

Desarrollo de la Primera Infancia : Un *Potente* Ecuilizador

Informe Final



Lori G. Irwin
Arjumand Siddiqi
Clyde Hertzman

Desarrollo de la Primera Infancia: Un *Potente* Ecuilizador

Informe Final

para la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la
Salud de la Organización Mundial de la Salud

Preparado por
Lori G. Irwin, Ph.D., RN
Arjumand Siddiqi, Sc.D., MPH
Clyde Hertzman, MD, M.Sc., FRCPC

Junio 2007



Nota: Este informe ha sido objeto de un proceso de revisión externa

TRADUCCIÓN: VALENTINA RODRÍGUEZ CALCAÑO
DISEÑO GRÁFICO: SHANNON@SHHDESIGN.CA
PRODUCCIÓN: BETTYANDJAN.COM

AGRADECIMIENTOS¹

El presente informe sumario se basa en un documento más extenso titulado Total Environment Assessment Model of Early Child Development (TEAM-ECD), preparado por Arjumand Siddiqi, Lori G. Irwin y Clyde Hertzman para la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. El mismo representa los esfuerzos y el compromiso de un gran número de personas que contribuyeron a ese trabajo. En primer lugar, quisiéramos expresar nuestra gratitud a los miembros de la Red de Conocimientos para el Desarrollo de la Primera Infancia: S. Anandalakshmy, Marion Flett, Mary Gordon, Abeba Habtom, Sarah Klaus, Ilona Koupil, Cassie Landers, Beatriz Londoño Soto, Helia Molina Milman, Bame Nsameng, Frank Oberklaid, Alaa Ibrahim Shukrallah, Nurper Ulkuer, Camer Vellani, Annah Wamae y Mary Eming Young.

Vaya un reconocimiento especial para Meena Cabral de Mello, Investigadora Senior del Departamento de Salud del Niño y del Adolescente de la Organización Mundial de la Salud y Asesora en Desarrollo de la Primera Infancia, por su valioso aporte, revisión de borradores preliminares y firme compromiso con esta labor; los miembros del Secretariado del University College de Londres, Ruth Bell y Tanja Houweling; y la Coordinadora del Secretariado de la Red de Conocimientos en Ginebra, Sarah Simpson, cuya paciencia y experiencia garantizaron que nuestro trabajo se integrara a los objetivos generales de la Comisión.

A nuestros Comisionados, los honorables Monique Begin, Stephen Lewis, William Foege, Alireza Marandi y Denny Vågerö, nuestra más sincera gratitud por abogar por un reconocimiento de la importancia de los determinantes sociales de la salud y su compromiso para lograr que esta labor pase del conocimiento a la acción.

Agradecemos el aporte de especialistas como Alan Kikuchi-White, Alan Pence e Ilgi Ertem; así como las valiosas contribuciones a las versiones preliminares del documento TEAM-ECD por parte de nuestros colegas en Human Early Partnership (HELP): Iraj Poureslami, Emily Hertzman, Robin Anderson, Eric Hertzman (cartógrafo) y Stefania Maggi, y de todos esos colegas cuyo respaldo permanente hizo posible esta labor: Jacqueline Smit Alex, Leslie Fernandez y Sophia Cosmadakis.

Por último, un reconocimiento especial para Karyn Huenemann por su maestría editorial; Maria LeRose por su habilidad para sintetizar información compleja y hacerla comprensible para un público extenso (www.barlettlerose.ca); Shannon Harvey por su diseño creativo; y Betty Beck por su destreza en producción/preimpresión.

¹ Este informe fue posible gracias a los fondos proporcionados por el Departamento de Salud Pública de Canadá, y se emprendió como un trabajo para la Red de Conocimientos sobre Desarrollo de la Primera Infancia de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Los puntos de vista que aquí se exponen corresponden a los autores y no necesariamente reflejan las decisiones, la política o las opiniones de la OMS o los Comisionados.

Índice

Sinopsis	3
Síntesis Política	5
Resumen Ejecutivo	7
Introducción	15
FIGURA 1: ESQUEMA TEAM-ECD	17
Metodología	19
Resultados: TEAM-ECD	21
Esferas de Influencia	
El Niño Individual	21
La Familia	23
Comunidad Reidencial y Relacional	28
Programas y Servicios DPI	30
Regional y Nacional	37
FIGURA 2: MAPA DE VULNERABILIDAD DEL DPI	39
Mundial	41
Discusión y Recomendaciones	45
Conclusiones	49
Referencias	50
Apéndice A:	57
Evaluación Crítica de la Evidencia Subyacente	
Apéndice B:	60
Modelos de Programas y Servicios DPI	
Apéndice C:	67
Medición Poblacional del Desarrollo de la Primera Infancia desde una Perspectiva Nacional	
Apéndice D:	69
Los Niños y las Familias en Perspectiva Global: Discusión y Extractos de <i>Familias Olvidadas</i> de Heymann	

Sinopsis

El presente documento sintetiza los conocimientos que se tienen acerca de las oportunidades para mejorar el estado del desarrollo de la primera infancia (DPI) a escala mundial. De conformidad con los estándares de política internacional, definimos la primera infancia como el período comprendido desde el desarrollo prenatal hasta los ocho años de edad. Todo aquello que los niños experimentan durante los primeros años de vida *establece una base trascendental para toda la vida*. Esto se debe a que el DPI—incluidas las áreas física, socioemocional y lingüística-cognitiva—repercute substancialmente en el aprendizaje básico, el éxito escolar, la participación económica, la ciudadanía social y la salud.

En el marco de la labor de la Comisión, el DPI está estrechamente vinculado con otros determinantes sociales de la salud; en particular, los Entornos Urbanos, el Género, la Globalización y los Sistemas de Salud. A lo largo de este instrumento se discuten áreas de interés común respecto de esos determinantes. Las investigaciones confirman una sólida relación entre la supervivencia y el desarrollo infantiles, tanto así que los programas de salud y supervivencia infantiles son indivisibles del DPI.

Nuestro enfoque hacia el desarrollo de la primera infancia abarca todos esos factores que inciden en la salud y la supervivencia de la infancia, pero incluso va más allá al considerar de qué manera pueden aprovecharse los primeros años de vida a fin de crear ciudadanos íntegros y prósperos. En tal sentido, proporcionamos un marco para entender los entornos (y sus características) que desempeñan un papel decisivo a razón de su repercusión en el desarrollo temprano. La evidencia, (y la interpretación de la misma), procede de tres fuentes principalmente: 1) literatura científica revisada por pares; 2) informes preparados por gobiernos, organismos internacionales y agrupaciones de la sociedad civil y 3) una Red de Conocimientos conformada por expertos en DPI que es representativa tanto a escala

internacional como intersectorial. La principal reflexión estratégica de este documento estriba en que las condiciones enriquecedoras de los entornos donde los niños crecen, viven y aprenden—padres, cuidadores, familia y comunidad—impactarán su desarrollo de modo significativo. En la mayoría de los casos, los padres y los cuidadores son incapaces de garantizar un entorno enriquecedor sin la ayuda de organizaciones locales, regionales, nacionales e internacionales. Proponemos formas en las que actores gubernamentales y de la sociedad civil, desde locales hasta internacionales, pueden trabajar en concierto con las familias con miras a asegurar el acceso equitativo a ambientes propicios y robustos para todos los niños y niñas del mundo.

Términos claves: desarrollo de la primera infancia; equidad; determinantes sociales de la salud; ciclo vital; derechos del niño

Sinopsis

Síntesis Política

Desarrollo de la Primera Infancia: Inversión en el futuro de un país

Los primeros años de vida son cruciales en el influjo de una serie de resultados sociales y de salud a lo largo del ciclo vital. Hoy en día, los estudios revelan que muchos de los desafíos afrontados por la población adulta (problemas de salud mental, obesidad/retardo en el desarrollo, enfermedades cardíacas, criminalidad, habilidad numérica y de lecto-escritura) tienen sus raíces en la primera infancia. Partiendo de la evidencia disponible, los economistas ahora sostienen que invertir en la primera infancia representa la inversión más poderosa que un país puede realizar, con retribuciones en el transcurso de la vida mucho mayores al importe de la inversión inicial. Los gobiernos pueden lograr mejoras significativas y duraderas para la sociedad mediante la ejecución de políticas que tomen en cuenta este poderoso cuerpo de investigación, al tiempo que cumplen con sus obligaciones en virtud de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño

En el presente, las investigaciones demuestran que el entorno inicial de los niños causa un impacto trascendental sobre el modo en que su cerebro se desarrolla. Un bebé nace con miles de millones de células cerebrales que representan el potencial de toda su vida; sin embargo, para desarrollarse, estas células necesitan conectarse entre sí. Cuanto más estimulante sea el ambiente primario, más conexiones positivas se forman en el cerebro y mejor es el progreso del niño o niña en todos los aspectos de su vida, en términos de desarrollo físico, emocional y social, así como su capacidad para expresarse y adquirir conocimientos.

Sabemos qué tipo de entornos promueven la salud y el desarrollo en la primera infancia. Si bien la nutrición y el crecimiento físico son fundamentales, los niños pequeños también necesitan pasar el tiempo en un ambiente afectivo y receptivo que los proteja de la desaprobación inadecuada y el castigo.

Asimismo, precisan oportunidades para explorar su mundo, jugar y aprender cómo hablar y escuchar a los demás. *Los padres y otros cuidadores quieren brindar estas oportunidades a sus hijos, pero requieren el apoyo de la comunidad y de todos los niveles de gobierno.* Por ejemplo, la niñez se beneficia cuando el gobierno adopta políticas de protección social destinadas a la familia que garantizan un ingreso suficiente para todos y permiten a padres y cuidadores equilibrar eficazmente el tiempo de permanencia en sus hogares y en el trabajo. *A pesar de tener conocimiento de ello, se estima que por lo menos 200 millones de niños en los países en vías de desarrollo solamente no llegan a alcanzar su máximo potencial.*

La dirigencia política puede desempeñar un papel importante en garantizar el acceso universal a una gama de servicios en el área del desarrollo de la primera infancia: asistencia para padres y cuidadores, cuidado infantil de calidad, atención primaria de salud, nutrición, educación y protección social. Durante los primeros años, el sistema de asistencia sanitaria cumple una función fundamental, en tanto es el primer punto de contacto y puede servir como puerta de acceso a otros servicios para la primera infancia. Para ser eficaces, los servicios deben lograr una mejor coordinación a todo nivel y converger con la familia y la comunidad, en una forma tal que ubique al niño en la posición central.

Este tipo de políticas y prácticas orientadas a la familia ciertamente favorecen a las familias y la niñez, pero además resultan económicamente provechosas para el resto de la sociedad. A escala mundial, aquellas sociedades que invierten en la temprana infancia y las familias (sean pudientes o de escasos recursos) cuentan con poblaciones más alfabetizadas y con mayor conocimiento aritmético. Dichas sociedades gozan de los más altos niveles de salud y los índices más bajos de desigualdad en el sistema de salud del mundo.

El éxito en la promoción del desarrollo de la primera infancia no está sujeto a la riqueza

de un país. Puesto que depende principalmente de las habilidades y destrezas de los cuidadores, el costo de programas eficaces destinados al desarrollo en la primera infancia varía de acuerdo a la estructura presupuestaria de una sociedad. Independientemente de su grado de riqueza, las sociedades pueden avanzar en el desarrollo de la primera infancia con tan solo asignarle un dólar por cada diez dólares que invierten en la salud y la educación.

Los programas de Supervivencia Infantil y Salud Infantil son indivisibles del Desarrollo de la Primera Infancia. Es decir, asumir una perspectiva de desarrollo en los primeros años de vida proporciona un marco general de entendimiento que comprende materias de supervivencia y salud. Un comienzo de vida saludable le brinda a cada niño y niña igual oportunidad para surgir y convertirse en un adulto que realiza un aporte económico y social positivo a la comunidad.

Resumen Ejecutivo

El período de la primera infancia es considerado la fase de desarrollo *más importante* de todo el ciclo vital. Un desarrollo de la primera infancia (DPI) saludable—que abarque los dominios físico, socioemocional y lingüístico-cognitivo del desarrollo, cada uno de ellos de igual importancia—ejerce una influencia notable sobre el bienestar y factores como obesidad/retardo en el desarrollo, salud mental, enfermedades cardíacas, habilidad numérica y de lecto-escritura, criminalidad y participación económica durante toda la vida. Todo aquello que acontece al niño en sus primeros años de vida es crucial para su trayectoria de desarrollo y su ciclo vital.

La principal reflexión estratégica de este documento estriba en que las cualidades enriquecedoras de los ámbitos donde los niños crecen, viven y aprenden son sumamente importantes para su desarrollo; no obstante, los padres son incapaces de ofrecer entornos estimulantes robustos sin la ayuda de organismos locales, regionales, nacionales e internacionales. Por lo tanto, el aporte primordial de este informe consiste en proponer formas en que actores del gobierno y la sociedad civil, tanto locales como internacionales, pueden trabajar conjuntamente a fin de proporcionar acceso equitativo a entornos enriquecedores para todos los niños y niñas a escala mundial. Luego de reconocer la profunda marca del DPI para la adultez, es imperativo que los gobiernos admitan que las disparidades en los entornos enriquecedores necesarios para un desarrollo infantil saludable causarán un impacto diferencial sobre los resultados de distintas naciones y sociedades. En algunas sociedades, las desigualdades en DPI se traducen en oportunidades ampliamente disímiles para la infancia; en otras, sin embargo, llegan a un punto crítico y pasan a ser una amenaza para la paz y el desarrollo sustentable.

Los primeros años de vida están marcados por un desarrollo veloz, especialmente del sistema nervioso. *Las condiciones ambientales a las cuales los niños están expuestos, inclusive la calidad de las relaciones y del universo*

lingüístico, literalmente “esculpen” el cerebro en pleno desarrollo. Los entornos responsables de propiciar condiciones enriquecedoras para la niñez abarcan desde el espacio íntimo de la familia hasta el contexto socioeconómico extensivo determinado por gobiernos, organismos internacionales y la sociedad civil. Estos ámbitos y sus características son los determinantes del DPI; a su vez, el DPI es un determinante de la salud, el bienestar y las aptitudes para el aprendizaje a lo largo del ciclo vital.

Las semillas de la inequidad de género en la edad adulta se siembran en la primera infancia. En esta etapa, los temas relacionados con la igualdad de género—socialización, prácticas alimenticias y acceso a la escolaridad, en particular—son determinantes del DPI. Cuando la desigualdad de género a temprana edad es reforzada por relaciones de poder, normas y experiencias cotidianas sesgadas en el seno de la familia, la escuela, la comunidad y la sociedad en general, avanza hasta llegar a causar un profundo impacto sobre la inequidad de género en la edad adulta. La equidad de género repercute, desde la primera infancia en adelante, en la formación y el empoderamiento humano en la adultez.

Partiendo de la evidencia disponible, los economistas ahora sostienen que invertir en la primera infancia representa la inversión más poderosa que un país puede realizar, con retribuciones en el transcurso de la vida mucho mayores al importe de la inversión inicial.

El presente informe contempla cuatro objetivos fundamentales:

1. Demostrar cuáles entornos revisten mayor importancia para la infancia, desde los más íntimos (la familia) hasta los más distantes (global).
2. Examinar las configuraciones ambientales óptimas para el DPI, inclusive los aspectos ambientales de naturaleza económica, social y física.



Partiendo de la evidencia disponible, los economistas ahora sostienen que invertir en la primera infancia representa la inversión más poderosa que un país puede realizar, con retribuciones en el transcurso de la vida mucho mayores al importe de la inversión inicial.

3. Determinar las “relaciones de contingencia” que enlazan el contexto socioeconómico general de la sociedad con las cualidades enriquecedoras que se dan en entornos íntimos como lo son la familia y la comunidad.
4. Destacar oportunidades para fomentar condiciones propicias para la infancia en distintos contextos de la sociedad (desde acciones a nivel familiar hasta acciones gubernamentales de alcance nacional e internacional) y a través de medios variados (p. ej., desarrollo de programas y elaboración de políticas sociales y económicas centradas en la niñez).

De conformidad con los criterios internacionales para la formulación de políticas, la primera infancia se define como la etapa comprendida desde el desarrollo prenatal hasta los ocho años de edad. La evidencia disponible, así como la interpretación de la misma, procede de tres fuentes primordiales:

- 1) literatura científica revisada por pares,
- 2) informes elaborados por gobiernos, organismos internacionales y agrupaciones de la sociedad civil, y
- 3) expertos internacionales en el campo de DPI (incluida la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud y la Red de Conocimientos sobre DPI) que son representativos en términos tanto internacionales como intersectoriales.

Este enfoque de fuentes variadas y basado en la evidencia es garantía de que las conclusiones y recomendaciones de este informe reflejan los puntos de vista de una diversa gama de partes interesadas y pueden aplicarse en cualquier sociedad del mundo.

Nuestro principio rector consiste en un “enfoque basado en la equidad” para proveer entornos enriquecedores para la niñez en todas partes del mundo. Distintas perspectivas —desde las disposiciones contenidas en declaraciones de derechos humanos y derechos del niño hasta las realidades reflejadas en la evidencia científica- dejan en claro la importancia de la equidad. Los programas y las políticas deben producir mejoras marcadas en las circunstancias de la población infantil más desfavorecida, no sólo en términos absolutos,

sino también respecto de la infancia más privilegiada.

Ahora se sabe a ciencia cierta que, en cualquier sociedad, las inequidades en la distribución de los recursos socioeconómicos resultan en inequidades en el DPI. La relación es mucho más insidiosa que una mera diferenciación entre ricos y pobres; mejor dicho, toda ganancia adicional en los recursos sociales y económicos de una familia determinada deriva en ganancias proporcionales en los resultados de desarrollo de los niños de esa familia. Esta relación escalonada entre las condiciones socioeconómicas y el DPI se denomina “efecto gradiente”. Con todo, algunas sociedades son más exitosas que otras en “amortiguar” el efecto gradiente y, de esa manera, fomentar una mayor equidad; esto se logra suministrando una variedad de recursos vitales para la infancia como un derecho ciudadano, en lugar de permitir que esos recursos sean un lujo que sólo las familias y las comunidades con suficiente poder adquisitivo pueden costear.

Más importante aún, un enfoque basado en la equidad es, además, el camino acertado para generar resultados DPI de media alta en una nación. Las sociedades cuyas poblaciones infantiles exhiben resultados generales de promedio más alto son aquellas donde los niños y niñas desfavorecidos presentan un desarrollo más robusto que los niños y niñas desfavorecidos de otras naciones; en tanto que en todas las naciones, los niños en los estratos más altos del espectro socioeconómico tienden a manifestar resultados relativamente sólidos.

En este informe aportamos un marco de referencia para entender los entornos (y sus características) que cumplen una función significativa en la provisión de condiciones enriquecedoras para toda la infancia de una manera equitativa. El esquema sirve de guía para conocer a fondo las relaciones que se dan entre estos entornos, colocando al niño al centro del medio que lo rodea. Los ámbitos no son rigurosamente jerárquicos, sino más bien verdaderamente interrelacionados. El entorno familiar se encuentra en el orden más íntimo, en tanto que las comunidades residenciales (como los vecindarios), las comunidades relacionales (como aquellas que se establecen en virtud de lazos religiosos o de otra índole

social) y los servicios DPI conforman un contexto más amplio. Cada uno de estos ámbitos (donde el niño crece, vive y aprende) se sitúa en un contexto socioeconómico vasto configurado por factores de orden regional, nacional y mundial.

Este marco reafirma la importancia de asumir una visión que abarque el ciclo vital en su totalidad en la toma de decisiones concernientes al DPI; las acciones que se emprendan en cualquiera de estos niveles ambientales repercutirán en la infancia no sólo en el presente, sino durante toda la vida. Por otra parte, sugiere que el tiempo histórico ejerce una influencia crucial sobre la niñez; los aspectos institucionales y estructurales más generales de las sociedades (p. ej., programas, políticas gubernamentales dirigidas a ciertos grupos) son importantes para el DPI, y se “erigen” o “desmantelan” a lo largo de extensos períodos de tiempo.

Las inequidades socioeconómicas que se reflejan en los resultados de desarrollo son producto de disparidades en el grado en que las experiencias y las condiciones ambientales son propicias para los niños. *De allí que todas las acciones recomendadas se desprendan de un objetivo primordial: mejorar las cualidades enriquecedoras de las experiencias que tienen los niños en los entornos donde crecen, viven y aprenden.* Una amplia gama de experiencias y condiciones ambientales reviste importancia, incluidas aquellas que están estrechamente vinculadas con el niño o niña y, por ende, pueden identificarse con facilidad (p. ej., la calidad del tiempo y el cuidado brindados por padres y cuidadores, así como las condiciones físicas del medio que lo rodea); no obstante, hay otros factores más distantes que influyen en distintas formas en el acceso de la población infantil a condiciones enriquecedoras (por ejemplo, si las políticas gubernamentales proveen a las familias y las comunidades suficientes ingresos, empleos, recursos para el cuidado de la salud, educación para la primera infancia, seguridad, vivienda decente, entre otros aspectos).

Si bien las predisposiciones genéticas y los rasgos biofísicos explican, en parte, de qué manera el ambiente y las experiencias determinan el DPI, la evidencia más categórica nos lleva a considerar al niño como un actor social



que configura, y a su vez es configurado por, su entorno. Esto se conoce como el “modelo transaccional”, el cual hace hincapié en que las relaciones constituyen la fuerza motriz del desarrollo infantil. Toda vez que las relaciones enriquecedoras sólidas garantizan un DPI saludable, *las circunstancias socioeconómicas no sellan el destino de un niño o niña, a pesar de su trascendencia.*

El *entorno familiar* representa la fuente primordial de experiencias para un niño, no sólo porque los miembros de la familia (o demás cuidadores primarios) le aportan la mayor cuota de contacto humano sino, también, porque median su conexión con el ambiente integral. Los recursos sociales y económicos quizás sean los aspectos más importantes del entorno familiar. Los recursos sociales abarcan educación y aptitudes parentales, prácticas y enfoques culturales, relaciones interfamiliares y el estado de salud de los miembros de la familia. Los recursos económicos incluyen riqueza, estatus ocupacional y condiciones de la vivienda. El efecto gradiente de los recursos familiares sobre el DPI constituye la explicación más contundente respecto de las desigualdades en bienestar infantil que se manifiestan entre una sociedad y otra. Los niños pequeños necesitan desenvolverse en entornos cálidos y receptivos que los protejan de la desaprobación y el castigo inadecuados; precisan oportunidades para explorar su mundo, jugar y aprender a hablar y escuchar a los demás. Las familias quieren brindar estas oportunidades a sus pequeños, pero requieren el apoyo de la comunidad y de todos los niveles de gobierno.

De igual manera, los niños y sus familias son moldeados por las comunidades residenciales (donde viven) y las comunidades relacionales (nexos sociales familiares con personas que poseen una identidad común) en las cuales están incrustados. Las comunidades residenciales y relacionales ofrecen diversas formas de apoyo, desde bienes y servicios tangibles que sustentan la crianza de los niños hasta lazos sentimentales con otras personas que pueden ser instrumentales para el bienestar de los niños y sus cuidadores. A escala residencial/local, tanto los gobiernos como las organizaciones de base comunitaria también desempeñan un papel sumamente

importante. Muchos de los recursos disponibles para la niñez y las familias son aportados a nivel comunitario en función de la identificación local de déficit en recursos, la resolución de los problemas y la creatividad; sin embargo, ciertas disparidades en DPI que se manifiestan entre las comunidades residenciales deben ser abordadas en forma sistemática.

“*Comunidad relacional*” se refiere a las personas—adultos y niños, indistintamente—que contribuyen a establecer la identidad social del niño o niña: tribal, étnica, religiosa, idiomática y cultural; por lo general, no se trata de una comunidad articulada geográficamente. Las comunidades relacionales suministran una fuente de redes sociales y eficacia colectiva, que incluye formas de apoyo emocional, logístico e informativo. No obstante, grupos definidos por las comunidades relacionales a menudo son víctimas de discriminación, exclusión social y otras manifestaciones de opresión; las consecuencias de esas conductas discriminatorias (recursos económicos insuficientes, por ejemplo) pueden derivar en inequidades visibles. Por otra parte, las comunidades relacionales son fuentes de socialización entre los géneros, tanto equitativa como no equitativa; del mismo modo, están incrustadas en los contextos socio-políticos más amplios de la sociedad y, por consiguiente, su compromiso recíproco con otros grupos relacionales, organizaciones de la sociedad civil y organismos gubernamentales provee un medio para satisfacer los intereses y facilitar los recursos que sus miembros necesitan.

La disponibilidad de *programas y servicios DPI* dirigidos a apuntalar el desarrollo infantil temprano representa un componente crítico de toda estrategia mundial que busque garantizar una infancia aventajada; estos servicios pueden abordar una o varias áreas claves del desarrollo (es decir, desarrollo lingüístico-cognitivo, socioemocional y físico). La calidad e idoneidad de los mismos son factores esenciales a tomarse en población infantil. Ciertos principios de programas y servicios DPI pueden transferirse de un lugar a otro con facilidad; aún así, muchos aspectos programáticos requieren ser ajustados a los contextos sociales, económicos y culturales donde se localizan. Pueden abordar circuns-

tancias específicas de niños y familias (p. ej., recién nacidos de bajo peso o familias con ingresos insuficientes); prestarse sólo en algunas comunidades y localidades mas no en otras, o tener una cobertura más extensa. Cada una de estas posibilidades viene acompañada de sus propias ventajas y desventajas; *sin embargo, el objetivo primordial de la comunidad internacional debe ser hallar los medios de proporcionar acceso universal a programas y servicios DPI efectivos.* Los sistemas de asistencia sanitaria (SAS) son claves para la prestación de muchos servicios DPI esenciales; ocupan una posición privilegiada para contribuir con el DPI toda vez que disponen de instalaciones y servicios básicos que, en gran cantidad de sociedades, son más accesibles que cualquier otra forma de servicio humano; ya se dedican a cuidar la salud de los individuos y las comunidades; cuentan con profesionales capacitados, y constituyen un punto de contacto primario para madres en edad reproductiva.

El influjo de *los ámbitos regional y nacional* es fundamental para determinar la calidad y accesibilidad de servicios y recursos para familias y comunidades, así como para conocer a fondo los niveles de organización social donde se manifiestan desigualdades en oportunidades y productos, y los niveles de organización en los que es posible actuar para contraerlas.

Los entornos regionales abarcan muchos aspectos interconectados que son importantes para el DPI: físicos (p. ej., el grado de desarrollo urbano, el estado de salubridad de la población), sociales, políticos y económicos. Estos aspectos repercuten en el DPI por razón de su influencia sobre la familia, la comunidad y los servicios DPI. A diferencia de los entornos más íntimos (como la familia), la importancia de ámbitos extensos (como la región) radica en que las regiones tocan a un gran número de niños; por ende, cualquier cambio que se realice en este contexto puede repercutir en las vidas de muchos niños. Es preciso investigar y reunir más información respecto de *cómo* pueden modificarse las características regionales de manera de intervenir el DPI positivamente.

La propiedad más relevante del *entorno nacional* es su capacidad para incidir en

múltiples determinantes del DPI por medio de la generación de riqueza, el gasto público, las políticas en favor de la niñez y las familias, la protección social y la defensa de los derechos fundamentales. *Las probabilidades de que los niños afronten pobreza extrema, trabajo infantil, conflictos bélicos, VIH/SIDA, cuidado a cargo de hermanos, entre otras cosas, son determinadas, primero y principal, por los países donde nacen.*

A escala nacional, los enfoques holísticos intersectoriales en la formulación de políticas y toma de decisiones son los que mejor funcionan para el DPI. Aun cuando los países ricos tienden a exhibir resultados en DPI más favorables que los países pobres, ese no siempre es el caso. Está demostrado que con tan sólo destinar un 1,5%–2,0% del PIB para una combinación adecuada de políticas y programas en el sector público, es posible apuntalar el desarrollo infantil temprano satisfactoriamente. Aquellas naciones que tienen menos poder económico y político gozan de poca autonomía para determinar sus políticas internas, y tienden a ser más influenciadas por los intereses de la comunidad internacional, inclusive de otras naciones y organizaciones multilaterales. *A pesar de ello, la mayor parte de las recomendaciones contenidas en este informe está al alcance de las posibilidades de cualquier gobierno nacional que satisfaga el criterio internacional de “autoridad competente”.*

El *entorno mundial* influye en el DPI por medio de sus ramificaciones en las políticas nacionales, y por las actuaciones directas de una variedad de actores relevantes, tales como organizaciones económicas multilaterales, industrias, organismos de desarrollo multilaterales, entidades no-gubernamentales y asociaciones de la sociedad civil. Un aspecto fundamental del entorno mundial respecto del bienestar infantil es el elemento de *poder* en términos económicos, sociales y políticos. Las relaciones de poder diferenciales que se dan entre los distintos tipos de actores, particularmente entre naciones, acarrear grandes consecuencias que incluyen la capacidad de algunas naciones (sobre todo aquellas con recursos abundantes) para influenciar las políticas de otras naciones (principalmente aquellas con recursos escasos) de manera que

se ajusten a sus propios intereses. Aunque las relaciones diferenciales de poder pueden repercutir negativamente en el DPI, es posible explotarlas en beneficio de la infancia. *Dos mecanismos que podrían utilizarse consisten en exigir un mínimo nivel de gasto público en DPI y el cumplimiento de las disposiciones sobre Derechos de la Primera Infancia de la Convención sobre los Derechos del Niño, como precondiciones para recibir asistencia internacional para el desarrollo.* En el pasado, se han utilizado mecanismos similares en otras áreas de desarrollo internacional arrojando resultados positivos.

