacé la oferta para quedarme en Mindtree, donde puedo ver a mi hijo pequeño dos o tres veces al día en la guardería que tenemos en el trabajo”.

Las empresas están obligadas por ley a ayudar con el cuidado de los niños pequeños en 11 de las 50 economías analizadas por el programa sobre mujeres, empresas y legislación del Grupo del Banco Mundial: Brasil, Chile, Ecuador, India, Iraq, Japón, Jordania, Países Bajos, Turquía, Ucrania y Vietnam (Banco Mundial, 2017). En la India, en 2017 se aprobó una ley de prestaciones por maternidad que obliga a las empresas con más de 50 empleados a ofrecer un servicio de guardería en el lugar de trabajo. Ahora las empresas buscan consejos sobre cómo elegir la mejor estrategia al respecto según sus necesidades, e IFC se ha aliado con un proveedor de servicios de cuidado infantil y otros colaboradores para realizar un sondeo con el fin de conocer mejor las dificultades y oportunidades que se encuentran los empleadores y para diseñar estrategias de financiación e implementación de servicios de cuidado infantil de calidad.

Sabemos que las mejores empresas deciden ofrecer soluciones de cuidado infantil a su plantilla cuando se dan cuenta de los beneficios que obtienen con ello, como el hecho de respetar las normativas. La clave para medir el éxito será si el sector privado (en colaboración con el gobierno) es capaz de ofrecer soluciones de cuidado infantil asequibles, seguras, fiables y accesibles para todas las familias, incluidas las que trabajan en la economía informal.

Referencias

Grupo del Banco Mundial. (2017). *Enabling Childcare Services in the Private Sector. Women, Business and the Law 2017*. Washington D.C.: Banco Mundial. Disponible en: http://wbl.worldbank.org/~media/WBG/WBL/Documents/Reports/2017/WBL2017_ChildCare.pdf (último acceso en marzo de 2018).

International Finance Corporation (IFC). (2017). *Tackling Childcare: The business case for employer-supported childcare*. Washington D.C.: IFC. Disponible en: www.ifc.org/tacklingchildcare (último acceso en marzo de 2018).

El cuidado infantil desde el punto de vista de las trabajadoras de la economía informal

Rachel Moussié

Vicedirectora del programa de protección social de Mujeres en Empleo Informal: Globalizando y Organizando (WIEGO), París (Francia)

Las trabajadoras de la economía informal de todo el mundo han exigido servicios públicos de cuidado infantil de calidad mediante una campaña organizada por la red de investigación, intervención y políticas WIEGO (Mujeres en Empleo Informal: Globalizando y Organizando).¹ La campaña fue fruto de una investigación realizada en cinco ciudades –Belo Horizonte (Brasil), Accra (Ghana), Ahmedabad (India), Durban (Sudáfrica) y Bangkok (Tailandia)– donde se realizaron entrevistas a trabajadoras de organizaciones de representantes de la economía informal que revelaron el alcance de la necesidad de servicios públicos de cuidado infantil de calidad (Alfers, 2016).

El empleo informal constituye más de la mitad del trabajo no agrícola en el Sur Global y hay más mujeres que hombres que desempeñan su actividad en la economía informal en el Asia meridional (83%), el África subsahariana (74%) y América Latina (54%) (Vanek y otros, 2014). Dada la magnitud de la economía informal, en WIEGO partimos del punto de vista de quienes trabajan de esta forma y las batallas diarias que afrontan para ganarse la vida. Estas trabajadoras quieren ofrecer un futuro mejor a los niños, pero les resulta difícil encontrar los recursos y el tiempo necesarios para cuidarlos debido a sus largos horarios laborales, bajos ingresos y malas condiciones de trabajo. Como desempeñan su actividad de manera informal, carecen de todo tipo de protección durante la maternidad y se ven obligadas a trabajar aunque sus hijos tengan solo unas semanas de vida. Al centrarnos en las trabajadoras de la economía informal, también llegamos a algunos de los niños más marginados de los entornos urbanos.

En nuestro estudio hemos analizado la forma de organizar el cuidado de los niños de 159 mujeres de la economía informal de cinco ciudades, como empleadas del hogar, vendedoras ambulantes y de mercados, recogedoras de basura y quienes trabajan desde casa. Todas ellas tenían a su cargo niños menores de siete años (el 82,5% eran madres; el 15%, abuelas; y el 2,5%, tías). La forma de organizar el cuidado de los pequeños dependía de varios factores: el marco institucional de cada país al respecto, las normas socioculturales y las diferencias entre una trabajadora y otra (por ejemplo, en cuanto a nivel de ingresos) y entre grupos de trabajadoras.

