

Espacio para la Infancia

2020



Avances en el desarrollo de la primera infancia

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

© Bernard van Leer Foundation, 2020

Queda autorizada la reproducción de artículos de *Espacio para la Infancia* siempre que se realice sin fin comercial. No obstante, se requiere que se cite la fuente de información: nombre del autor, *Espacio para la Infancia*, Fundación Bernard van Leer. Se requiere autorización para el uso de fotografías.
ISSN 1566-6476

Foto portada: splendens/iStock

Esta edición de 2020 de *Espacio para la Infancia* es la número 48 en la serie. También disponible en inglés: *Early Childhood Matters* (ISSN- 1387-9553).



Fundación Bernard van Leer
PO Box 82334
2508 EH La Haya, Países Bajos
Tel.: +31 (0)70 331 2200
www.bernardvanleer.org

Comité editorial:

Cecilia Vaca Jones, directora ejecutiva
Hannah Rothschild, líder de conocimientos
y comunicaciones

Joni Baboci, director general de urbanismo
y desarrollo urbano, ciudad de Tirana,
Albania

Zarlasht Halaimzai, directora y
cofundadora, Refugee Trauma Initiative
Lynette Okengo, directora ejecutiva, Red
Africana por la Primera Infancia

Editora de producción: Frances Buckingham

Traducción: Ana Gárate

Revisión: Margaret Mellor

Diseño: Laura de Jongh

Ilustraciones: Abbey Lossing



2020

Espacio para la Infancia

Avances en el desarrollo de la primera infancia

Contenidos

EDITORIAL

- 4 Afrontemos los retos actuales priorizando inversiones en favor de la primera infancia que garanticen su presente y futuro
— Cecilia Vaca Jones



LIDERAZGO

- 10 La pandemia de Covid-19 y la infancia en América Latina y el Caribe
— Laura Chinchilla Miranda
- 14 El trabajo intersectorial en la política pública de Colombia como estrategia para reducir la pobreza
— Constanza Alarcón Párraga
- 18 Invirtiendo en evidencia para lograr equidad en salud para los niños refugiados
— Tala Al-Rousan, Cheryl A.M. Anderson y Princesa Dina Mired de Jordania
- 24 Devolvamos la ciudad a los niños
— Erion Veliaj
- 29 Boa Vista, la “Capital de la Primera Infancia”, frente a los prejuicios y la Covid-19
— Teresa Surita



AMPLIAR LA ESCALA

- 36 Jamii ni Afya: uso de la tecnología para ampliar la escala de los servicios integrales para las madres y los niños en Zanzíbar
— Kim Wilson, Allyson Nelson, Taylor Craig, Rachel Hofmann y Erica Layer
- 42 Depresión perinatal en Chile: avances y retos
— Matías Irrarázaval
- 46 Aprendizaje y salud mental: la respuesta de BRAC en Bangladesh durante la pandemia de Covid-19
— Jahanara Ahmad, Erum Mariam, Bushra Humaira Sadaf, Sarwat Sarah Sarwar, Shaheen Nafisa Siddique y Syeda Sazia Zaman
- 50 Escalando los servicios para la primera infancia en las ciudades: aprendizajes de cuatro estudios de casos de Urban95
— Jennifer Widner y Savvas Verdis
- 57 Cómo ayudar a los niños a crecer en inteligencia, no solo en altura
— Elizabeth L. Prado, Leila M. Larson y Anuraj H. Shankar
- 61 La importancia de la identidad: la lucha contra la desigualdad empieza en la primera infancia
— Zarlisht Halaimzai
- 65 La importancia del sector privado para que los niños pequeños empiecen sus vidas con buena salud
— Lawrence Haddad
- 69 Sugira Muryango: ampliación de las visitas domiciliarias en Ruanda mediante la ciencia de la implementación
— Tressa Johnson, Theresa Betancourt, Emmanuel Habyarimana, Anita Asiimwe y Shauna Murray
- 73 Mejorando los resultados de desarrollo de los niños en Egipto a través de la formación y la sensibilización comunitaria
— Abla Al-Alfy
- 76 Ampliación de la enseñanza preescolar multilingüe con foco en la lengua materna en Odisha
— Anu Garg, Aravind Agarwal, R.R. Nayak y Priyadarsini Mohanty



INNOVACIONES

- 84 CanalCanoa: fortaleciendo los valores indígenas para mejorar el desarrollo infantil temprano
— Kurt Shaw y Rita de Cácia Oenning da Silva
- 88 Un enfoque pragmático para ampliar el acceso de los niños más pobres de Sudáfrica a un aprendizaje temprano de calidad
— Carley Furness-Symms, Tressa Johnson y Grace Matlhape
- 92 Cómo la depresión materna y los comportamientos asociados impactan la salud y el desarrollo de los niños
— Erin Pfeiffer
- 96 El proyecto Villaggio: el tren de las comunidades de aprendizaje temprano
— Giorgio Tamburlini, Anduena Alushaj y Francesca Vezzini
- 102 OneSky: aprendizaje mixto para las proveedoras de cuidado infantil a domicilio en Vietnam
— Alice Wong y Tim Huang
- 106 La previsión estratégica y el futuro de la primera infancia tras la Covid-19
— Joe Waters
- 110 Adaptación de la prestación del servicio para llegar a las mujeres y los niños marginados de las zonas urbanas
— Folake Olayinka y Chloe Manchester
- 115 Un estudio de Rotterdam ayudará a tomar decisiones sobre confinamiento en caso de pandemia
— Vincent Jaddoe
- 118 Planificación de espacios de juego para 1,1 millones de niños pequeños: Istanbul95
— Selva Gürdoğan
- 122 Covid-19 como acelerador del cambio: iniciativas innovadoras con padres y madres de Israel
— Maya Yaari y Idit Schuman-Adatto



PANORÁMICO SOBRE TEMAS DE ACTUALIDAD

- 128 Creación de sistemas para la primera infancia
— Sharon Lynn Kagan y Caitlin M. Dermody
- 131 Estigmatizados y sin ayuda: la doble tragedia de los hijos de presidiarios
— Rose Atieno Opiyo
- 134 *El comienzo de la vida 2 – la naturaleza*: un nuevo documental promueve el contacto de los niños con el mundo natural
— Láis Fleury
- 136 Cambio climático y desarrollo infantil temprano: identificando las sinergias
— Carlos Dora
- 141 Las calles como recurso en la respuesta a la pandemia de Covid-19 y la recuperación tras la crisis
— Skye Duncan
- 144 ¿Ayuda o problema? El impacto del trabajo temporal en el cuidado
— Emma Samman y Abigail Hunt
- 147 Hacia una recuperación del cuidado infantil: un enfoque feminista
— Elliot Haspel





EDITORIAL

Afrontemos los retos actuales priorizando inversiones en favor de la primera infancia que garanticen su presente y futuro

Cecilia Vaca Jones

Directora ejecutiva

Fundación Bernard van Leer,
La Haya, Países Bajos

Las injusticias y desigualdades que asolan el mundo nunca habían sido tan manifiestas como ahora, pues la pandemia que atravesamos evidencia las enormes inequidades sociales existentes, tanto dentro de una misma comunidad o ciudad como entre las distintas regiones y naciones. Para construir un futuro mejor, la inversión en la primera infancia debe ser una prioridad para todos los gobiernos y sociedades. Cuanto antes se invierte en un ser humano, mayor será el rédito económico y social del capital invertido. Por ello, es necesario empezar antes del nacimiento a fin que todas las niñas y los niños tengan las mismas oportunidades de desarrollar al máximo sus potencialidades y, juntos, establecer las bases de un mundo saludable, creativo y pacífico.

La edición de *Espacio para la Infancia* de este año se publica en un momento histórico en que nuestra misión, “garantizar un buen comienzo para todos los niños”, se vuelve más relevante que nunca. Nos preocupan especialmente los pequeños más vulnerables, como los 22 millones de niños y niñas desplazados debido a distintas crisis y los 250 millones que viven en zonas urbanas de países en desarrollo y corren el riesgo de no alcanzar todo su potencial. El tiempo del que disponemos para actuar es limitado y debemos garantizar intervenciones oportunas durante los primeros años de vida. En el contexto de la pandemia, esta urgencia nos lleva a esforzarnos aún más por encontrar soluciones ágiles y creativas que se puedan implementar a gran escala con mucha más rapidez. Esperamos que esta revista sirva de inspiración para que se adopten más buenas prácticas en todo el mundo con el fin de mejorar el bienestar de las sociedades.

“El futuro que queremos, en el que la sociedad disfrute de más salud y justicia, empieza hoy con la inversión estratégica en la primera infancia.”

Este número comienza con los testimonios de cinco líderes excepcionales (cuatro de ellos, mujeres) que hacen un claro llamado a la protección de las poblaciones que están atravesando crisis humanitarias. Al exponer sus opiniones y experiencias de trabajo en distintos niveles de gobierno y tipos de organizaciones, estos líderes destacan la importancia de tratar de mejorar la colaboración entre varios sectores y niveles de gobierno y con diversos actores estratégicos interesados en la materia con el fin de consolidar un sistema de protección social eficaz para la niñez.

En la sección “Ampliar la escala”, abordamos la implementación de varios programas y políticas para la primera infancia en distintas partes del mundo y las dificultades que hay que tener en cuenta a la hora de ampliar la escala. En estos artículos se recogen los resultados logrados y los retos afrontados en iniciativas con distintas modalidades (como visitas a domicilio y encuentros de orientación para padres) que tratan de llegar a la gran mayoría de la población, priorizando las intervenciones en los hogares y las poblaciones más vulnerables.

En estas páginas también se destaca la importancia de considerar la salud mental como una prioridad en los sistemas sanitarios y de cuidado para la primera infancia. En estos tiempos difíciles, es vital proteger la salud mental de los cuidadores para garantizar que se relacionen con los niños de formas positivas, pues su comportamiento es decisivo para el buen desarrollo de los pequeños. Además, un artículo excepcional explica por qué es fundamental empezar desde la primera infancia a abordar la cuestión de la identidad como factor determinante para fomentar la equidad en nuestras sociedades. Esta sección concluye con un análisis comparativo de las intervenciones que ha emprendido la Fundación Bernard van Leer en cuatro ciudades para garantizar que, en el ámbito del diseño y planificación urbana, se tomen medidas orientadas a mejorar la equidad, la inclusión, el bienestar y la calidad de vida de los bebés, los niños pequeños y sus familias.

La sección “Innovaciones” reúne experiencias muy valiosas en las que se han afrontado los desafíos propios del trabajo con minorías étnicas y grupos muy

vulnerables con sistemas orientados a favorecer la justicia y la inclusión. Muchas veces los programas y las políticas implementados a gran escala no permiten identificar las diferencias existentes en la población ni atender a cada comunidad de la forma más pertinente. Además, proponemos varios artículos sobre cómo ciertos proveedores de servicios han reaccionado a la pandemia de forma ágil, desarrollando nuevas soluciones como el uso de las tecnologías para reducir al mínimo las interrupciones de servicios vitales y las dificultades para acceder a la información y el conocimiento.

Para afrontar una crisis, hace falta compromiso y también capacidad para resolver problemas de forma creativa y ágil. El periodo que estamos atravesando trae consigo un nuevo paradigma de pensamiento para transformar el alcance de la política sobre la primera infancia, y para ver más allá de los servicios inmediatos con el fin de lograr un mayor impacto. Por eso, en la última sección, “Panorámico sobre temas de actualidad”, exponemos medidas críticas encaminadas a garantizar el bienestar de la niñez en el contexto actual. Si queremos que nuestras sociedades sean sostenibles, resulta fundamental concentrar la acción colectiva en la construcción de una relación saludable entre la infancia y la naturaleza, la recuperación de las calles como espacio público para las personas, la búsqueda de sinergias entre el cambio climático y el desarrollo de la primera infancia, y el reconocimiento de la economía del cuidado.

En este momento, la pandemia hace que las niñas y los niños pequeños de todo el mundo sean aún más vulnerables y afecta negativamente a todos los ámbitos de su desarrollo. Al mismo tiempo, la pandemia ha demostrado lo rápido que se adaptan distintos actores estratégicos a los cambios, con empatía, agilidad y creatividad. Ahora tenemos que actuar de forma continua para favorecer el acceso a todas las oportunidades que contribuyan a la prosperidad de las niñas y los niños pequeños. El futuro que queremos, en el que la sociedad disfrute de más salud y justicia, empieza hoy con la inversión estratégica en la primera infancia.

➔ Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-ed

Un liderazgo audaz (o, como nosotros lo vemos, la capacidad de movilizar a las personas para resolver problemas importantes de forma colectiva) es crucial para lograr resultados para los niños pequeños. En esta sección, varios líderes de gobiernos locales y nacionales, de la sociedad civil y del mundo académico hablan de cómo afrontar los retos actuales y cómo utilizar la previsión estratégica para dar forma al futuro de la primera infancia.





Liderazgo

La pandemia de Covid-19 y la infancia en América Latina y el Caribe

10

El trabajo intersectorial en la política pública de Colombia como estrategia para reducir la pobreza

14

Invirtiendo en evidencia para lograr equidad en salud para los niños refugiados

18

Devolvamos la ciudad a los niños

24

Boa Vista, la “Capital de la Primera Infancia”, frente a los prejuicios y la Covid-19

29

La pandemia de Covid-19 y la infancia en América Latina y el Caribe

- ▷ *Los efectos indirectos de la crisis de la Covid-19 en los niños son diversos y graves.*
- ▷ *Éstos incluyen un aumento de la violencia intra-familiar y probables reducciones de la inversión en educación.*
- ▷ *Un estudio revela respuestas políticas eficaces en América Latina.*

Laura Chinchilla Miranda

Presidenta de Costa Rica,

2010–2014

San José, Costa Rica

Desde el punto de vista sanitario, la Covid-19 no parece suponer grandes riesgos directos para los niños y adolescentes, salvo para aquellos que ya padecen ciertas patologías y, tal vez, los que están en su primer año de vida. Sin embargo, los efectos indirectos (debidos a la crisis socioeconómica provocada por la pandemia) son numerosos y graves, y en general no se les ha prestado mucha atención.

La Alianza para la Protección de la Niñez y la Adolescencia en la Acción Humanitaria, un grupo interinstitucional mundial que cuenta con el apoyo de Unicef, ha publicado un informe importante sobre la protección de los niños durante la pandemia de coronavirus (Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2020, Internet). Advierte de los daños provocados en el entorno en que se crían nuestros pequeños, por la grave interrupción de las rutinas diarias y la dinámica familiar. En los casos más extremos, las consecuencias han desembocado en separaciones, violencia, malos tratos, problemas educativos, trabajo forzoso y exclusión.

Los efectos económicos de la pandemia ya son visibles en todo el mundo y las perspectivas de futuro son preocupantes. En el caso de América Latina y el Caribe, se prevé una recesión grave: tanto el Fondo Monetario Internacional como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe calculan que el PIB de la región caerá más del 5%. Según estas proyecciones, también se pronostica un enorme aumento del desempleo, con lo que la cantidad de personas en estado de pobreza en la región pasaría de los 185 millones a los 220 millones.

Sin duda todo esto tendrá efectos políticos e institucionales considerables, como una creciente insatisfacción con la democracia que podría desencadenar violencia política. También debemos tener en cuenta las probables consecuencias de la crisis económica en la mortalidad infantil, la desnutrición, los embarazos de adolescentes y la calidad del aprendizaje, con el riesgo de agravar la crisis educativa ya existente en la región.

El cierre de los centros de enseñanza y la interrupción de los servicios de cuidado infantil ha aumentado el nivel de estrés de las familias, sobre todo las monoparentales y las encabezadas por mujeres. Con el confinamiento, se ha

agravado la presión desigual que sufren las mujeres y las niñas, a las que se tiende a considerar responsables de las tareas de cuidado. También vale la pena recordar que la mitad de los médicos y el 80% de las enfermeras de América Latina y el Caribe son mujeres, el porcentaje más alto del mundo según el Banco Interamericano de Desarrollo.

El aumento de la violencia dentro de la familia es una consecuencia especialmente preocupante del confinamiento, pues contrarresta los progresos logrados recientemente. Muchas mujeres se han visto aisladas en sus casas, sin acceso a sus redes de apoyo de familiares y amigos y sin conexión con la sociedad civil y el Estado. De este modo, al igual que sus hijos, se han vuelto más vulnerables a los malos tratos, el abandono, la violencia, la explotación y el estrés (Naciones Unidas, 2020).

No todos los países de la región han considerado como servicios esenciales prioritarios el apoyo y el cuidado de este sector de la población tan vulnerable, lo cual ha hecho aumentar el sufrimiento emocional de las mujeres y los niños víctimas de maltrato físico y psicológico.

Laura Chinchilla Miranda, presidenta de Costa Rica desde 2010 hasta 2014, en una visita a una escuela pública durante su mandato



Los niños observan a los adultos de su entorno en busca de un ejemplo de cómo comportarse ante situaciones nuevas y complejas que constituyen un desafío. En las Américas, seis de cada diez niños se crían ya con métodos violentos, como los castigos físicos y las agresiones psicológicas, según la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2020). Ahora toda una generación de jóvenes latinoamericanos podría crecer con traumas psicológicos y emocionales aún más graves debido a las experiencias vividas durante la pandemia.

Además de estos problemas generales, ciertos grupos de niños han vivido otras situaciones de especial riesgo durante la pandemia. Por ejemplo, con el confinamiento los niños malnutridos se han visto privados de la comida que recibían en la escuela. Muchos niños emigrantes y residentes en entornos sociales peligrosos donde la delincuencia organizada está a la orden del día han tenido que seguir trabajando para colaborar con la economía familiar.

“Muchas mujeres se han visto aisladas en sus casas, sin acceso a sus redes de apoyo de familiares y amigos y sin conexión con la sociedad civil y el Estado.”

Estudio sobre las respuestas políticas

Para responder a la pandemia, me he reunido con más de 60 líderes de 17 países de América Latina y el Caribe para crear Convergencia para la Acción, Red de Líderes por un Comienzo con Futuro. Entre el 20 de abril y el 1 de mayo, en el marco de esta iniciativa, se ha llevado a cabo una encuesta pionera¹ sobre las respuestas políticas a la Covid-19 en materia de desarrollo de la primera infancia, que ha permitido recopilar información sobre medidas como las siguientes:

- políticas para garantizar la seguridad alimentaria de los niños, sobre todo en el caso de familias sin acceso a protección social
- estrategias para mantener los programas educativos online o en la televisión, teniendo en cuenta que un tercio de la población de la región no tiene acceso a Internet
- medidas especiales para niños emigrantes e indígenas
- políticas asistenciales para niños enfermos o discapacitados que, debido a la emergencia, no podían continuar sus tratamientos en los sistemas sanitarios convencionales.

La interrupción de la asistencia sanitaria también genera preocupación con respecto a las vacunas: según los cálculos de las Naciones Unidas, la presión que ha supuesto la Covid-19 sobre la infraestructura y el personal sanitarios retrasará la vacunación contra enfermedades como el sarampión para más de 117 millones de niños de 37 países de todo el mundo, algunos de ellos en América Latina.

El estudio recoge numerosos ejemplos de iniciativas concretas que han demostrado su eficacia para proteger a los niños durante la pandemia. Por ejemplo:

- En Chile, se han publicado guías de crianza para ayudar a los padres a proteger y promover el bienestar emocional de sus hijos durante la crisis y evitar que se vean afectados por mensajes que fomenten el miedo (Pontificia Universidad y CUIDA, 2020, Internet). El Centro CUIDA sistematiza y difunde

¹ Convergencia para la Acción, Red de Líderes por un Comienzo con Futuro: *Medidas hacia la primera infancia adoptadas por los países de Latinoamérica en el contexto de pandemia*, mayo de 2020.

conocimientos y técnicas para que los padres, el personal docente y las agencias gubernamentales y no gubernamentales puedan saber si un niño necesita ayuda psicológica o una intervención emocional a cargo de profesionales.

- En Colombia, hay una línea telefónica disponible las 24 horas del día para los niños que necesiten contactar directamente con trabajadores sociales y psicólogos. El proyecto, implementado por el Ministerio de Salud y Unicef, ha sido fundamental para reducir el riesgo de que los niños sufran daños psicológicos graves.
- En Perú, se ha donado material didáctico a gran escala con el fin de que los estudiantes tengan todo lo necesario para acceder al aprendizaje online y ayudarlos a seguir esforzándose sin perder la motivación, con el objetivo de reducir el abandono escolar.
- Los Ministerios de Educación de Costa Rica y la República Dominicana, conscientes de la importancia de prevenir la malnutrición infantil, han implementado programas para que las escuelas sigan repartiendo comida a los niños en sus casas durante la pandemia.