Las agrupaciones de *la sociedad civil* se definen como aquellas que se organizan, y actúan, en todos los niveles de la estructura social -residencial, local y mundial. La capacidad de la sociedad civil para actuar a favor de la niñez depende del grado de “capital social” o conectividad ciudadana, así como del respaldo de instituciones políticas en la promoción de manifestaciones de organización civil. Si se le permite, la sociedad civil cuenta con un gran número de avenidas para movilizarse a favor de la infancia. Las agrupaciones civiles pueden impulsar acciones gubernamentales, no gubernamentales y comunitarias en materia de los determinantes sociales del DPI y abogar por la niñez con miras a asegurar que los gobiernos y los organismos internacionales adopten políticas que repercutan positivamente en el bienestar infantil. Por último, las agrupaciones de la sociedad civil son claves en el diseño de estrategias a nivel local dirigidas a proveer servicios DPI adecuados para familias y niños, incrementar la seguridad, la cohesión y la eficacia de los entornos residenciales, y aumentar la capacidad de comunidades locales y relacionales para mejorar las circunstancias de vida para la población infantil. *Aun cuando las investigaciones en torno a la repercusión directa de la sociedad civil en el DPI son insuficientes, la relación estadística consistente entre la fuerza de la sociedad civil y el desarrollo humano en sociedades del mundo entero deja poca duda en cuanto a su resonancia en esta área.*



Introducción

La temprana infancia es considerada la etapa de desarrollo *más importante* en todo el ciclo vital de un individuo. El desarrollo temprano saludable—en lo físico, socioemocional y lingüístico-cognitivo—es fundamental para alcanzar el éxito y la felicidad no sólo durante la infancia sino a lo largo de toda la vida. El DPI influye considerablemente en el bienestar, obesidad/retardo del desarrollo, salud mental, enfermedades cardíacas, habilidad numérica y de lecto-escritura, criminalidad y participación económica de las personas a lo largo de la vida entera—asuntos estos que tienen implicaciones profundas en la carga económica de los países. Si se pierde la ventana de oportunidad que se presenta en los primeros años de vida de un individuo, será cada vez más difícil, en términos de tiempo y recursos, crear un ciclo vital de éxito y prosperidad.

Los gobiernos deben reconocer que las inversiones adecuadas en la primera infancia representan la piedra angular del desarrollo humano y son esenciales para el progreso de las sociedades. De hecho, nuestro planeta *no* ofrece ejemplos de prosperidad entre aquellas sociedades que han ignorado el desarrollo de la infancia temprana. Por ende, es preciso que los gobiernos, los organismos internacionales y la sociedad civil pasen del conocimiento a la acción en materia del DPI. El presente informe se basa en la premisa de que cada niño y niña tiene derecho a un nombre y una nacionalidad, pero nos consta que muchos niños alrededor del mundo ni siquiera son registrados al nacer.

El DPI tiene resonancia en todos los países, ricos y pobres por igual; no obstante, resulta imprescindible conceder atención especial a los beneficios potenciales para los países de escasos recursos, donde cuatro de cada diez niños probablemente vivan en pobreza extrema y 10,5 millones mueran antes de cumplir los cinco años. También es probable que esos niños sufran de desnutrición y mala salud, además del alto riesgo que corren de no asistir nunca a la escuela (UNESCO, 2007). La reciente serie *Lancet* en torno al DPI estima que en los países en desarrollo hay 559 millones de niños menores de 5 años—incluyendo

155 millones con retardo en el crecimiento y 62 millones que no presentan retardo pero viven en la pobreza—para un total de más de 200 millones de niños menores de 5 años en alto riesgo de alcanzar un desarrollo cognitivo y socioemocional deficiente. La mayoría de esos niños—89 millones—habita en diez países (India, Nigeria, China, Bangladesh, Etiopía, Pakistán, la República Democrática del Congo, Uganda y Tanzania) que dan cuenta de 145 millones (66%) de los 219 millones de niños desfavorecidos que viven en el mundo en desarrollo. Es muy probable que muchos no rindan en la escuela y que a la postre, como adultos, perciban bajos ingresos, presenten alto índice de fertilidad y ofrezcan

Los gobiernos deben reconocer que las inversiones adecuadas en la primera infancia representan la piedra angular del desarrollo humano y son esenciales para el progreso de las sociedades.

atención sanitaria, nutrición y estimulación deficientes a sus propios hijos, y por ende, contribuyan a la transmisión intergeneracional de desventaja (Grantham-McGregor y otros, 2007). El desperdicio de potencial humano que estas estadísticas representan está asociado con “un déficit superior al 20% en el ingreso adulto y repercutirá en el desarrollo nacional” (Grantham-McGregor y otros, 2007, p. 67).

El mensaje primordial que se pretende comunicar a los gobiernos, los organismos internacionales y la sociedad civil a través de este informe es el siguiente: la agenda para mejorar la supervivencia y la salud infantiles es indivisible de la agenda para mejorar el DPI; es decir, asumir una perspectiva de desarrollo en los primeros años de vida provee un marco integral de entendimiento que comprende cuestiones de supervivencia y salud. Un

comienzo de vida saludable brinda a cada niño oportunidades equitativas para prosperar y convertirse en un adulto que realiza una contribución positiva a la comunidad—económica y socialmente. Conforme a esto, los gobiernos deben asumir una estrategia que contemple invertir en el DPI con el propósito de cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio en materia de reducción de la pobreza, educación y salud.

La agenda para mejorar la supervivencia y la salud infantiles es indivisible de la agenda para mejorar el desarrollo de la primera infancia.

Partiendo de la evidencia disponible, los economistas ahora sostienen que invertir en la primera infancia representa la inversión más poderosa que un país puede realizar, con retribuciones en el transcurso de la vida mucho mayores al importe de la inversión inicial. A escala global, las sociedades—ricas y pobres—que invierten en las familias y la temprana infancia poseen las poblaciones más alfabetizadas y con mayor conocimiento básico sobre la aritmética. Estas sociedades son también las que muestran mejores condiciones sanitarias y niveles inferiores de desigualdad sanitaria en el mundo. Las sociedades que cuentan con las políticas y los programas DPI más exitosos invierten aproximadamente 1,5%—2,0% del PIB al año en esta área (OCDE, 2006). Uno de

Los gobiernos deben asumir una estrategia que contemple invertir en el DPI con el propósito de cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio en materia de reducción de la pobreza, educación y salud.

los estudios realizados estima que cada dólar que se gasta para ayudar a un niño a alcanzar la

edad escolar y progresar puede producir hasta \$17 en beneficio de la sociedad a lo largo de las cuatro décadas siguientes (incluso después del ajuste inflacionario) (Schweinhart, Barnes & Weikart, 1993; Schweinhart, 2004).

Aun cuando de la documentación académica y la literatura gris se desprende evidencia convincente acerca de la importancia de la temprana infancia, en la práctica, el DPI no figura en el centro de las políticas, la planificación y la práctica internacionales, nacionales o locales. Pese a la magnitud de las pruebas, las inversiones adecuadas en DPI han demorado en materializarse, particularmente en los países de escasos recursos donde la sobreabundante población infantil vulnerable sería la más beneficiada.

En el marco de trabajo de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), el DPI está estrechamente vinculado con otros determinantes sociales de la salud, tales como Desarrollo Urbano, Género, Globalización y Sistemas de Salud. Si bien de manera implícita, a lo largo de este documento se exponen las áreas de interés común con estos determinantes de la salud. Es más, insistimos en que las agendas en materia de Supervivencia Infantil, Salud Infantil, Educación para Todos y Derechos del Niño son indivisibles del DPI. De nuevo, asumir una perspectiva de desarrollo para la primera infancia proporciona un marco de entendimiento que incorpora cuestiones de supervivencia y salud, así como educación y derechos.

ALCANCE DE ESTE TRABAJO

El presente informe, de relevancia para la infancia a escala mundial, contiene evidencia relativa a infantes y niños, desde el desarrollo prenatal hasta los ocho años de edad; específicamente, examina cómo los determinantes sociales repercuten en la salud de las personas a lo largo del ciclo vital y discute las limitaciones para la aplicación de estas ideas donde corresponda.

PROPÓSITO

El propósito de este documento consiste en sintetizar conocimientos para dar cuenta a la CDSS de las oportunidades que existen para mejorar la actuación en el área del DPI a

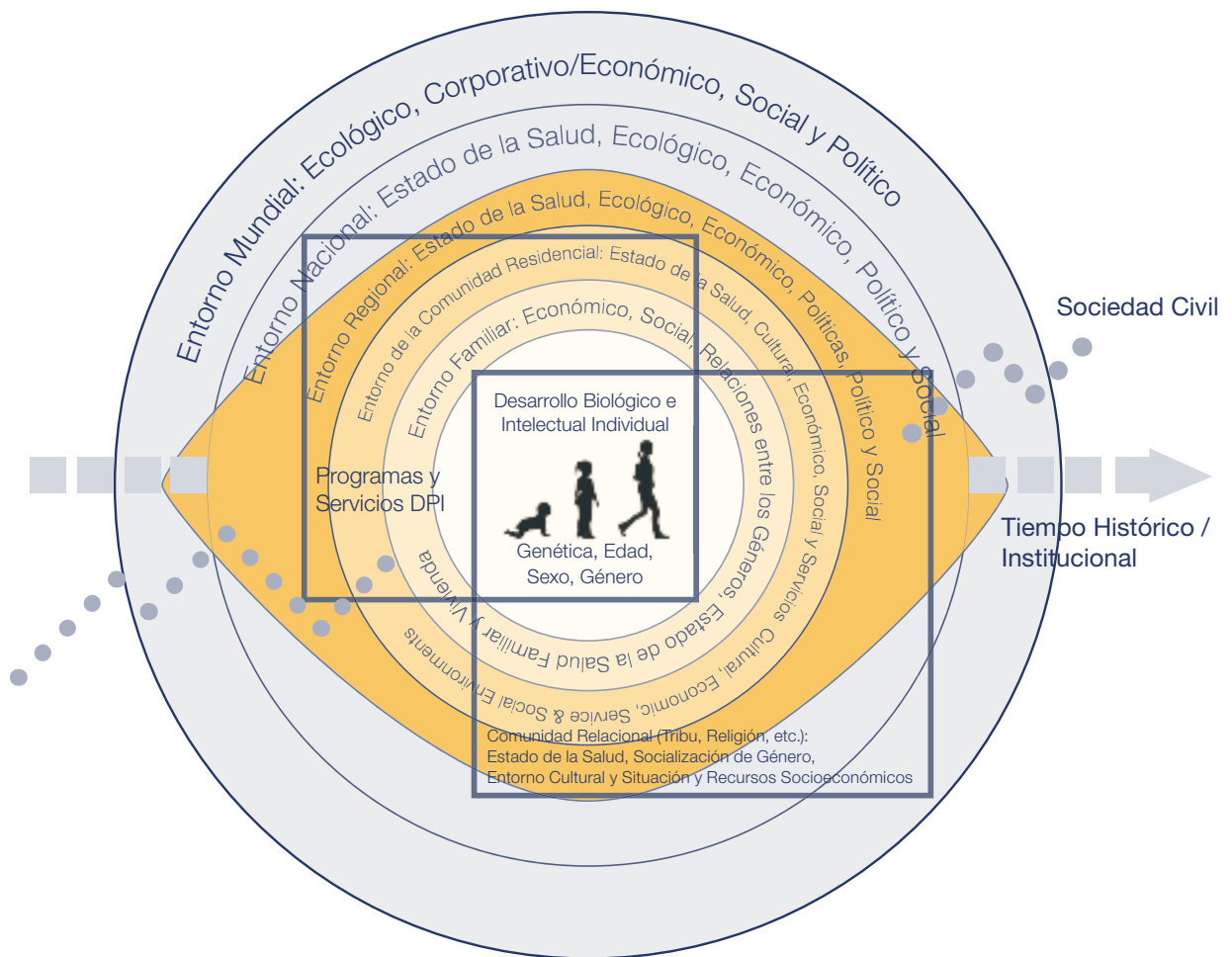
escala mundial. La evidencia aquí reunida se enfoca en las conexiones prioritarias entre los determinantes sociales de la salud y las disparidades en salud en distintos contextos nacionales. Discute hasta qué punto se puede actuar en torno a los determinantes sociales del DPI y busca fomentar el debate de la sociedad sobre las oportunidades para actuar en materia de los determinantes sociales de la salud e informar acerca de la aplicación y la evaluación de políticas y programas propuestos en el área de DPI—nacional, regional y mundialmente. Las áreas de estudio de cada una de las Redes de Conocimientos de la Comisión—Globalización, Exclusión Social, Sistemas de Salud, Género, Entorno Urbano, Condiciones Laborales, Condiciones de Salubridad Pública Prioritaria y Evidencia & Medición—son cruciales para comprender la resonancia social del DPI y, por ende, forman parte integral de nuestro análisis.

MARCO CONCEPTUAL

El *Total Environment Assessment Model* (TEAM-ECD) (Modelo de Evaluación Global del Ambiente) ha sido preparado para la CDSS como un medio de enmarcar los tipos de entornos (y, por tanto, las experiencias) que son integrales para un DPI saludable, y vincularlos con los procesos biológicos con los cuales interactúan para determinar los resultados de la niñez (Siddiqi, Irwin & Hertzman, 2007). El modelo TEAM-ECD se sustenta en una literatura diversa que abarca esquemas descritos con anterioridad que han abordado el DPI desde una perspectiva ambiental social. Las fuentes comprenden el Modelo Bioecológico de Urie Bronfenbrenner (1986); puntos de vista de la psicología del desarrollo hacia el DPI (Brooks-Gunn, Duncan & Maritato, 1997); conceptos de “incrustación biológica” (Hertzman, 1999);

Introducción

GRÁFICA 1: ESQUEMA TEAM-ECD



marcos de interpretación concernientes a epidemiología social y determinantes sociales de la salud (Dahlgren & Whitehead, 1991; Emmons, 2003); investigaciones en torno a las relaciones sociales en la sociedad humana (Putnam, 2000; Weber, 1946); una extensa literatura en el campo de la economía política (si desea revisar esta literatura, puede consultar Siddiqi, Irwin & Hertzman, 2007); y el Marco sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (Solarí & Irwin, 2005). Puesto que el Equipo de Equidad de la OMS considera el DPI como un determinante de la salud, resulta imprescindible abordar en este informe los factores que influyen en el propio DPI. Al expandir el concepto de las esferas ambientales de influencia, a través de la incorporación de un componente temporal, y colocar el bienestar infantil en su centro, el modelo TEAM-ECD constituye el medio más eficaz para comprender los determinantes sociales del DPI y, por consiguiente, emprender acciones al respecto.

ESFERAS DE INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

En virtud de este esquema (ver Gráfica 1), una variedad de esferas de influencia interactuantes e interdependientes son decisivas para el desarrollo de la primera infancia. Estas esferas engloban al individuo, la familia y la vivienda; las comunidades residenciales y relacionales; los programas y servicios DPI, y los ámbitos regional, nacional y mundial. En cada una de estas esferas, factores sociales, económicos, culturales y de género inciden en sus cualidades enriquecedoras.

Metodología

En el proceso de sintetizar la evidencia disponible surgió la interrogante de qué puede considerarse evidencia. Prestamos atención a la calidad de la fuente, el contexto de las investigaciones, los pormenores de programas específicos y poblaciones estudiadas, así como los factores ecológicos asociados con los estudios. Por consiguiente, nuestra base probatoria se desprende de tres fuentes primarias:

- 1) literatura científica revisada por pares,
- 2) informes elaborados por gobiernos, organismos internacionales y agrupaciones de la sociedad civil, y
- 3) expertos internacionales en DPI; entre ellos, la Red de Conocimientos sobre el Desarrollo de la Primera Infancia de la CDSS, la cual es representativa en términos tanto internacionales como intersectoriales.

Este Informe Final es un resumen de un documento más extenso y de evidencia cabal titulado TEAM-ECD igual que el modelo (Siddiqi, Irwin & Hertzman, 2007), al cual nos remitimos cuando de información exhaustiva se trata. Si bien es cierto que existe abundante documentación sobre el tema, sólo una cantidad limitada de estudios se enfoca en el estado del DPI en países de escasos recursos. Por otra parte, aun cuando consideramos que los hallazgos emanados de investigaciones cualitativas aportan una excelente fuente informativa para un análisis de esta índole, hay muy pocos estudios disponibles que empleen métodos cualitativos. En la literatura consultada también encontramos evidencia de peso en torno a poblaciones especiales o “en riesgo”, mas estos estudios también se concentran en naciones de abundantes recursos.

Asumimos una visión amplia al determinar cuál literatura era relevante para el DPI (véase el Apéndice A) e investigamos las bases de dato de múltiples disciplinas, tales como medicina, psicología del desarrollo, sociología, enfermería, salud poblacional, economía

y antropología, entre otras; de cada una de ellas se extrajo evidencia que correspondiese a cualquier aspecto del bienestar infantil. Adicionalmente, se examinaron documentos que tratan la interconectividad de los contextos familiar, residencial, relacional y social, aunque no se refiriesen directamente a las repercusiones para la infancia. En la medida de lo posible, utilizamos “evidencia causal” en un sentido científico y la complementamos con experiencias prácticas y personales emanadas de fuentes diversas. Si bien hemos aprovechado las pruebas de mayor calidad a nuestro alcance, estamos concientes de que no todos los estudios de alta calidad revisten importancia práctica o se aplican de igual manera en todos los contextos globales. Este enfoque de múltiples fuentes y métodos nos permitió asegurar que las conclusiones y las recomendaciones proporcionadas en este documento concuerden con los criterios de una amplia gama de partes interesadas y puedan aplicarse en cualquier sociedad del mundo.

Estamos conscientes de las restricciones que parten del hecho de que muchos de estos estudios giran alrededor de países desarrollados, así como de los tantos desafíos que limitan el grado en que las experiencias, los programas y los hallazgos científicos procedentes de un contexto global² pueden aplicarse en otros.

² Los esfuerzos dirigidos a la universalización de conocimientos y prácticas se apoyan en valores, objetivos y normas anglo-norteamericanos (Nsamenang, 2005), siendo el amamantamiento el ejemplo más ilustrativo de ello. En el pasado, organizaciones y entidades corporativas europeas y norteamericanas abogaron por la alimentación con fórmulas lácteas infantiles durante mucho tiempo (Gussow, 1980). Ahora han lanzado un llamado universal a las madres para que se comprometan con el amamantamiento “exclusivo” por seis meses (OMS, 2003). En este sentido, el valor de la lactancia materna era bien sabido en los países de África y Asia por años de tradición y experiencia, mas las “sabidurías” importadas de Europa y Norteamérica lo avasallaron.



Resultados: Esferas de Influencia TEAM-ECD

El Niño Individual

Con base en una variedad de premisas se puede afirmar, de manera inequívoca y enérgica, que los primeros años de vida se caracterizan por el desarrollo más importante y rápido que ocurre en el ciclo vital humano, particularmente del sistema nervioso central. Los “períodos sensibles” para el desarrollo del cerebro ocurren, casi exclusivamente, durante ese tiempo. Las experiencias (p. ej. una alimentación de buena calidad) y las exposiciones ambientales (p. ej. apego a un cuidador) que un niño o niña recibe serán instrumentales en el desarrollo exitoso de la función cerebral temprana. No sólo estas experiencias moldearán al niño psicológicamente, sino que éste también moldeará estas experiencias. El desarrollo que se produce durante la primera infancia proporciona los cimientos esenciales para triunfar en muchas áreas de la vida, tales como el bienestar físico, social y económico.

INCRUSTACIÓN BIOLÓGICA

La interacción que sucede entre los rasgos individuales (genéticos y fisiológicos) y las experiencias y exposiciones provenientes del ambiente son fundamentales para el desarrollo infantil. El cerebro humano, en particular, es el “órgano maestro” del desarrollo. En los primeros años de vida, en el cerebro se producen períodos sensibles programados genéticamente, durante los cuales el niño en desarrollo es excesivamente sensible a las influencias del medio ambiente externo (Barker, 1992; Bronfenbrenner, 1986; Wadsworth, 1997). *La interacción del cerebro en evolución con el medio ambiente representa la fuerza motriz del desarrollo*; su legado es una configuración única de sinapsis en el cerebro que, a partir de ese momento, influye y es influido por funciones cognitivas, sociales y emocionales. El proceso de experiencias iniciales que se solidifican y repercuten en la salud y el desarrollo a largo plazo se conoce como *incrustación biológica* (Hertzman, 1999).

NUTRICIÓN

El desarrollo y crecimiento infantiles óptimos precisan una nutrición adecuada. Un derecho cardinal de la infancia (ver Observación General #7 de la Convención sobre los Derechos del Niño [CDN] [Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 1990]), la nutrición comienza *in utero* por intermedio de madres que se alimentan de manera adecuada. Durante los primeros meses de vida, el amamantamiento desempeña un papel crucial en proveer los nutrientes que los lactantes necesitan; de hecho, se cree que disminuye las posibilidades de retardo del desarrollo post-natal (Smith y otros, 2003). La lactancia materna cumple la doble función de garantizar la nutrición adecuada y el desarrollo saludable del recién nacido a través de la estimulación y el apego como parte del proceso. A pesar de lo que la evidencia—tanto científica como convencional—nos dice en cuanto a la nutrición adecuada de lactantes y niños, existen aproximadamente 150 millones de niños menores de cinco años que sufren de desnutrición solamente en el mundo en desarrollo. La infancia desnutrida corre mayor peligro de sufrir las consecuencias de un desarrollo mental y físico insuficiente; rendir menos en la escuela (Pelto, Dickin & Engle, 1999; Powell y otros, 1998; Winicki & Jemison, 2003); mostrar propensión a

150 millones de niños menores de cinco años sufren de desnutrición solamente en el mundo en desarrollo

infecciones y sus secuelas; padecer episodios diarreicos más severos; desarrollar neumonía; tener sistemas inmunológicos de funcionamiento menoscabado; y, con frecuencia, presentar bajos índices de hierro, yodo, proteína y, por ende, menos energía, lo

*Esferas de
Influencia:
El Niño
Individual*

cual podría generar enfermedades crónicas (UNICEF, 2006). Puesto que las mujeres siguen siendo las cuidadoras primarias de los niños, cuando ejercen mayor influencia sobre las decisiones domésticas, pueden mejorar el estado nutritivo de sus hijos substancialmente (Smith y otros, 2003). Está demostrado que el educar a las mujeres no sólo mejora el estado nutritivo de la niñez, sino que también surte cuantiosos beneficios adicionales al incrementar la tasa de supervivencia y la escolaridad infantiles (Smith y otros, 2003).

La nutrición deficiente en todas las fases del crecimiento tiene efectos perjudiciales a largo plazo sobre el desarrollo intelectual y psicológico de la niñez.

De la misma forma, la desnutrición es causante de más de la mitad de las defunciones infantiles a escala mundial. Además de su impacto devastador sobre la mortalidad infantil, las deficiencias nutritivas, sobre todo en niños menores de tres años, producen efectos dañinos a largo plazo sobre el desarrollo intelectual y psicológico de la niñez, lo cual representa un desperdicio inaceptable de potencial humano (Grantham-McGregor y otros, 2007). Por consiguiente, la desnutrición constituye uno de los factores que más contribuyen a un desarrollo menoscabado y la pérdida de potencial de la infancia para desarrollarse. Sabemos que el retardo en el crecimiento resultante de la desnutrición crónica es producto de una combinación de factores ambientales, sociales y económicos, los cuales comienzan *in utero* y afectan tanto el crecimiento físico como el desarrollo intelectual. *He aquí un excelente ejemplo del punto de convergencia de las agendas para la supervivencia infantil, la seguridad alimentaria, el DPI, la educación y la equidad de género. Resulta imperioso reducir la desnutrición a escala mundial, sobre todo en niños menores de tres años de edad; no obstante, para ello se requieren acciones sistemáticas a nivel local en las áreas de salud materna (incluyendo nutrición adecuada) y atención sanitaria; seguridad*

alimentaria, mediante el insumo adecuado de micro nutrientes; agua potable; acceso a educación para todos, y protección contra enfermedades, como la provista por programas de vacunación. Si bien es importante conceder atención a estos factores, es igualmente importante garantizar actividades de seguimiento y apoyo sistemáticos de base comunitaria para la infancia desnutrida y sus familias—en especial, para los más vulnerables.

RELACIONES

Si bien una nutrición adecuada es fundamental para el desarrollo infantil, lo mismo ocurre con la calidad de las relaciones. La literatura científica a mano nos induce a considerar a los niños como actores sociales (Boyden & Levison, 2000; Irwin, 2006; Irwin y otros, 2007; Irwin & Johnson, 2005; Mayall, 1996), quienes no sólo son configurados por su entorno sino que también ellos conforman su entorno. El desarrollo individual de un niño o niña es transaccional, recíproco y constituido bilateralmente. Los pequeños evolucionan mejor en ambientes cálidos y receptivos que los protegen de la desaprobación y el castigo inapropiados; en entornos donde existen oportunidades para explorar el mundo, jugar y aprender a hablar y escuchar a otros (Ramey & Ramey, 1998). No obstante la complejidad del DPI, los múltiples factores que lo influyen se reducen a estos simples atributos de la experiencia cotidiana del pequeño. *Mejorar la calidad de la experiencia cotidiana de la niñez por medio de las relaciones debe ser el objetivo primordial de todas las iniciativas concernientes a la crianza, el cuidado infantil y la observación de los derechos del niño a temprana edad en conformidad con la CDN.*

LA CIENCIA DEL JUEGO

No siempre se aprecia el papel decisivo que el juego desempeña en el desarrollo infantil. Los procesos del juego influyen la formación sináptica y están vinculados con el apego seguro a cuidadores y las relaciones con otros niños. El juego cumple una función vital de socialización, más allá de las virtudes de la actividad física, en virtud de la cual los niños aprenden y negocian su identidad así

como las sutilezas de las relaciones sociales (James, 1993). Es posible que el juego varíe de acuerdo al temperamento, el género, la cultura y las prácticas de crianza de las familias y los cuidadores de cada niño o niña, pero su impacto sobre los procesos del desarrollo es universal para todas las culturas (Bornstein y otros, 1999). El juego puede ser estructurado o no; puede realizarse solo, con un cuidador o en grupo; evoluciona con el tiempo; y precisa, como mínimo, un ambiente seguro y recursos apropiados para el desarrollo. La estimulación (p. ej., madres y niños que juegan con juguetes hechos en casa orientados al aprendizaje y la exploración dirigidos) produce un efecto independiente en los resultados en desarrollo motriz perceptual entre niños con retardo del desarrollo, el cual va mucho más allá del suplemento nutricional (Grantham-McGregor y otros, 1997). McArdle sugiere que “el juego está al margen de los planes de los gobiernos y las autoridades locales” (2003, p. 512) al no considerarlo una actividad “seria”. *En potencia, una de las estrategias más eficaces para fortalecer el DPI consiste en hallar las maneras de convencer a padres y cuidadores de la importancia del juego y cómo fomentarlo.*

MENSAJES CLAVE: EL NIÑO INDIVIDUAL

1. La salud, la nutrición y el bienestar de la madre son importantes para el desarrollo infantil.
2. Tres dominios del desarrollo de gran alcance –físico, socioemocional y lingüístico-cognitivo- están conectados entre sí y revisten el mismo grado de importancia.
3. Los niños conforman sus entornos de la misma manera como los entornos conforman a los niños.
4. Los determinantes sociales definen el desarrollo intelectual y biológico en virtud de su influencia sobre la calidad de estimulación, apoyo y motivación que el niño o niña tiene a su disposición.
5. El juego es fundamental para el desarrollo integral de la infancia.