Por ejemplo, en Belo Horizonte, las recogedoras de basura a las que entrevistamos recurren al servicio público de cuidado infantil, mientras que en Durban y Accra las vendedoras optan por servicios informales no regulados o bien se llevan a sus hijos a los mercados si los centros de cuidado infantil son caros o de baja calidad. En los entornos urbanos llenos de gente, si las mujeres van al trabajo con los niños, estos ven peligrar su salud y desarrollo además de suponer una distracción para ellas, con

¹ Para obtener más información acerca de la campaña de WIEGO sobre cuidado infantil, visite: <http://www.wiego.org/wiego/wiego-child-care-campaign>



△ Foto: Paula Bronstein/Getty Images Reportage

la consiguiente pérdida de ingresos. En Ahmedabad, las mujeres que pertenecen a la Asociación de Autónomas (SEWA) tienen acceso a una cooperativa de cuidado infantil que se adapta a su horario laboral y proporciona servicios sanitarios y educativos, además de comida nutritiva (Moussié, 2017).

El estudio ha echado por tierra el mito de que las trabajadoras de la economía informal siempre cuentan con parientes para cuidar a los niños pequeños cuando ellas están ocupadas. En realidad, son reticentes a dejarlos en manos de familiares o vecinos porque les preocupa su seguridad en ciudades atestadas de gente y temen que no reciban los estímulos y cuidados que necesitan. Además, se espera que paguen a los cuidadores con dinero o en especie. El estudio de WIEGO demuestra que, para garantizar el desarrollo positivo de la primera infancia, hay que tener en cuenta las necesidades de los niños y de las trabajadoras de la economía informal.

Referencias

Alfers, L. (2016). *Our Children do not get the Attention they Deserve: A synthesis of research findings on women informal workers and child care from six membership-based organizations*. Durban: WIEGO. Disponible en: <http://www.wiego.org/sites/wiego.org/files/publications/files/Alfers-Child-Care-Initiative-Full-Report.pdf> (último acceso en febrero de 2018).

Moussié, R. (2017). *Mobilización de las mujeres en empleo informal por el cuidado infantil*. Cambridge (Massachusetts): WIEGO. Disponible en: <http://www.wiego.org/sites/default/files/publications/files/Moussié%CC%81-Mobilizing-for-Child-Care-Spanish.pdf> (último acceso el 28 de febrero de 2018).

Vanek, J., Chen, M., Carré, F., Heintz, J. y Hussmanns, R. (2014). *Statistics on the Informal Economy: Definitions, regional estimates and challenges*. Documento de trabajo de WIEGO N.º 2. Cambridge (Massachusetts): WIEGO. Disponible en: <http://www.wiego.org/sites/default/files/publications/files/Vanek-Statistics-WIEGO-WP2.pdf> (último acceso el 28 de febrero de 2018).

IDELA: potenciando la evidencia centrada en los niños para cambiar las políticas, las prácticas y la inversión

Sara Poehlman

Directora sénior de desarrollo y cuidado de la primera infancia

Amy Jo Dowd

Directora sénior de investigación sobre educación

Lauren Pisani

Especialista en investigación sénior

Save the Children, Washington D. C. (EE. UU.)

Cada vez se invierte más en la primera infancia, pero quedan por resolver preguntas fundamentales sobre qué sistemas brindarán los mayores beneficios para la mayor cantidad de niños posible. Se necesitan parámetros comunes y holísticos para comparar de forma significativa los resultados de distintos contextos nacionales y culturales. La Evaluación Internacional sobre Aprendizaje Temprano y Desarrollo (IDELA), con su cuestionario para cuidadores, analiza de forma directa la situación de la infancia mediante la recopilación de información sobre el estado de desarrollo y aprendizaje temprano y los factores que influyen en él.

Los datos de la IDELA proceden directamente de los niños, no de lo que perciben sus progenitores o docentes. Se trata de un instrumento que han utilizado varias instituciones de investigación, organizaciones de ayuda internacional o de la sociedad civil, y entidades gubernamentales de 54 países. Según *The Lancet*, ha marcado un hito por su influencia en las prácticas y políticas sobre desarrollo de la primera infancia (Black y otros, 2016). Varios países, desde Colombia hasta Bután, ya han implantado la IDELA a escala nacional para mejorar la equidad en la primera infancia.