La crisis de la Covid-19 no tiene precedentes, y las respuestas políticas para ayudar a las generaciones venideras a superarla serán esenciales para construir su futuro. Los países de América Latina y el Caribe constituyen un contexto especialmente difícil y complejo, pero también brindan ejemplos de buenas prácticas, a pesar de su debilidad económica e institucional.

➔ Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-1

REFERENCIAS

The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. (2020, Internet). *Technical Note: Protection of Children during the Coronavirus Pandemic*, Versión 1. Disponible en: <https://www.unicef.org/documents/technical-note-protection-children-coronavirus-disease-2019-covid-19-pandemic> (último acceso en junio de 2020).

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2020). *CIDH advierte sobre las consecuencias de la pandemia por COVID-19 en niñas, niños y adolescentes*. Comunicado de prensa, 27 de abril de 2020. Washington D. C.: OEA. Disponible en: http://www.oas.org/en/iachr/media_center/PReleases/2020/090.asp (último acceso en junio de 2020).

Naciones Unidas. (2020). *Policy Brief: The impact of COVID-19 on children*, 15 de abril de 2020. Nueva York: Naciones Unidas. Disponible en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_on_covid_impact_on_children_16_april_2020.pdf (último acceso en junio de 2020)

Pontificia Universidad Católica de Chile y CUIDA. (2020, Internet). *Guía para Apoyar a Niños y Niñas frente a la Situación Actual por el Coronavirus*. Disponible en: <http://www.psicologia.uc.cl/wp-content/uploads/2020/03/Gu%C3%ADa-para-apoyar-a-niños-y-niñas-frente-a-la-situación-actual-por-el-coronavirus.pdf> (último acceso en junio de 2020).

El trabajo intersectorial en la política pública de Colombia como estrategia para reducir la pobreza

- ▶ *La coordinación intersectorial es necesaria para afrontar con eficacia problemas sociales complejos.*
- ▶ *Desde 2010, Colombia ha reducido considerablemente los indicadores de pobreza relacionados con la infancia.*
- ▶ *Quedan retos, como la atención a los niños migrantes y la desigualdad entre las zonas urbanas y rurales.*

Constanza Alarcón Párraga

Viceministra de
Enseñanza Preescolar
Básica y Media
Bogotá, Colombia

Los asuntos sociales son complejos y tienen diversas causas interdependientes que van más allá de la responsabilidad de un solo sector o un solo actor. Consciente de ello, Colombia ha afrontado las considerables dificultades sociales de los últimos decenios creando mecanismos de coordinación entre las distintas agencias con los que favorecer enfoques integrales y acciones conjuntas. Poco a poco, se ha superado la mera coordinación de los distintos sectores para llegar a desarrollar una gestión unificada basada en sus propios puntos de vista holísticos.

Un ejemplo es el Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada (SNAIPD). Tras una sentencia del Tribunal Constitucional sobre las violaciones de derechos de las víctimas de desplazamientos forzosos¹, se reforzó la política pública. Esto no implicó otorgar más derechos a los desplazados, sino más bien mejorar las medidas para garantizar el respeto y aplicabilidad de los derechos ya existentes. De este modo, se ha maximizado la eficacia de la acción estatal en materia de prevención, atención humanitaria de emergencia, retorno, consolidación y estabilización socioeconómica, con lo que se han mitigado los efectos adversos que sufre la población.

El país ha adoptado un mecanismo intersectorial similar para reducir la pobreza: la Red Unidos, que desde 2006 facilita la coordinación de varias entidades para abordar las diversas dimensiones de la pobreza extrema mediante una respuesta global orientada a la mejora de las condiciones de vida y la protección de los derechos.

Hasta hace poco, las políticas colombianas relativas a la infancia se concentraban en prevenir la exclusión y la violación de derechos, así como en eliminar las circunstancias injustas que afectan a la posibilidad de disfrutar de dichos derechos. Esta tendencia cambió con la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia “De Cero a Siempre”, a cargo de la Comisión Intersectorial de Primera Infancia (CIPI), que coordina varios sectores para generar las condiciones que permitan a cada niño desarrollar plenamente su potencial.

El carácter integral de la política es un aspecto fundamental. Las visiones reduccionistas de los seres humanos, sus realidades y circunstancias son

¹ Tribunal Constitucional, sentencia T-025 de 2004.

comprensibles, pero desembocan en un conocimiento fragmentado. Se necesita un nuevo relato que deje clara la necesidad de un apoyo social de naturaleza sistémica y multidimensional. De este modo se pueden sentar las bases de una estrategia intersectorial de coordinación entre actores que maximice su sincronización de modo armonioso.

La política estatal abarca medidas relacionadas con el cuidado y la crianza, la salud, la comida y la nutrición, la enseñanza primaria, el ocio y el ejercicio de la ciudadanía, con el objetivo de proteger la dignidad de los niños, fortalecer las familias y su conexión con quienes se ocupan de su cuidado, además de fomentar la autodeterminación y la construcción de un sentido de identidad personal y colectiva en la diversidad.

Progresos relativos a los indicadores de pobreza

El trabajo constante realizado en materia de atención integral durante la primera infancia se aprecia en las mejoras logradas en distintos indicadores de pobreza desde 2011. El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) considera 15 variables agrupadas en cinco categorías:

- 1 Condiciones educativas (escaso rendimiento educativo y analfabetismo)
- 2 Condiciones de los niños y adolescentes (absentismo escolar, retraso escolar, obstáculos para acceder a los servicios destinados a la primera infancia, trabajo infantil)
- 3 Situación profesional de los miembros del hogar
- 4 Acceso a seguros y servicios sanitarios
- 5 Condiciones de las viviendas.

Constanza Alarcón Párraga, viceministra de Enseñanza Preescolar Básica y Media, en la final de Supérate con el Saber, Bogotá, 2018



Para medir el IPM, se considera el hogar como unidad de análisis, es decir, si un miembro del núcleo familiar sufre una carencia, todo el hogar se ve afectado. Por ejemplo, si en una familia hay un menor de 5 años sin acceso a servicios integrales para la primera infancia, aunque haya otros niños en el hogar que sí disfruten de dichos servicios, se considera que ese hogar tiene un índice bajo de acceso al cuidado infantil. Y si los resultados son malos en 5 o más de las 15 variables analizadas, se considera que todos los miembros de la unidad familiar son multidimensionalmente pobres. La pobreza multidimensional ha pasado del 30,4% en 2010 al 19,6% en 2018 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], Internet).

Seis de las quince variables se refieren a los niños, los adolescentes y la educación, lo que significa que las políticas que se adopten en estos ámbitos desempeñan un papel esencial en la reducción de la pobreza. Con De Cero a Siempre, Colombia ha aumentado la cobertura de los servicios de calidad para el cuidado de la primera infancia, que han pasado de atender a 566 429 niños en 2010 a 1,1 millones en 2018 (Departamento Nacional de Planeación [DNP], 2010, 2019). El porcentaje de niños matriculados en el grado de transición (un año de enseñanza preescolar preparatorio para la escuela primaria) pasó del 61,8% al 64,06%, mientras que la cobertura neta en todos los niveles del sistema educativo aumentó del 89,8% al 92,3% durante el mismo periodo. En consecuencia, la cantidad de hogares con malos resultados en la variable del IPM relativa a los obstáculos para acceder a los servicios de cuidado de la primera infancia se redujo del 11,8% en 2010 al 9,3% en 2018.

También disminuyó la malnutrición crónica, que pasó del 13,2% en 2010 al 10,8% en 2015, gracias a medidas de atención integral como la supervisión de la nutrición, el suministro de comida de calidad, la promoción de los controles de crecimiento y desarrollo y el fomento de la vacunación (Ministerio de Salud, 2015). Además, se redujo la mortalidad con la ayuda de los servicios de atención a las mujeres embarazadas (controles prenatales, cuidado adecuado durante el parto, fomento de la lactancia materna y acompañamiento en los programas de enseñanza temprana): la mortalidad materna pasó de 71,9 madres por cada 100 000 nacimientos en 2010 a 44 en 2018 (Instituto Nacional de Salud, 2019); la infantil se redujo de 12,8 niños por cada 1000 nacidos en 2010 a 10,7 en 2017; y la mortalidad entre los menores de 5 años pasó de 15,7 a 13 en ese mismo periodo (Ministerio de Salud, 2019).²

Otro ejemplo de iniciativa política intersectorial es la modificación del programa gubernamental Familias en Acción, que desde 2011 subvenciona la matriculación en el grado de transición. Se espera que, a medio plazo, esto sirva para reducir la cantidad de niños que acceden tarde al sistema educativo. Según se ha observado en otros grupos de edad, las transferencias monetarias del programa tienen efectos directos en los indicadores educativos: por ejemplo, la probabilidad de abandono escolar se redujo en un 0,8% en los centros municipales. Asimismo, se han constatado efectos positivos en la enseñanza secundaria, pues la probabilidad de matriculación ha aumentado cerca de un 16% en las zonas urbanas y un 23% en las rurales, mientras que ha disminuido la cantidad de niños que trabajan.

2 Esto contribuye al cumplimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 de las Naciones Unidas (garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades), cuya principal finalidad es reducir la mortalidad materna y acabar con las muertes evitables de niños menores de 5 años.

Próximos retos

Aunque los resultados demuestran que el país va por buen camino, hay tres ámbitos que supondrán un desafío considerable para la política pública durante los próximos años.

1 Atención a la población inmigrante

Con el aumento de la llegada de ciudadanos venezolanos, Colombia tiene que atender a más niños migrantes y a los hijos de las familias migrantes, lo cual supone un reto para casi todos los sectores: el sistema sanitario tiene que facilitar controles prenatales, vacunas y asistencia de urgencia; el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) debe prestar servicios integrales para la primera infancia a unos 68 340 niños; y el sector educativo tiene que acoger a unos 314 736 estudiantes.

2 Igualdad entre las zonas urbanas y las rurales

Prácticamente en todos los indicadores, las diferencias entre las grandes ciudades y las zonas rurales son considerables, tanto en lo que se refiere a la cobertura como en cuanto a la calidad de los servicios, y las desigualdades son aún más graves en los lugares afectados por conflictos armados. Las características geográficas del país hacen que resulte difícil y costoso implementar políticas públicas en el entorno rural, pero para mejorar la igualdad social hay que abordar este asunto urgentemente.

3 Adaptación a la luz de la pandemia de Covid-19

El sistema educativo se ha tenido que adaptar con rapidez para prestar servicios con métodos alternativos que permitiesen aprender desde casa, lo cual ha supuesto afrontar dificultades a la hora de garantizar la calidad de la enseñanza, el acceso a ella y la participación de las familias. En la administración pública tenemos que ser creativos para que los niños puedan seguir formándose de forma adecuada. Las decisiones que se tomen hoy afectarán a las vidas de las personas durante mucho tiempo.

Cuando cada entidad se especializa en su misión, el trabajo intersectorial se vuelve más necesario. Es la forma más eficiente de afrontar grandes desafíos y mejorar el bienestar de todos.

➔ Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-2

REFERENCIAS

Departamento Administrativo de Estadística (DANE). (Internet). *Pobreza y desigualdad*, 2018. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-y-desigualdad> (último acceso en abril de 2020).

Departamento Nacional de Planeación (DNP). (2010). *Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2010–2014: Prosperidad para todos*. Bogotá: DNP. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/Bases%20PND%202010-2014%20Versión%205%2014-04-2011%20completo.pdf> (último acceso en julio de 2020).

Departamento Nacional de Planeación (DNP). (2019). *Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018–2022: Pacto por Colombia, pacto por la equidad*. Bogotá: DNP. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/BasesPND2018-2022n.pdf> (último acceso en julio de 2020).

Instituto Nacional de Salud. (2019). *Mortalidad Materna, Colombia 2018*. Bogotá: INS.

Ministerio de Salud. (2015, Internet). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN-2015*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/encuesta-nacional-de-situacion-nutricional-ensin.aspx> (último acceso en mayo de 2020).

Ministerio de Salud. (2019). *Análisis de Situación de Salud (ASIS), Colombia 2019*. Bogotá: Minsalud.

Invirtiendo en evidencia para lograr equidad en salud para los niños refugiados

- ▶ La pandemia de Covid-19 podría echar por tierra años de progresos en la salud de los niños refugiados.
- ▶ Las enfermedades no transmisibles, que suelen empezar en la primera infancia, están aumentando.
- ▶ Es necesario que los países situados en las rutas migratorias establezcan alianzas para la investigación.

Tala Al-Rousan

Profesora adjunta de medicina y salud pública

Cheryl A.M. Anderson

Profesora y decana fundadora de la Herbert Wertheim School of Public Health and Human Longevity

Universidad de California, San Diego (California), EE. UU.

Princesa Dina Mired de Jordania

Presidenta de la Unión para el Control Internacional del Cáncer y exdirectora general de la Fundación Rey Hussein contra el Cáncer, 2002–2016
Amán, Jordania

Se calcula que en todo el mundo hay 800 millones de niños que viven en zonas vulnerables y afectadas por conflictos y unos 30–34 millones han sido desplazados a la fuerza, según el informe *Tendencias globales: desplazamiento forzado en 2019* del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR, 2020). Ahora que las sociedades y las economías están sufriendo las consecuencias de la pandemia de Covid-19, se prevé que estas cifras aumenten, al igual que las crisis sanitarias relacionadas con los niños refugiados (nacimientos prematuros, enfermedades físicas y amenazas al bienestar, tales como la depresión de los cuidadores, el abandono, el hambre, el trauma psicológico, el aislamiento, el hecho de no asistir a la escuela, el matrimonio prematuro, las agresiones o el trabajo forzoso durante la infancia).

Otras amenazas que padecen estos niños son la inseguridad alimentaria y los recortes en salud y educación, a lo que se suma la estigmatización, el estrés y las tensiones con las comunidades de acogida en todo el mundo. La experiencia de la pandemia podría echar por tierra años de progreso logrado gracias a la asistencia humanitaria, a menos que demos un paso atrás para entender mejor lo que significa ser un niño refugiado en el camino hacia equidad en salud.

Las comunidades de refugiados se encuentran entre las más marginadas y discriminadas del mundo, y desde hace mucho tiempo se tiende a politizar su salud. En un momento caracterizado por la fragmentación del liderazgo, hay que actuar desde la base, con alianzas innovadoras que, basándose en la ciencia, permiten trazar el camino para salir de esta pandemia y prepararnos para la siguiente, facilitando información que retroalimente a los sistemas y a los responsables de tomar las decisiones que permitieron que estas vulnerabilidades y desigualdades emergieran en primer lugar.

La carga creciente de las enfermedades no transmisibles (ENT) entre los niños refugiados, junto con la ausencia de sistemas sanitarios que respondan a sus necesidades en los países de acogida, constituye un problema grave que va más allá de la pandemia actual. Por ejemplo, entre el 57% de refugiados procedentes de tres países de Oriente Medio (Siria, Afganistán y Sudán del Sur), se calcula que más de 2000 niños padecerán cáncer debido al colapso de sistemas sanitarios que antes funcionaban (Fouad y otros, 2017). El cáncer pediátrico (una de las causas de muerte más prevenibles entre los niños

refugiados) requiere un tratamiento costoso que muchos de los afectados no reciben por falta de fondos o porque no se los considera una prioridad, tal como han revelado el profesor Richard Sullivan y sus compañeros en la revista *The Lancet* y otras publicaciones (El Saghir y otros, 2018; Abdul-Khalek y otros, 2020).

Aunque la mayoría de las ENT suelen manifestarse en la edad adulta, tienen su origen en factores contextuales y comportamientos adquiridos ya entre la primera infancia y la adolescencia. La salud materna, la dieta poco saludable (incluyendo las prácticas de alimentación de bebés y niños pequeños), la contaminación atmosférica, la baja calidad del agua, los problemas de salud mental y el tabaquismo generan cada vez más preocupación en los contextos de crisis humanitaria y perjudican el desarrollo y la salud.

Los países de renta media y baja son los que acogen a la mayoría de los refugiados del mundo y, a pesar de sus escasos recursos, se espera de ellos que afronten la carga financiera que supone tratar las ENT de los niños refugiados, cada vez más frecuentes. Los refugiados de todo el mundo sufrirán severas consecuencias debido a los recortes constantes del financiamiento procedente de los mayores donantes de las Naciones Unidas, como EE. UU., cuya reciente decisión de dejar de aportar fondos a la Organización Mundial de la Salud (OMS) resultará especialmente catastrófica para la gestión de la Covid-19 en todo el mundo y para la salud de los refugiados en general.

Su Alteza Real la Princesa Dina Mired de Jordania, hablando en nombre de la sociedad civil como "defensora eminente" de las víctimas de enfermedades no transmisibles en la tercera reunión de alto nivel sobre ENT de la Asamblea General de las Naciones Unidas, celebrada en Nueva York en 2018



La escasa investigación obstaculiza el progreso

La ciencia de la salud de la población debe incluir investigaciones sobre la salud de los refugiados, un área que se ha estudiado poco a nivel global. Los datos disponibles sobre niños refugiados son de calidad variable, pues se han recopilado principalmente en estudios transversales que registran la situación existente en un momento y lugar concretos pero no permiten comparar distintos grupos o individuos dentro de un mismo grupo ni en ubicaciones geográficas diversas. Además, la mayoría de las veces no se analizan los factores que afectan la salud de los niños antes, durante y después de los procesos migratorios.

Esta falta de datos científicos se debe a que la salud de los refugiados se sigue tratando como un problema “agudo” en el marco de una crisis humanitaria y se tiende a concentrar las intervenciones en el tratamiento de los síntomas, en lugar de intentar resolver cuestiones más amplias mediante estudios epidemiológicos diseñados cuidadosamente para hacer un seguimiento de los refugiados a largo plazo. Los estudios de este tipo podrían responder a preguntas como las siguientes:

“Cuando se trata de otras ENT con síntomas menos evidentes y tratamientos largos, como las enfermedades mentales y el cáncer, hay una grave carencia de recursos que se traduce en pérdidas humanas.”

- ¿Qué tipo de traumas o exposiciones provocadas por haber vivido una guerra durante la primera infancia hacen que aumente la probabilidad de padecer cáncer y otras ENT, ya sea en la niñez o en la vida adulta?
- ¿Existen problemas de malnutrición entre los refugiados y, si los hay, en qué momento del proceso migratorio afectan al crecimiento y desarrollo?
- ¿Qué podemos hacer para evitar estas consecuencias adversas?
- ¿Cuándo podemos intervenir, y a qué nivel, para evitar los peores efectos relacionados con la malnutrición?

El hecho de no tener respuestas a estas preguntas constituye un obstáculo a la hora de fomentar el bienestar de los niños refugiados.

Por lo general, la investigación sobre la salud de los niños refugiados siempre se ha concentrado en emergencias o problemas agudos (como los relacionados con la nutrición o las infecciones), mientras que se han dejado de lado las ENT como el cáncer. Los recursos se han distribuido según este orden de prioridad, lo cual ha afectado negativamente a millones de niños con ENT. Últimamente se ha empezado a prestar más atención a escala global a la cuestión de las ENT entre los refugiados, pero la gran mayoría de los estudios se han concentrado en los problemas cardiovasculares, la hipertensión o las enfermedades que provocan consecuencias graves, visibles e inmediatas si se interrumpe el tratamiento (como en el caso del suministro de insulina para la diabetes de tipo I o la diálisis para las enfermedades renales). Cuando se trata de otras ENT con síntomas menos evidentes y tratamientos largos, como las enfermedades mentales y el cáncer, hay una grave carencia de recursos que se traduce en pérdidas humanas.

Hace solo unos meses, un estudio de modelización de base demográfica (el primero de este tipo específico sobre refugiados) ha demostrado la considerable carga financiera que supone el cáncer entre los refugiados sirios para los países de acogida, como Jordania y Líbano, además de para las agencias humanitarias

como ACNUR. Los investigadores han hecho un llamado para que se busquen nuevas formas de prestar asistencia financiera, la cual debe ir acompañada de modelos e itinerarios claros y priorizados para atender a los refugiados con cáncer. Hay que estudiar dichos itinerarios y modelos, y utilizar los datos que se obtengan para impulsar los cambios y el progreso.