La Familia

La familia³ representa el influjo primordial en el desarrollo de un niño o niña (UNICEF, 2007) (En este informe, el término “Familia” se define como todo grupo de personas que viven juntas, comen juntas y participan juntas en otras actividades cotidianas en el hogar). La nueva Observación General #7 de la CDN sobre la Primera Infancia reafirma la posición de la CDN hacia la familia como sigue:

el “grupo fundamental” y el “entorno natural” para el crecimiento y el bienestar, pero admite que el concepto de familia se extiende más allá del modelo “nuclear”. Los padres y los cuidadores son identificados como los actores principales en la formación de la identidad y el desarrollo de habilidades, conocimientos y conductas, además de ser los garantes de la realización de los derechos de la temprana infancia.

Las familias aportan buena parte de los estímulos ambientales para los niños y controlan, en gran medida, su contacto con el medio ambiente distante (Richter, 2004). Los recursos sociales y económicos constituyen los rasgos más importantes del entorno familiar. Los recursos sociales comprenden las aptitudes y la educación parentales, las prácticas y los enfoques culturales, las relaciones interfamiliares y el estado de salud de los miembros. Los recursos económicos incluyen el patrimonio, el estatus ocupacional y las condiciones de la vivienda. Pese a que los recursos sociales y económicos al alcance de los niños y niñas están entrelazados, implican estrategias de intervención distintas.

RELACIONES

Un vasto corpus de evidencia demuestra la importancia que tienen los cuidadores primarios (y por extensión, las familias) para el desarrollo infantil a largo plazo (Shonkoff & Phillips, 2000). Hoy por hoy, todos esos fac-

3 Aun cuando en esta sección centramos nuestra atención en la “familia” tal y como se define ampliamente, queremos hacer hincapié en la importancia de los vínculos con parientes, amigos y comunidades relacionales para apoyo y estimulación.

tores que facilitan la creación de lazos sociales saludables y la naturaleza de las prácticas de cuidado que revisten mayor importancia para los niños son bien conocidos. El apego seguro a un cuidador confiable que brinde afecto, apoyo y cuidado consistentes en la etapa inicial de la vida, constituye un requisito clave para asegurar un DPI robusto (Bowlby, 1969). Los lactantes y los niños pequeños que gozan de relaciones de apego seguro utilizan esa estabilidad emocional y física como una plataforma desde la cual explorar el medio que los rodea. Los intentos exploratorios exitosos refuerzan la confianza propia del pequeño y estimula su interés en seguir explorando. Así, éste comienza a aprender

El efecto gradiente de los recursos familiares sobre el DPI constituye la explicación más contundente en cuanto a las diferencias en bienestar infantil que se manifiestan dentro de las sociedades. Además, estos recursos repercuten profundamente en otros aspectos del entorno familiar.

sobre su entorno y a controlarlo, al tiempo que aumenta su competencia y confianza propia. Todas las familias precisan cierto grado de apoyo para aprender a evolucionar, ser sensibles y receptivas en sus prácticas de cuidado y atención infantiles. Sin embargo, existen factores biológicos y ambientales que pueden causar un impacto negativo en las relaciones de apego; estos incluyen bajo peso al nacer, desnutrición e infecciones, pobreza y sus secuelas, conflicto y violencia doméstica y trastornos de salud mental como la depresión materna. En estos casos, el apoyo externo para las familias reviste especial importancia.

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

La asociación entre la situación socio-económica (SSE) y una variedad de resultados en materia de salud y desarrollo a lo largo del ciclo vital es tan intensa que ha llegado a

catalogarse como un “efecto gradiente”. El efecto gradiente de los recursos familiares en el DPI constituye la explicación más contundente en cuanto a las diferencias en bienestar infantil que se manifiestan dentro de las sociedades. Además, estos recursos repercuten profundamente en todos los demás aspectos del entorno familiar (Siddiqi y otros, en imprenta). De un reciente estudio realizado por Houweling, Casper y otros (2005) se desprende una extraordinaria relación entre la situación socioeconómica de las familias y el índice de mortalidad de niños menores de cinco años en la población infantil de 43 países de bajos recursos. Este mismo estudio sugirió que, en esos mismos países, la desigualdad socioeconómica respecto de la mortalidad infantil iba en aumento (la brecha se ampliaba) en tanto que sus economías crecían en términos generales. La SSE familiar impacta resultados tan diversos como bajo peso al nacer, riesgo de problemas dentales, puntajes más bajos en pruebas cognitivas, problemas de conducta y socialización y mayores probabilidades de desinterés en los estudios (Brooks-Gunn, Duncan & Maritato, 1997).

Los recursos sociales y económicos inciden en el DPI a través de varios mecanismos. Por ejemplo, bajos índices de instrucción y alfabetización afectan los conocimientos y las aptitudes de los cuidadores infantiles; las prácticas de amamantamiento y alimentación también varían de acuerdo a la SSE. Los niños y niñas que nacen en el seno de familias pobres tienen mayores probabilidades de verse expuestos a —y ser afectados por— condiciones adversas para el desarrollo (vivir en hacinamiento, barrios o vecindarios inseguros) (Dipietro, 2000). La tensión que la SSE produce entre los padres también puede repercutir en los niños. Se ha determinado que los padres que perciben menores ingresos corren mayor riesgo de sufrir una variedad de perturbaciones psicológicas, incluso sentimientos negativos de auto-estima y síntomas de depresión. Se cree que esto es el resultado de una combinación de mayor exposición a eventos negativos y menos recursos disponibles para afrontar experiencias de vida adversas (Shonkoff & Phillips, 2000).

Se ha comprobado la existencia de un

vínculo entre las circunstancias socioeconómicas y los resultados cognitivos y lingüísticos en niños pequeños, en gran parte producto de la riqueza del entorno lingüístico que los envuelve (Hart & Risley, 1995). La SSE de la familia está relacionada, asimismo, con la capacidad para proveer otros recursos, tales como atención sanitaria y cuidado infantil de calidad elevada, que inciden profundamente en el desarrollo saludable (Hertzman & Wiens, 1996).

SALUD FAMILIAR

El estado de salud de la familia causa un impacto particularmente fuerte en el DPI. Cualquier problema crónico ya sea físico o mental (sobre todo en la madre o un cuidador primario), tales como violencia conyugal (Anda y otros, 2006; Fettelli y otros, 1998), depresión materna (Patel, DeSouza, & Rodrigues, 2003; Shonkoff & Phillips, 2000) y enfermedad crónica, puede traer consecuencias nocivas para el desarrollo infantil. En situaciones de depresión materna, pobreza extrema o niveles elevados de estrés familiar, las interacciones significativas entre padres e hijos puede que se vean deterioradas trayendo como resultado menos oportunidades de que se produzcan experiencias de aprendizaje en el hogar (Willms, 2003). La intensidad y cronicidad de la depresión materna advierten alteraciones en el desarrollo infantil (NICHD [National Institute of Child Health and Human Development] [Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano], 2002).

Un grave problema de salud de alcance mundial es la prevalencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) entre la población adulta y su profunda incidencia en la población infantil, que va desde infantes infectados (transmisión madre-hijo) hasta el fenómeno de niños forzados a asumir funciones de adultos en el seno familiar, como atender a padres y hermanos. Muchos han quedado huérfanos o pasan a ser la cabeza de sus hogares debido a la muerte de sus padres. En particular, puede que esto tenga mayor repercusión en el desarrollo de las hembras, puesto que son más propensas a asumir la responsabilidad de los asuntos domésticos y, por tanto, renunciar a la escolaridad (Richter

& Foster, 2006). *Al respecto, hacemos un llamado para que los programas en apoyo de la salud de los cuidadores de los niños pequeños sean reconocidos como inversiones en el DPI y evaluados como tal.*

PADRES

La función que los padres cumplen como parte de la esfera familiar no debe subestimarse; no obstante, lamentablemente muchas veces es menospreciada. La Comisión de las Naciones Unidas sobre la Condición de la Mujer (CNUCM) “[incentiva] a los hombres para que participen plenamente en todas las iniciativas hacia la igualdad de género y [exige] la institución del principio de poder y responsabilidad compartidos entre mujeres y hombres en el hogar, en la comunidad, en el lugar de trabajo y en las comunidades nacionales e internacionales en general” (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (CNUCM), 2004, p.1). Esto, desde luego, abarca el papel de los padres en la crianza de los hijos (UNICEF, 1997). De hecho, hoy por hoy, los marcos de políticas enfatizan con firmeza la necesidad de involucrar y trabajar consecuentemente con los padres y otras figuras masculinas que influyen en el bienestar de los niños y las familias, como un requisito estratégico para todos los servicios dirigidos a la población infantil (Fathers Direct, 2006).

GÉNERO

Las inequidades que se manifiestan en el seno familiar puede que sean trascendentales desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, sobre todo en lo que respecta al género: “El acceso de las mujeres al poder a nivel doméstico causa el impacto más directo sobre familias y niños... [a través de la falta de control sobre] la distribución de recursos para alimentos, atención sanitaria, educación y demás necesidades familiares” (UNICEF, 2007, p. 22). Como resultado, las niñas tienen mayores probabilidades de recibir menos alimentos y verse privadas de servicios básicos de salud y educación; las labores domésticas y la crianza de los hijos mantienen a las mujeres adultas fuera de la fuerza laboral y a las jóvenes

*Esferas de
Influencia:
La Familia*



La igualdad de género a nivel familiar contribuye a reducir la transmisión intergeneracional de la pobreza a través de un desarrollo optimizado, mayor acceso a la educación y alimentación adecuada.

fuera de la escuela. Es más, cuando las madres trabajan, lo más probable es que las hembras no vayan a la escuela y permanezcan en casa cuidando a otros hermanos, sobre todo si no existe la opción de recurrir a cuidado alternativo como una guardería. Del mismo modo, de acuerdo al informe reciente de UNICEF,

En los países en vías de desarrollo, una de cada cinco niñas que se matricula en la escuela primaria no la termina, privándose de la oportunidad para alcanzar su máximo potencial de desarrollo. Los estudios realizados demuestran que las mujeres que han recibido instrucción primaria tienen menos probabilidades de morir durante el parto;... es más posible que matriculen a sus hijos en la escuela;... [y] que la tasa de mortalidad de niños y niñas menores de cinco años descienden en casi la mitad (UNICEF, 2007, p. 4).

Es evidente que los roles que las mujeres ocupan en el seno familiar (poder para tomar decisiones), así como sus niveles de instrucción, revisten una gran importancia en la promoción del DPI. La formación de las mujeres no sólo contribuye a reducir las tasas de mortalidad sino también a mejorar la educación a largo plazo entre las la población femenina. La igualdad de género a nivel familiar ayuda a contraer la transmisión intergeneracional de la pobreza a través de un desarrollo optimado, mayor acceso a la educación y alimentación adecuada (UNICEF, 2007).

VIVIENDA FAMILIAR

De la misma manera, la vivienda familiar contribuye (o le resta valor) a la calidad de atención y cuidado que se le brinda a niños y niñas. La salud física y mental está ligada a condiciones de la vivienda tales como hacinamiento, contaminación del aire en el interior de la misma, humedad y frío (Dunn & Hayes, 2000). Las circunstancias que existen en los barrios pueden presentar riesgos adicionales para la niñez. De los estudios realizados en familias y niños indigentes se desprenden índices de enfermedad física y mental mucho más elevados y resultados inferiores en el área del desarrollo (Dunn & Hayes, 2000).

Tales circunstancias exacerbaban otros desafíos socioeconómicos que cantidad de familias afronta día a día.

APOYO FAMILIAR

Las familias necesitan tener capacidad para acceder recursos que les permitan tomar decisiones y realizar elecciones acertadas en beneficio de sus hijos, inclusive servicios de apoyo para padres y cuidadores (Richter, 2004), cuidado infantil de calidad (Goelman, 2003; Lamb, 1998; NICHD, 1996, 2002; Vandell, & White, 2000) y educación y atención sanitaria primaria. A escala mundial, un área específica donde las familias precisan protección social tiene que ver con la potestad para resolver las exigencias laborales y las responsabilidades domésticas. Las investigaciones que Heymann (2006) ha realizado entre niños y familias de naciones de escasos recursos revelan la importancia del acceso a un cuidado infantil de calidad para familias del mundo entero (ver Apéndice D). Sus estudios ratifican que millones de niños a escala mundial permanecen solos en el hogar, en ambientes de cuidado informal (a menudo a cargo de otros niños) o van con sus padres al trabajo y, por consiguiente, son expuestos a condiciones laborales inseguras. La provisión pública de guarderías de calidad y económicas es parte de la solución a este problema.

RESILIENCIA

Pese a los desafíos que muchas familias afrontan a diario debido a una situación socioeconómica de desventaja, eso no les impide crear los entornos enriquecedores esenciales para sus hijos. La resiliencia se refiere a la capacidad de un niño o niña para prosperar a pesar de crecer en circunstancias adversas. El análisis de Bartley de los estudios realizados en torno a este tema apunta a “la importancia de las relaciones sociales, los nexos con la comunidad y las aptitudes para forjar relaciones sociales interactivas como fuentes claves de protección” (2006, p. 5). La familia aporta las relaciones sociales más importantes para reforzar la resiliencia infantil (Grotberg, 1995). En todas partes del mundo hay niños que confrontan situaciones

como presenciar y experimentar violencia en la familia y la comunidad ampliada, intimidación, inestabilidad, divorcio, padecer los efectos del alcohol y el abuso de sustancias en el seno familiar, mientras que otros enfrentan sucesos catastróficos o atrocidades cotidianas como guerra, pobreza, enfermedad, hambruna, inundaciones, VIH/SIDA y trabajo forzado. La capacidad de un niño o niña para superar situaciones como esas depende de múltiples factores a nivel individual, familiar, comunitario y la sociedad en general (Bartley, 2006; Grotberg, 1995). Estudios en torno a las experiencias de niños expuestos a guerras e hijos de madres maltratadas demuestran que la familia puede servir de parachoques contra circunstancias extremas (Berman, 1996). Las investigaciones conducidas por Berman y otros recalcan la importancia de fortalecer la capacidad de las familias para apoyar a los niños pequeños en momentos de tensión y atrocidad (Pinheiro, 2006); estas requieren redes de protección adecuadas —tales como políticas de asistencia social, acceso a servicios apropiados y suficientes ingresos— a fin de aumentar su capacidad para fortalecer la resiliencia infantil pese a los desafíos habituales que enfrentan.

Las familias requieren redes de protección adecuadas, tales como políticas de asistencia social, acceso a servicios apropiados y suficientes ingresos, a fin de aumentar su capacidad para robustecer la capacidad de resistencia de los niños.

La resiliencia puede fortalecerse por medio de las relaciones que las familias, los cuidadores y los niños forman con otros miembros de la localidad o con las comunidades relacionales (p. ej., organizaciones basadas en la fe), así como a través de servicios de DPI, salud, nutrición y de otra índole prestados por organismos gubernamentales y organizaciones no gubernamentales (ONG), y políticas de mayor alcance que facilitan el éxito académico,

*Esferas de
Influencia:
La Familia*

la transferencia de ingresos, la atención sanitaria y el acceso a vivienda segura. Los rasgos institucionales de la sociedad que fortifican la “conectividad” de los ciudadanos en formas positivas mejorarán la capacidad de resistencia en niños y familias (p. ej., la Desviación Positiva [UNICEF, 2005]). Por consiguiente, los gobiernos, los organismos internacionales y las agrupaciones de la sociedad civil deben aplicar el criterio de “conectar a los niños con mentores adultos” en la evaluación de programas y políticas propuestas.

MENSAJES CLAVE: LA FAMILIA

1. La familia representa una fuente fundamental de estimulación para el niño.
2. Los gradientes socioeconómicos en los resultados de desarrollo reflejan las dificultades que las familias de escasos recursos enfrentan en brindar entornos enriquecedores para sus hijos.
3. El “efecto gradiente”, que ocurre en casi todos los resultados y en casi todas partes, habla del carácter trascendental de los recursos socioeconómicos.
4. Las familias requieren acceso a una gama de apoyos y programas para sus hijos, pero también para ellas mismas.
5. La parcialidad basada en el género en el seno de una familia puede generar inequidades en las condiciones enriquecedoras que se brindan a las niñas respecto de los niños. Conferir mayor poder a las madres en la toma de decisiones puede aliviar parte de la inequidad.

Comunidad Residencial y Relacional

La comunidad residencial (donde viven el niño y la familia) y la comunidad relacional (establecida por nexos sociales entre grupos de personas que poseen una identidad compartida) configuran el entorno familiar e infantil.

COMUNIDADES RESIDENCIALES

Las características fundamentales de las comunidades residenciales que han sido identificadas como vitales para el DPI se extienden a los ámbitos socioeconómico, físico y de servicios (Kawachi & Berkman, 2003). El ámbito socioeconómico de las comunidades residenciales se define en virtud del nivel de ingreso promedio o mediano, el porcentaje de residentes que poseen un título de bachiller o el porcentaje de individuos empleados o desempleados que residen en la comunidad (Leventhal & Brooks-Gunn, 2000). Por lo general, niveles socioeconómicos altos van mano a mano con una mejor preparación escolar y logros académicos entre niños pequeños (habilidades verbales y de lectura inclusive). Aun cuando las disparidades socioeconómicas entre comunidades residenciales a menudo están vinculadas con disparidades en desarrollo infantil, algunas señales de advertencia son importantes. Los niños de familias de baja SSE que viven en vecindades mixtas en términos económicos generalmente alcanzan un mejor desarrollo que los niños de baja SSE que habitan en vecindarios pobres (Kohen y otros, 2002). La adopción de políticas para crear zonas residenciales con niveles económicos mixtos no le cuesta al gobierno más que permitir la formación de guetos económicos en zonas residenciales, y puede que sea favorable para el desarrollo de niños pequeños.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS Y DE LOS SERVICIOS

Existe una clara relación inversa entre las circunstancias socioeconómicas de una comunidad y el grado en que sus residentes se verán expuestos a exposiciones tóxicas y por lo demás peligrosas tales como desperdicios, contaminantes atmosféricos, agua de mala

calidad, ruido excesivo, hacinamiento, vivienda de baja calidad, por mencionar sólo algunos (Evans & Katrowitz, 2002). Los espacios físicos accesibles para los niños crean tanto oportunidades como limitaciones para la exploración y el aprendizaje basado en el juego, los cuales son esenciales para el desarrollo motor, cognitivo y socioemocional (Irwin, 2006; James, 1993). La disponibilidad de servicios de calidad también varía de acuerdo a las circunstancias socioeconómicas de las comunidades, incluso las instituciones y la infraestructura para el aprendizaje y la recreación, guarderías, centros de salud, acceso a transporte, mercados y oportunidades de empleo (Leventhal & Brooks-Gunn, 2000). Tanto en países ricos como pobres, el

EJEMPLO DE LA EXPERIENCIA VIVIDA POR UNA COMUNIDAD KENIATA

En uno de los asentamientos informales más grandes que existen en los suburbios de Nairobi, Kenia, se presentó una crisis. Jóvenes adolescentes pertenecientes a dos grupos étnicos rivales estaban cometiendo abusos sexuales contra hembras del grupo contrario con regularidad. Esta actividad no sólo estaba arruinando las vidas de las jóvenes afectadas, sino que también estaba creando un clima de desconfianza y miedo que hacía imposible crear un sentido de seguridad colectiva para los habitantes de la zona—chicos y adultos por igual. Hace algunos años, los jóvenes acordaron una tregua y comenzaron a patrullar la zona para prevenir la violencia, en lugar de provocarla. El cambio de actitud entre estas dos comunidades relacionales ha dado lugar a un giro acentuado en las vidas de los niños y niñas que habitan en la comunidad residencial. Hoy por hoy, esta es una comunidad donde 600 huérfanos a causa del VIH/SIDA son atendidos y cuidados colectivamente, donde los adolescentes han establecido su propia estación de radio y periódico, y donde la escuela primaria figura entre las que mejor funcionan en el país.

acceso local a estos servicios esenciales para la infancia debe esgrimirse como un criterio para el desarrollo urbano.

BARRIADAS Y ASENTAMIENTOS INFORMALES

A escala mundial, una cantidad cada vez mayor de niños crece en barriadas o asentamientos informales; no obstante, los resultados cognitivos y socio-conductuales en estos contextos no se han explorado de manera sistemática. El alcance del respaldo de las políticas gubernamentales para la validez legal, la vivienda básica, la nutrición, la escolaridad, la salud y otros servicios públicos esenciales es fundamental, sobre todo si se toma en cuenta el vertiginoso desarrollo urbano que se registra mundialmente. Al respecto, existen varios modelos organizativos para mitigar las consecuencias adversas de las condiciones prevalecientes en barriadas pobres y asentamientos informales (Dayal, 2001).

Tanto en países ricos como pobres, el acceso local a servicios esenciales para la infancia debe esgrimirse como un criterio para el desarrollo urbano. urban development.

COMUNIDADES RELACIONALES

La comunidad relacional tiene un influjo primordial en la manera como los niños y las familias se identifican a sí mismos y a otros, y cómo los extraños identifican a los niños; es, por ende, una fuente primordial de inclusión y exclusión social, autoestima y socialización entre los géneros. El grado en que la población adulta e infantil de las comunidades se relacionan entre sí se determina a este nivel, bien sea que haya o no intercambio recíproco (de información, servicios en especie u otras formas de apoyo), control social informal y respaldo mutuo. Se ha comprobado que estos atributos, conocidos indistintamente como capital social o eficacia colectiva, son

*Esferas de
Influencia:
Residencial y
Relacional*

enriquecedores para niños y sus familias, tanto en el contexto de zonas urbanas en naciones de abundantes recursos (Sampson, Morenoff & Earls, 1999) como en el contexto rural en naciones de escasos recursos (Carter & Maluccio, 2003). En esencia, los resultados infantiles están vinculados con los nexos sociales existentes entre los residentes de una comunidad, los cuales facilitan la vigilancia colectiva de normas y prácticas comunitarias compartidas y relativas a la niñez, así como la formación de modelos de conducta positivos (Bourdieu, 1984; Coleman, 1988, 1990; Jencks & Mayer, 1990; Putnam, 2000). Con frecuencia, las comunidades relacionales constituyen un mecanismo vital mediante el cual se transmite información concerniente a prácticas parentales y desarrollo y salud infantiles. Las tradiciones respecto de la crianza de los hijos se pasan de una generación a otra, no sólo dentro de las familias sino también entre grupos más extensos vinculados socialmente.

MENSAJES CLAVE: COMUNIDAD RESIDENCIAL Y RELACIONAL

1. La integridad y accesibilidad del espacio físico donde los niños pueden explorar y jugar es fundamental para los tres dominios básicos del DPI.
2. Los aspectos físico, socioeconómico y de servicios de las comunidades residenciales influyen en el DPI substancialmente.
3. Las comunidades relacionales representan una fuente primordial de valores, normas y apoyo social para las familias.
4. La creación de lazos afectivos dentro de las comunidades relacionales puede dar lugar a exclusión social (hasta conflicto y discriminación) entre ellas.
5. Las normas y las conductas referentes al género están arraigadas, a menudo, en las creencias sociales de las comunidades relacionales; por consiguiente, es esencial abordar la igualdad de género a este nivel.

Programas y Servicios DPI

Los programas y servicios DPI de calidad son aquellos que estimulan todos los aspectos del desarrollo infantil—físico, social, emocional, lingüístico y cognitivo. Los gobiernos deben integrar programas y servicios DPI de calidad a las políticas de protección social⁴ con el fin de atenuar las consecuencias adversas de crecer en la pobreza para millones de niños en el mundo entero y cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La evidencia es perturbadora: 40% de la población infantil en países de escasos recursos vive en extrema pobreza; 10,5 millones de niños mueren antes de cumplir los cinco años; muchos nunca van a la escuela; 28% de los niños y niñas en países de escasos recursos presenta retardo en el crecimiento (Grantham-McGregor y otros, 2007). De la evidencia se desprende que las condiciones que generan pobreza, enfermedad, acceso limitado a la escolaridad y desnutrición conducen a una transmisión intergeneracional de la pobreza, lo cual repercute en la productividad de futuros adultos e impone una carga más pesada sobre los recursos económicos de un país. En las naciones que cuentan con recursos abundantes, las condiciones no son tan dramáticas ni las implicaciones para el desarrollo humano tan nefastas, pero en realidad, las diferencias son sólo cuestión de grado. A lo largo y ancho del mundo desarrollado, la vulnerabilidad en el área de desarrollo aumenta en la medida en que el espectro socioeconómico desciende; tanto así que, en la mayoría de las naciones miembros de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), 25% de la población infantil, o más, llega la edad adulta sin la formación básica y las destrezas numéricas necesarias para defenderse en el mundo contemporáneo (Willms, 2003). Por lo tanto, el DPI es un tema que concierne

4 Los gobiernos están obligados a ofrecer protección social para la población infantil, inclusive: 1) asistencia social/apoyo económico: transferencias de fondos condicionales/incondicionales, subvenciones para el cuidado infantil, pensiones sociales, beneficios fiscales, alimentos subsidiados y exoneración de pagos; y 2) servicios sociales para niños y familias; entre ellos, servicios de protección (y prevención) como hogares sustitutos, adopción, tratamiento residencial, servicios de apoyo para familias y comunidades para niños con necesidades especiales, así como centros de cuidado para la primera infancia (Kamerma n & Gabel, 2006).

a todas las sociedades, no solo a aquellas de recursos limitados.

En una revisión global de las políticas de protección social, Kamerman y Gabel descubrieron que, en los países de la OCDE, las políticas que ejercían una influencia positiva sobre los resultados del desarrollo infantil comprendían “extender el acceso de los niños a la escolaridad y guarderías de calidad razonable en la primera infancia” (2006, p.11). Asimismo, encontraron que en los países de recursos limitados (y exigua información sobre políticas) deben establecerse prioridades de manera de atender a los más vulnerables, al tiempo que la cobertura universal debe seguir siendo la meta a largo plazo.

ARGUMENTOS ECONÓMICOS

Partiendo de la evidencia disponible, los economistas ahora sostienen que invertir en la primera infancia representa la inversión más poderosa que un país puede realizar, con retribuciones en el transcurso de la vida mucho mayores al importe de la inversión inicial. Los programas DPI fomentan y promueven la calidad del capital humano; es decir, las competencias y las destrezas necesarias para participar en la sociedad y la fuerza laboral (Knudsen y otros, 2006). Las aptitudes y habilidades fomentadas a través de programas DPI *no se limitan* a logros cognitivos, sino que también comprenden logros físicos, sociales y emocionales, todos ellos determinantes de la salud a lo largo del ciclo vital (Carneiro & Heckman, 2003). Buena parte de la carga mundial producto de enfermedades (cardiovascular, obesidad, VIH/SIDA, depresión) comienza en la primera infancia (Marmot & Wadsworth, 1997). Así, los programas DPI que incorporan e integran medidas dirigidas a promover la salud (p. ej., buena nutrición, inmunización) con respaldo, participación, cuidado, motivación y protección, ofrecen la posibilidad de alcanzar mejoras continuadas en el desarrollo físico, social, emocional, lingüístico y cognitivo, al tiempo que reducen la carga futura e inmediata resultante de las enfermedades, sobre todo para los más vulnerables y desfavorecidos. De acuerdo con el más reciente Informe de Seguimiento en el Mundo (*Global Monitoring Report*) de la UNESCO, en cada país, los niños

provenientes de las comunidades más pobres son los que menores posibilidades tienen de acceder programas DPI—“los más expuestos a desnutrición y enfermedades prevenibles”—a pesar de ser, también, los que más se beneficiarían de ellos (2007, p. 19).

Engle y otros nos recuerdan que para “alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (reducir la pobreza y garantizar que todos los niños y niñas completen la educación primaria), los gobiernos y la sociedad

*Esferas de
Influencia:
Programas y
Servicios*

En cada país, los niños provenientes de las comunidades más pobres son los que menores posibilidades tienen de acceder programas DPI – “los más expuestos a desnutrición y enfermedades prevenibles- a pesar de ser los que más se beneficiarían de ellos. (UNESCO, 2007)

civil deben considerar la expansión de programas DPI de calidad elevada y económicos” (2007, p. 229). Las intervenciones tempranas pueden alterar las trayectorias de las vidas de niños y niñas que nacen pobres o son privados de las oportunidades de crecimiento y desarrollo que están al alcance de los más afortunados. Los programas y servicios DPI (guarderías para padres que trabajan, preescolar y acceso a la educación primaria) generan grandes beneficios y constituyen un camino efectivo para reducir la pobreza y promover la salud, la productividad y el bienestar.