Con un impecable rigor psicométrico y una gran sensibilidad (Wolf, 2017), la IDELA ofrece información para la mejora continua de los programas, garantiza una mayor rendición de cuentas en las iniciativas sobre educación infantil y proporciona datos holísticos sobre el desarrollo y el aprendizaje de los niños en diferentes países. Todo esto facilita que los gobiernos y los actores globales implanten a gran escala programas para la primera infancia que prioricen la calidad y la equidad, unos programas de todo tipo cuyo punto en común sea el hecho de estar centrados en los niños.

En los siete años de andadura de la IDELA, se ha llegado a dos grandes conclusiones. En primer lugar, no hay una receta válida en todo el mundo cuando se trata de elaborar programas para garantizar la equidad y el buen desarrollo de los niños. En el fondo, todos ellos necesitan educación, cuidados y salud para prosperar, pero las lagunas más graves son diferentes en cada contexto, por lo que el tipo de actuación y los mecanismos necesarios en cada caso son distintos.



△ Foto: Save the Children

Por ejemplo, incluso en los países de la OCDE, donde el 83,8%¹ de los niños tienen acceso a servicios de enseñanza reglada para la primera infancia, los que viven en contextos marginales (como los de las comunidades romaníes) necesitan más ayuda para desarrollarse bien en sus primeros años de vida. Las organizaciones que trabajan en favor de este sector de la población utilizan la IDELA para probar soluciones como las transferencias de efectivo condicionales en Bulgaria o la sensibilización cultural adicional y el apoyo con el segundo idioma en Ucrania. Asimismo, en EE. UU. se utiliza la IDELA para analizar la eficacia de los programas de visitas al hogar para niños desfavorecidos.

Además, los programas para la primera infancia también tienen que ocuparse de los niños que se han visto obligados a abandonar sus hogares debido a guerras o desastres naturales, o que han estado expuestos a graves situaciones de violencia en su comunidad. En estos casos, la IDELA se está utilizando para valorar programas de ayuda socioemocional a los niños que se crían en campos de refugiados del Líbano y a los que viven en comunidades colombianas sometidas desde hace generaciones a guerras y violencia (Save the Children, 2017).

1 Datos de <http://www.oecd.org/els/family/database.htm>

En segundo lugar, para los millones de niños de los países de renta media y baja que en 2030 seguirán sin acceso a escuelas de educación infantil, los programas que ofrecen alternativas a la enseñanza preescolar reglada ayudan a lograr un desarrollo óptimo. Por ejemplo, mediante los estudios realizados con la IDELA sobre los campos de educación infantil acelerada de Tanzania y grupos de encuentros de padres y madres en las zonas rurales de Etiopía, se ha comprobado que estos sistemas alternativos mejoran de forma considerable el desarrollo y el aprendizaje temprano de los niños (Borisova, 2017). En otros casos, se recurre a la IDELA para valorar soluciones tecnológicas utilizadas con niños sin escolarizar o como complemento de los programas escolares (Borzekowski, 2018).

A medida que se difunde la IDELA en todo el mundo, se obtiene más información sobre la viabilidad y rentabilidad de diversos programas en contextos diferentes, lo cual estimula el apoyo de distintas partes interesadas y los cambios tanto a nivel programático como sistémico. Los datos multidimensionales que aporta ayudan a saber cuáles son las soluciones que merecen inversiones a escala nacional, regional y global.

Referencias

- Black, M.M., Walker, S.P., Fernald, L.C.H., Andersen, C., Di Girolamo, A., Lu, C. y otros. (2016). Early childhood development coming of age: Science through the life course. *The Lancet* 389(10064): 77-90. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7) (último acceso en marzo de 2018).
- Borisova, I., Pisani, L., Dowd, A.J. y Lin, H.C. (2017). Effective interventions to strengthen early language and literacy skills in low-income countries: comparison of a family-focused approach and a pre-primary programme in Ethiopia. *Early Child Development and Care* 187(3-4): 655-71. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/03004430.2016.1255607> (último acceso en marzo de 2018).
- Borzekowski, D.L.G. (2018). A quasi-experiment examining the impact of educational cartoons on Tanzanian children. *Journal of Applied Developmental Psychology* 54: 53-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2017.11.007> (último acceso en marzo de 2018).
- Save the Children. (2017). *IDELA: Fostering common solutions for young children*. Londres: Save the Children Disponible en: <https://idela-network.org/resource/idela-fostering-common-solutions-for-young-children/> (último acceso en marzo de 2018).
- Wolf, S., Halpin, P., Yoshikawa, H., Dowd, A.J., Pisani, L. y Borisova, I. (2017). Measuring school readiness globally: assessing the construct validity and measurement invariance of the International Development and Early Learning Assessment (IDELA) in Ethiopia. *Early Childhood Research Quarterly* 41: 21-36.