En las poblaciones de refugiados, la investigación epidemiológica permite detectar, prevenir y abordar las desigualdades sanitarias que se perpetúan a lo largo de generaciones incluso cuando quien emigra acaba asentándose en países de renta alta como EE. UU. Según los análisis del Migration Policy Institute, más de la mitad de los refugiados de Somalia, Iraq, Birmania, Bután y Liberia que viven en EE. UU. tienen ingresos familiares por debajo de la mitad de lo que se considera el umbral de pobreza federal. Para romper el ciclo intergeneracional de condiciones desfavorables y eliminar las desigualdades en salud, hay que tener en cuenta los estudios existentes y probar intervenciones basadas en un conocimiento detallado de las luchas que afrontan los refugiados durante la migración y a lo largo de toda su vida.

Los sistemas e intervenciones más holísticas, es decir, aquellos que abarcan dos o tres generaciones y que reconocen el rol determinante de las familias en los resultados de salud y desarrollo de los niños más pequeños, desde la gestación y los primeros años de vida, están demostrando su eficacia para interrumpir el ciclo de la pobreza (Cheng y otros, 2016; National Human Services Assembly, Internet). Conviene estudiar este tipo de estrategias de las ciencias de la implementación y tener en cuenta las conclusiones a la hora de diseñar intervenciones que aspiren a obtener resultados similares en niños refugiados, lo cual tendría un impacto positivo enorme en su salud y desarrollo.

Nuestro equipo ha analizado la evolución de un pequeño grupo de jóvenes sirios refugiados en el campo de Zaatarí a los que se había ofrecido la oportunidad de cursar estudios superiores. Después de un año, se observó que su salud mental, al igual que su sensación de paz y seguridad, había mejorado de forma considerable y era mucho mayor que la de otros jóvenes del mismo campo que no tenían acceso a la educación superior (Al-Rousan y otros, 2018). Ahora se necesitan estudios longitudinales para observar si ciertos indicadores, como los biomarcadores de estrés, predicen problemas de salud a largo plazo.

Investigación colaborativa entre los países situados en las rutas migratorias

Para movilizar recursos y políticas que den lugar a cambios sistémicos a largo plazo y tengan un impacto sostenible, es clave construir una base de evidencia que se enfoque con precisión en la experiencia de los refugiados.

Antes que nada, hay que priorizar la salud de todos los refugiados en el contexto de la pandemia de Covid-19, sobre todo en el mundo académico. En la Cumbre Mundial de la Salud celebrada a finales de 2017, un grupo de expertos concluyó que, aunque el principio de “no dejar a nadie atrás” declarado en

“Para romper el ciclo intergeneracional de condiciones desfavorables y eliminar las desigualdades en salud, hay que tener en cuenta los estudios existentes y probar intervenciones basadas en un conocimiento detallado de las luchas que afrontan los refugiados durante la migración y a lo largo de toda su vida.”

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas engloba a los emigrantes y refugiados, para que estos disfruten realmente de una asistencia sanitaria universal se necesitan políticas inclusivas basadas en datos científicos que favorezcan un equilibrio entre el coste y los beneficios de la “salud para todos” desde el punto de vista del desarrollo y de la salud pública. El panel de expertos declaró:

En este momento carecemos de una gobernanza global eficaz para la salud pública y se necesitan nuevas estructuras de gobernanza que vayan más allá de las capacidades actuales de la OMS y que tal vez tengan que desarrollarse desde otros lugares, como las organizaciones de base.
(Matlin y otros, 2018)

“Desde el punto de intersección del estrés, el trauma y la resiliencia, los refugiados tienen mucho que enseñar al mundo sobre cómo recuperarse tras las peores adversidades.”

Estas organizaciones deberían ser aquellas capaces de facilitar datos científicos de peso, como las instituciones académicas, y tienen que dar un paso al frente con convicción.

En segundo lugar, la filantropía tiene la oportunidad de invertir en el progreso de la ciencia de la salud pública para diseñar un mundo mejor y más preparado. Desde el punto de intersección del estrés, el trauma y la resiliencia, los refugiados tienen mucho que enseñar al mundo sobre cómo recuperarse tras las peores adversidades. Las inversiones que se hagan hoy podrán servir de guía para la era post-pandemia y ayudarnos a garantizar la equidad en salud para millones de niños desplazados.

Estos conocimientos solo se podrán conseguir si se potencia la productividad de la investigación realizada en países de renta media y baja mediante alianzas con las instituciones académicas y de investigación de otras partes del mundo. En octubre de 2019, gracias a una donación de Atlantic Philanthropies, un equipo de científicos de la Universidad de California de San Diego visitó la Universidad de Ciencia y Tecnología de Jordania en Irbid para conocer los estudios realizados por la facultad de Jordania sobre la salud de los refugiados.

San Diego, que tiene frontera con México, es la segunda ciudad de reasentamiento de refugiados más grande de EE. UU. (Morrissey, 2017) y, en ella, los sirios constituyen la población nacida en el extranjero que más rápido está creciendo (Wong y Sánchez, 2020). Irbid, por su parte, limita con Siria y acoge a la segunda mayor población de refugiados sirios en Jordania, el segundo país del mundo por cantidad de refugiados per cápita (Fondo de Población de las Naciones Unidas, Internet). Se podrá obtener información muy valiosa si se pone en común la investigación realizada en Jordania, que suele ser el primer lugar al que llegan los refugiados sirios, y en San Diego (uno de los destinos de reasentamiento final). Sería una forma de redistribuir la riqueza de las comunidades de acogida en materia de investigación, recursos financieros y desarrollo de capacidades, con el fin de producir estudios científicos de primera categoría al servicio de los refugiados. Este viaje permitió a dos instituciones académicas situadas en ubicaciones muy particulares, con experiencia directa y

profundas raíces como comunidades de refugiados y de acogida, encontrarse y aprender la una de la otra, algo que difícilmente habría ocurrido de otro modo.

Ahora el objetivo es cultivar más alianzas para formar a futuros investigadores que presten a la salud de los refugiados la atención que se merece y que elaboren estudios revolucionarios, con los que fomentar un diálogo estructurado sobre la financiación de un sistema sanitario para refugiados basado en datos, investigación colaborativa y recursos como estrategia clave para mejorar la situación de los niños refugiados.

➔ Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-3

REFERENCIAS

- Abdul-Khalek, R.A., Guo, P., Sharp, F., Gheorghe, A., Shamieh, O., Kutluk, T. y otros. (2020). The economic burden of cancer care for Syrian refugees: a population-based modelling study. *The Lancet Oncology* 21(5): 637–44.
- Al-Rousan, T., Fredricks, K., Chaudhury, S., Albezreh, S., Alhokair, A. y Nelson, B.D. (2018). Improving peace and well-being among Syrian refugee youth through a higher education initiative in Jordan. *Medicine, Conflict and Survival* 34: 185-200.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2020). *Tendencias globales: desplazamiento forzado en 2019*. Copenhagen: UNHCR Global Data Service. Disponible en: <https://www.acnur.org/stats/globaltrends/5eeaf5664/tendencias-globales-de-desplazamiento-forzado-en-2019.html> (último acceso en julio de 2020).
- Cheng, T.L., Johnson, S.B. y Goodman, E. (2016). Breaking the intergenerational cycle of disadvantage: the three generation approach. *Pediatrics* 137: e20152467.
- El Saghir, N.S., Soto Pérez de Celis, E., Fares, J.E. y Sullivan, R. (2018). Cancer care for refugees and displaced populations: Middle East conflicts and global natural disasters. *American Society of Clinical Oncology Educational Book* 38: 433–40.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (Internet). *Jordan humanitarian emergency*. Disponible en: <https://www.unfpa.org/data/emergencies/jordan-humanitarian-emergency#:~:text=Jordan%20hosts%20one%20of%20the,is%20a%20refugee%20in%20Jordan> (último acceso en julio de 2020).
- Fouad, F.M., Sparrow, A., Tarakji, A., Alameddine, M., El-Jardali, F., Coutts, A.P. y otros. (2017). Health workers and the weaponisation of health care in Syria: a preliminary inquiry for *The Lancet*—American University of Beirut Commission on Syria. *The Lancet* 390 (10111): 2516–26.
- Matlin, S.A., Depoux, A., Schütte, S., Flahault, A. y Saso, L. (2018). Migrants' and refugees' health: towards an agenda of solutions. *Public Health Reviews* 39: 27.
- Morrissey, K. (2017). San Diego still top county for refugee arrivals despite reductions. *San Diego Union-Tribune*, 6 de octubre. Disponible en: <https://www.sandiegouniontribune.com/news/immigration/sd-me-refugee-arrivals-20171006-story.html> (último acceso en julio de 2020).
- National Human Services Assembly. (Internet). *Building stronger families and communities with a two-gen approach*. Disponible en: <https://www.nationalassembly.org/initiatives/two-generation/> (último acceso en julio de 2020).
- Wong, T.K. y Sánchez, M. (2020). *Immigrant Integration in the City of San Diego*. San Diego: US Immigration Policy Center. Disponible en: <https://usipc.ucsd.edu/publications/usipc-immigrant-integration-san-diego-final.pdf> (último acceso en julio de 2020).

Devolvamos la ciudad a los niños

- ▷ Cuando fue elegido alcalde de Tirana en 2015, Erion Veliaj se encontró una ciudad inadecuada para los niños.
- ▷ Con los nuevos parques, los días sin autos y la mejora de las guarderías, Tirana se ha transformado.
- ▷ Se está aprovechando el confinamiento por la Covid-19 para crear más carriles de bicicletas y vías peatonales.

Erion Veliaj

Alcalde

Tirana, Albania

Este año se ha celebrado el centenario de Tirana como capital de Albania. La ciudad es conocida por sus colores, contrastes, diversidad e intersecciones culturales, así como por su historia llena de influencias otomanas, italianas y soviéticas. Inmediatamente después de la caída del régimen comunista más duro de Europa del Este, Tirana parecía la capital de Corea del Norte: era una ciudad de 170 000 habitantes y 170 coches, a los cuales solo tenían acceso las élites y los líderes del partido. El resto de la población se desplazaba a pie o en bicicleta, no por decisión personal sino por falta de recursos económicos.

La caída del comunismo tuvo un impacto radical en la vida social y las infraestructuras de la ciudad, lo cual afectó al estilo de vida y la mentalidad de la población. Tirana atravesó un doloroso proceso de transición que fue acompañado de una transformación urbana caótica. De improviso, la gente emigró en masa a la capital desde todos los rincones del país, en busca de oportunidades y un cambio de vida. En 30 años, desde la caída del comunismo, Tirana pasó a contar un millón de habitantes y 170 000 vehículos.

Cuando llegamos al gobierno hace cinco años, nos encontramos una ciudad plagada de coches, tráfico desordenado, contaminación y servicios públicos ocupados ilegalmente. Además, no había espacios donde los niños pudiesen jugar: en 25 años de democracia, la población infantil había quedado completamente al margen en las consideraciones de urbanismo y agenda política. Parecía una locura abogar por la creación de infraestructuras aptas para niños en una ciudad que estaba atravesando una rápida expansión urbana y demográfica y contaba con presupuestos muy ajustados. Para impulsar el avance de esta cuestión tan importante, había que pensar de forma creativa e innovadora.

Dadas las circunstancias, no teníamos muchas opciones. Para empezar a trabajar en las infraestructuras aptas para los niños, adoptamos la “acupuntura urbana”¹: intervenciones en lugares concretos con las que impulsábamos pequeños cambios que catalizaban efectos enormes en la sociedad. Resultó fundamental el hecho de implicar a la ciudadanía en el proceso de transformación, para combatir así la apatía generalizada por la que se caracterizaba hasta entonces la población de Tirana.

Desde el primer día de mandato, sabíamos que la infraestructura destinada a los niños era mala, pero no conocimos la realidad de la situación hasta que vimos con nuestros ojos el estado de las guarderías de la ciudad. Era terrible. Parecían

1 Para obtener más información sobre el concepto de “acupuntura urbana”, visite: www.arup.com/perspectives/urban-acupuncture

cárceles: no era de extrañar que hubiera tanta violencia, mala educación y basura en nuestras calles. Constatamos que, sin saberlo, habíamos vivido en una ciudad que no cuidaba ni trataba con amor a los niños.

Desde la adopción de guarderías hasta las jornadas sin coches

Poco después de esta constatación, organizamos una gran campaña de adopción de guarderías. Apelamos a la colaboración de empresas, diseñadores, profesionales, estudiantes y todos aquellos que tuvieran energía y ganas de ayudar. En un tiempo récord, logramos transformar nuestras guarderías en espacios abiertos, coloridos, con decoraciones alegres y todas las instalaciones necesarias. La respuesta fue magnífica, así que decidimos ir más allá y liberar todos los espacios de guarderías y escuelas que se estaban utilizando como aparcamientos.

Teniendo en cuenta que el crecimiento y el desarrollo conductual y cognitivo de los niños están relacionados con lo que ocurre al aire libre, decidimos ocuparnos también de los parques y las zonas verdes, así como de la movilidad para llegar a ellos. Al permitir a los niños vivir la ciudad y crear una conexión con su entorno, favorecíamos su bienestar.

Conseguimos crear un parque infantil de vanguardia en el lago Tirana, tras habernos encontrado inesperadamente con una fuerte resistencia de los ciudadanos (y los políticos) a que construyéramos “dentro” de un parque. El día de la inauguración, parecía una manifestación, pero no de adultos protestando sino de niños jugando. Este éxito nos animó a seguir creando espacios para los niños en numerosos lugares donde antes solo se veían coches. Construimos 60 parques nuevos y hoy prácticamente todos los barrios de la ciudad cuentan con una zona destinada a los más pequeños.

Curiosamente, hoy estos parques no son terreno exclusivo de los niños, sino que también acuden sus padres y los adultos mayores que deciden pasar allí sus ratos de ocio. Los padres ahora están más relajados, pues pueden dejar a sus hijos jugando al aire libre mientras aprovechan para ocuparse de asuntos de trabajo.

Deseosos de ver más cambios de este tipo, ideamos las iniciativas de “días sin autos” y “limpiemos Tirana en un día”. Una vez más, los adultos respondieron con quejas airadas, pero en esta ocasión ya sabíamos qué hacer. Pedimos ayuda a nuestros mejores aliados, los niños, y no nos decepcionaron. Como siempre, participaron con entusiasmo, para disfrutar un día sin coches y ayudar a limpiar la ciudad. Los niños demostraron ser un motor de cambio increíble y se convirtieron en los mejores defensores de la transformación de Tirana en una ciudad apta para la población infantil.

Hoy la capital tiene mucho más que ofrecer a nuestros pequeños. Por ejemplo, hemos peatonalizado por completo la plaza Skanderbeg. Lo que antes era una rotonda de 40 000 m² llena de coches hoy es el parque más grande de la

“Durante la crisis provocada por la pandemia, la gente se ha dado cuenta de que ahora se respira un aire más limpio y de que la ciudad es más tranquila y segura sin coches.”

ciudad, donde los niños respiran un aire mucho más limpio y pueden jugar en cualquier momento sin el peligro del tráfico. Además, estamos plantando dos millones de árboles para crear un cinturón verde que, aparte de suponer una mejora estética para la ciudad, será fundamental desde el punto de vista medioambiental.

Un legado importante para esta ciudad resiliente

Hace cuatro años, nos sumamos al Marco de Ciudades Verdes y, en colaboración con el Banco Europeo de Reconstrucción y Desarrollo, redactamos un plan de acción para convertir Tirana en una ciudad verde. Según nuestros cálculos, en nuestras calles cada día tenían lugar 800 000 desplazamientos en coche, la mitad de los cuales no superaban los 500 metros de recorrido. Estas sorprendentes cifras alimentaron nuestra determinación por combatir el protagonismo de los coches, organizar más jornadas sin coches y utilizar el espacio público para crear más espacios verdes, miniparques, aceras más anchas y carriles de bicicletas.

Este plan de acción sentó las bases para mejorar la calidad de los entornos en que viven los niños y sus familias, así como su salud y bienestar. Durante la crisis provocada por la pandemia, la gente se ha dado cuenta de que ahora se respira

El alcalde de Tirana, Erion Veliaj, en uno de los muchos parques nuevos de la ciudad



un aire más limpio y de que la ciudad es más tranquila y segura sin coches. Han comprobado que, en una ciudad sin industria pesada, los mayores contaminantes son los coches, auténticos enemigos de adultos y niños por igual. Asimismo, han constatado que, para ir con los niños a un lugar situado a menos de un kilómetro, es posible y mucho más saludable desplazarse a pie o en bicicleta.

La gente ha aprendido otra lección crucial con el coronavirus: lo que hace que una ciudad sea resiliente durante una crisis no es la riqueza ni el poder, sino el conocimiento y la unidad. Con nuestras anteriores inversiones en guarderías, parques, ensanchamiento de aceras y construcción de carriles de bicicletas, la ciudad de Tirana ha emprendido junto con la ciudadanía un viaje extraordinario para transformar no solo las infraestructuras educativas destinadas a los niños sino también la mentalidad de la población. Lo que empezó en forma de intervenciones de “acupuntura” se ha convertido en una hoja de ruta para el futuro de la ciudad. De repente, nuestra misión cambió: ya no se trataba de devolver la ciudad a las personas sino a los niños.

Mientras la pandemia sigue ahí y aún no se ven coches por nuestras calles, estamos haciendo todo lo posible para aprovechar el momento para dar más espacio a las aceras y los carriles de bicicletas. Además, estamos desarrollando nueve zonas policéntricas nuevas para equilibrar la densidad de la ciudad y dotar a cada zona de escuelas, guarderías y zonas verdes nuevas. El objetivo es reunir todos los servicios esenciales en un radio de un kilómetro, una distancia que se puede recorrer a pie. Lo mejor es que todos los proyectos de urbanismo que se han puesto en marcha en Tirana han hecho suyos los conceptos de Urban95 y “de 8 a 80”² para diseñar infraestructuras desde el punto de vista de un niño.

Las infraestructuras aptas para los niños no servirían de nada si estos no pudieran desplazarse a pie o en bicicleta de forma segura para llegar a sus lugares preferidos. Por eso, estamos trabajando con la Global Designing Cities Initiative de la National Association of City Transportation Officials (NACTO) de EE. UU., mediante el programa Streets for Kids, para diseñar y construir calles a la medida de los niños. En colaboración con la Albanian–American Development Foundation, la pirámide de Tirana (símbolo del comunismo) se está transformando en una “catedral de la educación”. Será una de las últimas ubicaciones del centro de tecnologías creativas TUMO, el cual ofrecerá a los niños más espacio público para socializar y recibir formación de calidad mediante una serie de programas en los que se enseñará, entre otros contenidos, nociones básicas de TI y codificación.

Nuestra misión es dejar a los niños una ciudad en la que disfruten de mejor salud y más energía, para que puedan prosperar y convertirse en adultos capaces de continuar la transformación de Tirana de los próximos cien años. Somos conscientes de que este objetivo no se hará realidad sin la colaboración de los padres. En este mundo tan frenético, es imprescindible que se concentren en sus prioridades, que den con un buen equilibrio en sus responsabilidades y que conozcan las necesidades reales de sus hijos pequeños. También estamos

“En 2050, los niños que están naciendo ahora cumplirán 30 años y estarán listos para gestionar nuestras ciudades, así que la resiliencia de Tirana durante los próximos cien años dependerá de cómo los criemos y eduquemos hoy.”

2 Para saber más, visite: www.880cities.org/

actuando en este sentido. Ya hemos ideado iniciativas alentadoras en las que los padres se convierten en “compañeros de clase” que ayudan a sus pequeños a hacer los deberes. Por otro lado, el municipio está redactando una guía de “buena crianza” para ayudar a los padres jóvenes a educar y criar a sus pequeños de forma responsable.

En 2050, los niños que están naciendo ahora cumplirán 30 años y estarán listos para gestionar nuestras ciudades, así que la resiliencia de Tirana durante los próximos cien años dependerá de cómo los criemos y eduquemos hoy. Al diseñar y construir nuestra ciudad pensando en ellos, estamos bosquejando el proyecto de nuestro futuro. Suelo decir que el proyecto de renovación más importante en una ciudad no es construir una avenida o un gran edificio; eso ya sabemos cómo se hace. Lo más difícil es modificar lo que hay en los 10 cm que separan nuestras orejas: nuestra mentalidad. El futuro pertenece a los niños.

➔ Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-4

Boa Vista, la “Capital de la Primera Infancia”, frente a los prejuicios y la Covid-19

- ▷ Boa Vista afronta problemas como la pobreza, la escasez de recursos y una reciente afluencia de refugiados.
- ▷ La ciudad ha puesto mucho énfasis en los servicios para los niños pequeños y sus cuidadores.
- ▷ Con la Covid-19, ha aumentado la presión, pero también la necesidad de centrarse en los más pequeños.