Si los gobiernos tanto en sociedades de recursos limitados como en sociedades de recursos abundantes actuaran mientras los niños son pequeños, implementando programas y servicios DPI de calidad como parte de sus políticas de protección social más extensas, cada uno de ellos tendría una expectativa razonable de recuperar de más el costo de estas inversiones (Schweinhart y otros, 1993; Schweinhart, 2004). En las naciones de recursos abundantes donde este punto ha sido estudiado directamente, los ahorros provienen de una reducción en

cursos remediales y costes de justicia criminal (Schweinhart y otros, 1993; Schweinhart, 2004). Las retribuciones económicas se derivan de mayor acceso a la fuerza laboral por parte de las madres (Cleveland & Krushinsky, 1998) y mayor actividad económica en la edad adulta entre aquellos individuos cuyas trayectorias de desarrollo fueron mejoradas mediante la intervención (Schweinhart, 2004— seguimiento hasta los 27 años de edad). Los beneficios económicos a largo plazo provenientes de la intervención en DPI no han sido estudiados en forma directa en países de escasos recursos; sin embargo, un volumen de publicaciones bastante cuantioso sugiere que en los países pobres, el crecimiento económico devenga una variedad de resultados que proceden de inversiones en capital humano⁵ en términos más generales, que incluyen matrícula escolar incrementada e índices de alfabetización más altos (Romer, 1986; Ravallion y Chen, 1997; Sen, 1999; Baldacci, Clements, Gupta and Cui, 2004). Se sabe que la transformación de las “Economías Tigre” del Sureste Asiático, de sociedades de recursos limitados y baja esperanza de vida a sociedades de recursos abundantes y alta esperanza de vida, se logró principalmente gracias a la inversión en la infancia, desde la concepción hasta el término de la escolaridad. Durante este período, las circunstancias de los niños pequeños mejoraron substancialmente, tanto así que la mortalidad infantil bajó de 140/1000 aproximadamente en 1946 a menos de 5/1000 en 2000 (Hertzman & Siddiqi, 2000; Siddiqi & Hertzman, 2001). Desde 1975 hasta 2002, el PIB per capita en las Economías Tigre aumentó de aproximadamente \$4.000 a \$23.000 (Hertzman & Siddiqi, 2000; Siddiqi & Hertzman, 2001). Por consiguiente, la magnitud de la potencial ganancia económica para las sociedades de escasos recursos al asumir el desarrollo infantil como la piedra angular de sus estrategias hacia el desarrollo, puede medirse no sólo en términos de costo-beneficio a un micro nivel, sino también en múltiplos de escala económica (Schady, 2005; Behrman, Cheng & Todd, 2004).

⁵ Capital humano se refiere al pool acumulado de recursos humanos que se traducen en productividad económica para una sociedad.

En lugar de proveer un “listado” de programas DPI específicos, los párrafos a continuación presentan características genéricas así como principios estratégicos y organizativos de programas sostenibles y de calidad que son transferibles alrededor del mundo entero.

Los programas y servicios DPI abordan uno o más de los siguientes asuntos claves: lactancia materna, cuidado infantil, educación en la primera infancia, nutrición y otras formas de apoyo familiar. Estos incluyen servicios dirigidos a la población infantil, tales como guarderías, preescolares, centros de desarrollo infantil de base comunitaria y doméstica, y otros programas y servicios de índole similar. Asimismo, existen programas y servicios que se enfocan en la infancia de manera indirecta, a través del apoyo para padres y cuidadores, y abarcan programas sobre habilidades parentales, visitas y apoyo en el hogar, y otros programas similares. Además, los servicios de atención sanitaria constituyen un punto de contacto muy importante para los niños pequeños y sus familias. Cuando se añaden servicios y programas DPI a la prestación de servicios de atención sanitaria establecidos, éstos pasan a ser un medio sumamente eficaz para promocionar el DPI.

La calidad e idoneidad de programas y servicios representan un punto central a tomarse en cuenta a la hora de determinar si los mismos conllevan resultados positivos para los niños (Anderson y otros, 2003; Hertzman & Wiens, 1996; Magnuson, Ruhm & Waldfogel, 2007; NICHD, 1996, 2002; Peltó, Dickin & Engle, 1999; Wylie y otros, 2006). Existen tres aspectos de calidad en los programas y servicios DPI: estructura, proceso y estímulo. La estructura comprende aspectos como capacitación y experiencia adecuadas del personal, proporción personal-niño, dimensión de los grupos y características físicas del servicio que garantizan la seguridad. Los aspectos procesales incluyen estabilidad y continuidad del personal y relaciones entre los proveedores de servicios, cuidadores y niños (Goelman 2003; NICHD, 1996, 2002). Los entornos enriquecedores son aquellos donde se estimula la exploración; se proporciona orientación en destrezas elementales; se celebra el progreso del desarrollo infantil;

se amplía y dirige el perfeccionamiento de nuevas habilidades; existe protección contra disciplina inapropiada, y el contexto lingüístico es rico y receptivo (Ramey & Ramey, 1998). Los entornos enriquecedores deben incluir, asimismo, trato equitativo para hembras y varones: en oportunidades, expectativas y aspiraciones (UNICEF, 2007). Además de estos elementos fundamentales de calidad, los programas y servicios DPI deben establecerse por consenso en cuanto a la naturaleza del desarrollo infantil exitoso y un conjunto de indicadores válidos y confiables de DPI (Kagan & Britto, 2005; Janus & Offord, 2000, 2007; UNICEF, 2007) (véase el Apéndice C).

Más allá de los aspectos programáticos de calidad, un conjunto de principios ha demostrado sustentar programas y servicios DPI a nivel mundial. Estos principios incluyen sensibilidad y empatía cultural; sentido de pertenencia a la comunidad; un propósito común y consenso en cuanto a los resultados relativos a las necesidades de la comunidad; asociaciones entre proveedores, comunidad, padres y cuidadores; fortalecimiento de capacidades de la comunidad mediante la participación activa de familias y demás partes interesadas; y un plan de gestión apropiado (que incluya a los usuarios) a fin de facilitar la vigilancia de la calidad y la evaluación de la efectividad del programa (Kagan & Britto, 2005). Con respecto a los programas y servicios DPI, una serie de estudios ha demostrado que estos principios de calidad mejoran los resultados obtenidos por los niños pequeños (Anderson y otros, 2003; el Effectiveness Initiative Report preparado por el Grupo Consultivo sobre el Desarrollo de la Primera Infancia y la Fundación Bernard van Leer, 1999; Engle y otros, 2007; Karoly, Kilburn & Cannon, 2005; UNESCO, 2007). Es más, los programas DPI que muestran mayor vinculación con resultados positivos para la infancia son aquellos que aprovechan los recursos y las redes existentes y giran en torno a la creación y mantenimiento de relaciones colaborativas entre grupos de intereses múltiples, tales como familias, comunidades y proveedores de servicios (para una revisión reciente consulte el Documento 3 de la Serie Lancet, Engle y otros, 2007). Los programas que

se edifican sobre recursos y redes existentes a menudo logran sus objetivos motivando la participación de los padres, cuidadores convencionales y hermanos y hermanas mayores. Estos tipos de programas suelen incluir educación parental, grupos de apoyo para padres, visitas domiciliarias y guarderías organizadas y dirigidas por la comunidad, y se refuerzan a través del respaldo coordinado por parte de varias esferas de influencia (UNESCO, 2007; Irwin, 2004).



La magnitud de los beneficios económicos potenciales para las sociedades de escasos recursos que asumen el desarrollo infantil como la piedra angular de sus estrategias para el desarrollo, puede medirse no sólo en términos de costo-beneficio a un micro nivel, sino también en múltiplos de escala económica.

Los servicios DPI pueden ser diseñados para atender características específicas de niños o familias (p. ej., bebés que nacen con bajo peso o familias de bajos recursos), aplicarse sólo en algunas comunidades y localidades mas no

en otras, o prestarse de manera más o menos extensiva. Cada una de estas características viene acompañada de sus respectivas ventajas y desventajas; *sin embargo, el objetivo máximo de los gobiernos debe ser hallar las maneras de ofrecer programas y servicios DIP efectivos para la población infantil en su totalidad* (Kamerman & Gabel, 2006).

SISTEMAS DE ATENCIÓN SANITARIA

Los sistemas de atención sanitaria (SAS) ocupan una posición privilegiada para contribuir al DPI a nivel de población, puesto que ya se ocupan de atender la salud de individuos y comunidades, cuentan con profesionales capacitados en sus filas, proveen servicios e instalaciones adecuadas y constituyen un

contacto primario para madres encintas. En muchos casos, los prestadores de servicios de salud son los únicos profesionales sanitarios con los que las familias mantienen contacto durante los primeros años de vida del niño; por ende, llegan a la mayoría de los niños de una comunidad. Cuando el SAS se utiliza como un punto de enlace, los profesionales de la salud pueden ser sumamente efectivos en promocionar el DPI.

La intersección crítica de las agendas concernientes a DPI y supervivencia infantil se produce a nivel de los SAS. Aun cuando el presente informe contiene estadísticas devastadoras de millones de niños que mueren en el mundo entero (muchos de ellos por causas prevenibles), nuestra sugerencia es que los índices de supervivencia infantil

LA UNIVERSIDAD VIRTUAL PARA EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

La Universidad Virtual para el Desarrollo de la Primera Infancia (UVDPI) representa un enfoque innovador hacia los requerimientos en materia de liderazgo y fortalecimiento de capacidades de los países que buscan optimizar su desarrollo social y económico abordando las necesidades en desarrollo humano de sus ciudadanos más jóvenes, y de las familias y las comunidades que los nutren. La UVDPI es una institución clave Norte-Sur que, en la actualidad, trabaja muy de cerca con instituciones académicas en Ghana, Malawi y Tanzania, así como agrupaciones académicas, gubernamentales y no-gubernamentales en otras regiones de África Sub-Sahariana (ASS), el Medio Oriente y África del Norte (MOAN). La UVDPI fue posible gracias al apoyo recibido del Banco Mundial, UNICEF, UNESCO, la Fundación Bernard van Leer (FBVL), la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI), un conjunto de organizaciones locales en una docena de países participantes en ASS y cuatro países en MOAN. Los fondos otorgados por asociados locales e internacionales han permitido impartir una combinación de cursos de liderazgo, tanto por Internet como presenciales, diseñados para impulsar iniciativas intersectoriales para la primera infancia identificadas por los propios países participantes. Los tópicos estudiados incluyen, entre otros: planificación de políticas a nivel de país (véase Chalamanda); diseño de programas para madres solteras y con VIH/SIDA (véase Nyesigomwe y Matola), y adiestramiento renovador

en apoyo parental (ver Habtom). Las descripciones de estas y otras actividades se encuentran disponibles en www.ecdvu.org (UVDPI, 2005) y en Pence & Marfo (2004). La UVDPI representa tan sólo una faceta de una campaña para el fortalecimiento de capacidades que consta de tres elementos; los otros dos consisten en seminarios sobre el DPI de dos semanas de duración y una significativa serie de conferencias a lo largo y ancho de África (Pence, Habtom & Chalamanda, en imprenta). El programa de la UVDPI fue concebido para trabajar con comunidades, agrupaciones culturales y países en formas que respetan los conocimientos locales al tiempo que permiten la interacción con otras fuentes de información. Esta labor contribuye a impulsar objetivos de desarrollo internacional de gran trascendencia, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), Educación para Todos y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), así como objetivos regionales y locales (p. ej., las Ponencias sobre las Estrategias para la Reducción de la Pobreza, [*Poverty Reduction Strategies Papers*, PRSPs], el Enfoque Sectorial en la Programación [*SECTOR WIDE APPROACH TO PROGRAMMING*, SWAP] y los Objetivos de Desarrollo del Milenio nacionales). Una Evaluación de Impacto externa (consulte la Evaluación del Banco Mundial [UVDPI, 2005]) llevada a cabo al término del plan de estudios piloto 2001–2004 observó que, “Mídase como se mida, la UVDPI ha sido excepcionalmente exitosa en cumplir y superar todos sus objetivos..., existen razones suficientes para pensar que cualesquiera actividades que se emprendan en el futuro obtendrán logros incluso mayores en términos de expansión y perfeccionamiento del DPI” (UVDPI, 2005).

mejorarán si los programas y servicios DPI son enlazados con los SAS. El Método Madre Canguro constituye un ejemplo ilustrativo de ello. Originario de Bogotá, Colombia, el Método Madre Canguro consiste en proporcionar contacto piel a piel a recién nacidos de bajo peso por parte de las madres, los padres y los cuidadores con la finalidad de proveer estimulación temprana y calor humano, lo cual se ha comprobado que mejora las tasas de supervivencia de los infantes más vulnerables. A través del contacto directo, los bebés reciben la calidez y el estímulo inicial que necesitan para sobrevivir; el costo de esta intervención es mínimo y sus beneficios inmensurables.

Acoplar programas y servicios DPI a los sistemas de servicios de salud mejorará la tasa de supervivencia infantil.

Si bien el Método Madre Canguro representa una excelente intervención práctica, que se concibió en los hospitales pero igual se realiza fuera de las instituciones médicas, los proveedores de servicios de salud también pueden facilitar el DPI en muchas otras formas. Los SAS pueden servir de plataforma para informar y apoyar a los padres en torno al DPI; pueden integrar el DPI en programas existentes como IMCI (*Integrated Management of Childhood Illness*) / *Care for Development*, ACSD (*Accelerated Child Survival and Development*), BFHI (*Baby Friendly Hospital Initiative*) (UNICEF, 2007), además de las iniciativas para la vigilancia y promoción del crecimiento y la nutrición que existen en gran parte de los países; pueden, asimismo, conectar a niños y familias con servicios DPI comunitarios existentes. Ejemplos de este proceso incluyen esquemas de salud o de desarrollo comunitario que incorporan un componente de cuidado y estimulación temprana, así como programas DPI que han sido combinados con otros servicios de salud, como salud femenina o salud reproductiva por ejemplo. Los SAS representan un punto de contacto importante capaces de extender los planes para el DPI hacia niños y familias que de otro modo no tendrían acceso a ellos, a un

costo marginal mayoría de las veces. En vista de las oportunidades que los SAS ofrecen, sería posible incorporar intervenciones sencillas de gran alcance. Por ejemplo, si dispusieran de libros de bajo costo y apropiados en términos culturales y de desarrollo, los profesionales de la salud pudieran distribuirlos entre las familias y así fomentar la lectura y la estimulación.

Una notable excepción a la utilización de los SAS como un punto de contacto es el caso de zonas rurales distantes o barriadas

*Esferas de
Influencia:
Programas y
Servicios*

MÉTODO MADRE CANGURO: ORÍGENES EN BOGOTÁ, COLOMBIA

Alrededor de 20 millones de bebés de bajo peso nacen cada año en todo el mundo, situación esta que impone una carga pesada sobre los sistemas sociales y de atención sanitaria de los países en desarrollo (Ruiz-Peláez, Charpak & Cuervo, 2004).

Los bebés prematuros (menos de 2 kg) que vienen al mundo en lugares que carecen de recursos adecuados posiblemente no tengan acceso a incubadoras; y aquéllos que sí lo tienen son separados de sus madres. El Método Madre Canguro fue concebido originalmente en 1978, en Bogotá, con el objetivo de asistir a los bebés prematuros en la regulación de la temperatura y la formación de lazos afectivos; y consiste en que las madres, los padres o los cuidadores cargan/duermen con los recién nacidos sostenidos en posición vertical directamente contra la piel durante las 24 horas del día. Se ha comprobado que esta práctica—que tiene sus raíces en la crianza tradicional local que cantidad de naciones industrializadas han adoptado (p. ej., Francia, Sueca, Estados Unidos y Canadá)—es al menos tan efectiva como una incubadora convencional y a un costo mucho menor. Se ha demostrado que el Método Madre Canguro:

- ofrece condiciones ideales para recién nacidos prematuros
- disminuye el costo del cuidado de bebés prematuros
- incrementa los índices de amamantamiento
- fortalece la formación de lazos afectivos
- en algunos ámbitos, disminuye la morbilidad y la permanencia en hospitales.

urbanas en países de escasos recursos, donde se atienden a poblaciones que o son demasiado pobres como para acceder servicios de salud o los servicios son inaccesibles o demasiado deficientes. En situaciones como estas, la mayoría de las intervenciones comunitarias dirigidas a mujeres, niños y familias son prestadas por ONG y organizaciones voluntarias (p. ej., SEWA [Self-Employed Women's Association]), los programas administrados por Save y los proyectos de desarrollo comunitario de las fundaciones Bernard van Leer, Aga Khan y Soros. Para mayores detalles sírvase consultar las secciones "Acceso Equitativo: Utilizando las comunicaciones para instruir a padres y comunidades en torno al DPI" y "Desarrollo curricular DPI basado en aldeas en la República Democrática Popular de Lao", en el Apéndice B.

Los gobiernos locales, regionales y nacionales, con el respaldo de organismos internacionales y la sociedad civil, deben ser los principales actores claves en el diseño, promoción y financiamiento de una cesta de programas y servicios DPI que se acoplen a los principios articulados en este informe.

Los gobiernos locales, regionales y nacionales, con el respaldo de organismos internacionales y la sociedad civil, deben ser los actores claves en el diseño, promoción y financiamiento de una cesta de programas y servicios DPI que se acoplen a los principios articulados en este informe.

MENSAJES CLAVE: PROGRAMAS Y SERVICIOS DPI

1. La inversión pública en programas y servicios para la primera infancia es en extremo poderosa, con mayores retribuciones en muchas áreas (educación y otras) y a lo largo de todo el ciclo vital.
2. El objetivo máximo de cada sociedad debe ser garantizar acceso universal a servicios y programas de calidad que se apoyen en la infraestructura existente (p. ej., los sistemas de salud).
3. Hay múltiples puntos de entrada para los programas y servicios DPI, que incluyen sistemas de atención sanitaria, centros comunitarios de cuidado infantil y educación preescolar.
4. Los sistemas de atención sanitaria (SAS) ocupan una posición en extremo privilegiada para contribuir al DPI, toda vez que suelen constituir el primer punto de contacto para niños y madres.
5. A través de los SAS es posible asegurar que los programas de desarrollo aborden el DPI de manera exhaustiva, combinando salud y nutrición con el aprendizaje temprano y atendiendo las necesidades de la niñez y las familias.
6. Las estrategias eficaces que ya se ejecutan a través de los SAS deben ser ampliadas y puestas en práctica en países de escasos recursos.
7. Los responsables de los programas y servicios DPI deben asociarse con las familias y adaptar los servicios a las necesidades de aquellos a quienes van dirigidos.
8. Los programas y servicios deben ceñirse a los principios de calidad y equidad, y ser monitoreados en cuanto a eso.
9. Los gobiernos desempeñan un papel central en garantizar que los programas y servicios DPI sean integrados a las políticas de protección social.

Regional y Nacional

El influjo de los entornos regional y nacional es fundamental al momento de determinar el alcance de los servicios y los recursos disponibles para comunidades y familias. Muchos aspectos interconectados de los ámbitos regionales revisten importancia para el DPI, inclusive los entornos físico (p. ej., el nivel de desarrollo urbano, el estado de salud de la población), social, político y económico, y repercuten en él a razón de su influencia sobre la familia, la comunidad y los servicios DPI.

Buena parte de las investigaciones realizadas hasta la fecha en torno a las características regionales respecto del bienestar humano tiene que ver con el impacto del contexto sociopolítico. Por ejemplo, un extenso volumen de literatura (procedente de Estados Unidos principalmente) confirma una correlación entre la distribución desigual de ingresos a nivel estatal y una variedad de resultados en el área de la salud. Estas investigaciones sugieren que, por encima de los recursos económicos de una región (en este caso, el Estado), cuanto mayor sea la inequidad en la distribución de ingresos entre los hogares, peores serán los logros registrados por la población⁶ en las áreas de salud, mortalidad infantil, mortalidad adulta, nacimientos de bajo peso, neoplasmas malignos, enfermedades coronarias, gasto en atención médica, homicidio y criminalidad violenta (Kaplan y otros, 1996; Kennedy, Kawachi & Prothrow-Stith, 1996; Spencer, 2004). A su vez, el grado de desigualdad en la distribución de ingresos es determinado por las decisiones tomadas, en parte, a nivel regional con respecto a escalas salariales, impuesto sobre la renta, transferencias, gasto social y demás mecanismos de distribución y redistribución (Zuberi, 2001).

Se sabe que en los países de bajos y medianos ingresos, los resultados dispares en salud infantil—las tasas de mortalidad de niños menores de cinco años, por ejemplo—varían de acuerdo a la geografía; es decir, entre zonas urbanas y rurales, y entre las provincias. En regiones donde esa es la situación, las disparidades casi siempre son producto de una distribución desigual de los

recursos (Houweling, Kunst y otros, 2005). En países de abundantes recursos también se observan inequidades regionales en DPI, como es el caso de la provincia de Columbia Británica, Canadá (Kershaw, Irwin, Trafford & Hertzman, 2006). El mapa que se exhibe en la Gráfica 2 muestra una discrepancia triple en los índices de vulnerabilidad (14%-45,9%) para los niños que alcanzan la edad escolar (5 años), de acuerdo con el Instrumento para el Desarrollo Temprano (sírvase consultar el Apéndice C). Los gráficos circulares dispuestos encima de las zonas regionales describen las características sociales y económicas de la región dada. La Gráfica 2 expone la escala de desigualdad social y económica de una región a otra y las disparidades asociadas en los resultados de la población infantil. Sin embargo, en muchas regiones, la situación socioeconómica no parece vaticinar vulnerabilidad en cuanto al DPI. Los estudios dirigidos a entender cómo es que algunas comunidades en una SSE precaria logran obtener resultados positivos en DPI “contra todo pronóstico” apenas se encuentran en sus etapas iniciales. Confiamos en que una vez que las características de estas “comunidades resilientes” se conozcan a fondo, emergerán lecciones útiles para comunidades alrededor del mundo entero. Del mismo modo, la Gráfica 2 demuestra cuán eficaz puede resultar la herramienta de mapeo del DPI por localidad y región geográfica para los fines de discusión pública y diseño de políticas. En regiones donde existen niveles elevados de desigualdad, se ha comprobado que la pobreza repercute en el rendimiento durante los primeros años de escolaridad.

A nivel sub-nacional, las comunidades relacionales y regionales pueden cruzarse en formas que crean condiciones para las familias y los niños que difieren sistemáticamente del resto del país. Por ejemplo, al sur de la India, las investigaciones han determinado que las normas que se practican en esa región “garantizan a las mujeres mayor exposición al mundo externo, mayor poder de decisión en asuntos familiares y mayor libertad de movimiento que los sistemas sociales del norte” (Jejeebhoy & Sathar, 2001). De hecho, los hallazgos emanados de estudios recientes refutan la creencia en cuanto a que los distintos grados de

*Esferas de
Influencia:
Regional y
Nacional*

⁶ La relación entre la desigualdad en la distribución de los ingresos y la salud es, no obstante, compleja y objeto de amplia discusión.

autonomía que las mujeres gozan en Asia del Sur son atribuibles a divergencias religiosas (la insinuación primordial es que las mujeres hindúes son más independientes que las musulmanas); estas observaciones revelan que los contrastes regionales son mucho más marcados de norte a sur (Jejeebhoy & Sathar, 2001). La autonomía de las mujeres, en sí, es determinada principalmente por la educación de la población femenina, que es mucho más asequible en regiones sureñas de la India, como es el caso del estado Tamil Nadu (Jejeebhoy, 1995; Jejeebhoy & Sathar, 2001). Es por todos sabido que la independencia de las mujeres repercute en las oportunidades para alcanzar un DPI óptimo (UNESCO, 2007).

El entorno nacional influye substancialmente en el DPI. Esta afirmación se sustenta, por una parte, en evidencia directa respecto de factores a nivel nacional y, por la otra, en una ineludible extensión lógica del profundo impacto que los factores socioeconómicos a nivel de familia y de vecindario causan sobre el bienestar de la población infantil. En otras palabras, si las condiciones socioeconómicas son importantes, entonces los factores sociales que las originan también lo son (Siddiqi & Hertzman, en imprenta). Estas condiciones se dan en función de los aspectos institucionales y estructurales de la nación. El principal atributo del ámbito nacional radica en su capacidad para afectar múltiples entornos (y, por ende, determinantes) asociados al bienestar infantil por medio de políticas y leyes. Estudios multinacionales han revelado un nexo entre la dispersión de ingresos a nivel nacional y una variedad de indicadores de salud en la población, que incluyen esperanza de vida y mortalidad infantil (Rogers, 1979; Flegg, 1982). De hecho, las repercusiones de la desigualdad de ingresos en la mortalidad infantil superan las repercusiones de otros fuertes vaticinadores de mortalidad durante el primer año de vida, tales como la cantidad de médicos per capita, enfermeras per capita, desarrollo urbano, índice de alfabetización de la población femenina y tasas de reproducción (Waldman, 1992).

El análisis más completo que se ha realizado hasta la fecha en torno a las políticas sociales respecto de las inequidades en

bienestar infantil entre los países, examina el impacto de las políticas públicas sobre la pobreza infantil (es decir, familiar) en los países miembros de la OCDE (Kamerman y otros, 2003). En su estudio, Kamerman identificó cinco dominios primordiales de política:

- 1) transferencias de ingresos (beneficios fiscales y subvenciones),
- 2) políticas laborales,
- 3) posibilidad de tomar licencia por motivos parentales, y otras políticas en respaldo de madres trabajadoras,
- 4) servicios de cuidado infantil y programas de educación para la primera infancia, y
- 5) prevención y otras intervenciones asociadas con embarazo precoz y alumbramientos entre adolescentes.

Datos emanados del *Luxembourg Income Study* han demostrado que, en base a una renta de mercado de 31% (es decir, antes de impuestos y transferencias), los índices de pobreza⁷ en Estados Unidos son de 5% a 6% más bajos que en varias naciones miembros de la OCDE, incluso Francia y Suecia, e iguales a los de otras naciones como Australia, Canadá, España y Alemania; sin embargo, una vez deducidos los

Las condiciones socioeconómicas son tan importantes como los factores sociales que las originan.

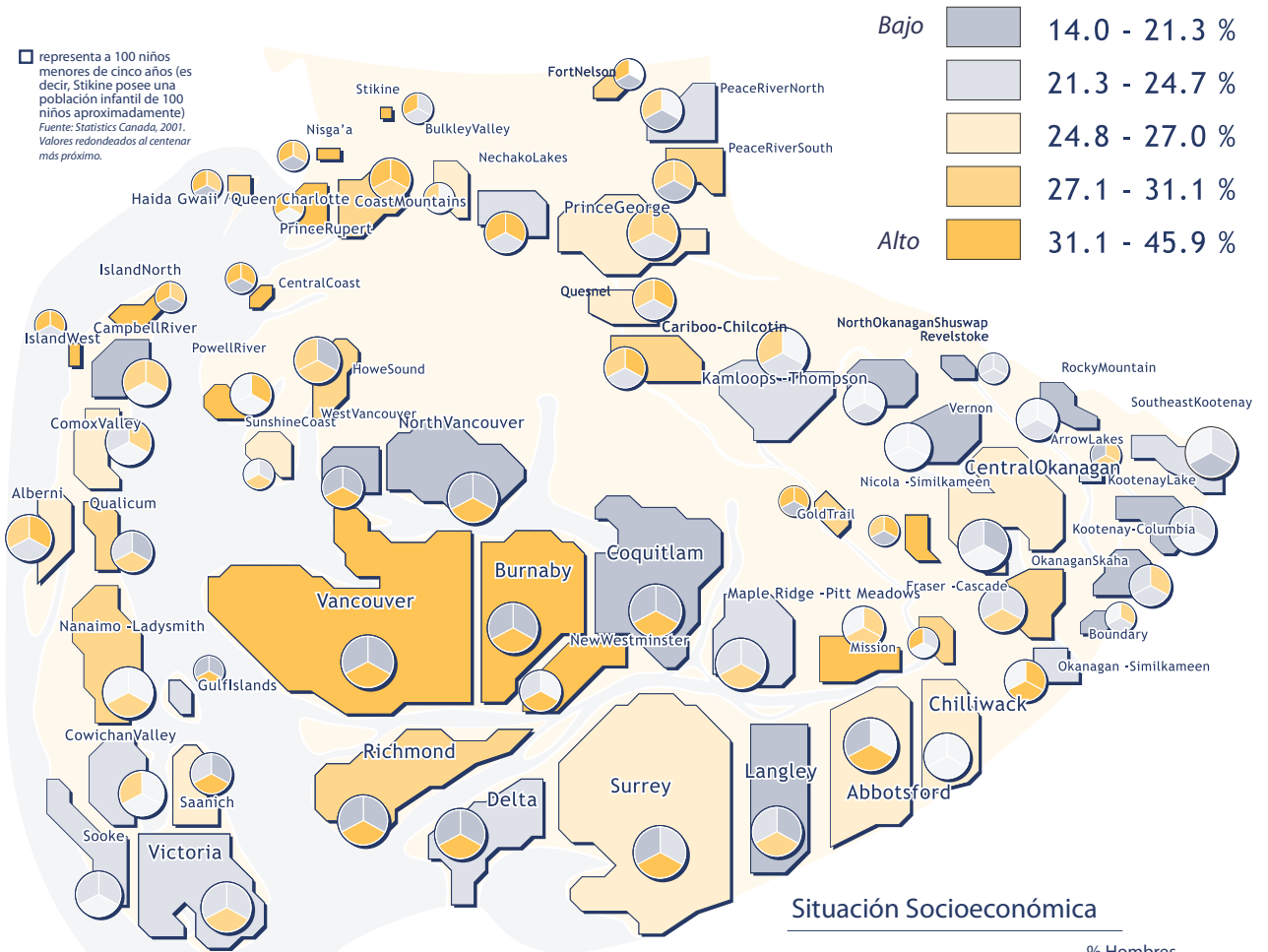
impuestos y las transferencias, Estados Unidos registra el índice de pobreza más elevado entre las naciones miembros de la OCDE, con un 18%, es decir, entre 6% y 11% por encima de todos los demás países que integran la OCDE (menos Australia, cuyo índice de pobreza post-impuesto y post-transferencia oscila alrededor de 16%) (Smeeding & Ross, 1999). Antes de los traspasos, los índices de pobreza entre los miembros de la OCDE eran sistemáticamente elevados, con un promedio de 32% en Italia y 80% en Holanda; una vez que los gobiernos comenzaron a aplicar medidas para la redistribución de ingresos, los índices para madres

⁷ La pobreza se midió utilizando un estándar relativo de 40% y 50% del ingreso promedio.