Think Future: una serie de mentes diferentes se reúnen para favorecer la innovación en materia de primera infancia

Sonja Giese

*Directora ejecutiva de
Innovation Edge, Ciudad
del Cabo (Sudáfrica)*

Innovation Edge es una plataforma de inversión y financiación centrada en la primera infancia. Aportamos y apoyamos ideas poco convencionales orientadas a transformar de forma positiva las primeras experiencias vitales de los 4 millones de menores de 6 años que viven por debajo del umbral de la pobreza en Sudáfrica. Desde 2014, hemos creado un canal para la innovación, con los procesos e instrumentos necesarios desde la concepción de una idea hasta su implementación a gran escala.

En el camino recorrido hasta ahora hemos aprendido muchísimo, pero tal vez lo más importante sea el enorme peso que tiene la diversidad a la hora de impulsar la innovación. Por eso decidimos organizar el evento inaugural de Think Future, celebrado en Ciudad del Cabo entre el 6 y el 8 de noviembre de 2017.

Think Future, que contó con 233 participantes de 20 países diferentes (el 87% del Sur Global), se estructuró en torno a una serie de ideas revolucionarias, inspiradas en cinco fuerzas globales que están impulsando cambios enormes en el mundo. El objetivo principal era estimular iniciativas que permitiesen a los niños de todas las comunidades tener experiencias que los ayudaran a desarrollar plenamente su potencial en el mundo en que van a vivir. No es casual que el 40% de los asistentes procedieran de sectores diferentes al de la AEPI (atención y educación de la primera infancia) tradicional. Varios de los participantes menos familiarizados con el asunto comentaron que la experiencia fue como “ver estallar la bomba del desarrollo de la primera infancia”.

Las conclusiones del evento fueron muy interesantes y todas ellas se enmarcan en dos grandes temas: “Pensar en (más) grande” y “Pensar de forma (más) sencilla”.

Pensar en (más) grande

Cientos de millones de niños pequeños en todo el mundo corren un riesgo real de no desarrollar plenamente su potencial natural debido a las condiciones adversas en que viven durante la infancia. A pesar de que cada vez se da más importancia a la AEPI, la respuesta global a los retos relacionados con la primera infancia sigue siendo reducida en comparación con la magnitud del problema. No podemos seguir actuando como hasta ahora.

Para poner en situación a los participantes, en la apertura del evento se los desafiaba a “perseguir a los elefantes, no a los ratones”. Si se adopta un enfoque



△ Foto: Innovation Edge

multisectorial, surgen un sinfín de oportunidades apasionantes para hacer justamente eso. Por ejemplo, las empresas plataforma como Uber y Airbnb están reescribiendo las reglas del juego para la implementación a gran escala: al crear valor a partir de recursos que no poseen ni controlan, crecen mucho más rápido que los negocios tradicionales. Con la revolución de las tecnologías aceleradoras (la llamada “mentalidad exponencial”) como fuente de inspiración, se animó a los participantes a dejar de aspirar a un crecimiento incremental para apostar por uno exponencial. Se les pidió que se planteasen cómo aprovechar mejor las tecnologías exponenciales para modificar la trayectoria vital de los millones de niños cuyo desarrollo está en peligro.

Pensar de forma (más) sencilla

Tanto los neurocientíficos como los economistas tienen argumentos de peso que demuestran la importancia de las inversiones tempranas y las consecuencias de la pasividad. La diversidad de los participantes de Think Future nos ha obligado a pensar en la forma de transmitir este mensaje, pues muchos no estaban familiarizados con la jerga del sector de la AEPI y resultó evidente que hacía falta un cambio de guion. Tenemos que expresarnos con sencillez y claridad si queremos conseguir el apoyo de financieros, tecnólogos, urbanistas y directivos empresariales. El mensaje sobre la importancia de la primera infancia es convincente: ahora necesitamos instrumentos para transmitírselo a quien todavía no lo conoce.

¿Cómo podemos crear un movimiento global por la primera infancia con un mensaje simple y que apunte bien alto? Dave Duarte, de Treeshake, reveló su fórmula mágica. Para alimentar un movimiento que tenga éxito, se necesitan tres tipos de fuego: uno incendiario, para transmitir un mensaje que despierte emociones; una fogata, para reunir a la comunidad en torno a la cuestión; y fuegos artificiales, para crear momentos espectaculares que llamen la atención y generen una sensación de urgencia.

Ya se ha encendido la llama.

Para obtener más información sobre Think Future, visite: www.innovationedge.org.za/think-future/