Teresa Surita
Alcaldesa
Boa Vista, Brasil

La pandemia de Covid-19 ha parado el mundo. El virus SARS-CoV-2 se ha propagado por todas partes y nos ha obligado a interrumpir nuestro día a día, detener proyectos importantes y encauzar toda nuestra energía hacia esta trágica emergencia histórica. La situación nos obliga a mirar el presente y el futuro desde un nuevo punto de vista. Pedimos a los niños y los adultos de todas las edades que adopten comportamientos que contribuyan a evitar la transmisión rápida de la enfermedad y el colapso de los sistemas sanitarios. Exigimos a los líderes preparación, sensibilidad, objetividad y capacidad para tratar a los enfermos, buscar tratamientos y vacunas y salvaguardar los medios de subsistencia de la población. Asimismo, es imprescindible que se muestren comprensivos con la angustia de los ciudadanos, los animen y los orienten para avanzar hacia un nuevo futuro.

En mi país, Brasil, la enfermedad se ha propagado a una velocidad alarmante. Aquí el virus se encontró con una población ya en condiciones de sufrimiento: 52,5 millones de personas (25,3%) viven en la pobreza y otros 13,5 millones (6,5%) en la pobreza extrema.¹ Entre la población activa, 11,6 millones de personas están en paro (11%) y 38,4 millones (41%) trabajan en la economía informal (Moreira y Gaier, 2020; Garcia, 2020). La mayoría de estas familias viven al día: lo que ganan hoy les da de comer mañana. Debido a la pandemia, millones de ciudadanos se han sumado a quienes ya se encontraban en esta situación al perder el trabajo o parte de sus ingresos debido a la necesidad de quedarse en casa para reducir el riesgo de infección.

Brasil tiene 18 millones de habitantes de entre 0 y 6 años. No solo el 29% de ellos vive en la pobreza, sino que el 23% se cría en viviendas precarias, donde el hecho de quedarse en casa (la única medida viable para frenar la pandemia) no implica necesariamente estar protegidos. Para el 41% de estos niños y niñas, la ausencia de unas condiciones mínimas de higiene siempre ha constituido una amenaza. Ahora el riesgo se multiplica debido al avance de un virus que, en menos de dos meses, ha acabado con las vidas de más de 12 000 madres, padres, abuelos y hermanos.²

Por desgracia, la respuesta del gobierno federal a este tremendo desafío se ha caracterizado por el negacionismo y el rechazo a implementar medidas urgentes cruciales. No hace falta mencionar aquí ejemplos de este comportamiento

1 Según los criterios del Banco Mundial, viven en la pobreza quienes subsisten con menos de 5,50 USD al día, mientras que se habla de pobreza extrema cuando la cantidad no supera los 1,90 USD (Nery, 2019).

2 Es muy probable que este número sea mayor si se tienen en cuenta los casos no registrados.

irresponsable, pues la prensa internacional ya ha informado al respecto, para bochorno de los brasileños. Sin embargo, sí conviene señalar un efecto directo de esta falta de liderazgo: cuando más importantes habrían sido la coordinación y la comunicación entre los ámbitos federal, estatal y municipal de la administración pública, aquí nos encontramos con directrices contradictorias y, aún peor, declaraciones explícitas contra las medidas de distanciamiento interpersonal. La tarea de limitar las actividades económicas y pedir a la gente que se quede en casa, ya complicada de por sí, se vuelve aún más difícil cuando la autoridad central sabotea constantemente todo intento en esta dirección.

Un contexto complicado

La situación de carestía y dificultades es especialmente desalentadora en mi estado, Roraima, situado en el extremo septentrional del Brasil, y especialmente en su capital, Boa Vista, la ciudad que gobierna. Aquí vive el 65% de la población de todo el estado, y el restante 35% también tiene que acudir a la capital si necesita servicios más especializados. Los 600 000 habitantes de Roraima solo cuentan con 30 camas de cuidados intensivos en el único hospital público gestionado por el gobierno estatal. Las cifras de personas que viven por debajo del umbral de la pobreza (32,6%) y que dependen de la economía informal (47,1%) en Roraima superan la media nacional (G1-RR, 2019; Garcia, 2020). Y no se puede esperar gran cosa del gobierno estatal, sumido en una larga crisis que limita su capacidad de gestión, lo que aumenta la presión sobre la administración municipal.

“Además de las dificultades ya existentes, Boa Vista ha sufrido más que el resto de Brasil la crisis humanitaria que surgió en la vecina Venezuela en 2015.”

Además de las dificultades ya existentes, Boa Vista ha sufrido más que el resto de Brasil la crisis humanitaria que surgió en la vecina Venezuela en 2015, pues acogió al 40% de los venezolanos refugiados en nuestro país, con lo que en solo tres años se sumaron 60 000 personas a una población de 340 000 habitantes. Estos nuevos residentes (en torno al 15% de la población) se convirtieron en ciudadanos de Boa Vista a todos los efectos.

Hemos prestado especial atención a los niños. Desde 2013, Boa Vista diseña e implementa políticas integrales para la primera infancia, basadas en la idea de que invertir a gran escala en el desarrollo infantil es una de las mejores formas de superar problemas sociales históricos. En la actualidad, el programa *Familia Que Acolhe* (Familia que acoge) atiende a 1746 mujeres embarazadas o con hijos de hasta 2 años, 777 de ellas venezolanas. En las escuelas públicas municipales, 6101 (el 13,8%) de los 44 025 estudiantes proceden de familias venezolanas.

Así, Boa Vista ya se había convertido en el escenario de un desafío excepcional incluso antes de la pandemia. Con el presupuesto más bajo de todas las capitales de estado brasileñas (menos de 120 millones de dólares, lo equivalente al presupuesto de 2019 de la Secretaría Estatal de Educación de Roraima), la ciudad tenía que gestionar unos servicios públicos sobrecargados, sobre todo la sanidad. En el Hospital da Criança (Hospital de los Niños), de administración municipal, entre 2015 y 2019 el número de pacientes venezolanos se multiplicó por 16 (de 1719 a 28 196).

Los primeros dos casos de Covid-19 en Boa Vista se registraron el 21 de marzo de 2020. Unos 50 días más tarde, el número de infectados superaba los 1400 y había 31 fallecidos. Siguiendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud, desde los primeros días interrumpimos las actividades no esenciales y adoptamos medidas rigurosas de confinamiento. Pronto nos dimos cuenta de que, como era previsible, algunas personas se negaban a respetar las restricciones, envalentonadas por el mensaje divisivo que llegaba de la capital federal. La pandemia también alimentó la xenofobia contra los venezolanos, a quienes se acusó de provocar contagios a raíz del diagnóstico positivo de un bebé refugiado.

Los niños, el futuro de la humanidad

Como ocurre en todo el planeta, la lucha contra el virus es constante en Boa Vista, y no sabemos cuándo volverá la normalidad. Pero tenemos un rayo de esperanza que nos infunde confianza en estos tiempos de incertidumbre. He llegado a la conclusión de que pensar en los niños es una forma natural de pensar en todo el mundo y que considerarlos una prioridad acaba beneficiando a la mayor cantidad de personas posible. Cuando decidimos convertirnos en la “Capital de la Primera Infancia”, mejoró la eficiencia de la ciudad. A pesar de las presiones, el municipio consiguió ajustar los gastos al presupuesto y seguir ofreciendo sus servicios (Prefeitura Boa Vista, 2020).

El programa Família Que Acolhe presta ayuda a mujeres embarazadas y madres de niños pequeños



El Hospital da Criança ha aumentado el número de camas de cuidados intensivos y cuenta con personal cualificado para tratar a niños y adolescentes de hasta 16 años. Hay un área específica para indígenas, donde se respetan las tradiciones de cada grupo étnico. Desde que se conocieron los primeros casos de Covid-19 en Boa Vista, en el hospital se ha tratado a 13 niños, cuatro de ellos indígenas y cinco de familias venezolanas. Se ha contratado a 237 profesionales más para trabajar en otros centros sanitarios.

El programa *Familia Que Acolhe*, un elemento central de la política integral para la primera infancia, sigue en funcionamiento para fomentar la salud durante el embarazo y la crianza. Los encuentros cara a cara con las madres se han suspendido para evitar la transmisión de la Covid-19, pero el contacto continúa mediante las visitas en las que se distribuye leche en polvo, alimentos básicos y productos de limpieza e higiene a 4500 familias. El razonamiento es muy sencillo: nosotros nos ocupamos de los cuidadores y, en consecuencia, estos cuidan bien a los niños.

La alcaldesa Teresa Surita en uno de los espacios públicos de Boa Vista diseñados para fomentar las interacciones lúdicas entre niños y cuidadores



En los ámbitos de la asistencia social, la educación y la salud también se recurre a las visitas diarias para brindar apoyo y protección. Se han creado centros de atención telefónica para supervisar los casos vulnerables y actuar en caso de necesidad. Ante el cierre de las escuelas, se ha ideado el programa online @Aprendendo em CasaBV para facilitar actividades pedagógicas a distancia por Instagram. Los profesores municipales han elaborado contenido específico según el tipo de enseñanza (educación infantil, primaria, especial u orientada a indígenas). En casa, los niños realizan tareas sencillas enfocadas al aprendizaje y la interacción social en familia. El programa enseña a los padres y cuidadores actividades como crear juegos y utilizar objetos cotidianos con fines lúdicos.

Antes de la pandemia, dialogábamos constantemente con la sociedad, tanto en reuniones presenciales organizadas en barrios como en las redes sociales. Ahora hemos cancelado los encuentros físicos, pero hemos intensificado la comunicación por Internet, priorizando las directrices y la información de tipo sanitario. Esta interacción también ha sido importante para empatizar con los sentimientos de las personas en estos tiempos tan difíciles. La incertidumbre y el miedo suelen generar tensión y desembocar en la necesidad de encontrar “enemigos” a los que culpar.

Intento transmitir a la gente que las diferencias son enriquecedoras y nos ayudan a avanzar. Les hablo del valor y la fuerza del personal de salud y de quienes llevan comida y otros bienes a las familias más vulnerables, trabajando para todo el mundo con la misma entrega. Les recuerdo la valentía y la determinación de todos los profesionales que prestan servicios esenciales para convencer a las personas de que se cuiden a sí mismas y a los demás, en particular a nuestros niños (todos los niños), de forma que tengan motivos para amar la tierra en que se criaron.

➔ Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-5

REFERENCIAS

G1-RR. (2019, Internet). Mais de 30% da população de Roraima está abaixo da linha da pobreza, aponta IBGE, 6 de noviembre. Disponible en: <https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2019/11/06/mais-de-30percent-da-populacao-de-roraima-esta-abaixo-da-linha-da-pobreza-aponta-ibge.gh.html> (último acceso en junio de 2020).

García, D. (2020, en Internet). Informalidade supera 50% em 11 estados do país, diz IBGE. *Folha de S. Paulo*, 14 de febrero. Disponible en: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/02/informalidade-atinge-recorde-em-19-estados-e-no-df-diz-ibge.shtml> (último acceso en junio de 2020).

Moreira, C. y Gaier, R.V. (2020, Internet). Taxa de desemprego no Brasil sobe a 12,2% no 1º tri e mostra sinais de impacto do coronavírus. *Economia*, 30 de abril. Disponible en: <https://economia.uol.com.br/noticias/reuters/2020/04/30/taxa-de-desemprego-no-brasil-sobe-a-122-no-1-tri-e-mostra-sinais-de-impacto-do-coronavirus.htm> (último acceso en junio de 2020).

Nery, C. (2019, en Internet). Extrema pobreza atinge 13,5 milhões de pessoas e chega ao maior nível em 7 anos. *Agência IBGE Notícias*, 16 de noviembre. Disponible en: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/25882-extrema-pobreza-atinge-13-5-milhoes-de-pessoas-e-chega-ao-maior-nivel-em-7-anos> (último acceso en junio de 2020).

Prefeitura Boa Vista. (2020, Internet). Boa Vista é a capital que mais faz investimentos em todas as áreas, aponta estudo, 21 de febrero. Disponible en: <https://www.boavista.rr.gov.br/noticias/2020/02/boa-vista-e-a-capital-que-mais-faz-investimentos-em-todas-as-areas-aponta-estudo> (último acceso en junio de 2020).

Hay muchos caminos para ampliar la escala (tomar un programa pequeño exitoso y hacer que funcione para cientos de miles de niños) pero los desafíos son complejos. En esta sección, profesionales y diseñadores de políticas exploran temas como la coordinación, la financiación, la formación, la supervisión y el aprendizaje. En muchos de los artículos se abordan los extraordinarios retos y las nuevas oportunidades que ha traído consigo la pandemia de Covid-19 en 2020.





Ampliar la escala

Jamii ni Afya: uso de la tecnología para ampliar la escala de los servicios integrales para las madres y los niños en Zanzíbar

36

Depresión perinatal en Chile: avances y retos

42

Aprendizaje y salud mental: la respuesta de BRAC en Bangladesh durante la pandemia de Covid-19

46

Escalando los servicios para la primera infancia en las ciudades: aprendizajes de cuatro estudios de casos de Urban95

50

Cómo ayudar a los niños a crecer en inteligencia, no solo en altura

57

La importancia de la identidad: la lucha contra la desigualdad empieza en la primera infancia

61

La importancia del sector privado para que los niños pequeños empiecen sus vidas con buena salud

65

Sugira Muryango: ampliación de las visitas domiciliarias en Ruanda mediante la ciencia de la implementación

69

Mejorando los resultados de desarrollo de los niños en Egipto a través de la formación y la sensibilización comunitaria

73

Ampliación de la enseñanza preescolar multilingüe con foco en la lengua materna en Odisha

76

Jamii ni Afya: uso de la tecnología para ampliar la escala de los servicios integrales para las madres y los niños en Zanzíbar

- ▶ *Jamii ni Afya es un nuevo programa destinado a las madres y los menores de 5 años de Zanzíbar.*
- ▶ *Una plataforma digital facilita la formación, la prestación del servicio, la supervisión y la gestión.*
- ▶ *La experiencia nacional se tendrá en cuenta al trabajar a escala global.*

Kim Wilson

Pediatra y especialista en sanidad global
Boston Children's Hospital/Harvard Medical School
Asesora técnica para D-tree International

Allyson Nelson

Gestora de programas en Zanzíbar

Taylor Craig

Especialista en comunicación sanitaria

Rachel Hofmann

Directora de programas regional

Erica Layer

Directora ejecutiva
D-tree International, Norwell (Massachusetts), EE. UU.

Umali sonríe cuando entra en el barracón de la familia y ve a Abdul con un juguete de arrastre casero, un pequeño neumático con una cuerda. En su última visita al domicilio, había intercambiado ideas con la madre de este niño de un año sobre cómo construir recursos de este tipo y está encantada de ver que han puesto en práctica su consejo.

Umali, Abdul y la madre de Abdul se sientan sobre una alfombra. Con la ayuda de una aplicación móvil, Umali gestiona una serie de cuestiones sanitarias importantes, como la detección de signos de peligro y malnutrición, la actualización del registro de vacunación de Abdul y el asesoramiento sobre comportamientos saludables para garantizar una higiene y nutrición correctas. El siguiente punto en la agenda de esta visita es el control del desarrollo del niño. La plataforma digital le sirve de guía a Umali para supervisar los hitos, orientar a la familia con juegos interactivos acordes a la edad del pequeño e introducir ciertas actividades de comunicación y aprendizaje temprano.

Aunque los destinatarios de la sesión son Abdul y su madre, se acercan otros niños y adultos cuando Umali empieza a cantar y a enseñar cómo utilizar cazuelas, cucharas e incluso piedras en camiones de juguete hechos con botellas viejas, para fomentar las interacciones positivas y estimulantes entre los cuidadores y los niños.

Umali colabora como voluntaria sanitaria de la comunidad (CHV, por sus siglas en inglés) con Jamii ni Afya, un programa comunitario implementado a escala nacional en Zanzíbar que trata de promover la salud y el bienestar de las madres y los niños, así como un desarrollo infantil óptimo. Los CHV de Jamii ni Afya utilizan una aplicación móvil para prestar servicios integrales de salud, nutrición y desarrollo de la primera infancia a madres y menores de 5 años.

Durante las visitas a domicilio, los CHV ayudan con los cuidados prenatales; animan a las mujeres a dar a luz en instalaciones sanitarias; detectan si hay indicios de peligro en el embarazo o en niños pequeños y actúan; fomentan la lactancia; supervisan las vacunaciones y el estado nutricional; y orientan a las familias sobre una amplia gama de temas de salud, como la importancia de una

dieta equilibrada, el agua, el saneamiento y la higiene (WASH, por sus siglas en inglés), además de las formas de favorecer el desarrollo infantil. La plataforma digital sugiere preguntas de control, ayuda a tomar decisiones y facilita la labor de orientación sobre salud y desarrollo.

Una intervención basada en pruebas

El programa Jamii ni Afya se lanzó en febrero de 2020, coincidiendo con la publicación de la estrategia de salud comunitaria nacional de Zanzíbar para el quinquenio 2020–2025. Ahora los CHV desempeñan un papel esencial a la hora de garantizar que todos los núcleos familiares del país tengan acceso a la cobertura sanitaria universal. El fomento del desarrollo de la primera infancia es una prioridad nueva en esta estrategia comunitaria de Zanzíbar y podría tener un impacto muy importante.

En numerosas comunidades de países de renta media y baja de todo el mundo, la cantidad de niños que presentan algún problema en el desarrollo es alarmante. Aunque hay pocos datos detallados al respecto, según los índices de pobreza y retrasos en el crecimiento, se calcula que más de 240 millones de niños de todo el mundo no desarrollan plenamente su potencial (Black y otros, 2017). Según las encuestas realizadas a domicilio en Zanzíbar en 2018, uno de cada cinco niños presentaba un retraso en el crecimiento físico y uno de cada diez sufría algún retraso significativo en el desarrollo (Ministerio de Salud, Desarrollo Comunitario, Igualdad, Tercera Edad e Infancia [MoHCDGEC] y otros, 2018; Nelson y otros, 2019, datos inéditos¹).

Entre los factores que suelen afectar al desarrollo infantil, se encuentran la pobreza, la nutrición inadecuada, las complicaciones en el parto, las infecciones recurrentes, la escasa estimulación por parte del cuidador y la carencia de oportunidades de aprendizaje temprano. Las consecuencias para las comunidades son considerables, pues se calcula que las deficiencias en el desarrollo infantil llevan a una reducción del 25% en la productividad económica durante la edad adulta (Richter y otros, 2017).

La filosofía de Jamii ni Afya para promover un desarrollo de la primera infancia óptimo se basa en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en el Marco para el cuidado cariñoso y sensible de Unicef, que parte del principio según el cual los niños se desarrollan al máximo en un entorno seguro que les garantice una buena salud, una nutrición correcta, experiencias estimulantes e interactivas con los cuidadores y oportunidades de aprendizaje temprano (OMS y otros, 2018). El componente sobre primera infancia de la plataforma digital es una adaptación de Atención al Desarrollo del Niño, una intervención concebida para promover el desarrollo infantil en los servicios sanitarios.

Durante la visita domiciliaria, los CHV observan las interacciones entre el cuidador y el niño, detectan indicios de estrés materno, si la disciplina es severa, o la falta de materiales de juego, y asesoran a los cuidadores en

1 Este informe no se ha publicado pero se puede solicitar a los autores.

actividades de juego y comunicación apropiadas para su edad. El programa se basa en pruebas científicas que demuestran que, si los niños se exponen en una fase temprana a interacciones positivas con cuidadores atentos a sus necesidades, se refuerzan las vías neurales del cerebro en desarrollo, lo que lleva a mejorar la adquisición de competencias lingüísticas, cognitivas, motrices y socioemocionales durante el crecimiento. La prevención de la exposición continuada a experiencias adversas como el abandono o la violencia evita consecuencias que pueden durar toda la vida e incluso afectar a más de una generación.

Factores de éxito en el lanzamiento nacional

Para la implementación de Jamii ni Afya en Zanzíbar, el Ministerio de Salud cuenta con la colaboración de D-tree International, una destacada organización sanitaria global experta en la integración de sistemas digitales de información sanitaria que ayudan en la toma de decisiones al personal sanitario de primera línea. En abril de 2020, Jamii ni Afya se ha implementado en tres distritos con casi 400 CHV que se ocupan de más de 40 000 hogares y visitan periódicamente a 31 000 niños menores de 5 años. El gobierno tiene intención de ampliar la escala del programa para abarcar 11 distritos y atender a una población de 1,6 millones de personas de aquí a comienzos de 2021.