GRÁFICA 2: MAPA DE VULNERABILIDAD INSTRUMENTO PARA EL DESARROLLO TEMPRANO (IDT)

Vulnerable en una o más escalas

Porcentaje de infancia vulnerable



Notas:

Fuente: Ciclo 1 del IDT (2000-2004). Human Early Learning Partnership. El alcance total de la muestra es de 43,395. Para Arrow Lakes, Revelstoke, la Costa Central, la zona occidental de la Isla de Vancouver y Nisga'a (distritos 10, 19, 49, 84 y 92, respectivamente), el Ciclo 1 incluye información a partir de 2005 con el fin de ampliar la dimensión de la muestra.

Datos socioeconómicos adaptados del Censo Demográfico 2001 de Statistics Canada. Perfil de Zona Semi-ajustado. Statistics Canada ha autorizado la utilización de las estadísticas. La información sobre la disponibilidad de la amplia variedad de datos de Statistics Canada puede obtenerse de las Oficinas Regionales de Statistics Canada, en su sitio Web www.statcan.ca y por el teléfono de acceso gratuito 1-800-263-1136. La clasificación en colores se establece en quintiles. KT - HELP, Junio 2006.

solteras se redujeron a 10% aproximadamente en muchos de estos países, siendo el más bajo de ellos el de Alemania, con a 4%. A diferencia de esto, el índice de pobreza para madres solteras en Estados Unidos se mantuvo en 60% (Beaujot & Liu, 2002).

Un experimento aleatorio controlado llevado a cabo en México (Gertler, 2004) enlazó el acceso a transferencias monetarias con mejoras en la salud física de la niñez y ha arrojado resultados muy positivos. PROGRESA (ahora llamado OPORTUNIDADES) es un programa nacional diseñado para atenuar las secuelas de la pobreza extrema y las inequidades socio-económicas en el bienestar infantil. El mismo consiste en proveer transferencias de fondos a las familias, siempre y cuando vacunen a los hijos con edades comprendidas entre 0 y 60 meses de edad y asistan a consultas pediátricas para chequear el estado nutricional de éstos. Asimismo, el programa contempla otros servicios como entregar suplementos nutritivos para los niños y educación sobre asuntos relativos a la salud para los padres; atención prenatal a mujeres embarazadas; cuidado postnatal para las madres que amamantan; exámenes físicos anuales y educación sobre la salud para otros miembros de la familia, y reuniones periódicas para adultos donde se discuten temas relacionados con la higiene, la salud y la nutrición. Una evaluación de este estudio determinó que los niños nacidos durante el período de intervención de dos años presentaron 25% menos enfermedades en los primeros seis meses de vida que los niños en el grupo de control; y los bebés de 0 a 35 meses presentaron 39,5% menos enfermedades que sus pares en el grupo de control. De igual manera, los niños que participaron en el programa PROGRESA eran una cuarta parte menos propensos a anemia y crecieron un centímetros más, en promedio. Por último, los resultados de este estudio sugieren que los efectos del programa eran acumulativos; es decir, los beneficios aumentaban cuanto mayor era el tiempo que los niños permanecían en el programa (Gertler, 2004).

MENSAJES CLAVE: REGIONAL Y NACIONAL

1. Observar la variación en los resultados del desarrollo infantil a nivel regional aporta elementos concernientes a las condiciones macro-ambientales ‘enriquecedoras’.
2. La gestión eficiente de programas y servicios DPI generalmente se produce a nivel regional.
3. Las políticas (socioeconómicas) “indirectas” que repercuten en el DPI casi siempre son decretadas a los niveles regional y nacional.
4. Los gobiernos nacionales deben asumir la responsabilidad de mantener sus compromisos con la CDN y los ODM.
5. La inversión en DPI representa un componente integral de la estrategia económica y social a largo plazo de una nación; la sub-inversión en esta área socava el progreso de la sociedad.
6. Es posible diseñar estrategias de inversión social “a favor de la infancia y la familia”, sea cual sea el índice relativo del producto interno bruto (PIB) per capita de una sociedad.
7. Las obligaciones contraídas en virtud de convenciones internacionales tales como la CDN, los Informes Mundiales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), pueden ser utilizadas como palancas de cambio a nivel nacional.
8. La supervivencia infantil y el DPI son indivisibles; las inversiones que fomentan el DPI incrementan la supervivencia infantil substancialmente y, al mismo tiempo, las futuras oportunidades de vida para toda la infancia.

La Escala Mundial

Definir la globalización no es tarea fácil, cuanto menos el influjo que tiene en la población infantil. Diversos tipos de partes interesadas dan forma al ámbito mundial, inclusive naciones-estados, organismos económicos multilaterales, industrias, entidades de desarrollo multilaterales, agencias de desarrollo no-gubernamentales y agrupaciones de la sociedad civil. El ámbito mundial puede influir en el DPI a razón de la forma en que repercute en las políticas nacionales. Un rasgo importante del entorno mundial en relación con el bienestar infantil es el elemento de *poder* en términos económicos, políticos y sociales. Las diferentes posiciones de poder entre los actores, y particularmente entre naciones, acarrear numerosas consecuencias que incluyen la capacidad de algunas naciones (sobre todo aquellas de recursos abundantes) para influir en las políticas de otras (en especial las de menores recursos). Por ende, la potestad de las naciones de escasos recursos para promulgar políticas óptimas para el DPI puede que se vea comprometida, aun cuando este punto precisa evaluación directa adicional. Los esfuerzos dirigidos a permitir que las naciones adquieran independencia sobre sus propios futuros, y motivar a los actores multilaterales para que auspicien políticas a favor de la infancia, representan elementos fundamentales en la promoción del DPI. Aún así, la mayoría de las recomendaciones contenidas en el presente informe están dentro de las capacidades de cualquier gobierno nacional que se ajuste al criterio internacional de “autoridad competente”.

El Programa de Ajuste Estructural (PAE) del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional fue un famoso conjunto de políticas introducidas en una gran cantidad de países de escasos recursos en la década de 1980 y principios de la década de 1990. El propósito del PAE consistía en aumentar la prosperidad económica de estos países para que de esa forma pudieran pagar sus deudas con países de altos ingresos. El PAE implicaba extender la privatización y contraer la injerencia gubernamental en numerosos aspectos de la vida social y económica de la nación (inclusive disminuir las inversiones

en programas de bienestar social tales como educación, atención a la salud y otros servicios propicios para el DPI) como un medio de mejorar la “eficiencia” y estimular el crecimiento económico de las naciones de escasos recursos. En este informe se describe brevemente la experiencia de Ghana con el ajuste estructural, bastante axiomática por cierto ya que los organismos internacionales la consideran el caso quizás más exitoso de ajuste estructural en África.

*Esferas de
Influencia:
Mundial*

Los esfuerzos dirigidos a permitir que las naciones adquieran independencia sobre sus propios futuros, así como motivar a los actores multilaterales para que auspicien políticas a favor de la infancia, son elementos fundamentales en la promoción del DPI.

El PAE se inició en Ghana en 1983 y consistió en una serie de medidas dirigidas a reducir el gasto público tales como: contraer los servicios sociales; ajustar la tasa de cambio por medio de una devaluación de la moneda nacional; levantar los controles de precios; privatizar las empresas estatales, e incrementar las exportaciones. A una macro escala, el PIB de Ghana ha aumentado, la inflación ha disminuido y la inversión extranjera se ha intensificado, pero el bienestar social de los ghaneses ha empeorado. De particular interés para este informe, el acceso a servicios esenciales para numerosos niños, niñas y familias se ha visto comprometido. La devaluación monetaria ha resultado en un alza de precios para productos importados; la pobreza ha menguado ligeramente, pero las inequidades socioeconómicas se han acrecentado (Konadu-Agyemang, 2000).

El PAE ha perjudicado a la población infantil (directa e indirectamente) en las áreas de supervivencia, inmunización, prevalencia de asistencia sanitaria, nutrición y desarrollo urbano equilibrado (Bradshaw y otros, 1993). Si bien se precisan estudios específicos adicionales a fin de reunir evidencia directa en torno a los efectos que las políticas causan



La comunidad internacional debe concertar mecanismos válidos para medir el DPI que sean análogos a las mediciones globales existentes en materia de salud y desarrollo humano, tales como las Tasas de Mortalidad Infantil, las Tasas de Mortalidad en Niños Menores de 5 años, el retardo del desarrollo y el Índice de Desarrollo Humano.

sobre la salud, la experiencia de Ghana y otras naciones es aleccionadora.

El ámbito mundial se caracteriza, asimismo, por declaraciones significativas que afirman los derechos del niño (CDN, 1990) y de la mujer (División de las Naciones Unidas para el Adelanto de la Mujer [CEDCM], 2007), las cuales, por extensión, inciden en el bienestar de la población infantil. En particular, la nueva Observación General #7 de la CDN sobre la “Realización de los Derechos del Niño en la Primera Infancia” (2005) crea una oportunidad para hacer responsables a los “Estados Partes” del desarrollo físico, socioemocional y lingüístico-cognitivo de los niños pequeños, así como también de la erradicación de la explotación laboral infantil. De igual manera, otras secciones de la CDN poseen distintos grados de relevancia para el DPI; por ejemplo, el Artículo 6 decreta explícitamente que los Estados Partes (en referencia a las naciones) son responsables de garantizar “al mayor grado posible... el desarrollo del niño”. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, instituido por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979, es descrito a menudo una declaración internacional de los derechos de la mujer (División de las Naciones Unidas para el Adelanto de la Mujer [CEDAW], 2007). Puesto que el comité se dedica a mejorar las condiciones de la mujer, es obvio que posee implicaciones para el bienestar y el desarrollo infantiles. Por lo demás, el Informe de Seguimiento Mundial de la UNESCO VINCULA LA Educación para Todos con el DPI.

Uno de los problemas más alarmantes que la niñez afronta en el presente tiene que ver con la explotación laboral. Los datos recopilados por la OIT a partir de 2002 revelan que 246 millones de niños aproximadamente están comprometidos en alguna clase de trabajo infantil, definido como la actividad más productiva de los niños, pero que “excluye las actividades de niños de 12 años o más que trabajan sólo unas cuantas horas a la semana en trabajo liviano permitido y aquellos jóvenes de 15 años o más cuyo trabajo no es clasificado como ‘peligroso’” (2002). De estos, 171 millones de niños trabajadores trabajaban en situaciones o condiciones

peligrosas. Tan abrumadora cantidad de niños trabajadores (más de 127,3 millones) se concentra en la región Asia-Pacífico, seguido por África Sub-Sahariana (48 millones) y Latinoamérica y el Caribe (17,4 millones).

La capacidad mundial para atenuar la explotación infantil ha aumentado, sobre todo gracias a que ahora se dispone de una mayor cantidad de avenidas para la defensa y el apoyo institucional para la protección del bienestar infantil. Artículo 32 de la CDN.

Entre los niños trabajadores, los varones exceden por poco a las hembras (132 millones contra 113 millones), pero una cifra incluso más desproporcionada (95,7 millones comparado con 74,8 millones) soporta la carga de actividades laborales catalogadas como peligrosas (OIT, 2002).

La utilización de niños para que trabajen en la producción de productos que se venden en el mercado no es nada nuevo. Sin embargo, la capacidad del mundo para reducir la explotación infantil ha aumentado (aunque no siempre actuemos en base a esta capacidad), sobre todo gracias a que ahora se dispone de una mayor cantidad de avenidas para la defensa y el apoyo institucional para la protección del bienestar infantil.

El Artículo 32 de la CDN declara imperativo que los Estados Partes reconozcan el derecho del niño a ser protegido de la explotación laboral infantil, particularmente de actividades laborales que son perjudiciales para su desarrollo.

LA FUNCIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL

A escala mundial, las organizaciones internacionales no gubernamentales y la sociedad civil desempeñan un papel fundamental en la creación de las condiciones económicas, sociales y políticas que sustentan el DPI y el bienestar infantil en general. La sociedad civil, en particular, contribuye inmensamente al

DPI y la salud de la población. En teoría, las agrupaciones de la sociedad civil son aquellas que se organizan y operan en todos los niveles de organización social, desde residencial y local hasta mundial. La capacidad de la sociedad civil para actuar en representación de la infancia depende del alcance del capital social —o conectividad ciudadana— y el respaldo de las instituciones políticas en estimular expresiones de organización civil. Si la sociedad civil se activa, existen muchas avenidas a través de las cuales puede actuar en nombre de la niñez. Las agrupaciones de la sociedad civil pueden germinar acción por parte de los gobiernos, las ONG y la comunidad en torno a los determinantes sociales del DPI; abogar por la infancia a fin de garantizar que los gobiernos y los organismos internacionales adopten políticas favorables para el bienestar infantil; desempeñar un papel decisivo en organizar estrategias a nivel local para la prestación de servicios DPI adecuados para familias y niños; optimizar la seguridad, cohesión y eficiencia de los entornos residenciales; y aumentar la capacidad de comunidades locales y relacionales para mejorar las condiciones de vida de los niños y niñas. *Aun cuando las investigaciones en torno al influjo directo de la sociedad civil en el DPI son limitadas, la profunda relación estadística entre el empuje de la sociedad civil y el desarrollo humano en sociedades del mundo entero elimina toda duda en cuanto a su trascendencia.*

*Esferas de
Influencia:
Mundial*

LA IMPORTANCIA DE INDICADORES MUNDIALES DE DPI

La comunidad internacional debe concertar mecanismos válidos para medir el DPI que sean análogos a las mediciones internacionales existentes en materia de salud y desarrollo humano, tales como las Tasas de Mortalidad Infantil (TMI), las Tasas de Mortalidad de Niños Menores de 5 años (TMI5), el retardo en el crecimiento y el Índice de Desarrollo Humano. Esto es fundamental para lograr el reconocimiento nacional e internacional de la magnitud de los desafíos que enfrentamos en torno al DPI, así como para establecer objetivos internacionales viables. En la actualidad es posible medir la TMI y la TMI5 en sociedades enteras de manera efectiva, confiable y

fidedigna; como resultado, estados individuales y la comunidad internacional han llegado a reconocer la magnitud del problema de la supervivencia infantil y adoptado las Metas de Desarrollo del Milenio para abordarlo. De igual manera, el índice de nutrición de la primera infancia de una población a otra se estima a través de los índices de retardo en el crecimiento; este mecanismo de medición ha dado lugar a la aceptación nacional e internacional del alcance del reto y el establecimiento de un ODM. El problema radica en que no contamos con un indicador comparable para el DPI; por consiguiente, sin medición, no hay datos; *si no hay datos, no existe problema; si no existe un problema, no hay acción*. Crear un sistema de medición global para monitorear el DPI tiene que ser un componente esencial de la estrategia de cada nación en esta área. Ahora que los países signatarios están obligados a rendir cuentas sobre el progreso alcanzado en esta materia en virtud de la Observación General #7 de la CDN (“Realización de los Derechos del Niño en la Primera Infancia”),

La Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS cumple una función especial en este sentido, puesto que su amplia perspectiva hacia la salud poblacional le permite comprender la importancia de un seguimiento mundial al DPI.

la comunidad internacional cuenta con un incentivo para la creación de un sistema internacional de medición del DPI. En el Apéndice C se describen los elementos de un sistema como tal. La Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS cumple una función especial en este sentido, puesto que su amplia perspectiva hacia la salud poblacional le permite comprender la importancia de un seguimiento mundial al DPI, y su acceso a dirigentes del mundo entero la ubica en una posición privilegiada para apuntalar este planteamiento de manera convincente.

MENSAJES CLAVE: ESCALA MUNDIAL

1. El ímpetu mundial del momento está generando nuevas oportunidades y la convergencia de iniciativas divergentes respecto al DPI.
2. Deben promoverse alianzas entre todos los individuos y las organizaciones dedicadas a la protección social y el bienestar infantil.
3. En vista de su responsabilidad por la salud de la población a escala mundial, la OMS debe reforzar su compromiso con el DPI como un determinante social clave de la salud.
4. La comunidad internacional debe implantar un mecanismo uniforme para vigilar el desarrollo infantil entre comunidades y sociedades en forma permanente.
5. La nueva Observación General #7 de la CDN (“Realización de los Derechos del Niño en la Primera Infancia”) brinda una excelente oportunidad para exigir a los Estados Partes que respondan por la equidad y los determinantes sociales del DPI.

Discusión y Recomendaciones

Todo niño y niña precisa tener condiciones estimulantes para prosperar. El proceso de desarrollo es influenciado no sólo por el estado de salud y nutricional del niño, sino también por el tipo de interacciones—comenzando in utero—que establece con los cuidadores en su entorno. Sabemos que el ambiente germinal incide en el desarrollo individual de los niños independientemente de, y en combinación con, sus propias características biológicas; asimismo, hoy día se conocen más a fondo las fases específicas del desarrollo intelectual en la primera infancia que repercuten en los resultados relativos a la salud a lo largo del ciclo vital. Los ambientes enriquecidos y la calidad de la estimulación, la seguridad y el apoyo durante las etapas más sensibles del crecimiento revisten gran importancia desde que el niño nace hasta que cumple los ocho años de edad. Los entornos responsables de promover condiciones enriquecedoras para la niñez van desde el universo íntimo de la familia hasta el contexto socioeconómico general determinado por los gobiernos, los organismos internacionales y la sociedad civil. Estos entornos y sus características conforman los determinantes sociales del DPI.

Con el propósito de asistir a los actores claves en sus esfuerzos por crear las condiciones que sustentan el desarrollo infantil temprano, la evidencia nos induce a presentar las recomendaciones que se ofrecen a continuación.

CREACIÓN DE UNA ALIANZA MUNDIAL PARA EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

Si bien es mucho lo que los gobiernos pueden hacer para mejorar las circunstancias de niños y familias alrededor del mundo, el presente estudio ha corroborado la necesidad de concretar mayor cooperación internacional en el área del DPI.

- 1) Proponemos una cooperación interagen- cial mundial de mayor alcance—la Alianza Mundial para el Desarrollo de la Primera Infancia (AG-DPI)—que se apoye en las redes informales conformadas por orga- nizaciones que actualmente trabajan en esta área a escala internacional, tales como UNICEF, UNESCO, el Grupo Consultivo para el Cuidado y Desarrollo de la Primera Infancia, el Banco Mundial, la Fundación Bernard van Leer, la Fundación Soros, la Fundación Aga Khan y la Organización Mundial de la Salud.

Dicha alianza debe trabajar en función de vincular el DPI con las Metas de Desarrollo del Milenio; sobre todo, la reducción de la pobreza, la educación, la igualdad de género y la supervivencia infantil.

CONTRIBUCIÓN ÚNICA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD AL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA A ESCALA MUNDIAL

- 1) La OMS desempeña un papel trascendental en la promoción del DPI como un deter- minante social clave de la salud que debe abordarse más allá de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- 2) En virtud de su compromiso con el DPI y la igualdad, la OMS debe reconocer que el DPI representa un determinante social clave de la salud que cumple una función vital para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y acoplar sus programas mundiales de salud y supervivencia infantil a la perspectiva de desarrollo articulada en este informe.
- 3) La OMS debe asumir la responsabilidad por la prestación de apoyo técnico para la inclusión de políticas DPI en las políticas y los marcos/instrumentos nacionales relativos al desarrollo (los Enfoques Sectoriales en la Programación, las Ponencias sobre Estrategias para la

Discusión y Recomendaciones

Reducción de la Pobreza, las Iniciativas Aceleradas, entre otros).

- 4) La OMS debe suministrar apoyo técnico a regiones, países y asociados para la integración de intervenciones sencillas en DPI, tales como la intervención *Care for Development* de AIEPI, en los servicios e iniciativas comunitarias relativas a la salud.
- 5) La evaluación de los costos y beneficios de los programas DPI sigue siendo un reto: no obstante, la OMS debe asumir la responsabilidad de recabar datos en torno a la efectividad de las intervenciones, sobre todo de aquellas que están vinculadas con el sistema de atención sanitaria.
- 6) La OMS debe comprometerse a supervisar la cooperación interagencial en la extensión de los programas DPI a través de los sistemas de salud locales que ya existen en algunos países, con el objetivo de desarrollar modelos y diseminar los hallazgos a todos los países.

GENERACIÓN DEL COMPROMISO NECESARIO A DISTINTOS NIVELES DE LA SOCIEDAD

- 1) Los gobiernos locales, regionales y nacionales deben incorporar la “ciencia del desarrollo de la primera infancia” en sus políticas.
- 2) A fin de forjar un consenso mundial en torno a la importancia del DPI, es necesario promover una apreciación más amplia y profunda de sus implicaciones y extenderla a una audiencia mucho mayor que en el pasado. Esto debe realizarse por medio de una extensa campaña de mercadeo social que tome en cuenta públicos que tradicionalmente no se han considerado partes interesadas en el DPI: los departamentos de finanzas y planificación del gobierno, el sector económico, el universo corporativo y los medios de comunicación.
- 3) La AG-DPI debe ser responsable de asegurar la amplia diseminación de la ciencia del DPI en conjunción con la campaña de mercadeo social.

- 4) Al ratificar la Convención sobre los Derechos del Niño, los gobiernos están obligados a realizar los derechos de la primera infancia. Se han diseñado proyectos piloto de implementación, como los conducidos en Jamaica, encaminados a crear conciencia entre familias, comunidades, prestadores de servicio y legisladores acerca de los derechos de la primera infancia, los cuales deben servir de modelo de cómo conducir campañas como esas en otras naciones.
- 5) Debe constituirse una estrategia internacional para la formación de capacidades, que sea subvencionada de un todo, con la finalidad de asistir a las naciones en la incorporación de la ciencia del DPI en sus políticas, así como la implementación y vigilancia de los derechos de la infancia en virtud de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño.

REQUERIMIENTOS ESTRUCTURALES PARA LA APLICACIÓN

- 1) Los gobiernos deben establecer un marco de política interministerial para el DPI que articule, con claridad, las funciones y las responsabilidades de cada sector, así como los modos de colaboración. De la misma manera, los gobiernos deben integrar elementos de la política relativa al DPI a las agendas de cada sector para así asegurar que los mismos sean tomados en cuenta en la toma de sus decisiones como cuestión de rutina. Para ello, los gobiernos tendrán que redistribuir los recursos disponibles a fin de contraer las desigualdades en el acceso a programas y servicios DPI de alta calidad. Para facilitar esta labor, nuestro estudio ha identificado evidencia que puede utilizarse como punto de referencia al calificar la calidad de los programas y servicios DPI.
- 2) La población infantil percibe mayores beneficios cuando los gobiernos nacionales adoptan políticas a favor de la infancia y las familias que garantizan ingresos adecuados para todos, beneficios de maternidad, respaldo financiero para los más pobres, y permiten a padres y cuidadores lograr un

equilibrio entre el tiempo de permanencia en el hogar y en el trabajo. Los gobiernos deben asumir el reto de crear un equilibrio entre el trabajo y el hogar implantando sistemas que aseguren la disponibilidad de servicios de cuidado infantil de calidad para los hijos de madres trabajadoras, prestados por la comunidad y relevantes a la cultura y el contexto locales.

- 3) A los fines de contar con la capacidad y la infraestructura adecuadas para atender asuntos relativos al DPI, los gobiernos (conjuntamente con organizaciones internacionales) deben crear oportunidades para la capacitación profesional y la investigación en este campo en países de escasos recursos. Esto podría lograrse a través de centros de excelencia regionales (como el que está germinando en la Universidad Aga Khan, en Karachi), y/o modelos exitosos de educación a distancia como la Universidad Virtual para el DPI.
- 4) La participación de la comunidad representa un componente importante de la programación DPI exitosa. Por tal motivo, los gobiernos deben involucrar a las comunidades locales en el desarrollo, ejecución, monitoreo y evaluación de las políticas, los programas y los servicios DPI. Eso no los absuelve de sus responsabilidades, pero promete relaciones más robustas entre los gobiernos y las comunidades locales donde se prestan los servicios.

ESTRATEGIAS PARA LA APLICACIÓN

- 1) En vista de la superposición que se da entre determinantes fundamentales, los gobiernos deben aprovechar los programas de salud y supervivencia infantil ya consolidados para hacer posible que los programas DPI sean accesibles a través de las plataformas existentes. Usualmente, el sistema de atención sanitaria constituye la plataforma más práctica y el punto de contacto más universal.
- 2) Los gobiernos precisan diseñar estrategias para “expandir” programas efectivos y llevarlos del nivel local al nacional, sin sacrificar las características programáticas

que contribuyeron a su éxito inicial. La rendición de cuentas e integridad de la aplicación a nivel local deben preservarse inclusive cuando la escala de los programas se amplía a una escala nacional.

- 3) Los gobiernos deben asegurar que todos los niños y niñas se matriculen en la escuela, se eliminen las inequidades de géneros en los años de escolaridad, y se aplique el carácter gratuito y obligatorio de la educación.

*Discusión y
Recomendaciones*



- 4) En colaboración con la AG-DPI, UNICEF debe concebir una fórmula común para calcular el gasto público nacional en DPI, así como la inversión per capita en la infancia. Debe iniciarse y difundirse un análisis económico que indique la “ganancia sobre la inversión” que la sociedad podría anticipar por concepto de distintos tipos de programas y servicios DPI.

VIGILANCIA DE PROCESOS Y RESULTADOS RELATIVOS AL DPI

- 1) Resulta imperioso expandir la base probatoria en relación con programas,

servicios, políticas y evaluaciones del DPI en naciones de pocos recursos donde los sistemas están sobrecargados, los recursos son insuficientes y los retos incontables en cuanto a condiciones de vida básicas. Es inaceptable aplicar las deducciones emanadas de investigaciones conducidas en países de recursos abundantes a los países de escasos recursos. Un análisis económico de la eficacia de programas y servicios DPI que existen en los países de escasos recursos sería fundamental para una base probatoria como la que proponemos.

- 2) Una condición previa al DPI es el derecho fundamental de todo niño o niña a tener un nombre y una nacionalidad; por consiguiente, los gobiernos nacionales ejercen una función predisponente en asegurar que todos los niños y niñas sean registrados al nacer a través del mantenimiento de un registro de nacimientos exhaustivo y en pleno funcionamiento, sin que ello implique un gasto financiero para las familias.
- 3) Ahora entendemos que la naturaleza transaccional de las relaciones de los niños pequeños es mucho más importante para su crecimiento y desarrollo de lo que se había reconocido tradicionalmente. Los niños no sólo crecen y se desarrollan conforme a las leyes biológicas internas; también lo hacen en función de la interacción de las relaciones humanas que se forman en los entornos donde se desenvuelven. A fin de brindar entornos estimulantes para sus hijos, todas las familias precisan el apoyo de la comunidad y el gobierno. La calidad del respaldo que reciben debe ser monitoreado por ONG locales (agrupaciones comunitarias y comités de padres inclusive) como parte de su obligación de rendir cuentas a la CDN. La meta es el acceso universal a una gama de servicios DPI: apoyo para padres y cuidadores, cuidado infantil de calidad, nutrición, protección social, atención médica primaria y educación básica (desde el preescolar hasta la escuela). Para que sean efectivos, estos servicios tienen que ser coordinados a nivel regional y prestados a nivel local, colocando al niño al centro en todo momento.
- 4) Los gobiernos nacionales y los organismos internacionales deben ser responsables de financiar la vigilancia independiente de la calidad y eficacia de programas y servicios DPI. Esta tarea debe abarcar una evaluación de las barreras y las oportunidades para el acceso, con atención especial a disminuir la inequidad en DPI. Es necesario diseñar y aplicar mecanismos encaminados a asegurar que las comunidades y departamentos centrales trabajen mancomunadamente para reunir datos confiables sobre resultados.