Una voluntaria sanitaria de la comunidad de Zanzíbar, con la ayuda de una herramienta instalada en el teléfono móvil, asesora a una joven madre



Para prestar servicios integrados y completos de desarrollo infantil y salud reproductiva, materna, neonatal e infantil en un programa nacional implementado con los CHV, Jamii ni Afya adopta un enfoque innovador y ambicioso a la vez. La estrategia a la que debe su éxito el programa ilustra una serie de principios útiles al planificar la ampliación de la escala de programas de salud comunitaria que utilizan recursos digitales.

Un factor importante para el lanzamiento de Jamii ni Afya a escala nacional fue el trabajo preliminar que realizaron otros programas y alianzas. Con el programa Safer Deliveries, desarrollado desde 2010 hasta 2019 como fruto de la colaboración entre el Ministerio de Salud de Zanzíbar y D-tree International, ya se habían empezado a usar plataformas digitales en los sistemas sanitarios de la comunidad para los cuidados maternos y neonatales. Los CHV trabajaban con las embarazadas y los recién nacidos para facilitar los cuidados prenatales y neonatales y fomentar los partos a término en instalaciones sanitarias.

Safer Deliveries demostró que la asistencia sanitaria digital es factible y ventajosa. El porcentaje de mujeres que daban a luz en instalaciones pasó del 50 al 75% entre quienes participaban en el programa, las consultas médicas postparto en centros sanitarios aumentaron del 20 al 80%, y las derivaciones, que antes se situaban en un 27%, ascendieron al 90% (Battle y otros, 2015; y según datos del programa D-tree comparados con los de un estudio publicado sobre la finalización de las derivaciones, Peterson y otros, 2004). También mejoraron el rendimiento y la motivación de los CHV: el 75% de ellos cumplían los objetivos mensuales.

Cuando las prioridades del Ministerio de Salud empezaron a abarcar también el desarrollo y la salud infantiles, se tomó la decisión de ampliar el programa digital para los CHV, y se concibió Jamii ni Afya. El equipo de este nuevo programa organizó talleres con las distintas partes implicadas para descubrir cuáles eran las prioridades locales en materia de desarrollo infantil y salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. Al evaluar las necesidades, con datos obtenidos en la encuesta nacional sobre nutrición y en una encuesta realizada a domicilio antes de la intervención, se detectaron carencias considerables en el desarrollo infantil y los entornos domésticos. Otro factor que facilitó el consenso y el lanzamiento rápido del programa fue la adaptación de los contenidos procedentes de directrices consolidadas a escala nacional e internacional basadas en evidencias claras.

El diseño de la intervención también contribuyó al éxito del lanzamiento de Jamii ni Afya. Su plataforma digital ofrece una solución simplificada para gestionar la complejidad de la prestación de servicios sanitarios integrados en la comunidad. Los CHV aprenden enseguida a utilizar la plataforma y, gracias a la ayuda que brinda para la toma de decisiones y a las orientaciones detalladas que proporciona, resulta más fácil prestar un servicio de atención integral de alta calidad y gran alcance. La plataforma digital reduce de forma considerable la carga de la formación inicial de los CHV y permite facilitar a distancia y de forma continuada contenidos actualizados y cursos de actualización.

“El fomento del desarrollo de la primera infancia es una prioridad nueva en esta estrategia comunitaria de Zanzíbar y podría tener un impacto muy importante.”

Además, también genera de manera fluida datos muy útiles para la gestión del programa y la mejora de la calidad. Por ejemplo, la información sobre duración, ubicación y contenido de las visitas facilita la supervisión de los CHV, las mentorías, la gestión del personal y la asignación de recursos. Por otro lado, los datos sobre las características de los clientes, la prestación de servicios y los resultados sanitarios obtenidos ayudan a supervisar y evaluar el programa.

Información valiosa para la implementación a escala global

Conforme se implementa y evalúa a escala nacional, Jamii ni Afya permite generar conclusiones que resultarán útiles a la hora de diseñar innovaciones e intervenciones para la primera infancia en entornos de renta media y baja a escala más amplia. Los datos obtenidos a escala nacional sobre los riesgos y resultados biológicos, sociales y medioambientales de los clientes ayudarán a adaptar los servicios para la primera infancia a los individuos o comunidades de mayor riesgo, lo cual dará lugar a un nivel de personalización del cuidado que podría ser revolucionario tanto por su eficiencia como por su impacto.

“A escala nacional, el programa Jamii ni Afya generará datos a nivel poblacional sobre el desarrollo infantil que antes no estaban disponibles y que ayudarán a tomar decisiones políticas y hacer defensa.”

A escala nacional, el programa Jamii ni Afya generará datos a nivel poblacional sobre el desarrollo infantil que antes no estaban disponibles y que ayudarán a tomar decisiones políticas y hacer defensa. El programa también se dispone a abordar cuestiones críticas para la investigación sobre la implementación en el ámbito de la primera infancia a escala global. Si bien no se trata de un ensayo controlado, la implementación a gran escala generará datos sobre los resultados y el programa en una gran variedad de circunstancias familiares y de prestación de servicios. Si se analiza el impacto de variables como la dosis de intervención, la duración del servicio y el nivel de implicación de los padres, tal vez se genere el conocimiento necesario para diseñar la prestación de servicios a una escala más amplia. Cuando los programas lleven un tiempo implementados, podrían surgir oportunidades de afrontar retos como la prestación de servicios adecuados a familias de niños con discapacidad o con algún retardo en el desarrollo o a madres que sufran depresión.

Los resultados que ya se están consiguiendo en Zanzíbar con Jamii ni Afya invitan al optimismo: ahora las familias cuentan con más recursos para ayudar a los niños a desarrollar todo su potencial. Es igualmente significativa la posibilidad de influir en futuros trabajos en contextos de medios y bajos ingresos. Con su enfoque holístico, su uso de la tecnología digital y su integración a gran escala en el sistema sanitario de la comunidad, Jamii ni Afya podrá facilitar datos a nivel poblacional sobre los riesgos de la primera infancia, los resultados conseguidos y el efecto del programa, información que resultará útil para impulsar futuros programas y actividades de defensa.

➔ Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-6

REFERENCIAS

- Battle, J.D., Farrow, L., Tibaijuka, J. y Mitchell, M. (2015). mHealth for Safer Deliveries: A mixed methods evaluation of the effect of an integrated mobile health intervention on maternal care utilization. *Healthcare (Amsterdam)* 3(4): 180–4.
- Black, M.M., Walker, S.P., Fernald, L.C., Andersen, C.T., DiGirolamo, A.M., Lu, C. y otros; para el Comité Directivo de la serie sobre desarrollo de la primera infancia de *The Lancet*. (2017). Early childhood development coming of age: science through the life course. *The Lancet* 389: 77–90.
- Ministerio de Salud, Desarrollo Comunitario, Igualdad, Tercera Edad e Infancia (MoHCDGEC) [Tanzania peninsular], Ministerio de Salud (MoH) [Zanzibar], Centro de Alimentación y Nutrición de Tanzania (TFNC), Oficina Nacional de Estadística (NBS), Oficina del Responsable de Estadísticas del Gobierno (OCGS) [Zanzibar] y Unicef. (2018). *Tanzania National Nutrition Survey using SMART Methodology (TNNS)*. Dar es Salaam: MoHCDGEC, MoH, TFNC, NBS, OCGS y Unicef. Disponible en: <https://www.unicef.org/tanzania/reports/tanzania-national-nutrition-survey-2018> (último acceso en junio de 2020).
- Nelson, A., Abdulla, O., Wilson, K. y otros. (2019). *Impact of Community Health Volunteer Program to Improve Early Childhood Development in Zanzibar: Baseline household survey report*. (Datos inéditos).
- Organización Mundial de la Salud, Unicef y Grupo del Banco Mundial. (2018). *Nurturing Care for Early Childhood Development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf> (último acceso en mayo de 2020).
- Peterson, S., Nsungwa-Sabiiti, J., Were, W., Nsabagasani, X., Magumba, G., Namboozee, J. y Mukasa, G. (2004). Coping with paediatric referral – Ugandan parents' experience. *The Lancet* 363(9425): 1955–6.
- Richter, L.M., Daelmans, B., Lombardi, J., Heymann, J., Lopez Boo, F., Behrman, J.R. y otros, con el grupo de trabajo Paper 3 y el Comité Directivo de la serie sobre desarrollo de la primera infancia de *The Lancet*. (2017). Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *The Lancet* 389: 103–18.

Depresión perinatal en Chile: avances y retos

- ▷ Chile ha progresado en la detección y el tratamiento de la depresión postparto.
- ▷ Hay factores que obstaculizan el acceso a los servicios, como ciertas creencias negativas, el miedo y la vergüenza.
- ▷ Chile tiene que hacer algo para combatir estos obstáculos, mejorar los procesos y avanzar en la investigación.

Matías Irrázaval
Director de salud mental
Ministerio de Salud,
Santiago, Chile

La depresión perinatal es la que tiene lugar entre el comienzo del embarazo y el periodo del postparto. Es un problema de salud pública importante que no solo afecta a las madres sino también a sus hijos y a todos los miembros de la familia, pero no se suele detectar, con lo que quien lo padece no recibe el tratamiento oportuno (Committee on Obstetric Practice, 2015; O'Connor y otros, 2019). Según varios estudios realizados en Chile, en torno al 10% de las embarazadas sufren depresión durante la gestación, mientras que en el ámbito internacional el porcentaje alcanza el 13%. Sin embargo, la cantidad puede llegar a una de cada tres mujeres si se tienen en cuenta también los síntomas de ansiedad (Jadresic, 2010).

La depresión perinatal es un trastorno invalidante muy difundido que tiene lugar durante el embarazo o en el periodo inmediatamente posterior. Su forma más conocida es la depresión postparto (DPP). Según los estudios realizados en Chile, la incidencia se encuentra entre el 8,8 y el 9,2%, mientras que la prevalencia a lo largo de la vida es del 20,5%: es decir, en torno a una de cada cinco madres padecerán DPP después de un parto. Existe una relación inversamente proporcional con los medios socioeconómicos: entre las mujeres con menos ingresos, la probabilidad de padecer DPP se multiplica aproximadamente por tres (Mendoza Bermúdez y Saldívia, 2015).

La depresión perinatal puede tener consecuencias duraderas e incluso permanentes para la salud psicofísica de la díada madre-hijo, que pueden desembocar en disfunción familiar, mayor riesgo de maltrato infantil y abandono, retrasos en el desarrollo, complicaciones obstétricas perinatales, dificultades para la lactancia y un aumento de los gastos en asistencia sanitaria. Otro posible efecto es la alteración de la relación y el vínculo entre la madre y el hijo, lo cual a su vez puede provocar problemas en el desarrollo físico, emocional, cognitivo y social del pequeño (Earls y otros, 2010). Además, la DPP puede afectar a la relación de pareja y hacer que sufra depresión también el padre (Misri, 2018).

Es crucial investigar para detectar la depresión perinatal con prontitud, pues responde bien al tratamiento, con lo que la intervención temprana permite evitar las consecuencias más graves (Jin, 2019).

Detección y tratamiento de la DPP en Chile

Desde el año 2000, Chile cuenta con un Programa Nacional para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión (Ministerio de Salud, 2009). Además, desde 2006 los episodios depresivos se encuentran en la lista de trastornos incluidos en el sistema chileno de Garantías Explícitas en Salud, que ofrece acceso a la sanidad pública a todo el que no tenga un seguro privado (Escobar y Bitrán, 2014). Esto significa que, en caso de diagnóstico confirmado, las beneficiarias de al menos 15 años de edad tendrán derecho a tratamiento a cargo de un especialista en un plazo de 30 días, con un copago del 20% como máximo (en torno a 75 USD al año) (Superintendencia de Salud, Internet).

En 2009 se institucionalizó Chile Crece Contigo (CCC), una política pública intersectorial para promover el desarrollo integral de la infancia. Este programa abarca tanto servicios universales como ayuda especial en caso de mayor vulnerabilidad durante el embarazo, el parto y la infancia (hasta los 9 años de edad). El CCC funciona mediante el sistema de sanidad pública y los niños se incorporan al programa en el primer control de gestación de la madre.

En el marco del CCC, los centros de atención primaria evalúan la situación psicosocial de las embarazadas y las madres de niños pequeños con una escala que abarca nueve factores de riesgo, entre los que se encuentran los síntomas depresivos (Cordero y López, 2010). Para acompañar a las mujeres durante los controles del embarazo, el parto y el cuidado del recién nacido, el personal de atención primaria utiliza un manual creado por el Ministerio de Salud (Ministerio de Salud, 2008) que presenta un diagrama de flujo basado en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo para la detección y el tratamiento de la DPP. Con estos instrumentos, los profesionales evalúan a las madres en los controles rutinarios que se llevan a cabo dos y seis meses después del parto (Ministerio de Salud, 2009; Alvarado y otros, 2015).

El equipo sanitario informa a las madres y detecta casos de depresión postparto en el Hospital de Iquique (Chile)



Foto: Cortesía del Hospital de Iquique (Chile)

Cuando se confirma un caso de depresión, se visita a la mujer en su domicilio para evaluar el riesgo de suicidio, se la anima a iniciar un tratamiento psicológico o farmacológico y se la informa sobre la psicología de la depresión postparto y sobre las opciones de seguimiento que existen (Ministerio de Salud, 2009).

Aunque los controles para detectar la DPP tienen una amplia cobertura y aceptación, la detección no siempre conduce al inicio del tratamiento. Antes de pedir ayuda y acceder a los servicios, las madres deben superar algunos obstáculos (Rojas y otros, 2015), tales como la resistencia a considerar los problemas psicológicos como una enfermedad propiamente dicha y la falta de redes de apoyo. Temen ser consideradas "locas".

Estos obstáculos están relacionados con una serie de creencias negativas sobre la depresión, la maternidad y la ayuda psicológica: la idea de que la depresión se supera con fuerza de voluntad; los trastornos mentales y la violencia familiar; el miedo de las afectadas al rechazo de sus familias; el temor a que las alejen de su hijo; y la vergüenza de aceptar sus sentimientos de rechazo del niño. Además, en ciertos contextos también hay factores socioculturales que contribuyen a estigmatizar el problema.

“Entre los factores que animan a las madres a pedir ayuda podemos mencionar el hecho de haber sufrido depresión previamente y haberse sometido a tratamiento, la motivación de curarse por el bienestar del niño y el estar conscientes del sufrimiento psicológico que están viviendo.”

Entre los factores que animan a las madres a pedir ayuda podemos mencionar el hecho de haber sufrido depresión previamente y haberse sometido a tratamiento, la motivación de curarse por el bienestar del niño y el ser conscientes del sufrimiento psicológico que están viviendo.

Otros factores guardan relación con el entorno sanitario. Por ejemplo, es más probable que las mujeres pidan ayuda si se fían del personal de la consulta y sienten que las han atendido bien; si el horario de apertura es cómodo; y si se sienten apoyadas cuando reciben el diagnóstico de DPP. Otras cuestiones tienen que ver con las redes de apoyo de la mujer: será más fácil que pida ayuda si un familiar cercano (como su madre o una hermana) se lo sugiere, si siente que sus seres queridos están a su lado y si alguien expresa preocupación sobre su estado de ánimo.

Retos para Chile en la gestión de la DPP

A pesar de los avances de los últimos años, Chile tiene que superar tres grandes retos para mejorar la detección y el tratamiento de la depresión perinatal.

En primer lugar, es importante concebir estrategias que eviten o reduzcan los obstáculos que dificultan el acceso al tratamiento, con medidas como las siguientes:

- promover y ampliar estrategias de intervención temprana para hijos de mujeres con DPP
- mejorar la conexión entre la detección de la DPP y la derivación oportuna a profesionales que confirmarán el diagnóstico y el seguimiento
- perfeccionamiento del programa GES para la depresión, con especial énfasis en la psicoterapia basada en pruebas

- más educación y apoyo psicológico para las madres y sus familias, con el fin de combatir la estigmatización e informarlas sobre los distintos tratamientos existentes
- fomento de estrategias intersectoriales con grupos de madres trabajadoras para desarrollar prácticas laborales compatibles con la maternidad y garantizar la detección temprana de la DPP.

En segundo lugar, hay que mejorar la detección de los síntomas, lo cual exige actuar desde dos frentes: por un lado, explicando a la gente qué es la DPP y por qué conviene diagnosticarla pronto y tratarla con eficacia; por el otro, garantizando la formación continua del personal sanitario.

Por último, es necesario invertir más en la investigación nacional sobre la DPP para generar más conocimientos sobre ámbitos específicos como la evaluación, el cuidado y el seguimiento de las madres adolescentes (lo cual incluye la validación de instrumentos que permitan la detección temprana en esta franja de edad); y la mejora del uso de los sistemas de registro nacionales para organizar con prontitud las medidas necesarias según la situación local.

En conclusión, Chile despunta en la región en cuanto a la detección universal y a la posibilidad de garantizar el acceso al tratamiento de la depresión perinatal, y merece que se destaquen sus logros. De todas formas, aún hay que avanzar en los procesos y el acceso al tratamiento de las mujeres con DPP para mejorar su recuperación y su calidad de vida, por el bien de las madres y de la próxima generación.

➔ Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-7

REFERENCIAS

- Alvarado, R., Jadresic, E., Guajardo, V. y Rojas, G. (2015). First validation of a Spanish-translated version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for use in pregnant women. A Chilean study. *Archives of Women's Mental Health* 18(4): 607–12.
- Committee on Obstetric Practice. (2015). The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. *Obstetrics and Gynecology* 25(5): 1268–71.
- Cordero, M. y López, C. (eds). (2010). *Pauta de Riesgo Psicossocial. Evaluación psicossocial abreviada*. Santiago: Chile Crece Contigo. Disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2010/12/Nota-Metodologica-EPsA_2010.pdf (último acceso en junio de 2020).
- Earls, M.F. y Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health American Academy of Pediatrics. (2010). Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. *Pediatrics* 126(5): 1032–9.
- Escobar, L. y Bitrán, R. (2014). Chile: las Garantías Explícitas de Salud. En: Guidion, U., Bitrán, R. y Tristao, I. (eds). *Planes de beneficios en salud de América Latina*. Washington D. C. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Jadresic, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* 48(4): 269–78.
- Jin, J. (2019). Counseling interventions to prevent perinatal depression. *Journal of the American Medical Association* 321(6): 620.
- Mendoza Bermúdez, C. y Saldívar, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista Médica de Chile* 143(7): 887–94.
- Ministerio de Salud. (2008). *Manual of Personalised Reproductive Process Care*. Santiago: MINSAL.
- Ministerio de Salud. (2009). *Guía Clínica Tratamiento de Personas con Depresión*. Santiago: MINSAL.
- Misri, S.K. (2018). *Paternal Postnatal Psychiatric Illnesses: A clinical case book*. Vancouver: Springer.
- O'Connor, E., Senger, C.A., Henninger, M.L., Coppola, E. y Gaynes, B.N. (2019). Evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Obstetric Anesthesia Digest* 39(4): 180.
- Rojas, G., Santelices, M.P., Martínez, P., Tomicic, A., Reinel, M., Olhaberry, M. y otros. (2015). Barreras de acceso a tratamiento de la depresión posparto en Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana: un estudio cualitativo. *Revista Médica de Chile*, abril de 2015; 143(4): 424–32.
- Superintendencia de Salud. (Internet). *Depresión en personas de 15 años y más. Problema de salud 34*. Orientación en Salud. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-18823.html> (último acceso en junio de 2020).

Aprendizaje y salud mental: la respuesta de BRAC en Bangladesh durante la pandemia de Covid-19

- ▶ La pandemia exige modos nuevos de fomentar la salud mental de los padres y el aprendizaje infantil.
- ▶ El BRAC ha adaptado los modelos existentes con llamadas semanales a los cuidadores y los niños.
- ▶ El servicio se presta a niños y cuidadores de todo Bangladesh, incluidos los refugiados de la comunidad rohinyá.