Conclusiones

Todo aquello que el niño experimenta durante sus primeros años de vida establece un cimiento decisivo para toda la vida. El DPI, que incluye los dominios físico, socioemocional y lingüístico-cognitivo, influye considerablemente en el aprendizaje básico, el rendimiento académico, la participación económica, la ciudadanía social y la salud. La principal reflexión estratégica del presente documento es que las cualidades enriquecedoras de los entornos donde los niños y niñas crecen, viven y aprenden revisten suma importancia para su desarrollo; no obstante, los padres no pueden ofrecer entornos estimulantes robustos sin ayuda de organismos locales, regionales, nacionales e internacionales. Por consiguiente, el aporte principal de este informe consiste en proponer maneras en que actores gubernamentales y de la sociedad civil, desde locales hasta internacionales, puedan trabajar conjuntamente con las familias con la finalidad de brindar acceso equitativo a entornos enriquecedores sólidos para toda la infancia a escala mundial. Ante el reconocimiento del fuerte impacto que el DPI causa sobre la vida adulta, resulta imperativo que los gobiernos tomen conciencia de que las disparidades que existen en los entornos enriquecedores necesarios para el sano desarrollo infantil repercutirán, diferencialmente, en los resultados alcanzados por las distintas naciones y sociedades. En algunas sociedades, las disparidades en DPI se traducen en oportunidades de vida completamente diferentes para los niños; en otras, alcanzan un punto crítico y se convierten en una amenaza para la paz y el desarrollo sostenible. Partiendo del resultado de nuestros esfuerzos, sugerimos dos direcciones primordiales para el futuro:

- 1) Seguir adelante con las investigaciones para comprender mejor las repercusiones de los ambientes en la incrustación biológica y el DPI; en particular, los efectos de los entornos holistas.
- 2) Valerse de la información a mano para informar acerca de las acciones dirigidas a promover el objetivo de adoptar una estrategia de inversión social centrada en los niños, de “base popular y alcance global”.

Conclusiones

Referencias

Referencias

- Anda, R.F., Felitti, V.J., Bremner, J.D., Walker, J.D., Whitfield, C.H., Perry, B.D., Dube, S.R., Giles, W.H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, 256 (3), pp.174–86.
- Anderson, L.M., Shinn, C., Fullilove, M.T., Scrimshaw, S.C., Fielding, J.E., Normand, J., Carande-Kulis, V.G., & the Task Force on Community Preventative Services (2003). The effectiveness of early childhood development programs. **American Journal of Preventive Medicine**, 24(3S), pp.32–46.
- Barker, D (1992). Fetal and infant origins of adult disease: The womb may be more important than the home. **British Medical Journal**, 301, 17 November 1999, p.IIII.
- Bartley, M (2006). **Capability and resilience: beating the odds**. London, UCL Department of Epidemiology and Public Health.
- Beaujot, R. & Liu, J (2002). **Children, social assistance and outcomes: cross-national comparisons**. Documento de trabajo No. 304 del Luxembourg Income Study.
- Behrman, J., Cheng, Y. & Todd, P (2004). “Evaluating Pre-school Programs when Length of Exposure to the Program. **Statistics**, 86(1), pp.108–32.
- Berman, H.A (1996). Growing up amid violence: a critical narrative analysis of children of war and children of battered women. **Doctoral dissertation**, Wayne State University.
- Bornstein, M., Haynes, O., Pascual, L., Painter, K. & Galperin, C (1999). Play in two societies: pervasiveness of process, specificity of structure. **Child Development**, 70, pp.317–331.
- Bourdieu, P (1984). **A social critique of the judgement of taste**. Traducido del francés por R. Nice. Londres, Routledge.
- Bowlby, J (1969). **Attachment and loss: attachment**. Vol. 1. New York: Basic.
- Boyden, J. & Levison, D (2000). Children as economic and social actors in the development process. Estocolmo, Ministerio de Relaciones Exteriores, Grupo de Expertos en Cuestiones de Desarrollo (Documento de trabajo, 1).
- Bradshaw, Y.W., Noonan, R., Gash, L. & Sershen, C.B (1993). Borrowing against the future: children and third world indebtedness. **Social Forces**, 71(3), pp.629–656.
- Bronfenbrenner, U (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. **Developmental Psychology**, 22(6), pp.723–741.
- Brooks-Gunn, J., Duncan, G.J. & Maritato, N (1997). Poor families, poor outcomes: the well-being of children and youth. En: Duncan, G.J. & Brooks-Gunn, J. eds. **Consequences of growing up poor**. New York, Russell Sage Foundation.
- Carneiro, P.M. & Heckman, J.J (2003). Human capital policy. Proposición IZA No. 821. [Internet]. Disponible en línea en: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=434544 [Consultado el 24 de marzo de 2007].
- Carter, M.R. and Maluccio, J.A (2003). Social capital and coping with economic shocks: an analysis of stunting of South African children. **World Development**, 31(7), pp.1147–1163.
- Cleveland, G. & Krashinsky, M (1998). **The benefits and costs of good child care: the economic rationale for public investment in young children — a policy study**. Toronto, The Childcare Resource and Research Unit, Centre for Urban and Community Studies, University of Toronto.
- Coleman, J.C (1990). **Foundations of social theory**. Cambridge, Harvard University Press.
- Coleman, J.C (1988). Social capital in the creation of human capital. **American Journal of Sociology**, 94, S95–S120.
- Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) (2005). **Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health**. Documento de Discusión para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Borrador. 1 de julio de 2005.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M (1991). **Policies and strategies to promote social equity in health**. Estocolmo: Institute of Futures Studies.
- Dayal, M (2001). **Towards securer lives: SEWA’s social-security programme**. Delhi: Ravi Dayal.
- DiPietro, J.A (2000). Baby and the brain: advances in child development. **Annual Review of Public Health**, 21, pp.455–471.
- Dunn, J.R. & Hayes, M.V (2000). Social inequality, population health, and housing: a study of two Vancouver neighbourhoods. **Social Science and Medicine**, 51, pp.563–587.

ECDVU (Early Child Development Virtual University). (Universidad Virtual para el Desarrollo de la Primera Infancia) (2005). [Sitio Web]. Disponible en: <http://www.ecdvu.org/flash.asp>. [Consultado el 24 de marzo de 2007].

Emmons, K (2003). Health behaviours in a social context. In: Kawachi, I. & Berkman, L.F. eds. **Neighborhoods and health**. New York, Oxford University Press.

Engle, P.L., Black, M.M., Behrman, J.R., Cabral de Mello, M., Gertler, P.J., Kapiriri, L., Martorell, R. & Young, M.E (2007). Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. The International Child Development Steering Group. **The Lancet**, 369(9557), 20 January, pp. 229-242.

Evans, G.W. & Katrowitz, E (2002). Socioeconomic status and health: the potential role of environmental risk exposure. **Annual Review of Public Health**, 23, pp.303-331.

Farrington, D., & Welsh, B (2006). **Saving children from a life of crime: early risk factors and effective intervention**. Nueva York: Oxford University Press.

Father's Direct: The National Information Centre on Fatherhood (2007). What the National Service Framework says about fathers. [Internet]. Disponible en: <http://www.fathersdirect.com/index.php?id=2&cID=84>. [Consultado el 31 de enero de 2007].

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., & Marks, J.S (1998). *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults*. Estudio sobre las Experiencias Adversas en la Infancia (The Adverse Childhood Experiences [ACE] Study). **American Journal of Preventive Medicine**, 14(4), pp.245-58.

Flegg, A.T (1982). Inequality of income, illiteracy and medical care as determinants of infant mortality in underdeveloped countries. **Population Studies**, 36, pp.441-458.

Gertler, P (2004). Do conditional cash transfers improve child health? Evidencia emanada del experimento controlado aleatorio conducido por PROGRESA (ahora llamado OPORTUNIDADES). **Health, Health Care, and Economic Development**, 94(2), pp.336-341.

Goelman, H (2003). Early childhood education. En: Reynolds, W.M. & Miller, G.E. eds. **Handbook of psychology. Vol. 7, Educational psychology**. Hoboken, Wiley, pp. 285-332.

Grantham-McGregor, S., Cheung, Y.B., Cueto, S., Glewwe, P., Richter, L. & Strupp, B (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. The International Child Development Steering Group. **The Lancet**, 369(9555), 6 enero, pp.60-70.

Grantham-McGregor, S.M., Walker, S.P., Chang, S.M. & Powell, C.A (1997). Effects of early childhood supplementation with and without stimulation on later development in stunted Jamaican children. **American Journal of Clinical Nutrition**, 66, pp.247-253.

Greenwood, M (2005). Children as citizens of First Nations: linking indigenous health to early child development. **Paediatric Child Health**, 10(9), pp.553-556.

Grotberg, E (1995). Strengthening the human spirit. The International Resilience Project, from the Early Childhood Development: Practice and Reflections series. Bernard Van Leer Foundation.

Gussow, J.D (1980). Who pays the piper? **Teacher's College Record**, 18(4), pp.448-466.

Hart, B. & Risley, T.R (1995). **Meaningful differences in the everyday experience of young American children**. Baltimore: Brookes.

Hertzman, C (2000). The case for an early childhood development strategy. **Isuma: Canadian Journal of Policy Research**, 1(2), pp.11-18.

Hertzman, C (1999). The biological embedding of early experience and its effects on health in adulthood. **Annals of New York Academy of Science**, 896, pp.85-95.

Hertzman, C. & Siddiqi, A (2000). Health and rapid economic change in the late twentieth century. **Social Science and Medicine** 51(6): 809-819.

Hertzman, C. & Wiens, M (1996). Child development and long-term outcomes: a population health perspective and summary of successful interventions. **Social Science and Medicine**, 43(7), pp.1083-95.

Heymann, J (2006). **Forgotten families: ending the growing confrontation children and working parents in the global economy**. Nueva York: Oxford University Press.

Houweling, T.A., Caspar, A.E., Looman, W.N. & Mackenbach, J.P (2005). Determinants of under-5 mortality among the poor and the rich: a cross-national analysis of 43 developing countries. **International Journal of Epidemiology**, 34(6), pp.1257-65.

Referencias

- Houweling, T.A.J., Kunst, A.E., Borsboom, G. & Mackenbach, J.P (2006). Mortality inequalities in times of economic growth: time trends in socioeconomic and regional inequalities in under 5 mortality in Indonesia, 1982–1997. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 60, pp.62–68.
- Irwin, L.G (2006). The potential contribution of emancipatory research methodologies to the field of child health. **Nursing Inquiry**, 13(2), 94–102.
- Irwin, L.G (2004). **Published report on review of the evidence base for healthy infant and early childhood development in British Columbia**. Healthy Child BC Forum. Vancouver, British Columbia, Canadá, Noviembre 2004.
- Irwin, L.G. & Johnson, J.L (2005). Interviewing young children: explicating our practices and dilemmas. **Qualitative Health Research**, 15(6), 821–831.
- Irwin, L.G., Johnson, J.L., Henderson, A., Dahinten, V.S. & Hertzman, C. (in press) Examining how contexts of daily life influence children’s perspectives of health. **Child: Care, Health and Development**.
- James, A (1993). **Childhood identities: self and social relationships in the experience of the child**. Edinburgh, Edinburgh University Press.
- Janus, M. & Offord, D (2007). Psychometric properties of the Early Development Instrument (EDI): a teacher-completed measure of children’s readiness to learn at school entry. **Canadian Journal of Behavioural Science**, 39(1), pp.1–22.
- Janus, M. & Offord, D (2000). Readiness to learn at school. **Isuma: Canadian Journal of Policy Research**, 1(2), pp.71–75.
- Jejeebhoy, S.J (1995). **Women’s education, autonomy, and reproductive behaviour; experience from developing countries**. Oxford, Clarendon Press.
- Jejeebhoy, S.J. & Sathar, Z.A (2001). Women’s autonomy in India and Pakistan: the influence of religion and region. **Population and Development Review**, 27(4), pp.687–712.
- Jencks, C. & Mayer, S.E (1990). The social consequences of growing up in a poor neighborhood. In: Lynn, L.E. Jr. & McGeary, M.G.H. eds. **Inner-city poverty in the United States**. Washington, National Academy Press.
- Kagan, S.L. & Britto, P.R (2005). **Going global with early learning and development standards**. Informe Técnico de UNICEF. Nueva York, UNICEF.
- Kamerman, S.B., & Gabel, S.G (2006). Social protection for children and their families: a global overview. Ponencia presentada en **Social Protection Initiatives for Children Women and Families: An analysis of recent experience**. Octubre de 2006.
- Kamerman, S.B., Neuman, M., Waldfogel, J. & Brooks-Gunn, J (2003). **Social policies, family types, and child outcomes in selected OECD countries**. OCDE, Documentos de Trabajo sobre Migración, Empleo y Sociedad, No. 6.
- Kaplan, G.A., Pamuk, E.R., Lynch, J.W., Cohen, R.D. & Balfour, J.L (1996). Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. **British Medical Journal**, 312, pp.999–1003.
- Karoly, L.A., Kilburn, R.M. & Cannon, J.S (2005). **Early childhood interventions: proven results, future promise**. Pittsburg, Rand.
- Kawachi, I. & Berkman, L.F. eds. (2003). **Neighborhoods and health**. Nueva York, Oxford University Press.
- Kennedy, B.P., Kawachi, I. & Prothrow-Stith, D (1996). Income distribution and mortality: cross-sectional ecological study of the Robin Hood Index in the United States. **British Medical Journal**, 312, pp.1004–1007; erratum: p.1253.
- Kershaw, P., Irwin, L., Trafford, K. & Hertzman, C (2006). **The British Columbia atlas of child development**. Vol. 40. Human Early Learning Partnership. Vancouver, Western Geographical Press.
- Kikuchi-White, A (2006). **Implementing child rights in early childhood: young children as active social participants**. Observación General # 7. Fundación Bernard Van Leer, septiembre.
- Knudsen, E.I., Heckman, J.J., Cameron, J. & Shonkoff, J.P (2006). Economic, neurobiological, and behavioral perspectives on building America’s future workforce. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, 103 (27), julio, pp. 10155–10162.
- Kohen, D.E., Brooks-Gunn, J., Leventhal, T. & Hertzman, C (2002). Neighbourhood income and physical and social disorder in Canada: associations with young children’s competencies. **Child Development**, 73, pp.1844–1860.
- Konadu-Agyemang, K (2000). The best of times and the worst of times: structural adjustment programmes and uneven development in Africa: the case of Ghana. **Professional Geographer**, 52(3), pp.469–483.

- Lamb, M.E (1998). Non-parental child care: context, quality, correlates, and consequences. En: Damon, W., Sigel, I.E. & Renninger, K.A. eds. **Handbook of child psychology. Vol. 4, Child psychology in practice**. Nueva York: Wiley, pp.73–133.
- Lansdown, G (2005). **Can you hear me? The right of young children to participate in decisions affecting them**. Documentos de trabajo sobre Desarrollo de la Primera Infancia. Fundación Bernard van Leer, mayo de 2005..
- Leventhal, T. & Brooks-Gunn, J (2000). The neighborhoods they live in: the effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. **Psychological Bulletin**, 126(2), pp.309–337.
- Maggi, S., Hertzman, C., Kohen, D. & D'Angiulli, A (2004). School proportion of highly competent, neighbourhood socioeconomic characteristics, and class composition. **Journal of Educational Research**, 98(2), pp.109–114.
- Maggi, S., Irwin, L.G., Siddiqi, A., Poureslami, I., Hertzman, E. & Hertzman, C (2005). **Analytic and strategic review paper: International perspectives on early child development**. Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, diciembre de 2005.
- Magnuson, K.A., Ruhm, C. & Waldfogel, J (2007). The persistence of preschool effects: do subsequent classroom experiences matter? **Early Childhood Research Quarterly**, 22 (1), pp.18–38.
- Marmot, M. & Wadsworth, M. eds. (1997). **Fetal and early childhood environment: long term health implications**. Londres: British Medical Bulletin.
- Masten, A.S. & Powell, J. L (2006). A resilience framework for research, policy, and practice. En: Luthar, S.S. ed. **Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities**. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mayall, B (1996). **Children, health and the social order**. Buckingham: Open University Press.
- McArdle, P (2003). Children's play. **Child: Care, Health & Development**, 27(6), pp.509–514.
- NICHD Early Child Care Network (2002). Early child care and children's development prior to school entry: results from the NICHD Study of Early Child Care. **American Educational Research Journal**, 39, pp.133–164.
- NICHD Red de Investigación sobre el Cuidado Infantil Temprano (1996). Characteristics of infant child care: factors contributing to positive care-giving. **Early Childhood Research Quarterly**, 11, pp.269–306.
- Nsmenang, B (2005). The teaching-learning transaction: an Africentric approach to educational psychology. **Journal of Psychology in Africa**, 15(1) enero, pp.115–116.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2002). **Every child counts: new global estimates on child labour**. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) (2006). **Starting strong II: early childhood education and care**. OCDE.
- Patel V., DeSouza N. & Rodrigues M (2003). Post-natal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India. **Archives of Disease in Childhood**, 88, pp.34–37.
- Pelto, G., Dickin, K. & Engle, P (1999). **A critical link: interventions for physical growth and psychological development, a review**. Ginebra: Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y el Adolescente, Organización Mundial de la Salud.
- Pence, A.R., Habtom, A. & Chalamanda, F. (en imprenta). Promoting capacity in ECD: complementary strategies and the evolution of the ECDVU in Africa. En: García, M., Pence, A.R. & Evans, J. eds. **Africa's future–Africa's challenge: early childhood care and education in sub-saharan Africa**. Washington: Banco Mundial.
- Pence, A.R. & Marfo, K. eds. (2004). Capacity building for early childhood education in Africa (edición especial). **International Journal of Educational Policy, Research and Practice**, 5(3).
- Pinheiro, P.S (2006). World report on violence against children. **Estudio sobre la Violencia contra la Niñez por parte del Secretario General de Naciones Unidas**. Nueva York, octubre de 2006.
- Powell, C.A., Walker, S.P., Chang, S.M. & Grantham-McGregor, S.M (1998). Nutrition and education: a randomized trial of the effects of breakfast in rural primary school children. **American Journal of Clinical Nutrition**, 68, pp.873–879.
- Putnam, R.D (2000). **Bowling alone: the collapse and revival of American community**. Nueva York: Simon and Schuster.
- Ramey, C.T. & Ramey, S.L (1998). Prevention of intellectual disabilities: early interventions to improve cognitive development. **Preventive Medicine**, 27(2), pp.224–232.

Referencias

- Richter, L. (2004). **The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: A review.** Ginebra: Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y el Adolescente, Organización Mundial de la Salud.
- Richter, L. & Foster, G. (2006). **Strengthening systems to support children's healthy development in communities affected by HIV/AIDS.** Ginebra: Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y el Adolescente, Organización Mundial de la Salud.
- Rogers, G. (1979). Income and inequality as determinants of mortality: an international cross-section analysis. **Population Studies**, 33, pp.343-351.
- Ruiz-Pelaez, J. G., Charpak, N., & Cuervo, L.G. (2004). Kangaroo Mother Care, an example to follow from developing countries. **British Medical Journal**, 329, pp.1179-1181.
- Sampson, R.J., Morenoff, J.D. & Earls, F. (1999). Beyond social capital: spatial dynamics of collective efficacy for children. **American Sociological Review**, 64(5), pp.633-660.
- Schady, N. (2005). Early childhood development in Latin America and the Caribbean. Documento de trabajo No. 3869 en la Investigación sobre Políticas. Washington, Banco Mundial.
- Schweinhart, L.J. (2004). **The High/Scope Perry preschool study through age 40: summary, conclusions, and frequently asked questions.** Ypsilanti: High/Scope Educational Research Foundation.
- Schweinhart, L.J., Barnes, H.V. & Weikart, D.P. (1993). **Significant benefits: the high/scope perry preschool study through age 27.** Ypsilanti: High/Scope Press.
- Shonkoff, J.P. & Phillips, D.A. eds. (2000). **From neurons to neighborhoods: the science of early childhood development.** Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development, Board on Children, Youth, and Families, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council and Institute of Medicine. Washington, National Academy Press.
- Siddiqi, A. & Hertzman, C. (in press). The impact of slow-moving processes on population health trends: a comparative perspective of socio-political determinants in Canada versus the United States. **Social Science and Medicine**.
- Siddiqi, A. & Hertzman, C. (2001) Economic growth, income equality and population health among the Asian Tigers. **International Journal of Health Services**, 31, pp.323-34.
- Siddiqi, A., Irwin, L.G. & Hertzman, C. (2007). The Total Environment Assessment Model of Early Child Development. Informe Probatorio para la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud.
- Siddiqi, A., Kawachi, I., Berkman, L., Subramanian, S.V. & Hertzman, C. (in press). Variation of socioeconomic gradients in children's development across advanced capitalist societies: analysis of 25 OECD nations. **International Journal of Health Services**.
- Smeeding, T. & Ross, K. (1999). Social protection for the poor in the developed world: the evidence from LIS. Documento de trabajo No. 204 del Luxembourg Income Study.
- Smith, L.C., Ramakrishnan, U., Ndiaye, A., Haddad, L. & Martorell, R. (2003). The importance of women's status for child nutrition in developing countries. **Research Report 131, International Food Policy Research Institute**, pp. 127-128. Washington, Department of International Health, Emory University.
- Solari, O. & Irwin, A. (2005). **Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health: discussion paper for the commission on social determinants of health.** Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Spencer, N. (2004). The effect of income inequality and macro-level social policy on infant mortality and low birthweight in developed countries—a preliminary systematic review. **Child: Care, Health and Development**, 30(6), noviembre, p. 699.
- Storch, S.A. & Whitehurst, G.J. (2001). The role of family and home in the literacy development of children from low-income backgrounds. En: Britto, P.R. & Brooks-Gunn, J. eds. **New directions for child and adolescent development**, 92. Indianapolis, Jossey Bass, pp.53-71.
- Tremblay, R.E., Boulerice, B., Foster, H., Romano, E., Hagan J. & Swisher, R. (2001). **Multi-level effects on behaviour outcomes in Canadian children.** Documento de trabajo No. W-01-2E. Ottawa, Applied Research Branch, Strategic Policy, Human Resources Development Canada, Direction Canada.
- UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) (2007). **The 2007 Global Monitoring Report.** París, UNESCO. [Internet]. Disponible en línea en http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=49591&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html. [Consultado el 24 de marzo de 2007].

UNESCO (2006). **Strong foundations: early childhood care and education**. París, UNESCO, 3 de noviembre. [Internet]. Disponible en http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=51483&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html. [Consultado el 24 de marzo de 2007].

UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) (2007). **State of the World's Children 2007—women and children: the double dividend of gender equality**. [Internet] Disponible en <http://www.unicef.org/sowc07/>. [Consultado el 24 de marzo de 2007].

UNICEF (2006). **Progress for children: a report card on nutrition, Number 4**. Nueva York, UNICEF, mayo 2006. [Internet]. Disponible en <http://www.unicef.org/progressforchildren/2006n4/>. [Consultado el 24 de marzo de 2007].

UNICEF (1997). **Role of men in the lives of children: a study of how improving knowledge about men in families helps strengthen programming for children and women**. Nueva York: UNICEF. [Internet]. Disponible en http://www.unicef.org/sowc04/sowc04_boys_education.html. [Consultado el 24 de marzo de 2007].

United Nations Division on the Advancement of Women (División de las Naciones Unidas para el Adelanto de la Mujer) (2007). **Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer** [Internet]. Disponible en línea en <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>. [Consultado el 26 de enero de 2007].

United Nations Office of the High Commission for Human Rights (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) (CRC). (1990) **Convención sobre los Derechos del Niño**. Ginebra, Naciones Unidas, 2 de septiembre. [Internet]. Disponible en <http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm>. [Consultado el 24 de marzo de 2007].

United Nations Office of the High Commission for Human Rights (UNCSW) (2004). The role of men and boys in achieving gender equality: agreed conclusions. **Comisión sobre la Condición de la Mujer Women, sesión no. 48**. [Internet]. Disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw48/Thematic1.html>. [Consultado el 24 de marzo de 2007].

Vandell, D. & White, B (2000). **Child care quality: does it matter?** Madison, University of Wisconsin Institute for Research of Poverty.

Wadsworth, M.E.J (1997). Health inequalities in the life course perspective. **Social Science and Medicine**, 44, pp.859–869.

Waldman, R.J (1992). Income distribution and infant mortality. **Quarterly Journal of Economics**, 107, pp.1283–1302.

Walker, S.P., Wachs, T.D., Gardner, J.M., Lozoff, B., Wasserman, G.A., Pollitt, E. & Carter, J.A (2007). Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. The International Child Development Steering Group. **The Lancet**, 369(9556), Enero.

Weber, M (1946). Class, status, and party. In: Gerth, H.H & Mills, C.W. eds. **From Max Weber: essays in sociology**. Traducido del alemán por Gerth, H.H & Mills, C.W. Nueva York: Oxford University Press, pp. 180–95.

Willms, J.D (2003). **Ten hypotheses about socioeconomic gradients and community differences in children's developmental outcomes**. Applied Research Branch, Strategic Policy, Human Resources Development Canada, February.

Winicki, J. & Jemison, K (2003). Food security and hunger in the kindergarten classroom: Its effect on learning and growth. **Contemporary Economic Policy**, 21(2), pp.145–157.

World Bank (Banco Mundial). **World development report 2007: development and the next generation**. Washington, Banco Mundial, 2007. [Internet]. Disponible en línea en <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTRESEARCH/EXTWDRS/EXTWDR2007/menuPK:1489865-pagePK:64167702-piPK:64167676-theSitePK:1489834,00.html>. [Consultado el 24 de marzo de 2007].

World Health Organization (WHO) (Organización Mundial de la Salud, OMS) (2003). **Global strategy for infant and young child feeding**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Wylie, C., Hodgen, E., Ferral, H., & Thompson (2006). **Contributions of early childhood education to age-14 performance: evidence from the Competent Children, Competent Learners project**. Wellington, Nueva Zelanda Ministry of Education, Research Division.

Zuberi, D. (2001) **Transfers matter most**. Documento de trabajo No. 271 del Luxembourg Income Study, mayo. Disponible en línea en <http://www.lisproject.org/publications/liswps/271.pdf>. [Consultado el 24 de marzo de 2007].

Referencias



Apéndice A: Evaluación Crítica de la Evidencia Subyacente

En otras partes se ha argumentado de manera convincente que, por diversas razones, la jerarquía convencional de las pruebas puede no ser la más indicada para “evaluar la evidencia en torno a las intervenciones sociales o públicas en la salud”.⁸ Un caso específico en que esto se cumple a cabalidad tiene que ver con la búsqueda de evidencia concerniente a los determinantes sociales de la salud. Las jerarquías probatorias convencionales son incompatibles (o al menos no enteramente compatibles) con la clase de información deseable y disponible en esta área, afirmación esta respaldada por la prominencia que la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS confiere a cuestiones de medición y evidencia.

Las pruebas reunidas por la Red de Conocimientos sobre el Desarrollo de la Primera Infancia (RC-DPI) giran alrededor de algunos conceptos de qué es lo que constituye “evidencia” confiable y válida. Nuestro objetivo es proporcionar medios significativos de contrastar la data y la información disponible en el campo. Lo que sigue es un repaso del método que se utilizó para evaluar la evidencia a ser incluida en este informe, la cual está organizada de acuerdo con las “esferas de influencia” esbozadas en el esquema TEAM-DPI, puesto que los “tipos de evidencia” se agrupan más o menos por el mismo orden de ideas.