Jahanara Ahmad
Especialista del programa

Erum Mariam
Directora ejecutiva

Bushra Humaira Sadaf
Responsable de estrategia y colaboración

Sarwat Sarah Sarwar
Gestora adjunta de comunicación, salud mental y apoyo psicosocial

Shaheen Nafisa Siddique
Psicóloga, responsable de salud mental y apoyo psicológico

Syeda Sazia Zaman
Responsable del programa

Instituto de Desarrollo Educativo del BRAC, Dacca, Bangladesh

Para afrontar la epidemia de Covid-19, en marzo de 2020 el gobierno de Bangladesh, como muchos otros, impuso medidas de restricción de movimientos que transformaron drásticamente el mundo conocido hasta entonces. Las oficinas y otros lugares de trabajo, las escuelas y la mayoría de las tiendas cerraron de forma temporal. De repente, hubo que adaptarse a una nueva realidad que complicaba el día a día con el teletrabajo, el desempleo temporal, las clases en casa y la ausencia de contacto físico con familiares, amigos y compañeros. Al mismo tiempo, la gente afrontaba el miedo de contraer el virus o de que la enfermedad afectase a sus seres queridos más vulnerables.

El apoyo psicosocial se convirtió en algo crucial en este periodo. La población infantil es especialmente vulnerable, debido al cierre prolongado de los colegios. Según la UNESCO, hasta ahora la crisis ha afectado a la educación de casi 1600 millones de alumnos de 190 países y se prevé que las tasas de abandono escolar aumenten en el futuro próximo. Esta situación, sumada a otros factores de estrés relacionados con el confinamiento, podría tener consecuencias graves a largo plazo, como retrasos en el desarrollo cognitivo, emocional y social de los niños. Como los más pobres serán los más afectados, se prevé que los confinamientos hagan aumentar las desigualdades existentes en todo el mundo y tengan repercusiones durante los próximos años.

El BRAC (Bangladesh Rehabilitation Assistance Committee), la ONG más grande del mundo, se basa en el principio de apoyar a los más vulnerables, sobre todo en tiempos de crisis. Nos dimos cuenta de que era urgente garantizar que todos los niños tuviesen la oportunidad de seguir aprendiendo desde casa, así que ideamos varias iniciativas de respuesta a la pandemia, como un modelo de telecomunicación llamado *Pashe Achhi* ("Junto a ti" en bengalí) que brinda apoyo psicosocial a los padres y cuidadores y propone a los niños formas lúdicas de aprender desde casa, con el objetivo de mitigar los efectos adversos que tiene la situación para unos y otros.

El modelo *Pashe Achhi*

Antes de la pandemia, el BRAC organizaba los llamados Play Labs (talleres lúdicos) para niños de 4–5 años, que tenían lugar en las escuelas primarias

públicas de Bangladesh, así como Humanitarian Play Labs para los rohinyás de entre 0 y 6 años refugiados en los campos de Cox's Bazar. Tanto en el contexto de las escuelas como en el humanitario, las mujeres jóvenes de la comunidad (a las que se denomina “líderes de juego”) se ocupan de facilitar una serie de actividades lúdicas creadas para fomentar el desarrollo físico, cognitivo, lingüístico y socioemocional de los pequeños.

En marzo de 2020, cuando el gobierno ordenó cerrar los centros de enseñanza, hubo que interrumpir estos encuentros cara a cara. Había que revisar y adaptar la forma de intervenir, así que las líderes de juego y otras personas que trabajaban en primera línea fueron puerta a puerta para concienciar a las familias sobre la Covid-19 y pedirles sus números de teléfono móvil, para mantener el contacto periódicamente. Pronto en el BRAC descubrimos que a los niños les encantaba recibir estas llamadas y que los cuidadores se sentían más valorados y seguros.

A mediados de abril de 2020, el BRAC lanzó una plataforma nacional de consejerías a distancia llamada *Moner Jotno Mobile E*, en colaboración con la organización Kaan Petey Roi y la Clínica de bienestar y salud psicológica, para prestar asistencia psicosocial a los afectados por la pandemia. A continuación, retomamos el marco conceptual, las directrices éticas, las políticas de protección, los guiones y la estructura de las llamadas que habíamos desarrollado para este servicio y los combinamos con nuestra experiencia en aprendizaje lúdico para ofrecer a las líderes de juego una programación de actividades que se pudiesen practicar a distancia.

Durante el resto del mes de abril, el BRAC reunió a 37 creadores de actividades lúdicas y 37 psicólogos para idear una programación que combinase el apoyo psicosocial con el aprendizaje lúdico. Los guiones se modificaron para adaptarlos a las necesidades educativas de las distintas edades, tanto en el contexto humanitario de los campos de refugiados rohinyás como en las escuelas de Bangladesh, se probaron en una fase piloto y se fueron perfeccionando según los comentarios recibidos.

A continuación, se formó al personal de primera línea (en total, 211 asistentes de proyecto, organizadores de proyecto y *para-counsellors*), los cuales a su vez formaron a las líderes de juego con la ayuda de grabaciones de los guiones. Era fundamental que los formadores de todos los niveles comprendiesen la importancia de la empatía y la escucha activa de los padres y cuidadores. Durante la formación, se insistió en que no se trataba solo de seguir el guion en las llamadas, sino de escuchar y apoyar a los beneficiarios.

La formación de los facilitadores se llevó a cabo en distintos lugares de Bangladesh a lo largo de cuatro días a principios de mayo, y el modelo se lanzó el día 7 de mayo. Las líderes de juego empezaron a llamar a las familias una vez a la semana para entablar una conversación de 20 minutos según los guiones preparados, que son sencillos y no cambian mucho de una semana a otra:

“Pronto en el BRAC descubrimos que a los niños les encantaba recibir estas llamadas y que los cuidadores se sentían más valorados y seguros.”

- En el caso de los refugiados rohinyás de entre 0 y 2 años, el objetivo es dar a las madres y los cuidadores un apoyo psicosocial básico y consejos sobre cómo cuidar a los pequeños y cómo protegerse de la Covid-19.
- Cuando los niños de los campos rohinyás tienen entre 2 y 6 años, las líderes de juego interactúan también con ellos (con actividades como recitar poesías tradicionales llamadas *kabbiyas*), aparte de hablar con las madres y los cuidadores para darles un apoyo psicosocial básico, consejos sobre salud e higiene y sugerencias para estimular a los pequeños.
- En el caso de los niños de 4 o 5 años de las escuelas de Bangladesh, las líderes de juego les proponen actividades al teléfono como recitar poesías en bengalí y hablan con las madres y los cuidadores para darles un apoyo psicosocial básico, sugerencias sobre cómo relacionarse con los niños y consejos sobre salud e higiene.

En la formación del personal que realiza las llamadas se ha insistido en la importancia de la transparencia en cuanto a las directrices éticas y de protección que tienen que respetar. Dicho personal tiene que firmar las políticas de protección, mientras que las personas que reciben las llamadas tienen derecho a rechazar el servicio. En el momento de redactar este artículo, se ha atendido al 80% de los beneficiarios de los campos rohinyás y a más del 90% de los de la comunidad de acogida.

El vínculo entre las “líderes de juego” y los niños rohinyás ayuda a que estos aprendan de forma lúdica



Ahora se está preparando una estrategia de estudio para recabar datos que permitan comprobar la calidad de las llamadas y se está adaptando el modelo para implicar a los padres de forma específica a finales de 2020, cuando se ha programado el lanzamiento. Está previsto que el modelo *Pashe Achhi* siga activo hasta finales de 2020 y en los años siguientes.

La importancia de innovar

Ahora que la pandemia ha llevado al mundo a un terreno desconocido, ha habido que concebir con rapidez soluciones innovadoras adaptadas a las necesidades de comunidades concretas para prestarles apoyo psicosocial y responder a las necesidades de aprendizaje de los niños más vulnerables. Las iniciativas del BRAC son sencillas, adaptadas al contexto y escalables. Aspiran a llegar a la mayor cantidad de beneficiarios posible y ponen de manifiesto que los individuos, las instituciones y los países tienen que ser flexibles y creativos para adaptarse a la “nueva normalidad”.

AGRADECIMIENTOS

El Instituto de Desarrollo Educativo del BRAC agradece a Education Cannot Wait (ECW), la LEGO Foundation, Porticus, Sesame Workshop (SW) y la Yidan Prize Foundation la ayuda brindada para el desarrollo del modelo *Pashe Achhi*.

➔ Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-8

Escalando los servicios para la primera infancia en las ciudades: aprendizajes de cuatro estudios de casos de Urban95

- ▶ El programa Urban95 ayuda a las ciudades a ampliar la escala de los servicios destinados a la primera infancia.
- ▶ En Princeton se ha estudiado cómo se ha implementado Urban95 en Tel Aviv, Tirana, Boa Vista y Recife.
- ▶ El apoyo de los altos cargos y los viajes de estudios para ver de cerca otras iniciativas son factores de éxito.

Jennifer Widner

Profesora de Política y
Asuntos Internacionales
Universidad de Princeton,
Princeton (Nueva Jersey),
EE. UU.

Savvas Verdis

Investigador sénior
LSE Cities, London
School of Economics and
Political Science, Londres,
Reino Unido

No es fácil ampliar la escala de las iniciativas en favor del desarrollo de la primera infancia: los costes suelen ser altos; las inversiones en este ámbito compiten con otras prioridades; la falta de confianza o el miedo a los cambios puede dificultar la implantación en comunidades frágiles; es posible que los programas no lleguen a los grupos o barrios para los que se han diseñado; no siempre hay suficiente personal con las competencias y aptitudes necesarias; y a veces resulta difícil agilizar el trabajo de cada departamento. El programa Innovations for Successful Societies (ISS) de la Universidad de Princeton ha estudiado cuatro casos prácticos (Tel Aviv [Israel], Tirana [Albania], Boa Vista [Brasil] y Recife [Brasil]), con la revisión de LSE Cities, para ver cómo han abordado las dificultades relativas a la coordinación y la prestación de servicios estas ciudades que se han sumado a la iniciativa Urban95 de la Fundación Bernard van Leer.¹

El programa Urban95 apuesta por integrar los servicios destinados a la primera infancia y por garantizar que los cuidadores con bebés y niños pequeños puedan llegar a los lugares de interés de forma más fácil y segura, pasando por zonas que permitan jugar. De este modo, las ciudades mejoran el acceso a los programas de desarrollo de la primera infancia; ayudan a los proveedores de servicios (ya sean públicos, privados o sin ánimo de lucro) a reducir costes y ampliar la cobertura; y permiten a las familias con niños pequeños aprovechar las oportunidades de aprendizaje que ofrece su entorno. Más en general, Urban95 “da voz” a los niños con el fin de acelerar los cambios necesarios para afrontar problemas que afectan desde hace tiempo a las ciudades, como la calidad del aire y la necesidad de espacios públicos.

Este esfuerzo por integrar la prestación de servicios con el tipo de urbanismo que se suele asociar al entorno construido de las ciudades exige fomentar la colaboración constante a varios niveles y entre distintos departamentos. Urban95 trata de desarrollar el liderazgo, el pensamiento estratégico y otras competencias que hacen falta para ampliar la escala de las iniciativas centradas en la primera infancia. Se trata de lograr la autorización necesaria para hacer cambios tanto en los servicios como en el paisaje urbano, fijar objetivos de forma colaborativa, defender los beneficios de tipo medioambiental y social que

¹ Para leer casos prácticos sobre las colaboraciones de la Fundación en las que se han estudiado formas de ampliar la escala de los servicios destinados a niños pequeños y cuidadores, visite: <https://bernardvanleer.org/publications-reports/scaling-partnerships-case-studies/>

se obtienen también al invertir en la primera infancia, construir entendimiento e impulso entre los funcionarios municipales, colaborar estrechamente con las comunidades, realizar un seguimiento de las iniciativas y recopilar la información necesaria para crear políticas basadas en pruebas.

Ideas valiosas

Los casos prácticos analizados en el programa ISS de Princeton muestran una serie de conclusiones positivas de la experiencia de los últimos dos años, así como ciertos ámbitos en los que se ha avanzado con más dificultad pero que también han permitido probar buenas ideas que pueden marcar la diferencia.

En las cuatro ciudades, desempeñaron un papel importante el alcalde y la máxima autoridad de la ciudad, que apoyaron el programa y a veces incluso intervinieron para convencer a los consejeros o a los responsables de departamento más escépticos para que colaborasen. En Boa Vista y Tirana, los alcaldes encabezaron la adopción del programa y se convirtieron en su imagen pública. Por el contrario, en Tel Aviv el cambio fue de abajo a arriba: los funcionarios municipales organizaron el apoyo en los distintos departamentos y se ocuparon de mostrar al alcalde los resultados de los primeros proyectos para que se diese cuenta del potencial de la iniciativa y se comprometiese más con ella. Cada alcalde tenía sus propias motivaciones y teorías del cambio, pero en todos los casos resultaba crucial contar con su apoyo.

Tirana creó nuevas estructuras para financiar e implantar el programa, mientras que Tel Aviv, Boa Vista y Recife aprovecharon su experiencia con programas anteriores y las fundaciones o fondos fiduciarios ya existentes para recibir ayudas del exterior, reunir a distintas contrapartes, llevar un seguimiento de los resultados y maximizar la probabilidad de que la política siguiera contando con apoyo aunque cambiase el gobierno.

Los cuatro casos prácticos brindan más ideas interesantes sobre cómo incluir la prestación de servicios para la primera infancia en estructuras gubernamentales integrales, lo cual ayuda a incluir este ámbito en el flujo de trabajo de los departamentos municipales. Para ampliar la escala de estos servicios e iniciativas, resultan esenciales la colaboración eficaz y dos tipos de integración gubernamental: la horizontal entre departamentos y, en menor medida, la vertical entre los niveles nacional y municipal.

Los gobiernos municipales solían coordinar el programa Urban95 mediante un pequeño equipo encargado del seguimiento de la implementación, la resolución de problemas y la planificación. En Recife, el alcalde asignó a un responsable de personal la tarea de coordinar a los distintos jefes de departamento y ocuparse de la mejora continua del programa mediante la supervisión meticulosa de las intervenciones. En Tel Aviv tenían una responsabilidad similar ciertos empleados que trabajaban en un departamento del municipio, en lugar de con el alcalde. La confianza mutua y la creación de redes sólidas entre los distintos departamentos fueron muy importantes para

“Al personal de obras públicas muchas veces le costaba entender por qué se le pedía colaborar con ONG o con los departamentos de sanidad o de educación en proyectos destinados a menores de 3 años, pero al ver un ejemplo práctico sobre el terreno quedaba mucho más claro.”

reforzar la integración horizontal en esta ciudad, donde ciertas personas clave actuaban como mediadoras entre los departamentos.

Los casos de Recife y Boa Vista demuestran que la escala de los proyectos de Urban95 se amplía de forma más eficaz y los cambios se aceleran si se vincula el programa a políticas nacionales ya existentes en favor de los niños pequeños. En Tel Aviv, en cambio, al principio la respuesta de la ciudad fue lenta debido a la ausencia de una política nacional que fomentase la inversión en la primera infancia. Sin embargo, más tarde la división de la autoridad entre los ámbitos local y nacional dio forma al programa que surgió.

En general, los funcionarios municipales señalaron el efecto positivo de los viajes de estudios y los talleres de formación ejecutivos a la hora de eliminar el escepticismo existente entre ciertos cargos clave. Al personal de obras públicas muchas veces le costaba entender por qué se les pedía colaborar con ONG o con los departamentos de sanidad o de educación en proyectos destinados a menores de 3 años, pero al ver un ejemplo práctico sobre el terreno quedaba mucho más claro. Los talleres ayudaban a desarrollar ideas y a generar entusiasmo. En ciertos casos, el hecho de comunicarse cada cierto tiempo con funcionarios de otras ciudades resultó útil para mantener el impulso inicial.



En todos los casos, los líderes utilizaron proyectos piloto o una serie de inversiones iniciales para recabar apoyo público. Tanto Tirana como Tel Aviv destinaron las primeras inversiones a parques en lugares céntricos de la ciudad, lo cual ayudó a poner en primer plano las intervenciones para la primera infancia.

En los barrios vulnerables o con población especialmente escéptica, a los funcionarios municipales les pareció útil colaborar con organizaciones sin ánimo de lucro que ya conocían a los residentes y se habían ganado su confianza. En Recife, por ejemplo, tuvo un valor incalculable una red de agentes de paz comunitarios que difundió las iniciativas y logró llevar a los cuidadores y los niños al centro donde se prestaban los servicios, que estaba situado en sus propias instalaciones.

En ciertos lugares al principio no resultó nada fácil inculcar un sentido de responsabilidad cívica para el mantenimiento de los espacios y el respeto de las medidas de reducción del tráfico: en cuanto se creaba un nuevo “miniparque”, llegaban vándalos a destrozarlo. Poco a poco los municipios afectados empezaron a adaptarse, tratando de concienciar a la población, comprando equipamiento más resistente o con ambas medidas a la vez.

Escollos

En los casos prácticos se observan ciertas dificultades e intentos de soluciones en común. Las ciudades daban más prioridad a la acción que a la evaluación, lo cual es comprensible. Sin embargo, al no plantearse desde el principio el modo de evaluar el rendimiento, la mayoría de los municipios carecían de datos de referencia y tenían pocas pruebas del impacto logrado en las fases tempranas o intermedias, lo que dificultaba tanto la comunicación con los votantes como la toma de decisiones.

Cuando los equipos municipales empezaron a usar indicadores, el siguiente reto fue lograr que los proveedores de servicios que trabajaban en primera línea en ONG u oficinas gubernamentales recopilasen y compartiesen los datos necesarios. En muchos casos estaban demasiado ocupados, y el equipo de innovación casi nunca realizaba el seguimiento necesario, pero hubo excepciones. Por ejemplo, en Tel Aviv los proveedores de servicios ayudaron a realizar encuestas a los padres que utilizaban los servicios e idearon formas creativas de recopilar datos, como contar las personas presentes en un parque en un determinado momento. Estas experiencias apuntan a la importancia a largo plazo de incluir los procesos de evaluación en el diseño de los programas ya desde antes de que se completen las inversiones.

Para la recopilación de datos, algunas de las ciudades contaron con la ayuda de representantes del ámbito universitario y estudiantes voluntarios, pero pocas veces se lograron los resultados esperados. Aunque estas colaboraciones funcionaban bien cuando se trataba de seguir instrucciones claras durante uno o dos días, resultaba mucho más difícil gestionar otras formas de participación,

“En las cuatro ciudades, desempeñaron un papel importante el alcalde y la máxima autoridad de la ciudad, que apoyaron el programa y a veces incluso intervinieron para convencer a los consejeros o a los responsables de departamento más escépticos para que colaborasen.”

pues tanto los estudiantes como sus profesores tenían que dedicarse a otras cuestiones. Tal vez sean más prometedoras otras ideas, como asignar tareas breves, intensivas y bien definidas con la posibilidad de recibir alguna compensación, o encargos remunerados para desempeñar ciertas funciones.

El hecho de recabar datos también habría podido servir para paliar otro problema: gestionar el riesgo de politización y mejorar la sostenibilidad. Aunque por un lado los alcaldes querían tener la posibilidad de mostrar logros concretos y de peso, también tenían que evitar que el proyecto se identificase demasiado con su partido político y que pudiera desaparecer con el próximo cambio de gobierno. En ciertos casos, el hecho de asignar la responsabilidad de algunos aspectos del programa a una alianza o fundación local ayudó a mejorar la sostenibilidad, pues de este modo mejoraba la continuidad del personal y se creaba un foro neutro para evaluar los resultados.

“El equilibrio entre las medidas orientadas a generar apoyo y la necesidad de ofrecer los servicios en los barrios desfavorecidos es una de las cuestiones más difíciles para los líderes del programa Urban95.”

En ocasiones, había estatutos nacionales concebidos para minimizar la politización que prohibían las nuevas inversiones o la recepción de fondos del exterior en los meses previos a unas elecciones, lo cual dificultaba la planificación. Para evitar retrasos en las transferencias de fondos o en la ejecución de las iniciativas, los equipos encargados de los proyectos tenían que preparar atentamente todas las operaciones y programarlas de forma que las que tenían lugar justo antes de unas elecciones se adelantaran al periodo de prohibición.

Problemas futuros relativos a la ampliación de la escala

En el programa ISS de Princeton, nos parecía innovadora la idea de usar el urbanismo y la coordinación de servicios para ampliar la escala y llegar a las familias con niños pequeños que no recibían la atención necesaria. El éxito de la idea depende no solo de la coordinación municipal (la cuestión en que se centran nuestros estudios) sino también del momento en que se ponga en marcha la iniciativa, de la creatividad que se utilice y de la correspondencia entre los contenidos del programa y las necesidades existentes. Hay que tener en cuenta seis cuestiones.