En el plano individual, buena parte de la nueva evidencia disponible en la literatura científica surge de la aprobación generalizada de la CDN. Luego de aceptar que los niños son seres humanos que poseen competencias en evolución que aportar a sus propias vidas, la comunidad científica ha reconocido, asimismo, la importancia de incluir las perspectivas de la infancia en el

proceso generador de conocimientos. Una gran limitación para la interpretación de este corpus probatorio (pero a la vez su fortaleza, ya que es conveniente metodológicamente hablando⁹) es que las reducidas proporciones de la muestra y la naturaleza de los estudios cualitativos restringen la posibilidad de generalizar hipótesis. Pese a este impedimento científico, la obligación o el valor moral y ético de tomar en cuenta los deseos, los puntos de vista y las necesidades de la niñez en esta evidencia era primordial para nosotros. Es por ese motivo que no formulamos enunciados amplios que se extienden más allá de las pruebas; al contrario, con base en la literatura respecto de las perspectivas de la infancia, sugerimos que los niños merecen ser vistos como actores sociales y que nuestro deber es tomar sus puntos de vista en cuenta en nuestra labor. Las respuestas biofisiológicas a los estímulos ambientales que producen resultados en el desarrollo de niños pequeños han sido objeto de cuantiosas y rigurosas investigaciones. Esto es especialmente cierto si se compara con los conocimientos que se tienen respecto de las interacciones biológicas y ambientales en los adultos. Los conocimientos que tenemos acerca de la “incrustación biológica” provienen de estudios experimentales bastante controlados que se han llevado a cabo con primates (inclusive seres humanos) y no primates. Así pues, la información a este nivel se ajusta al “patrón oro” (*gold standard*) convencional de evidencia.

Siendo la familia una esfera de influencia, la base probatoria prácticamente carece de evidencia experimental. Esto se debe, en gran parte, a que no es factible ni ético crear patrones aleatorios o controlar las circunstancias familiares. Hay ciertas excepciones al respecto, como lo son las pruebas experimentales (o casi experimentales) derivadas de los estudios de hermanos y huérfanos. En la medida de lo posible, se han incluido esos estudios en este informe. En su mayor parte, las investigaciones en cuanto al influjo de las características y la estructura familiar, así como las prácticas parentales, en la niñez han sido de carácter observacional; dentro de la investigación observacional se han realizado estudios tanto descriptivos (p. ej., estudios ecológicos y transversales) como analíticos

Apéndice A

8 Petticrew, M. and Roberts, H. (2003). Evidencia, jerarquías y tipologías: A cada cual lo suyo. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 57: 527–529.

9 Ibid.

(p. ej., estudios de cohorte). En lo posible, se dio preferencia a los resultados provenientes de estudios de cohorte sobre aquellos obtenidos de estudios descriptivos. En comparación con los estudios transversales, los estudios de cohorte permiten establecer un orden temporal; es decir, la causa fue anterior al resultado. En el plano familiar, había el deseo explícito de corroborar patrones *a nivel de población* entre las circunstancias socioeconómicas y el desarrollo infantil y, además, demostrar las variaciones que estos patrones exhiben de una población o sociedad a otra; por consiguiente, a este nivel, se incluyó data ecológica y transversal para llevar a cabo esta tarea. Con relación a este punto, la disyuntiva giraba en torno a sacrificar el orden temporal para destacar un aspecto importante de la distribución del desarrollo que no podría capturarse sin asumir una perspectiva ecológica. El orden temporal ha sido muy bien establecido en los estudios de cohorte antes mencionados, los cuales también hemos incluido con la finalidad de proporcionar un matiz individual de las circunstancias socioeconómicas y el DPI.

Por razones similares, la evidencia relativa a las comunidades residenciales y relacionales se desprende, principalmente, de eventuales estudios de cohorte. Para nuestro análisis seleccionamos aquellos estudios producto de los diseños de investigación más sólidos, mejor controlados y sin sesgos de cualquier otra índole, a juzgar por las publicaciones especializadas donde aparecieron y la reputación científica que gozan en el campo.

Con el propósito de mantener una óptica de los determinantes sociales de la salud en la evidencia incorporada al presente informe, en la sección sobre programas y servicios DPI, en lugar de facilitar un “listado general” de programas y servicios DPI específicos de eficacia comprobada, optamos por presentar *rasgos genéricos así como principios estratégicos y organizativos* de programas sostenibles y de calidad que pueden transferirse de un lugar a otro alrededor del mundo entero. Esta decisión se basó en que, a pesar de la sólida evidencia en cuanto a la eficacia de un programa o servicio, no podemos apoyar la práctica de tomar un programa o servicio exitoso de un contexto dado y asumir que funcionará con la misma efectividad en

un contexto distinto. Lo que *sí* podemos secundar es tomar en consideración las características y los principios genéricos que han traspasado contextos, o las propiedades de entornos enriquecedores que, nos consta, han demostrado promover el desarrollo infantil. En razón de explicar el criterio ejercido para determinar cuáles ejemplos de programas y servicios debíamos incluir en este informe, nos valimos de una gran cantidad de fuentes: 1) nuestros especialistas en DPI, quienes se han adentrado en el terreno y apreciado las repercusiones de programas específicos—esto incluye el concepto de “mejores prácticas”; 2) la literatura gris; 3) evidencia respecto a la eficacia de programas y servicios, y 4) consideración en cuanto a si los programas se ajustan al criterio articulado en la sección de programas y servicios DPI en relación con la creación de entornos estimulantes para la niñez. En algunos casos, se seleccionaron ejemplos para sustentar algún punto en particular, como es el caso del Método Madre Canguro; en otros, la inclusión se hizo en función de la información disponible acerca del programa o servicio en cuestión. Intentamos por todos los medios ceñirnos a los programas y servicios de óptima calidad en la medida de lo posible.

Por lo que se refiere a los estudios que figuran en las secciones sobre las esferas regional, nacional e internacional, garantizar el rigor científico resultó mucho más difícil. Tal como se menciona en el documento evidencial TEAM-DPI (Siddiqi, Irwin & Hertzman, 2007), esto se debe, en gran parte, a la ausencia de estudios que se hayan llevado a cabo a este nivel. Nuestra revisión de la documentación existente arrojó muy poca información experimental, siendo el estudio PROGRESA (actualmente denominado OPORTUNIDADES) el ejemplo más notorio. Fuera de eso, la mayor parte de la información recabada proviene de estudios transversales u otros esquemas de estudios observacionales descriptivos. A pesar de no exponer pruebas decisivas, se incluyeron estos estudios porque plantean sugerencias categóricas en cuanto a las áreas que deben investigarse en el futuro y porque existen vínculos estrechos y admisibles entre micro contextos (tales como la familia), para los cuales disponemos

de datos, y macro ambientes como los ámbitos regional, nacional e internacional. En un sentido científico convencional, la plausibilidad casi siempre se evalúa en términos biológicos. Al respecto, sostenemos que lo único aparente es una plausibilidad *sociológica*.

Apéndice A

Apéndice B: Modelos de Programas y Servicios DPI

Apéndice B

Los programas y servicios que se describen a continuación son ejemplos de “mejores prácticas” hacia la creación de entornos enriquecedores en una diversidad de contextos.

Vinculados con los Sistemas de Atención Sanitaria

ATENCIÓN INTEGRADA DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI)

El programa AIEPI de la OMS persigue reducir la mortalidad, las enfermedades y la discapacidad, al igual que impulsar la salud y el desarrollo, en la población infantil menor de cinco años. La AIEPI abarca componentes preventivos y curativos concebidos para ser aplicados a nivel de la familia, la comunidad y a través de los SAS. El programa contempla, como prioridad máxima, promover el diagnóstico correcto y el tratamiento apropiado de las enfermedades prevalentes de la infancia en una variedad de ámbitos, que incluyen el hogar y los centros de salud, al tiempo que ofrece asesoramiento para padres y cuidadores y servicios de remisión para niños gravemente enfermos. Los principales pasos para la aplicación de esta estrategia consisten en:

- asumir un enfoque integral hacia la salud y el desarrollo infantiles en la política sanitaria nacional
- adaptar las directrices clínicas estándares de la AIEPI a las necesidades, los medicamentos disponibles, las políticas, los alimentos y el idioma de cada país
- mejorar la atención en clínicas locales adiestrando a los trabajadores de la salud en nuevos métodos para examinar y tratar a los niños, así como orientar a los padres en forma eficiente

- permitir una atención optimizada garantizando un suministro idóneo de medicamentos a bajo costo y equipo básico
- incrementar la atención hospitalaria para aquellos niños que se encuentran demasiado enfermos como para ser tratados en ambulatorios
- concebir mecanismos de apoyo dentro de las comunidades para prevenir las enfermedades, asistir a las familias en el cuidado de sus hijos enfermos y trasladar a los pequeños pacientes a hospitales o dispensarios cuando sea necesario.

(Fuente: <http://www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm>)

CARE FOR DEVELOPMENT

En sociedad con UNICEF, la OMS ha desarrollado un componente especial para el desarrollo de la primera infancia que lleva por nombre *Care for Development* (Atención para el Desarrollo), el cual se pretende incorporar a los programas AIEPI existentes. *Care for Development* persigue crear mayor conciencia entre padres y cuidadores acerca de la importancia del juego y la comunicación con los niños al proporcionarles información y capacitación durante las consultas pediátricas; se ha demostrado que constituye un método eficaz para respaldar los esfuerzos de padres y cuidadores por ofrecer un entorno enriquecedor para sus hijos mediante la ampliación de sus competencias. Los profesionales de la salud son motivados a aprovechar las visitas médicas de niños con enfermedades agudas menores como una oportunidad para diseminar los mensajes fundamentales de *Care for Development*; entre otros, la importancia de la alimentación activa y receptiva para mejorar el crecimiento y la nutrición infantiles, y el valor de las actividades de juego y comunicación para ayudarlos a avanzar hacia las subsiguientes etapas en su desarrollo. (El panfleto de la OMS se encuentra disponible en: <http://www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm>)

LACTANCIA MATERNA Y ESTIMULACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Un proyecto piloto que se está llevando a cabo al sur de Irán tiene como finalidad alcanzar los objetivos de desarrollo nacionales en materia de embarazos y alumbramientos seguros; fomentar la lactancia materna y el espaciamiento de embarazos deseados; brindar estimulación psicológica temprana y ayudar a los padres a evitar retardos en el crecimiento de sus hijos pequeños. El proyecto intenta apuntalar y promocionar prácticas de amamantamiento, tanto en el hospital como después de salir de alta (a través de visitas domiciliarias y consultas a cargo de enfermeras) brindando orientación en materia de la lactancia materna, interacción con y apoyo de otras madres, así como formación relevante para primerizas que requieren mayor información; hasta la fecha, ha mostrado un impacto significativo sobre el éxito de la lactancia materna. Por lo general, el nivel de instrucción de la población femenina es bajo, sobre todo en las zonas rurales de esa región. El objetivo del programa consiste en superar la brecha entre los patrones culturales y tribales y las creencias en cuanto a la lactancia materna, la nutrición, la salud y el desarrollo infantiles, y la práctica correcta del amamantamiento mediante la disseminación sistemática de información de calidad sobre estos temas. Este punto de contacto por intermedio del SAS brinda a los padres la oportunidad de tener acceso a asesoramiento sobre lactancia materna y clases sobre el aprendizaje en la primera infancia. La evaluación parcial del proyecto, en la forma de un estudio CAP (Conocimiento/Actitud/ Práctica), reveló que la participación del SAS en la campaña educativa en la región mejoró el grado de conocimiento de las madres substancialmente, al tiempo que las motivó a adoptar conductas favorables hacia la salud y la alimentación de sus hijos. Aún se precisan evaluaciones adicionales para obtener pruebas del impacto del programa sobre los resultados de desarrollo en esos niños. (Froozani, M.D., Permezhadeh,

K., Dorosty Motlagh, A.R. & Golestan, B. (1999) *Repercusión de la educación sobre la lactancia materna en el patrón alimenticio y la salud de recién nacidos en sus primeros 4 meses de vida en la República Islámica de Irán*. Boletín de la Organización Mundial de la Salud 77(5), pp. 381–385).

Apéndice B

VISITAS DOMICILIARIAS A CARGO DE ENFERMERAS

Kazajstán

Por medio de un sistema de visitas domiciliarias a cargo de enfermeras, Kazajstán ha introducido un módulo de educación DPI dirigido a ampliar el conocimiento de los padres acerca de las necesidades psicosociales y cognitivas de sus hijos, sin costo adicional alguno. Para los fines de preparación básica se utilizó el Módulo de Atención para el Desarrollo del Paquete de Adiestramiento de AIEPI, elaborado conjuntamente por la OMS y UNICEF. El proyecto, que cuenta con el respaldo mancomunado de OMS y UNICEF y es llevado a cabo bajo la dirección del Ministerio de Salud kazajstani, hace uso de los SAS existentes en el país, y tiene como objetivo fortalecer la capacidad de los prestadores de servicio; durante la aplicación, el programa involucra instituciones locales de formación médica, administración local y participación comunitaria. Enfermeras profesionales realizan visitas a bebés recién nacidos casi todas las semanas durante el primer mes y regularmente en lo sucesivo. Del mismo modo, el Centro de Estilo de Vida Saludable, un centro de capacitación para-gubernamental con nexos académicos robustos con instituciones de investigación social y médica, participa en funciones de adiestramiento, supervisión y evaluación. El programa ha sido objeto de una evaluación reciente y se espera que el informe esté disponible dentro de poco tiempo.

Este programa, y otras iniciativas similares apoyadas por ONG internacionales y el Banco Mundial, entre otros, puede que desempeñe un papel crucial en llevar adelante la reforma del SAS en Kazajstán.

10 En muchos países se realizan programas de visitas domiciliarias como este modelo australiano; el alcance y el promedio de edad de las visitas puede que varíe.

Australia

En Australia, enfermeras comunitarias especializadas en salud infantil y maternal visitan niños pequeños con regularidad durante los primeros 5 años de vida.¹⁰ Uno de los objetivos de esta actividad consiste en promocionar el DPI. Además de vigilar el desarrollo y responder a cualesquiera interrogantes que los padres puedan tener en materia de desarrollo y conducta, las enfermeras ofrecen orientación de carácter preventivo y sugieren distintas maneras para fomentar el crecimiento infantil; asimismo, dirigen grupos de madres primerizas y reparten una gama de material escrito acerca del DPI entre los padres. (Departamento de Salud y Envejecimiento (1998). Un comienzo saludable para niños de 0 a 5 años. Serie No. 3 de las Ponencias Ocasionales del Departamento de Salud y Envejecimiento. Mancomunidad de Australia.)

POTENCIACIÓN DEL DESARROLLO COMUNITARIO (PDC)

El Programa de Potenciación del Desarrollo Comunitario (PDC) se creó en Malasia con la finalidad de atender las necesidades de la niñez y de las familias en comunidades de recursos insuficientes, en un esfuerzo por mejorar el entorno donde los niños crecen. El PDC abarca las siguientes actividades:

- la expansión de programas preescolares, con énfasis en la estimulación del desarrollo cognitivo, físico y socioemocional
- reuniones liderizadas por trabajadores de la salud con miembros de la comunidad a fin de identificar y clasificar los servicios formales e informales existentes que satisfacen las necesidades específicas de las familias.

Una vez identificadas, las prioridades para las comunidades consisten en establecer un *programa de cuidado infantil* y un *plan de inmunización* para niños pequeños, así como *actividades que generen ingresos para mujeres y madres solteras*. Los padres participaron en el diseño y la coordinación de las intervenciones, que incluyen evaluación pediátrica, servicios educativos, servicios de intervención

y cuidado infantil coordinado. Un componente importante del programa consiste en fortalecer los nexos entre valores parentales, la estructura social de la comunidad y el SAS. De rentabilidad comprobada, el mismo aprovecha los recursos comunitarios existentes, atiende necesidades específicas de la población infantil en DPI en combinación con los servicios y programas de salud, e incentiva a las madres a emprender actividades lucrativas.

REACH OUT AND READ (ROR)

Reach Out and Read (ROR) es una organización estadounidense sin fines de lucro que fomenta la alfabetización temprana regalando libros nuevos a los niños y aconsejando sobre la importancia de la lectura en voz alta a los padres que atienden consultas pediátricas. Los programas ROR hacen de la alfabetización temprana un elemento estándar de la atención pediátrica primaria y, como tal, constituyen un punto de enlace con los sistemas de atención sanitaria que ha demostrado ser un soporte importante para el desarrollo infantil temprano. Siguiendo el modelo ROR, los médicos y las enfermeras aconsejan a los padres que leer en voz alta es lo mejor que pueden hacer para ayudar a que sus hijos adquieran gusto por la lectura y comiencen la escolaridad listos para aprender. Los pediatras y médicos de otras especializaciones reciben capacitación en el modelo ROR, el cual consta de tres partes, en un esfuerzo por fomentar la alfabetización pediátrica:

1. En cada chequeo de rutina, los médicos y las enfermeras incentivan a los padres para que lean a sus hijos en voz alta, y ofrecen estímulos y consejos apropiados según la edad de los pequeños. Si a los padres les resulta difícil leer, se les motiva para que inventen sus propias historias con libros ilustrados y dediquen tiempo en nombrar objetos en compañía de sus hijos.
2. Los proveedores de servicios de salud regalan a cada niño libros nuevos y adecuados para su desarrollo.
3. Niños y padres aprenden sobre el placer y las técnicas de hojear libros juntos en salas de espera dotadas de literatura infantil abundante y, muchas veces, con lectores

voluntarios.

Los hallazgos de estudios que evalúan el impacto de los esfuerzos de ROR han sido notoriamente consistentes. En comparación con familias que no han recibido esta intervención, los padres que sí la han recibido tienen muchas más posibilidades de leerle a sus hijos y tener una mayor cantidad de libros infantiles en el hogar. Más importante aún, los estudios en los que se han examinado las habilidades lingüísticas de niños pequeños han revelado una relación entre la intervención ROR y mejoras significativas, en términos estadísticos, en los resultados de pruebas lingüísticas, lo cual representa un buen indicador de éxito.

En la actualidad, el programa ROR se encuentra disponible en los 50 estados de Estados Unidos, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes y Guam. Los mismos operan desde hospitales, centros de salud y consultorios pediátricos privados. (Fuente: <http://www.reachoutandread.org/index.html>)

DPI INTEGRADO BASADO EN LA FAMILIA (DPIIBF)

En Tailandia, varias organizaciones locales e internacionales (UNICEF, Christian Children's Foundation y Save the Children, entre otras), en colaboración con el Departamento de Salud del Ministerio de Salud Pública y universidades locales, han respaldado la aplicación del proyecto DPI Integrado Basado en la Familia (*Integrated Family-Based ECD*, IFBECD), que entró en vigencia originalmente en 1990. El proyecto opera desde los centros de salud infantil e implica la colaboración entre madres experimentadas (quienes se ofrecen como embajadoras voluntarias), los SAS y la comunidad en general (universidades, centros educativos de otra índole, organizaciones sin fines de lucro). Cada embajadora trabaja con cinco familias de su vecindario y suministra información y orientación a las madres en cuanto a salud, nutrición y desarrollo infantil en distintos espacios, ya sea en los propios hogares de los participantes o algún mercado local. Mensualmente se organizan reuniones y sesiones de capacitación (sobre temas como

vida familiar, desarrollo y cuidado infantiles) en los departamentos de salud locales a fin de actualizar a las embajadoras en información y materiales nuevos relativos al crecimiento y la salud infantiles. Este enfoque es sumamente favorable porque, en Tailandia, se acostumbra a que los niños mayores cuiden a sus hermanos o vecinos más pequeños. Asimismo, las embajadoras ofrecen información indispensable sobre la importancia de la salud, la nutrición y el desarrollo infantil a estos niños de más edad; en una de las lecciones más "prácticas", los alumnos de 5to y 6to grado trabajan con una embajadora y aprenden cómo determinar el estado de vacunación y el progreso del desarrollo de los niños más pequeños de sus familias. Todas estas iniciativas de enseñanza y capacitación se coordinan a través del Ministerio de Salud Pública. En este caso, las evaluaciones positivas del programa resultaron en la expansión del mismo hasta los 18 años, pero al hacerlo, el programa se diluyó y cesó de funcionar. (Herscovitch, L. (1997) *Moving Child and Family Programs to Scale in Thailand: Integrated Program for Child and Family Development*. Bangkok, Tailandia: UNICEF).

IMMUNIZACIÓN

Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de la Organización Mundial de la Salud fue lanzado inicialmente en 1976, en un momento en que menos del 5% de la población infantil era vacunado contra las seis enfermedades más fáciles de prevenir: difteria, tétano, pertusis (tos ferina), polio, sarampión y tuberculosis. A lo largo de los treinta últimos años, el PAI ha ampliado su cobertura al punto en que, en la actualidad, hay aproximadamente 500 millones de puntos de vacunación infantil en el mundo entero. La prevención de enfermedades representa un componente fundamental de los esfuerzos por reducir la mortalidad infantil, y la conquista internacional del PAI a largo plazo ha resultado en descensos substanciales y apreciables en la incidencia de enfermedades prevenibles. Hoy por hoy, el éxito prolongado y el alcance del PAI ofrece un marco dentro del

cual se pueden introducir otros servicios de salud infantil.

La escala del PAI, así como su cobertura casi universal, hoy se reconoce como una valiosa oportunidad para enlazar otras actividades de promoción de la salud infantil. En un momento en que 90% de los niños reciben inmunización a nivel mundial, generalmente en los dos primeros años de vida, el PAI es un punto de contacto potencial para otras formas de intervenciones o vigilancia de la salud. Kenia ha sido particularmente proactiva en aprovechar este punto de contacto temprano. El Ministerio de Salud keniano decidió, no hace mucho, recabar información sobre indicadores del desarrollo durante las campañas de vacunación como un medio de monitorear el progreso del DPI en el país, sobre una base poblacional; las campañas de inmunización son vistas, asimismo, como una oportunidad para distribuir información acerca del DPI y salud infantil a los padres (comunicación personal, Annah Wamae). Otros proyectos innovadores que aprovechan las campañas de inmunización como punto de contacto clave dentro del sector salud incluyen la distribución a gran escala de mosquiteros tratados con insecticidas en Togo, con la finalidad de reducir aún más la propagación de enfermedades como la malaria.

La importancia de programas de inmunización universales, tanto para reducir enfermedades de la infancia como brindar oportunidades para intervenciones adicionales en la primera infancia, no debe subestimarse. Estos programas casi siempre dependen de una combinación de fuentes de financiamiento público, privado e internacional; por ende, muchas veces compiten con otros programas y prioridades de las agendas nacionales en materia de salud. Si bien los 30 años de historia del PAI han arrojado un éxito total a nivel mundial, las variaciones y fluctuaciones en la cobertura de inmunización a nivel nacional reflejan la dificultad en mantener el carácter universal de estos programas de inmunización. (www.afro.who.int; www.unicef.org/health/files/UNICEFTechnicalNote1 Malaria Implementation Approach(1).doc. R Kim-Farley, R. (1992) *Global Immunization. Annual Review of Public*

Health, Vol. 13, pp. 223–237.)

Servicios Integrados para el Desarrollo Infantil (SIDI)

Otra iniciativa similar en India, los Servicios Integrados para el Desarrollo Infantil (SIDI), consiste en un esquema multi-dimensional de base comunitaria diseñado para mejorar la calidad de vida de las mujeres y los niños que viven en la pobreza. El programa surgió a partir del reconocimiento de que todos los bebés necesitan una evaluación del desarrollo y que la clínica de inmunización establecida ofrecía un punto de contacto con el SAS. Como resultado, se diseñó un programa de desarrollo de la primera infancia de mayor alcance. Las clínicas operan en conexión con los centros de salud y durante las visitas que realizan para vacunar a sus bebés las madres reciben información sobre el desarrollo, una Tarjeta para la Observación del Desarrollo (TOD) que las ayuda a monitorear el crecimiento de sus bebés, así como la oportunidad de obtener orientación detallada sobre cómo evaluar el desarrollo, de ser necesario. El esquema tiene como finalidad permitir que las familias (las madres en particular) aumenten su conocimiento sobre cuestiones de salud y desarrollo de sus bebés ofreciendo instrucción en el lugar y la posibilidad de recibir visitas domiciliarias de seguimiento.

En la medida en que los programas de inmunización son combinados con otros servicios de salud infantil, tales como intervenciones en la primera infancia y vigilancia del DPI, es posible que surjan mayores oportunidades de obtener financiación pública para estos programas. (India Development Observation Card. Chaturvedi, E., B. C. Srivastava, J. V. Singh y M. Prasad. 1987. “*Impact of Six Years’ Exposure to the ICDS Scheme on Psychosocial Development.*” *Indian Pediatrics* 24:153–64. http://www.unicef.org/india/media_2640.htm and http://www.unicef.org/india/nutrition_188.htm)

En ausencia de Sistemas de Atención Sanitaria

EMISORA RADIAL EN PRO DEL ACCESO EQUITATIVO EN NEPAL

La Iniciativa para el Acceso Equitativo (*The Equal Access Initiative*) se vale de tecnología adecuada y de bajo costo (transmisión satelital, AM/FM) y de programas comunitarios para diseminar información a las familias que viven en zonas rurales distantes. La Iniciativa para el Acceso Equitativo crea estrategias de comunicación y soluciones de acercamiento adaptadas a las necesidades de los clientes en torno a una variedad de temas que incluyen la prevención del VIH/SIDA, salud de la mujer y desarrollo de la primera infancia. El programa educa y cataliza cambios de conducta entre grupos objetivos a través de la concepción y producción de convincentes programas de audio y multimedia en el idioma local y en el propio país.

Al presente, en Nepal se está transmitiendo un nuevo programa de radio sobre DPI llamado *Kheldai Sikdai* (Aprende Jugando) a través de emisoras de radio FM y satelitales a centros de DPI y un público objetivo conformado por millones de personas. *Kheldai Sikdai* asiste a padres y comunidades en la creación de entornos positivos para niños menores de seis años. A través del programa, los padres aprenden sobre la importancia del desarrollo intelectual y emocional de sus hijos. Este entretenido e interesante programa llega a padres y trabajadores en centros infantiles con sugerencias en cuanto a formas de identificar, atender y apoyar mejor las necesidades de la infancia. Al reunir docentes, padres y facilitadores capacitados en DPI, *Kheldai Sikdai transforma el desconocimiento subyacente en torno al desarrollo de la primera infancia que perpetúa los ciclos de pobreza a lo largo y ancho de Nepal. Al discutir abiertamente y contextualizar el impacto de los derechos de la niñez, el aprendizaje basado en el juego y las funciones de los padres y las comunidades en la enseñanza de la población infantil, los programas buscan modificar la forma en que se concibe y se implementa la educación temprana. Gran parte de este esfuerzo con-*

siste en trabajar con educadores y padres para desligarlos de los métodos convencionales de enseñanza por memorización y convencer a los padres de que las actividades centradas en el juego, los cuentos y las canciones son convenientes, válidas y aceleran el desarrollo intelectual de los pequeños. Adicionalmente, los programas se valen de entrevistas con miembros de la comunidad y especialistas en educación, conjuntamente con canciones y relatos, para reformar la mentalidad de los educadores, el gobierno y, más importante, los padres de niños pequeños a lo largo y ancho del país creando mayor conciencia acerca de la conveniencia y las repercusiones positivas y duraderas de los programas DPI antes de que los niños lleguen a la escuela primaria. También se discuten temas como maternidad segura, nutrición e inmunización. (Fuente: *Equal Access, Global Program Report 2006*. <http://qwww.equalaccess.org>)

DESARROLLO CURRICULAR DPI DE BASE RURAL EN LA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA POPULAR DE LAO

El Proyecto para el Desarrollo de la Mujer se movilizó con el objetivo promocionar diversas iniciativas de desarrollo para mujeres en cinco provincias de Laos; al cabo de cinco años, creció el interés y se identificó la necesidad de abordar cuestiones referentes al desarrollo infantil en forma directa. El resultado de esta experiencia fue el Proyecto para el Desarrollo de la Familia y la Primera Infancia (Early Childhood and Family Development Project, ECFD). En las fases iniciales de diseño y aplicación se organizaron talleres de planeación de proyectos para el PDFPI. La planificación a nivel de aldeas resultó en acuerdos en torno a necesidades y objetivos; un sentido del diseño general; evaluaciones de recursos y limitaciones; planificación de actividades; formación de un comité de proyecto, y elaboración de los criterios a aplicarse para la selección de voluntarios en las aldeas. El proceso de desarrollo curricular basado en la comunidad se enfocó en el aporte participativo a nivel local para diseñar un plan de estudios que pudiera adaptarse a las necesidades específicas de los distintos grupos étnicos y se centró en la recopilación de datos y un avalúo de

Apéndice B

necesidades. Un análisis de los conocimientos convencionales existentes sirvió de base para el diseño curricular. Una de las actividades más originales de la experiencia laosiana fue un acuerdo de participación aldeana suscrito por los residentes y el comité de desarrollo aldeano; el mismo se estableció con base en un esquema de derechos de la infancia y contempló actividades que podían emprenderse de inmediato mientras aguardaban por la asistencia externa necesaria. (Descripción tomada de: Programming experiences in ECD; Primera Edición, noviembre 2006, UNICEF; p. 23; y de Early Childhood Counts: Programming Resources for Early Childhood Care and Development (CD-ROM), Grupo Consultivo para el Cuidado y Desarrollo de la Primera Infancia, Banco Mundial, Washington DC, 1999).

Apéndice C: Medición Poblacional del Desarrollo en la Primera Infancia desde una Perspectiva Nacional

La comunidad de desarrollo internacional ha emprendido múltiples esfuerzos por evaluar el bienestar social en formas que faciliten trazar comparaciones entre sociedades; cuantiosos enfoques se han diseñado hasta la fecha, cada uno con su propio conjunto de hipótesis concernientes a los factores que contribuyen al (y reflejan el) bienestar. La Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), por intermedio de la Red de Conocimientos sobre DPI, propone que el desarrollo de la primera infancia (DPI) es, en esencia, un resultado (o más bien, un conjunto de resultados) que refleja el éxito social de las sociedades y un indicador de los futuros logros de éstas, ya que tiene que ver con las aptitudes para el desarrollo, la salud y demás medidas de bienestar a lo largo del ciclo vital; por esa razón, el DPI puede considerarse una medida fundamental del potencial de las sociedades para prosperar en múltiples dominios sociales. En la misma medida en que una nación ofrece oportunidades para un desarrollo sano de su infancia se sustentará el bienestar de sus miembros más vulnerables.

La literatura precedente sugiere que los miembros de cada sociedad son afectados de distintas maneras por condiciones adversas tales como niveles inferiores de PIB, disparidad marcada en la distribución de ingresos, y otras por el estilo. Nosotros sugerimos en este informe que, la mayoría de las veces, los niños conforman un grupo vulnerable debido a una variedad de factores, desde la fase de desarrollo biológico en que se encuentran hasta su capacidad comprometida para realizar elecciones vitales. Conocer los niveles de DPI en una sociedad proporciona una medida directa del bienestar social al resaltar el bienestar durante los primeros años

de vida; en el proceso, sin embargo, también se abordan las perspectivas de bienestar social futuro para sociedades individuales. Así pues, promovemos la medición del DPI de base poblacional con la finalidad de establecer un indicador social aceptable a escala mundial.

Pese a una extensa revisión de la literatura existente hemos sido incapaces de localizar esfuerzos previos dirigidos a enmarcar el DPI de esta manera. La razón parece ser que, hasta la fecha, las investigaciones sobre DPI han sido orientadas hacia el individuo, dominadas por enfoques psicológicos y educativos, y centradas en estrategias para la ejecución de programas y planes de estudio. El advenimiento de la Red de Conocimientos sobre DPI, bajo los auspicios de la OMS, brinda una oportunidad para agregar una perspectiva distinta: la de la salud poblacional. La salud de la población distingue el DPI como un determinante social de la salud, el cual requiere un conocimiento a fondo, a través de mediciones, de dónde están emergiendo diferencias sistemáticas entre poblaciones infantiles claramente definidas alrededor del mundo. Una vez identificadas, estas diferencias sistemáticas pasan a ser la base para entender los determinantes del DPI que pueden modificarse y para calibrar el progreso del DPI a lo largo del tiempo y la paridad del acceso a las condiciones que propician el desarrollo infantil saludable.

Forjar un acuerdo en torno a un indicador DPI comparable internacionalmente no será tarea fácil. El indicador debe satisfacer los siguientes criterios:

- abarcar aquellos dominios del desarrollo en la primera infancia que repercuten en la salud, el bienestar, el aprendizaje y la conducta a lo largo del ciclo vital
- basarse en una concepción internacional común en torno a las esferas dominantes del DPI; un consenso en cuanto a los elementos específicos dentro de cada esfera que deben medirse de la misma manera en todas partes del mundo; y una identificación de esos elementos que son distintos en contextos diferentes
- no obstante los retos antes mencionados, ser transferible a contextos globales diver-

Apéndice C

sos, reconociendo que las circunstancias en las cuales los niños mueren son las mismas circunstancias en las cuales viven.

- diseminar información útil y comparable para niños de cierta edad, sin importar si van o no a la escuela.

A la luz de estos desafíos, el indicador DPI no puede limitarse a un solo atributo, como la mortalidad infantil; en cambio, debe tantear múltiples particularidades del desarrollo infantil. El Índice de Desarrollo Humano (IDH), introducido por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en 1990, puede que sea el precedente exitoso más notorio a escala internacional. El IDH evalúa el estado de bienestar de las sociedades utilizando una calificación compuesta que se basa en tres medidas: esperanza de vida, alfabetización adulta y poder adquisitivo ajustado al PIB per capita; vale decir que el IDH ha marcado una diferencia en el discurso con respecto al desarrollo internacional. En lo que a DPI se refiere, los atributos múltiples deben ser lo suficientemente amplios como para satisfacer el primero de los criterios expuestos con anterioridad; es decir, abarcar aquellos dominios del desarrollo de la primera infancia que repercuten en la salud, el bienestar, el aprendizaje y la conducta a lo largo del ciclo vital. En la práctica, existen tres grandes dominios de desarrollo que se ajustan a este criterio: físico, lingüístico-cognitivo y socioemocional.

El proceso de reducir campos tan diversos como lo son el desarrollo físico, lingüístico-cognitivo y socioemocional a un índice único, transferible y comparable se conoce como “conmensuración”. Es decir, al reducir cada dominio a una cifra, podemos entonces compararlo directamente con otros y, al reducir estos números a un solo índice de múltiples atributos, podemos comparar el DPI a través de distintas sociedades, tal como se hace actualmente con la mortalidad infantil. Es evidente que los llamados para la conmensuración son controversiales y han generado divisiones intelectuales desde que existe el discurso intelectual. Por ejemplo, Platón era partidario de la conmensuración mientras que Aristóteles no lo era; no sorprende, entonces, que el desacuerdo persista en la comunidad

internacional para el desarrollo. Los cuatro criterios antes enumerados reflejan un compromiso entre, por una parte, la necesidad de concretar un acto de conmensuración con el propósito de permitir que el DPI compita con otras prioridades de la infancia (como la supervivencia) en “igualdad de condiciones en términos epistemológicos” y, por la otra, no dejar que la tendencia reduccionista necesaria para la conmensuración de algún modo derrote la diversidad global creando la impresión de que el DPI es algo así como “una talla única” para todo el mundo.

Apéndice D: Niños y Familias en Perspectiva Global: Discusión y Extractos de Familias Olvidadas de Heymann

Introducción

A la luz de la extraordinaria conectividad entre pueblos y sociedades a escala mundial, asumir una perspectiva global hacia los problemas afrontados por la infancia y las familias es imperativo. Dos factores primordiales sirven de impulso para examinar este tema con una lupa global. Primero, cuanto más fuertes sean los nexos entre las sociedades, mayor información circulará en cuanto a las circunstancias de los individuos y sus entornos en todas partes del mundo; y segundo, en vista de la acrecentada complejidad de la economía mundial, las decisiones en políticas que se toman en una nación o región tienen implicaciones de gran alcance para el mundo entero. La labor realizada por Jody Heymann ha contribuido significativamente en este respecto. El Proyecto Mundial de Familias Trabajadoras ha llevado a cabo estudios que abarcan desde entrevistas a fondo a más de 1.000 familias en América Latina, África, Asia, Norteamérica y Europa, hasta análisis de datos emanados de encuestas entre 55.000 familias alrededor del mundo y el alcance de las políticas públicas en favor de padres que trabajan y sus hijos en 180 países. Lo que sigue son algunos de los puntos más destacados en *Forgotten Families: Ending the Growing Crisis Confronting Children and Working Parents in the Global Economy* (Oxford University Press, 2006). Para mayor información sírvase visitar el sitio Web www.mcgill.ca/ihsp/.

Ideas Falsas Generalizadas respecto del Cuidado de Niños Pequeños

Una de las principales formas en que la economía mundial repercute en niños y familias es a través de los patrones de cuidado que predominan en diversas circunstancias sociales. “Cuando se le pregunta a los dirigentes de la mayoría de los países quién está a cargo del cuidado de los recién nacidos, de los bebés que comienzan a andar y de los niños en edad preescolar, todos responden de manera similar: ‘Los abuelos desempeñan un papel importante en nuestra cultura’. Si se les presiona un poco, dejan claro que se refieren a las abuelas. ¿Y si las abuelas no están disponibles?, se les cuestiona. ‘Hay abundante cuidado informal’, es la respuesta inevitable, ‘otros familiares, vecinos, mujeres de la comunidad’. ‘Muchas madres pueden llevar sus hijos al trabajo’. Las respuestas son vagas porque describen un mundo que ha permanecido ignorado, desatendido.

“[Cuando informamos en un hospital clínico en Gabarone que] estábamos examinando las condiciones que las familias trabajadoras enfrentan. . . alguien levantó la mano. ‘Eso no nos afecta aquí. Todo el mundo tiene familiares cercanos en quienes contar para el cuidado de los niños, así que nunca tienen problemas con eso’. Si bien tal afirmación sonaba satisfactoria, el problema radicaba en que la experiencia de las familias que habíamos entrevistado en Botsuana la desmentía. Entrevistamos muchas familias en que los padres no tenían otra alternativa sino dejar a niños pequeños solos en casa; retirar a los mayores de la escuela para asegurar cuidado gratuito; o llevar a los hijos al trabajo aun cuando al hacerlo, la salud o el desarrollo de los niños o los empleos de los padres pudieran verse amenazados. Sin embargo, antes de poder responder a la fantasía del primer orador compartiendo las experiencias de algunas de las 250 personas que ya habíamos entrevistado, un cirujano de Botsuana levantó la mano y declaró: ‘Muchos padres no cuentan con nadie en quien confiar. He atendido niños que, por esa precisa razón, se encontraban solos en casa cuando llegaron a la emergencia o al quirófano a causa de fracturas óseas o quemaduras’.

Apéndice D

Hallazgos Empíricos sobre Patrones de Parentalidad para Niños Pequeños

Apéndice D

FAMILIA EXTENDIDA

“Entonces, ¿cuál es la realidad mundial? No existe duda en cuanto a que tanto el hecho de tener una familia nuclear biparental como tener una familia extendida puede marcar una enorme diferencia en la atención que se brinda a los niños. Entre todas las familias que entrevistamos, 33% de los padres solteros había dejado a sus hijos solos en el hogar comparado con 22% de los padres que compartían el hogar con un cónyuge o pareja. Cuando los padres solteros no cuentan con otros cuidadores adultos en el hogar, es incluso más probable que los niños pequeños permanezcan solos en el hogar (56% contra 23%). . . Pero el mito de que las familias extendidas, exclusivamente, resuelven el problema es errado, al menos en tres aspectos. En primer lugar, muchos padres trabajadores y sus hijos pequeños mantienen contacto esporádico, limitado o nulo con miembros de la familia extendida a quienes pudieran recurrir alguna vez. A nivel mundial, debido al desarrollo urbano y la creciente movilización que se requiere para conseguir y conservar empleos, la cantidad de adultos trabajadores que viven lo suficientemente cerca de sus propios padres como para poder recurrir a ellos en forma regular está declinando vertiginosamente.

En segundo lugar, incluso entre aquellos que continúan viviendo cerca de los abuelos de sus hijos, muchos son incapaces de contar con su ayuda; es posible que los mismos abuelos tengan que trabajar y su capacidad para ofrecer cuidado regular, o buscar tiempo libre siquiera para cuidar a un nieto enfermo, sea tan limitada como la de los propios padres. Tercero, ocurre con bastante frecuencia que los miembros adultos de la familia que podrían ayudar—porque están cerca, no trabajan o se dedican a atender a una casa llena- tienen sus propias limitaciones de salud física y mental. De hecho, cuando los familiares extendidos están cerca, es probable que precisen tanto o más cuidado del que pueden ofrecer”.

CUANDO LA FAMILIA EXTENDIDA NO ES UNA OPCIÓN

“En situaciones donde miembros de la familia extendida precisan asistencia, los niños en edad preescolar casi siempre reciben menos cuidado que si la familia extendida no estuviera cerca; cuando las madres o los padres tienen que atender a algún familiar enfermo, los hijos pequeños tienen el doble de probabilidades de permanecer solos en casa. Cuarenta por ciento de padres trabajadores que cuidaban a un cónyuge enfermo y 41% de los padres que cuidaban a un familiar extendido tenían que dejar a sus hijos solos en casa (comparado con 22% de aquellos que no cuidaban a un cónyuge enfermo y 21% que no tenían que atender a algún otro familiar enfermo). Incluso aunque los miembros de la familia extendida no requieran auxilio, es posible que estén demasiado limitados físicamente, débiles o enfermos como para proporcionar atención adecuada a nietos, sobrinos, sobrinas u otros dependientes; las mismas restricciones derivadas de la edad y la salud que afectan su capacidad para trabajar repercuten en la calidad de la atención que pudieran ofrecer”.

Para ir más lejos aún, los recursos socioeconómicos de los padres influyen en todos estos factores. “Los padres que perciben ingresos bajos tienen menos posibilidades de recibir ayuda de la familia extendida y mayores probabilidades de tener que asistir en el cuidado de sus miembros”. Treinta y dos por ciento de los padres que ganan menos de \$10 al día (una vez ajustada la paridad del poder adquisitivo) es capaz de contar con la ayuda de la familia extendida (y no necesita auxiliarse), comparado con 46% de esos padres que ganan más de \$10 al día. Cuarenta y siete por ciento de los padres con ingresos inferiores a \$10 al día (una vez ajustada la paridad del poder adquisitivo) precisa auxiliar a la familia extendida, comparado con 42% de los que ganan más de \$10 al día.

CUANDO LOS PADRES TIENEN QUE LLEVAR A SUS HIJOS AL TRABAJO

Si resulta imposible contar con la familia, otra respuesta común a nivel mundial consiste en

que los padres lleven a los hijos a su trabajo. “Si bien algunos formuladores de política admiten la improbabilidad de que en fábricas hayan condiciones seguras para el cuidado infantil y que en el sector formal se permita que los padres lleven niños al trabajo, asumen que esta no sólo es una solución posible sino también decente en el sector informal. La imagen que viene a la mente es la de un padre —una madre, casi universalmente—trabajando con un bebé arropado ceñido a su espalda o la de un pequeño jugando felizmente a su lado mientras ella vende productos en un mercado o limpia alguna casa... En nuestros estudios, nos topamos con una gran cantidad de mujeres que había perdido empleos con una paga decente en el sector formal con el propósito de cuidar a los hijos...”

“A veces lograban conseguir empleo en el sector informal que les permitía llevar a los hijos, pero incluso esas mujeres, que tenían más experiencia que el resto, no albergaban una fantasía romántica de que las vidas de sus hijos transcurrirían a su lado mientras trabajaban. La mayoría compartía una visión lúgubre de niños pasando el tiempo en los lugares de trabajo de madres que se habían insertado en el sector informal por falta de instrucción y de opciones laborales, y no habían sido capaces de retirarse debido a responsabilidades parentales...”

“Aun cuando los niños que son llevados al trabajo no corren un riesgo elevado de sufrir lesiones de vida o muerte, sus oportunidades para tener un desarrollo normal muchas veces se deterioran día a día. Amalia Montoya, nacida y criada en Cancún, México, era una madre soltera dedicada a la crianza de su hijo. Limpiaba casas desde los 15 años y nunca tuvo la oportunidad de finalizar sus estudios; tampoco contaba con nadie que la auxiliara puesto que vivía lejos de su familia. Ante la escasez de cupos disponibles en guarderías públicas, pagar por un servicio privado estaba fuera de su alcance económico. Amalia llevaba a su bebé recién nacido al trabajo porque no tenía otra opción. ‘Era realmente difícil porque no es lo mismo que estar en tu propia casa. Cuando el bebé lloraba de hambre, no podía atenderlo y trabajar al mismo tiempo’... Amalia prosiguió para describirnos cómo se fue deprimiendo por la situación y la con-

siguiente desnutrición de su hijo...

“Más allá de la incapacidad de Amalia para alimentar a su hijo con regularidad, tampoco podía atenderlo en forma adecuada cuando se enfermaba. Cuando finalmente tuvo acceso a un centro de cuidado infantil, quizás la síntesis más ilustrativa de la experiencia con su pequeño hijo era el regocijo que la joven madre manifestaba ante los elementos más básicos: ‘Lo dejé a las 7:30 am y lo recogí a las 5:00 pm. Comió allí y todo’. Agradecía aspectos tan fundamentales como poder trabajar, contar con supervisión adulta y comida asegurada para su hijo...”

“Las mismas historias se repetían una y otra vez entre los padres que entrevistamos en Botsuana y Vietnam. La única variante que traspasaba fronteras y circunstancias económicas no era la naturaleza del problema en sí, sino el nivel de desesperación de los progenitores... Los factores socioeconómicos tienen un influjo similar. Uno de cada cuatro padres con ingresos inferiores a \$10 al día (una vez ajustada la paridad del poder adquisitivo) se ve en necesidad de llevar a los hijos al trabajo con regularidad, igual que uno de cada cuatro padres que sólo poseen educación primaria o intermedia. Los padres que trabajan en el sector informal tienen menores probabilidades de acceder a cuidado infantil institucional; como resultado, la mitad de los padres y madres que entrevistamos, quienes trabajaban en el sector informal, precisaban llevarse a los hijos regularmente a sus trabajos”.

CUIDADO INFORMAL

“[Otra] ficción que gira alrededor del cuidado infantil preescolar es que el cuidado informal económico representa una solución viable. Es evidente que, hoy día, las familias de bajos ingresos y muchas de ingresos medios son incapaces de costear o conseguir cupo en programas institucionales de cuidado infantil para todos los hijos. Pero también es evidente que existe un mercado para el cuidado infantil informal aparentemente menos costoso. Sin examinar siquiera la doble moral tácita que significa apoyar programas formales de educación y atención para la primera infancia en naciones ricas, los formuladores de políticas

públicas muchas veces se preguntan, ‘¿Acaso el cuidado informal no es la solución para la temprana infancia en los países pobres?’ El argumento esgrimido por estos expertos es que es menos costoso y, asumen, tan positivo como la atención formal. En nuestra experiencia, en la mayoría de los casos los padres sólo mencionaron que era más económico. . .

“Aunque en teoría, la calidad de la atención brindada por adultos en ambientes informales pudiera ser igual a la brindada en ambientes formales, esa no era la experiencia compartida por la mayoría de los padres que entrevistamos, especialmente las familias pobres. Si bien es cierto que muchos países ofrecen cierto grado de subsidio para las familias de bajos ingresos que utilizan ambientes de cuidado infantil formales, los ambientes informales reciben muchos menos subsidios y escasa dotación o supervisión pública. Los padres de bajos ingresos que utilizaban servicios de cuidado informal típicamente no estaban en condiciones de pagar mucho, razón por la cual sus opciones en cuanto a proveedores de cuidado infantil eran en extremo limitadas; en vista de que sólo podían pagar salarios bajos, generalmente contrataban adultos que o bien eran incapaces de conseguir otro empleo o prestaban servicios de cuidado informal mientras desempeñaban otro trabajo. El bajo nivel de experiencia de las personas contratadas y el hecho de que esas personas a veces desempeñaban otro trabajo simultáneamente derivaban en una atención de calidad deficiente, si y cuando se proporcionaba. Más aún, los problemas que comenzaban con la mala calidad de los prestadores de cuidado infantil en el sector informal eran exacerbados por la falta de supervisión en ese sector. En reiteradas ocasiones, los padres entrevistados relataron episodios de haber regresado a casa y encontrarse con que los cuidadores informales habían dejado a los niños solos en casa durante todo o parte del día. . .

“En los países que estudiamos, muchos padres dijeron haberse visto en la necesidad de dejar a sus pequeños al ‘cuidado’ de otros niños. En Vietnam, 19% de los padres trabajadores que entrevistamos tenía que dejar a sus hijos pequeños solos en la casa o al cuidado gratuito de otro menor en tanto

que 4% pagaba a un menor para que cuidara a los suyos propios. En México, 27% de los padres entrevistados dejaba solos a sus hijos por necesidad, y 9% los dejaba con otro niño a quien pagaban por el servicio. Las familias de Botsuana, que posee un PIB per capita idéntico al de México y siete veces más alto que el de Vietnam, eran las que más dejaban solos a los hijos en casa por necesidad. Debido a la inexistencia casi absoluta de guarderías financiadas por el Estado, 48% de los padres trabajadores en esa nación dejaba solos a los hijos durante todo o buena parte del tiempo, o al cuidado gratuito de otro menor de edad. . .

“Observamos un marcado gradiente de clase social en el cuidado informal. Los padres que eran pobres y los padres que tuvieron menos oportunidades educativas para ellos mismos eran los que mayores probabilidades presentaban de verse obligados a dejar a sus hijos en edad preescolar al cuidado de otro crío. Los padres con educación media o inferior eran dos veces más propensos a dejar a sus hijos al cuidado de otros niños en forma gratuita que los padres con educación secundaria o más, quienes ganaban más dinero en consecuencia. . . El cálculo es cruel: 2.700 millones de personas subsisten con menos de dos dólares al día y 1.100 millones subsisten con menos de un dólar al día. Incluso aquellas familias que se las arreglan para alimentar a sus hijos con menos de dos dólares diarios simplemente son incapaces de pagar, por sus propios medios, ni siquiera por un servicio de cuidado informal que garantice la seguridad y la buena salud de sus hijos”.

CUANDO LOS NIÑOS Y NIÑAS PERMANECEN SOLOS EN EL HOGAR

“Si los padres eran pobres e incapaces de costear una guardería; si su nivel de instrucción era limitado y, por ende, tenían menos oportunidades laborales; y si en el trabajo enfrentaban alguna sanción de índole económica por motivos parentales, las probabilidades de que dejaran a los hijos solos en casa, ya fuera regular o intermitentemente, eran considerablemente más elevadas. . . Cuarenta y seis por ciento de aquellos que perdieron salario por responsabilidades parentales terminaron por dejar a los niños

solos en casa, comparado con 21% que no fue objeto de sanción alguna. Los padres con un nivel de educación media o inferior eran dos veces más propensos (39% contra 18%) a verse en necesidad de dejar a los hijos solos en el hogar respecto de los padres con un nivel de educación secundaria o superior.

Consecuencias de un Cuidado Infantil Deficiente en el Desarrollo

Las secuelas de la falta de cuidado infantil de calidad en el desarrollo son monumentales. En Botsuana, 53% de los padres entrevistados respondió que sus hijos habían experimentado accidentes o emergencias mientras se encontraban en el trabajo; 47% de los padres en México y 38% en Vietnam respondió lo mismo. Treinta y cinco por ciento de los padres botsuanos reportó un impacto negativo de sus condiciones laborales sobre la salud de sus hijos. En México y Vietnam, los porcentajes fueron 21% y 25% respectivamente. “La comunidad internacional está de acuerdo en que todos los niños y niñas tienen derecho a una educación primaria pública y gratuita; sin embargo, al no hacer nada a favor de buena parte de la población infantil durante la fase crítica de su desarrollo (de 0 a 5 años), de hecho hemos dejado a centenares de millones de niños y niñas en el mundo entero con pocas oportunidades para triunfar en sus estudios. Antes de que cumplan los seis años, carecen de posibilidad alguna de desarrollarse en forma saludable, mucho menos adquirir las habilidades básicas necesarias para empezar a ir a la escuela”.

La Necesidad de Programas de Desarrollo de la Primera Infancia

“Debemos cerciorarnos de que la población infantil en su totalidad tenga acceso a la educación y atención en la primera infancia. El sector público en algunos países y el sector privado sin fines de lucro, en otros, han comenzado a abordar este problema; sin embargo, la brecha que existe entre la atención disponible y la cantidad de familias que la necesitan es monumental”. Sondeos de opinión conducidos a nivel doméstico

en varias naciones arrojan información contrastante en torno al porcentaje de infantes con edades comprendidas entre los tres y los cinco años que participan en programas de educación para la primera infancia. En Vietnam, donde se ha desarrollado un programa nacional, 51% de los hijos de padres solteros que trabajan está matriculado en programas de educación para la primera infancia (EPI), comparado con 40% en Brasil, donde existen programas municipales, y 21% en Botsuana, donde no existen programas públicos significativos para la primera infancia. Tanto en Vietnam como en Brasil, 44% de las familias donde ambos padres perciben ingresos había matriculado a los hijos en programas EPI, comparado con 25% en Botsuana. En Vietnam, 46% de los niños que comparten el hogar con familia extendida donde todos los adultos trabajaban participaba en programas EPI, comparado con 30% en Brasil y 19% en Botsuana. Cuarenta y dos por ciento de los niños que comparten el hogar con familia extendida y no todos adultos trabajaban participaba en programas EPI en Vietnam, comparado con 31% en Brasil y 11% en Botsuana.

Repercusiones para las Familias

“Indiscutiblemente, los cambios drásticos ocurridos en las vidas de adultos trabajadores están transformando las vidas de los niños alrededor del mundo entero... pero ¿de qué manera la transformación de la fuerza laboral, el creciente desarrollo urbano y una economía cada vez más globalizada repercuten en el bienestar económico [y social] de las familias? Cada uno de estos aspectos crea oportunidades y riesgos; no obstante, es necesario reiterar que el impacto negativo de los mismos recae desmedidamente sobre aquellas familias de menores recursos socioeconómicos y las mujeres.

“Mídase como se mida, desde la posibilidad de tomar licencia remunerada hasta gozar de cierta flexibilidad en el trabajo, los padres entrevistados que viven en la pobreza afrontaban las peores condiciones laborales”. Entre esos padres que ganaban menos de \$10 al día (ajustado a la paridad del poder adquisitivo), sólo 50% obtenía permiso remunerado para

responder a sus responsabilidades parentales. Diez por ciento de los que percibían menos de \$10 era capaz de modificar sus horarios de trabajo y obtener permiso remunerado para cumplir con compromisos parentales, comparado con 18% de aquellos que ganaban más de \$10. Sólo 36% de los padres con ingresos inferiores a \$10 tenía acceso a seguro médico a través de sus empleos, comparado con 75% de los que percibían mayores ingresos.

Las madres solteras trabajadoras tienden a laborar muchas más horas que los hombres solteros. Datos emanados de sondeos nacionales sobre la calidad de vida revelan que en Brasil, 65% de las madres solteras trabajadoras consumen 60 o más horas de trabajo remunerado o no remunerado semanalmente; esta proporción desciende a 43% para padres solteros que trabajan. En México, los porcentajes ascienden a 76% y 64% respectivamente.

Conclusión

Los gobiernos han comenzado a aplicar soluciones potenciales. En Vietnam, donde existe mayor disponibilidad de guarderías públicas, hay más familias con acceso a guarderías formales y diferencias menos marcadas en la utilización de servicios de cuidado formales entre los distintos grupos de ingresos. “Cincuenta y siete por ciento de las familias de bajos ingresos en Ciudad Ho Chi Minh City estaba en condiciones de mandar a los hijos a una guardería formal, al igual que 62% de las familias de ingresos más altos”. En México, el gobierno está obligado a proporcionar guarderías a los empleados del sector formal como una estrategia para ayudar a reducir las desigualdades en los ingresos. Las cifras demuestran que, en efecto, la brecha en el uso de cuidado infantil formal entre padres más pobres y padres de medianos ingresos es menor en el sector formal, donde el cuidado infantil es parte de la seguridad social (58% contra 39%), que en el sector informal (58% contra 22%).

“Cuando los niños pequeños se quedan solos en el hogar o en una guardería de calidad inferior, la posibilidad de que ocurra una tragedia es real”; esto incluye el peligro de sufrir accidentes o emergencias o ser víctimas de la violencia mientras sus progenitores están

trabajando. “Pero hay otro tipo de tragedia, más pausada pero igualmente devastadora, que está transformando las vidas de decenas de millones de infantes en edad preescolar. Ante la incapacidad de hallar o costear un servicio de atención infantil decente, la necesidad de trabajar y la realidad de que sólo consiguen empleos bajo condiciones ínfimas, estos padres y madres se ven forzados a confiar el cuidado de sus hijos a servicios que ponen en peligro la salud, el desarrollo y la seguridad de los mismos. La calidad de la atención que reciben es tan deficiente que su salud y desarrollo se deterioran gradualmente día a día, y sus oportunidades de vida se debilitan aún más”.



HELP es un centro de investigaciones del Instituto Universitario de Estudios Multidisciplinarios, University of British Columbia.

Director: Dr. Clyde Hertzman

Para mayor información sírvase contactar a:
Lori G. Irwin
Human Early Learning Partnership (HELP)
440 – 2206 East Mall
Vancouver, BC V6T 1Z3
Tel: 604.827.5395 Fax: 604.822.0640
Email: lori.irwin@ubc.ca
Website: www.earlylearning.ubc.ca/WHO
Mapping Portal: ecdportal.help.ubc.ca