1 Cambios de infraestructura

No es fácil ni económico modificar obras públicas como aceras o calles. La oportunidad surge durante las ampliaciones o rehabilitaciones, así que el éxito de esta forma de ampliar la escala depende en parte de si las oportunidades coinciden (en el tiempo y en el espacio) con las prioridades del programa. Dicho esto, también es posible optar por soluciones creativas. Por ejemplo, Tirana llevó a cabo toda una revolución en el uso de los espacios públicos, mientras que Tel Aviv probó proyectos que requerían una inversión mucho menor en infraestructura duradera: parques móviles, reducción del tráfico en las calles que solían usar los padres y conversión de pequeños kioscos en cobertizos para juguetes educativos.

2 Ubicación de las inversiones

También plantea dificultades la elección de la ubicación de estas inversiones, ya se trate de infraestructuras permanentes o de parques móviles. Al principio Tirana y Tel Aviv se concentraron en los espacios públicos más conocidos o céntricos de la ciudad. Esta estrategia se podría calificar de “urbanismo de campaña”, porque se opta por lugares que atraen la atención de la ciudadanía y de los medios de comunicación, pero puede servir para dar el impulso inicial al programa, como ocurrió en Tel Aviv. La otra cara de la moneda es el riesgo de generar resistencia en la opinión pública, como sucedió en Tirana. Aunque las inversiones visibles en lugares destacados a veces ayudan a ampliar el apoyo, en ocasiones reciben críticas por dejar de lado a las familias más necesitadas. El equilibrio entre las medidas orientadas a generar apoyo y la necesidad de ofrecer los servicios en los barrios desfavorecidos es una de las cuestiones más difíciles para los líderes del programa Urban95.

3 Recursos humanos

En los estudios de los casos prácticos no se analizan la calidad ni los costes del personal, dos aspectos que podrían ser obstáculos considerables para la ampliación de la escala, según las condiciones del mercado laboral y las tasas de uso de los servicios. La solución de Tel Aviv fue integrar el programa con otros proyectos y planes que estaban desarrollando los distintos departamentos, lo cual hacía posible un uso más eficiente de los recursos. Por ejemplo, los líderes de los proyectos se dieron cuenta de que parte de la estimulación intelectual necesaria para el desarrollo de la primera infancia podía tener lugar sin asistencia profesional en los parques urbanos, algo en lo que ya se estaba invirtiendo. Además, la ciudad animó a los padres a instalar en sus teléfonos Digitaf, una app que conecta a los cuidadores entre ellos y con distintos programas, lo que contribuye a fomentar la ayuda entre iguales para reducir la necesidad de profesionales. Esta opción podría resultar útil en otros países que cuenten con un acceso a la tecnología generalizado.

4 Optimización de la prestación de servicios

Solo en pocos casos las ciudades han probado de forma exhaustiva la agrupación de varios servicios en «zonas prioritarias» o la modulación de los horarios de apertura y de los itinerarios del transporte público. La ubicación de servicios y el uso de escuelas (u otro tipo de instalaciones) como centros de servicios fuera del horario habitual son estrategias que podrían hacer aumentar el acceso y disminuir los costes operativos a largo plazo. De todas formas, al principio hay que afrontar ciertos costes. Las ciudades que hemos observado adoptaron estas opciones de forma limitada, probablemente porque la planificación y la coordinación exigían contar con cierta información por adelantado.

5 Cambios en otros sectores

Si se detecta que estas iniciativas en favor del desarrollo de la primera infancia también producen beneficios en otros ámbitos, tal vez resulte más fácil ampliar su escala en el futuro. Por ejemplo, el hecho de adoptar el punto de vista de

“Cada vez más autoridades municipales recurren a esta estrategia de emprender nuevas iniciativas sociales y medioambientales que generen mejoras también para otros ámbitos de la ciudad.”

Los niños ayuda a mejorar la calidad del aire y la facilidad para desplazarse a pie, y viceversa, las inversiones en estos asuntos contribuirán a mejorar la vida de los más pequeños. Si se amplían los objetivos de los programas Urban95, se expandirá también la coalición de apoyos y será más probable que los líderes inviertan. Cada vez más autoridades municipales recurren a esta estrategia de emprender nuevas iniciativas sociales y medioambientales que generen mejoras también para otros ámbitos de la ciudad. De este modo, se fomenta un espíritu más colaborativo que competitivo entre los departamentos, en particular en lo que se refiere a los recursos financieros que comparten.

6 La clave de la sostenibilidad: del cambio institucional al cambio cultural

Por último, la ampliación de la escala dependerá de la eficacia con que las ciudades consigan integrar el programa en los servicios y procesos municipales. Una posibilidad es la vía legislativa: en Recife, por ejemplo, se aprobó una ley que autorizaba a la ciudad a gastar recursos en favor del desarrollo de la primera infancia en sus actividades, incluso con inversiones en espacios públicos para celebrar el quinto centenario de la ciudad. Sin embargo, para garantizar la sostenibilidad, se necesita un cambio cultural que solo se logrará si se muestra a la opinión pública el valor que aporta el programa a las comunidades.

El éxito en estos seis retos y oportunidades depende de la capacidad de colaboración de los distintos departamentos gubernamentales y de la precisión con que se calculen costes y beneficios, para lo cual es imprescindible contar con pruebas. En la siguiente fase del trabajo, las ciudades que hemos analizado serán una fuente de inspiración para otras.

➔ Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-9

Cómo ayudar a los niños a crecer en inteligencia, no solo en altura

- ▷ Un nuevo metaanálisis revela que la atención receptiva favorece el desarrollo del cerebro de los niños.
- ▷ Con sesiones de grupo sobre crianza y visitas a domicilio, mejoran la capacidad cognitiva, lingüística y motriz.
- ▷ Los programas que se centran solo en la nutrición son mucho menos efectivos que los integrales.

Elizabeth L. Prado

Profesora adjunta
Departamento de
Nutrición e Instituto
de Nutrición Global,
Universidad de California,
Davis, EE. UU.

Leila M. Larson

Profesora adjunta
Departamento
de fomento de la
salud, educación y
comportamiento,
Universidad de Carolina
del Sur, Columbia, EE. UU.

Anuraj H. Shankar

*Investigador científico
sénior*
Unidad de Investigación
Clínica de Eijkman–
Oxford, Instituto de
Biología Molecular
de Eijkman, Yakarta,
Indonesia, y Centro de
Medicina Tropical y Salud
Global, Departamento
de Medicina de Nuffield,
Universidad de Oxford,
Reino Unido

La madre de Ani le cuenta un cuento todas las noches antes de dormir; su hermana mayor canta canciones y juega a las palmas con ella; con su hermano mayor, juega a la pelota; su padre le hace un coche de alambre y juegan con él juntos. Todas estas actividades tan sencillas modifican la forma del cerebro de Ani.

Hace más de 70 años que se estudia el modo en que un entorno estimulante modifica la estructura del cerebro de los animales. En los experimentos realizados, se mete a un grupo de roedores recién nacidos en una jaula grande con objetos de colores que pueden oler, empujar y utilizar para jugar o preparar. Además, se crían juntos, con lo que pueden interactuar entre ellos. Otros roedores se colocan por separado en jaulas vacías al nacer. Cuando se comparan ambos grupos, se observa que los cerebros de los roedores criados en entornos estimulantes pesan un 10% más, tienen un 20% más de ramificaciones dendríticas y presentan un 20% más de sinapsis por neurona (Kolb y Whishaw, 1998). El hecho de que los valores de ramificaciones dendríticas y densidad sináptica sean más elevados significa que se han formado y se pueden formar más conexiones neuronales.

¿Qué relación existe entre estos cambios del cerebro y las capacidades y los comportamientos de los niños? En los humanos, es difícil medir características estructurales como el peso del cerebro y la densidad sináptica, pero sí que se pueden evaluar las competencias cognitivas, lingüísticas, motrices y socioemocionales de los niños. Recientemente, en un metaanálisis y estudio sistemático, observamos 75 programas de intervención temprana destinados a embarazadas o niños de hasta 5 años de edad, realizamos un ensayo controlado aleatorio y registramos el puntaje Z de relación estatura-edad y otros datos de desarrollo después de la intervención (Prado y otros, 2019a).

Catorce de estos programas para cuidadores trataban de mejorar la atención receptiva y las oportunidades de aprendizaje que los progenitores ofrecían a sus hijos, mediante el fomento de actividades como hablar con los niños, jugar con ellos, contarles cuentos, cantar y crear juguetes caseros. Estas intervenciones, que solían durar entre 6 y 12 meses, se llevaban a cabo mediante sesiones de grupo sobre crianza o visitas individuales a domicilio. Al final de los programas, entre los niños participantes se registraron mejores resultados que en el grupo

de control, con desviaciones estándar de 0,48 en puntuación cognitiva (lo equivalente a 7 puntos de cociente intelectual); 0,42 en puntuación lingüística (6 puntos de cociente intelectual); y 0,38 en puntuación de motricidad (5,5 puntos de cociente intelectual).

En 5 de los 14 programas, se volvió a analizar el desarrollo de los pequeños entre uno y dos años después de la finalización de la intervención y en tres de ellos se observaron efectos positivos sostenidos en desarrollo cognitivo, lingüístico y socioemocional.

Estos estudios demuestran que, con ciertas actividades sencillas que pueden practicar los cuidadores con los niños, se consiguen importantes efectos en la formación del cerebro. Los trabajadores comunitarios pueden fomentar y facilitar estas actividades mediante la comunicación de cambios conductuales en intervenciones de grupo e individuales.

“En muchos países, los programas para embarazadas y menores de 5 años se centran en la nutrición y la prevención del retraso en el crecimiento, en lugar de fomentar la atención receptiva y las oportunidades de aprendizaje.”

Unicef y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han publicado varios recursos de ayuda para las intervenciones en favor del desarrollo de la primera infancia, como *Early Childhood Resource Pack* (Unicef, en Internet), para quienes planifican y gestionan los programas; *Caring for the Child's Healthy Growth and Development* (OMS, 2015), para los trabajadores sanitarios de las comunidades; y *Care for Child Development* (Unicef, 2012), para los trabajadores de los centros sanitarios. Además, también se puede consultar gratuitamente el programa de enseñanza *Reach up and Learn*, un recurso excelente de eficacia demostrada (Reach Up, en Internet). El hecho de invertir en programas de este tipo contribuirá a la mejora del capital humano en aquellos lugares cuya población infantil corre el riesgo de no desarrollar plenamente su potencial.

No basta con combatir los retrasos en el crecimiento

En muchos países, los programas para embarazadas y menores de 5 años se centran en la nutrición y la prevención del retraso en el crecimiento, en lugar de fomentar la atención receptiva y las oportunidades de aprendizaje, pues se basan en la esperanza de que un mayor crecimiento vaya acompañado de una mejora de la salud y el desarrollo neuronal. Para comprobar la veracidad de esta idea, en nuestro estudio sistemático también calculamos los efectos que tenían los programas de nutrición en el crecimiento y desarrollo de los niños.

En 51 de los 75 programas analizados, se proporcionaban complementos nutricionales a las embarazadas o a los niños de entre 0 y 5 años. Los efectos que tenían en el desarrollo infantil estas intervenciones centradas en la nutrición eran cinco veces menores que los que se conseguían con los programas de cuidado descritos anteriormente: los niños que recibían complementos nutricionales mostraban un mejor desarrollo cognitivo, lingüístico, motor y socioemocional que los del grupo de control, pero solo registraban desviaciones estándar de entre 0,05 y 0,08 (lo equivalente a 1 punto de cociente intelectual).

Aunque los resultados cognitivos conseguidos con los programas centrados en la nutrición sean limitados, sabemos que la alimentación adecuada se encuentra entre las necesidades esenciales del cerebro en desarrollo. En los experimentos mencionados, cuando no se da de comer lo suficiente a los roedores, su cerebro se ve afectado de formas similares a cuando se crían en un entorno deficitario. Por ejemplo, la falta de hierro se traduce en un menor tamaño del cerebro, la carencia de yodo lleva a una reducción de la densidad sináptica y, si escasea la vitamina B6, disminuye la ramificación dendrítica (Prado y Dewey, 2014).

Sin embargo, nuestro estudio demuestra que invertir solo en nutrición no basta para favorecer la prosperidad de los individuos y las comunidades. Con los programas que se centran únicamente en la alimentación, no se puede esperar más que una pequeña mejora del desarrollo infantil.



Además, ocuparse únicamente de reducir la prevalencia de los retrasos en el crecimiento no bastará para favorecer la prosperidad de las poblaciones. El retraso en el crecimiento, que se define como una relación estatura–edad con una desviación estándar superior a 2 por debajo de la media de la norma de la OMS, va siempre acompañado de un mal desarrollo infantil. Por lo tanto, el retraso en el crecimiento se suele utilizar como indicador sustitutivo de retraso en el desarrollo.

En los 75 programas que estudiamos, no observamos ninguna relación entre el puntaje Z de relación estatura–edad y los efectos en los resultados cognitivos, lingüísticos y de motricidad. Esto significa que los efectos positivos en el crecimiento que se conseguían con los programas no iban necesariamente acompañados de mejoras en el desarrollo de los niños, y viceversa, lo cual contradice la idea de que un mejor crecimiento se corresponde siempre con un mejor desarrollo neuronal.

El retraso en el crecimiento es un indicador de un entorno que limita el crecimiento y el desarrollo mediante mecanismos que en parte se solapan (Prado y otros, 2019b). Las perturbaciones del crecimiento lineal y del desarrollo neuronal tienen ciertas causas en común, pero también otras diferentes. Tenemos que implementar programas que aborden aquellos factores de riesgo que llevan a un mal neurodesarrollo de la población y no dar por hecho que, si mejora el crecimiento, también lo hará de forma apreciable el desarrollo de los niños.

Asimismo, tenemos que partir de los recursos mencionados anteriormente para crear un paquete de intervenciones integrales basadas en pruebas que aborden las causas de la perturbación del desarrollo neuroconductual. Es fundamental determinar qué intervenciones y qué plataformas de implementación se pueden llevar a gran escala para mejorar el desarrollo infantil de la forma más rentable posible y conseguir así no solo poblaciones más altas, sino también más prósperas.

➔ Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-10

REFERENCIAS

- Kolb, B. y Whishaw, I.Q. (1998). Brain plasticity and behavior. *Annual Review of Psychology* 49: 43–64.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Caring for the Child's Healthy Growth and Development*. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/child-healthy-growth-development/en/ (último acceso en mayo de 2020).
- Prado, E.L. y Dewey, K.G. (2014). Nutrition and brain development in early life. *Nutrition Reviews* 72: 267–84.
- Prado, E.L., Larson, L.M., Cox, K., Bettencourt, K., Kubes, J.N. y Shankar, A.H. (2019a). Do effects of early life interventions on linear growth correspond to effects on neurobehavioural development? A systematic review and meta-analysis. *Lancet Global Health* 7, e1398–e1413.
- Prado, E.L., Shankar, A.H., Stein, A.D. y Larson, L.M. (2019b). Does improved growth mean improved neurobehavioral development?. *Advances in Nutrition* 10: 725–6.
- Reach Up. (Internet). *Reach Up and Learn Package*. Disponible en: <https://reachupandlearn.com/package> (último acceso en mayo de 2020).
- Unicef. (Internet). *Early Childhood Resource Pack*. Disponible en: https://www.unicef.org/earlychildhood/index_42890.html (último acceso en mayo de 2020).
- Unicef. (2012). *Care for Child Development Package*. Disponible en: https://www.unicef.org/earlychildhood/index_68195.html (último acceso en mayo de 2020).

La importancia de la identidad: la lucha contra la desigualdad empieza en la primera infancia

- ▷ Los niños refugiados interiorizan la sensación de ser diferentes desde muy pequeños.
- ▷ Refugee Trauma Initiative trabaja para ayudar a los niños a sentirse valorados y respetados.
- ▷ Aprender a valorarse ayuda a superar los traumas vividos durante la primera infancia.

Zarlasht Halaimzai

Directora y cofundadora

Refugee Trauma

Initiative, Salónica, Grecia

Está demostrado que la identidad y la raza influyen mucho en aspectos clave de la vida, como la salud psicofísica y los ingresos (Pachter y Coll, 2009). En todo el mundo, las personas de comunidades negras u otras minorías étnicas son las que más sufren la lacra creciente de la desigualdad. Todo empieza con el modo en que los niños pequeños viven la diversidad: ya a los 3 años, aprenden a sentirse diferentes por su identidad (Connolly, 2009). Durante la primera infancia, fundamental para el desarrollo, se puede construir una base sólida de autovalía y resiliencia o preparar el terreno para una vida de lucha constante contra los prejuicios y la discriminación.

Nada deja tan clara esta cuestión como las experiencias que viven los niños refugiados. Pasan la infancia en el exilio, separados de sus comunidades de origen, y muchas veces tienen que afrontar discriminaciones y prejuicios raciales, actitudes denigrantes de los políticos y agresiones de la policía y los agentes de control de fronteras. Prácticamente todas las imágenes de refugiados que aparecen en los medios de comunicación los muestran como amenazas o bien como víctimas sin capacidad de actuar. Se los despoja de todas las demás facetas de su identidad.

Los niños refugiados interiorizan la experiencia de que se los considere diferentes desde muy pequeños. Recuerdo como si fuera ayer cuando era pequeña y vivía con mi familia, con frecuencia se negaban a alquilarnos viviendas por ser refugiados. Cada vez que ocurría algo así, la desazón nos duraba días. En mi mente infantil, ya me preguntaba qué podíamos hacer para enmendar nuestras circunstancias. Para liberarse de este tipo de traumas durante la edad adulta, hay que afrontar un difícil trabajo emocional y hace falta una ayuda psicosocial constante con la que rara vez se cuenta.

Los niños refugiados suelen criarse en contextos en los que la gente no comprende su historia, idioma y tradiciones, y a veces hace como si no existieran. Las familias viven en condiciones duras o incluso inhumanas, a veces durante años, sin la seguridad, nutrición, educación y asistencia sanitaria que necesitarían. Las mujeres de los grupos con los que trabajamos mis compañeros y yo suelen hablar de una sensación de claustrofobia. Cuando las últimas palabras de George Floyd, “no puedo respirar”, se convirtieron en la consigna de la protesta contra la injusticia racial que dio la vuelta al mundo en 2020, me di

cuenta de que llevaba mucho tiempo escuchando expresiones similares, usadas de manera metafórica para describir los sentimientos de los refugiados.

Creación de espacios que respeten la identidad

En Refugee Trauma Initiative (RTI), la organización que dirijo y de la que soy cofundadora, tratamos de crear espacios en los que las identidades de las familias y los niños con los que trabajamos se reconozcan, respeten y celebren. La comprensión y el respeto del origen de estos niños constituyen la base de nuestra labor.

Baytna, nuestro programa destinado a la primera infancia, se basa en la transmisión de valores (*baytna* en árabe significa “nuestra casa”). Cuando formamos a nuevos facilitadores, nos centramos en enseñarles a integrar y difundir los valores de la intervención en las vidas de las familias refugiadas. Nuestro primer objetivo en esta tarea educativa es generar la sensación de seguridad necesaria para reconocer las ideas sesgadas que todos llevamos en el subconsciente, para deshacernos de ellas y comprender cómo pueden afectar a las actividades con los niños.

Estas sesiones suelen tener una carga emocional que a veces resulta difícil de gestionar, así que hace falta un formador con experiencia que sepa llevar las riendas del grupo y ayudar a los participantes a superar las dificultades para crear un espacio de concienciación y un sentimiento de comunidad. Recuerdo que una facilitadora confesó una vez entre lágrimas que sentía resentimiento y tendía a juzgar a las familias de los niños con los que trabajaba. Le costó contarle, pero eso le brindó la oportunidad de hablarlo con sus compañeros. El grupo la ayudó a gestionar sus emociones y a idear estrategias para afrontar esos sentimientos tan difíciles cada vez que surgieran.

Nuestros facilitadores reciben formación continua y útil para su labor, además de contar con compañeros que los orientan y supervisan su trabajo. De este modo, están preparados para apoyar realmente a los niños pequeños durante las sesiones y respetar plenamente su identidad, historia y curiosidad. Son comprensivos cuando los niños llegan a una sesión con emociones difíciles, aceptan los sentimientos de los pequeños y los ayudan a expresarlos por medio del juego, el arte, el movimiento y la narración.

A la hora de idear nuestros programas, damos especial importancia a la experiencia vivida y a la representación de la comunidad. *Baytna* se diseñó con la ayuda de padres e hijos refugiados, y buscamos facilitadores de las comunidades a las que nos dirigimos para que los niños se vean representados en quienes controlan el espacio. Por ejemplo, en Polycastro, una pequeña ciudad de la frontera entre Grecia y Macedonia del Norte, un grupo de madres kurdas gestionan una guardería de *Baytna* con la ayuda económica de RTI, que también proporciona formación y orientación. Las sesiones suelen acabar con canciones tradicionales kurdas.

“Animamos a los padres a que participen y transmitan a los niños cuentos y canciones de su infancia, para que los pequeños desarrollen desde muy pronto un vínculo con su origen.”

Animamos a los padres a que participen y transmitan a los niños cuentos y canciones de su infancia, para que los pequeños desarrollen desde muy pronto un vínculo con su origen. Cuando los padres se sienten culpables y avergonzados por no conseguir mantener a sus hijos como quisieran, los escuchamos y les recordamos la valentía y la resiliencia que han demostrado al afrontar el viaje que ha liberado a sus familias de la violencia.

Desarrollo del sentimiento de autovalía y capacidad de acción

El viaje de mi familia de Kabul a Londres duró cuatro años. Afrontamos innumerables episodios de racismo y discriminación: algunos eran intencionados, pero muchos se debían al desconocimiento de lo que habíamos vivido y de las raíces coloniales que tiene la violencia en la historia de Afganistán. Ser refugiado significa enfrentarse a fuerzas oscuras y poderosas por la seguridad de tu comunidad.

En mi trabajo con niños y familias que han emprendido viajes similares, me he dado cuenta de lo importante que ha sido mi identidad para ser resiliente. Al haber creado un vínculo con la historia y los cuentos tradicionales de Afganistán, y haber sido consciente de la valentía y determinación de mis padres, que criaron cinco hijos en condiciones durísimas, mis profundas heridas se han cerrado y ahora me siento orgullosa de mi origen.

Los niños dejan su propia huella en los espacios de Baytna



La labor de RTI va encaminada a ayudar a los niños a sentirse valorados y respetados para que desarrollen una alfabetización emocional, se valoren a sí mismos y se sientan capaces de actuar, pues todo ello contribuirá a que superen los traumas que muchos han vivido en la primera infancia. La afirmación de la identidad y de la historia de los niños que han sufrido grandes dificultades al principio de sus vidas (y que seguirán afrontando casos de discriminación) puede ser una base importante para construir el camino hacia la sanación y la resiliencia.

➔ Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-11

REFERENCIAS

Connolly, P. (2009). *Developing Programmes to Promote Ethnic Diversity in Early Childhood: Lessons from Northern Ireland*, Documento de trabajo n.º 52. La Haya: Fundación Bernard van Leer. Disponible en: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED522532.pdf> (último acceso en junio de 2020).

Pachter, L.M. y Coll, C.G. (2009). Racism and child health: a review of the literature and future directions. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 30(3): 255–63. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2794434/#R56> (último acceso en junio de 2020).

Las actividades que tienen en cuenta la identidad ayudan a las familias a reconciliar la cultura y las tradiciones de su lugar de origen con las de su país de asilo



La importancia del sector privado para que los niños pequeños empiecen sus vidas con buena salud

- ▷ Muchas familias con bajos ingresos no pueden permitirse alimentos de calidad para los niños pequeños.
- ▷ Las papillas enriquecidas son una solución, pero es difícil producirlas de forma segura y económica.
- ▷ GAIN está ayudando a varias pymes a producir alimentos de este tipo a gran escala.

Lawrence Haddad
Director ejecutivo
Global Alliance for
Improved Nutrition
(GAIN), Ginebra, Suiza

Alimentarse bien de pequeños puede tener efectos a largo plazo. Hasta los 2 años de edad, se sientan las bases del crecimiento físico y el desarrollo mental del resto de la vida. Para crecer rápido, los niños necesitan una dieta nutritiva, sobre todo teniendo en cuenta que comen cantidades reducidas. Se recomienda la lactancia materna exclusiva hasta que el bebé cumple seis meses, cuando se van incorporando alimentos “sólidos”. Lo que comemos al comienzo de la vida es determinante, y el momento de complementar la leche materna con otros alimentos es una fase crucial en el desarrollo infantil que puede resultar divertida.

Los padres siempre quieren lo mejor para sus hijos, pero necesitan alimentos fáciles de encontrar y de preparar, con una buena relación calidad-precio y apetecibles para sus hijos. En los países de renta media y baja, las familias más acomodadas suelen poder permitirse comida más variada, sabrosa y nutritiva, así como combustible para cocinar, y en general disponen de más tiempo o pueden pagar a alguien que cocine.

Para las familias con bajos ingresos, los alimentos nutritivos suelen estar fuera de su alcance por precio, disponibilidad o por falta de conocimientos. En cambio, la comida más accesible y económica muchas veces no contiene todos los nutrientes que necesitan los niños, lo cual contribuye a crear diferencias considerables en la alimentación de los más pequeños (Global Alliance for Improved Nutrition [GAIN] y Unicef, 2019). En los países de renta media y baja, solo uno de cada cuatro niños de entre 6 meses y 2 años sigue una dieta variada que contiene todas las categorías de alimentos necesarias para crecer y desarrollarse (Unicef y GAIN, 2019).

Los fabricantes del sector alimentario han respondido a esta situación con productos especializados para bebés de entre 6 y 23 meses, llamados “alimentos complementarios enriquecidos”: papillas a base de cereales mezclados con vitaminas y minerales, pensadas para cubrir las carencias de ciertos nutrientes concretos. Resultan fáciles de preparar (por lo general, basta añadir agua) y de comer, pero no son un medicamento ni la panacea frente a la malnutrición infantil. De todas formas, aunque no suplen todas las carencias, ayudan a

reducir la falta de micronutrientes entre los niños pequeños y suponen una opción accesible y cómoda para los padres.

Por desgracia, en general estas papillas enriquecidas salen caras y solo se encuentran en las zonas urbanas. Si llegan a hogares con bajos ingresos, suele ser de forma esporádica, en pequeñas cantidades y a veces solo como remedio en caso de enfermedad. Además, los padres con pocos recursos económicos a veces también se muestran reticentes a comprar una comida que solo sirve para un miembro de la familia, así que los niños acaban comiendo lo mismo que los mayores.

Ampliación del suministro de alimentos enriquecidos por parte de las pymes

Existen diversos modelos para poner las papillas enriquecidas al alcance de quienes corren más riesgo de malnutrición. La Global Alliance for Improved Nutrition, en colaboración tanto con gobiernos como con el sector privado, ha abogado por formas de distribución basadas en el mercado y ha ayudado a pequeñas y medianas empresas a proporcionar alimentos nutritivos y seguros a todos los niños, sobre todo los de hogares con ingresos bajos. Con este sistema se comprueba si el sector privado tiene la posibilidad de llegar a la población de escaso poder adquisitivo, si las familias están dispuestas a comprar este tipo de productos y, en ese caso, si estos son sostenibles sin financiación externa.

“Los padres con pocos recursos económicos a veces también se muestran reticentes a comprar una comida que solo sirve para un miembro de la familia, así que los niños acaban comiendo lo mismo que los mayores.”

A muchas pymes locales les parece interesante la idea de producir alimentos complementarios enriquecidos de bajo coste, pero con frecuencia les resulta difícil comercializarlos a gran escala. La seguridad es clave, sobre todo cuando se trata de comida para niños pequeños, así que hay que respetar los estándares de calidad más rigurosos, y eso tiene un precio. Los productos de este tipo están sujetos a normativas estrictas, tanto globales como locales, que se suman a los requisitos que tienen que cumplir los fabricantes. Por lo tanto, para mantener un precio de venta bajo que esté al alcance de las familias menos pudientes, el margen de beneficios será reducido para las pymes, que no podrán generar el capital necesario para crecer e invertir en promocionar sus productos.

En 2015, GAIN inició una colaboración con la Federación de Grupos de Autoayuda de Mujeres de Bihar para crear y poner en marcha dos fábricas en las que producir una papilla enriquecida llamada “Wheatamix”. Bihar es uno de los estados de la India con mayor densidad demográfica y con los niveles más altos de malnutrición infantil (Gobierno de Bihar, sin fecha).

Este proyecto piloto era un modelo semisubvencionado: el gobierno de la India hacía pedidos periódicos y distribuía Wheatamix entre los niños y las mujeres embarazadas o lactantes, en el marco de su programa de Servicios Integrales para el Desarrollo Infantil (ICDS). El capital inicial para crear las fábricas procedía de una subvención, mientras que los gastos operativos se cubrían con un préstamo bancario y contribuciones de los propietarios. Se empezaron a generar ganancias en el primer mes de recibir pedidos del programa ICDS.

Hoy el proyecto ha suministrado papillas enriquecidas a 26 000 niños y mujeres embarazadas o lactantes víctimas de malnutrición.

Aunque son evidentes los efectos positivos de este proyecto piloto, todavía hay que avanzar mucho para pasar de sistemas semisubvencionados como el de Wheatamix, en los que el principal cliente es el gobierno, a modelos de distribución basados en las leyes de mercado que lleguen directamente a los cuidadores. Para mejorar la distribución y la acogida en el mercado, se podría recurrir a intervenciones de modificación de comportamientos que fomenten el consumo de productos como Wheatamix, mientras que también se necesitan conocimientos técnicos de creación de marca, envasado y etiquetado para que las papillas enriquecidas resulten más atractivas y fáciles de preparar.

Otro escollo considerable se debe a que para muchas pymes no resulta nada fácil conseguir una mezcla de vitaminas y minerales, o “premezcla”, de alta calidad y bajo coste que sea adecuada y segura para los niños. Para abordar este problema, GAIN ha creado una fábrica de premezcla (Protein Kissée-La, Internet) que ofrece a las pymes una forma más sencilla y asequible de conseguir minerales y vitaminas de alta calidad para bebés.



Además de lograr que las papillas enriquecidas sean un producto más apetecible, económico y fácil de encontrar, hay que garantizar que la normativa al respecto sea rigurosa. La comercialización de productos para niños siempre es un asunto delicado, así que GAIN también colabora con los gobiernos para garantizar que los marcos reguladores protejan a los pequeños al tiempo que reducen los riesgos y costes para las empresas. GAIN colabora con alianzas multipartes que se basan en datos globales para crear directrices normativas sólidas (GAIN, 2015) y que trabajan para generar confianza y transparencia mediante el Movimiento para el Fomento de la Nutrición (SUN, Internet).

Se necesita tiempo y esfuerzo para lograr que los mercados respondan a las necesidades de las familias con ingresos bajos. La mayoría de las papillas enriquecidas no son perecederas y se elaboran a base de cereales, pero se puede seguir innovando para hacerlas con otros ingredientes locales adecuados para los niños. Si las familias con escaso poder adquisitivo tienen acceso a más opciones para dar de comer a sus hijos, estos empezarán sus vidas con buen pie.

Los estudios que está realizando GAIN en todo el mundo sobre los alimentos complementarios enriquecidos se resumirán en un informe que se podrá consultar en nuestro sitio web: <https://www.gainhealth.org>

➔ Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-12

REFERENCIAS

- GAIN. (2015). *Improving Complementary Feeding: Assessing public and private sector business models*, Infant and Young Child Nutrition Paper 1. Ginebra: GAIN. Disponible en: <https://www.gainhealth.org/sites/default/files/publications/documents/infant-and-young-child-nutrition-paper-1-2015.pdf> (último acceso en julio de 2020).
- GAIN y Unicef. (2019, Internet). *Comprehensive Nutrient Gap Assessment (CONGA) in eastern and southern Africa*. Disponible en: <https://www.gainhealth.org/resources/reports-and-publications/comprehensive-nutrient-gap-assessment-conga-eastern-and-southern-africa> (último acceso en julio de 2020).
- Gobierno de Bihar. (sin fecha). *Bihar State Nutrition Action Plan 2019–24*. Patna: Departamento de Bienestar Social. Disponible en: <http://socialwelfare.bih.nic.in/Docs/Bihar-State-Nutrition-Action-Plan-EN.pdf> (último acceso en julio de 2020).
- Protein Kissée-La. (Internet). PKL: Protein Kissée-La. Disponible en: <http://pkl-ci.com> (último acceso en julio de 2020).
- SUN. (Internet). *Scaling Up Nutrition Business Network*. Disponible en: <https://sunbusinessnetwork.org> (último acceso en julio de 2020).
- Unicef y GAIN. (2019). *Food Systems for Children and Adolescents. Working together to secure nutritious diets*. Nueva York: Unicef. Disponible en: https://www.unicef.org/nutrition/files/UNICEF_GAIN_Food_Systems_Children_Adolescents.pdf (último acceso en junio de 2020).

Sugira Muryango: ampliación de las visitas domiciliarias en Ruanda mediante la ciencia de la implementación

- ▷ La ciencia de la implementación ayuda a ampliar las intervenciones para la primera infancia.
- ▷ El programa de visitas domiciliarias Sugira Muryango se está ampliando con el aprendizaje y la adaptación.
- ▷ La flexibilidad fue esencial para adaptarse rápido a la crisis de la Covid-19.

Tressa Johnson

Directora de educación
The ELMA Philanthropies,
Nueva York, EE. UU.

Theresa Betancourt

Profesora de Salem de
Práctica Global y
Directora del Programa
de Investigación sobre
Infancia y Adversidad
Boston College School
of Social Work, Boston
(Massachusetts), EE. UU.

Emmanuel Habyarimana

Director ejecutivo
François-Xavier Bagnoud
Rwanda, Kigali, Ruanda

Anita Asiimwe

Coordinadora
Programa Nacional de
Desarrollo de la Primera
Infancia, Kigali, Ruanda

Shauna Murray

Gestora de programas
Programa de
Investigación sobre
Infancia y Adversidad,
Boston College School
of Social Work, Boston
(Massachusetts), EE. UU.

Nunca es fácil ampliar la escala de un programa social sin perder su calidad y eficacia, pero resulta especialmente difícil en el caso de los servicios orientados al desarrollo de la primera infancia por su carácter multisectorial: se necesita apoyo, coordinación, planificación conjunta y comunicación frecuente con distintos actores de varios ámbitos (salud e higiene, nutrición, protección de los niños y aprendizaje temprano). Todos estos retos se intensifican cuando se trata de ampliar servicios en estructuras gubernamentales ya bajo presión.

En los países de renta media y baja, está cobrando impulso la voluntad de mejorar la calidad de los servicios destinados a la primera infancia y a ampliar el acceso, en especial entre los niños más vulnerables (Engle y otros, 2011). Si la comunidad global que trabaja por el desarrollo de la primera infancia quiere aprovechar esta situación favorable, debería aplicar con más convicción los principios de la ciencia de la implementación, es decir, “la investigación científica de los factores propios de una implementación eficaz” (Halle y otros, 2013).

Incluso cuando un programa o práctica está documentado, a veces resulta difícil implementarlo en sistemas caracterizados por un alto grado de complejidad. La ciencia de la implementación estudia el carácter iterativo y no lineal de los aspectos de la implementación. Hasta ahora, la comunidad que se ocupa de la primera infancia no ha dedicado suficientes recursos a observar, estudiar, conocer y difundir estos aspectos.

Adoptar un enfoque basado en la ciencia de la implementación conlleva centrarse en la orientación, formación y asistencia técnica, así como en el control de calidad y la mejora de la calidad. No solo abarca la práctica documentada propiamente dicha, sino también todas las organizaciones implicadas y el entorno en que trabajan. Para implementar este enfoque de manera eficaz, es imprescindible que todas las partes interesadas comprendan su valor y que, a la hora de elaborar sus presupuestos, tengan en cuenta el tiempo, dinero y liderazgo necesarios.

En Ruanda, una alianza de varias partes con un buen nivel de funcionamiento se está basando en la ciencia de la implementación para adaptar, ampliar y sostener Sugira Muryango (“Fortalecimiento Familiar”), un programa de visitas

domiciliarias concebido para fomentar la crianza positiva y receptiva entre las familias más vulnerables del país. Sugira Muryango destaca por la cantidad y variedad de actores implicados de varios niveles que han participado en su creación y expansión. Los cocreadores (François-Xavier Bagnoud [FXB] Rwanda, una organización no gubernamental local, y un equipo mixto del Programa de Investigación sobre Infancia y Adversidad del Boston College School of Social Work y la Universidad de Ruanda) forjaron una relación de gestión de alto nivel con actores críticos de distintos sectores del gobierno ruandés (Ministerios de Igualdad y Gobierno Local) e invitaron a sus donantes multilaterales (Banco Mundial), bilaterales (USAID) y privados (Red de Fundaciones Europeas, ELMA Foundation) a participar activamente en la cocreación.

Esta alianza poliédrica ha trabajado en el diseño, la prestación y la iteración de Sugira Muryango, así como en la evaluación del impacto y el coste del proyecto. Este programa de visitas a domicilio, que dura 12 semanas y apuesta por mejorar las interacciones progenitor-hijo mediante la intervención de orientadores comunitarios, consta de cinco componentes clave:

- educación sobre desarrollo, nutrición y salud infantiles, y fomento de la higiene
- orientación destinada a los cuidadores, mujeres u hombres, sobre cómo jugar con los pequeños y estimular su aprendizaje lingüístico temprano
- reducción de la violencia familiar, ayuda para la resolución de conflictos y mejora de la gestión emocional de los progenitores
- refuerzo de la resolución de problemas y apoyo social mediante el acceso a los recursos formales e informales disponibles
- desarrollo de competencias en materia de crianza positiva, alternativas a la violencia y capacidad de afrontar las dificultades para fomentar una dinámica familiar saludable.



Ampliación de la escala mediante el aprendizaje y la adaptación

Desde el primer momento, Sugira Muryango se ha guiado por el aprendizaje y la adaptación. El contenido de las visitas domiciliarias se ideó teniendo en cuenta las mejores prácticas globales, el marco Atención al Desarrollo del Niño de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y un programa previo sobre crianza que se había probado en Ruanda con familias en situaciones adversas provocadas por el VIH. A continuación, la intervención se adaptó con una serie de proyectos piloto a pequeña escala, destinados a familias en situación de pobreza extrema con un hijo menor de 3 años. Se diseñó para familias con un solo cuidador o dos, y como complemento al programa de protección social nacional de Ruanda.

Sugira Muryango, que se concibió pensando en la sostenibilidad, trabajó con las distintas partes implicadas de la zona para encontrar y reclutar familias con rapidez y para conectar con redes de derivación mediante las estructuras gubernamentales existentes de ámbito local y nacional. Al mismo tiempo, Sugira Muryango brindaba una mayor ayuda a las familias más vulnerables con derecho a acogerse al programa Vision 2020 Umurenge, una iniciativa gubernamental sobre pobreza y protección social; capacitaba a ciertos trabajadores comunitarios mediante formación, mentoría y supervisión; generaba datos; y evaluaba el impacto de la implementación, los procesos y los resultados relativos a la violencia y el desarrollo infantil.

En un ensayo aleatorizado por grupos realizado en 2017–2018 con 1049 familias, 549 de las cuales participaban en el programa Sugira Muryango, se obtuvieron resultados prometedores, como la adopción de una dieta más equilibrada, la solicitud de ayuda en caso de problemas de salud, un mejor desarrollo socioemocional y cognitivo y una reducción de la violencia en la relación de pareja y contra los niños (Betancourt y otros, 2020).

En aquella época, el desarrollo de la primera infancia estaba empezando a convertirse en una prioridad nacional en Ruanda. En 2017, el gobierno reforzó el marco político e institucional, con iniciativas como la creación del Programa Nacional de Desarrollo de la Primera Infancia (NECDP, por sus siglas en inglés), dependiente del Ministerio de Igualdad. El NECDP se ocupaba de coordinar todas las intervenciones en favor del desarrollo y el crecimiento de los menores de seis años, incluido el trabajo de los ministerios pertinentes a nivel central y la implementación de actividades a distintos niveles administrativos: distrito, sector, célula y pueblo (el plan estratégico del NECDP).

La alianza Sugira Muryango se convirtió en un participante activo, pues colaboraba con el NECDP en la planificación de la fase de expansión (2019–2022) para atender a más de 10 000 niños en tres distritos. Como signo de confianza en el programa, las visitas domiciliarias se llevarán a cabo con los voluntarios de *Inshuti Z’Umuryango* (“Amigos de la Familia”), que se ocupan de la protección infantil en su comunidad. En esta fase, la responsabilidad del

“Adoptar un enfoque basado en la ciencia de la implementación conlleva centrarse en la orientación, formación y asistencia técnica, así como en el control de calidad y la mejora de la calidad. No solo abarca la práctica documentada propiamente dicha, sino también todas las organizaciones implicadas y el entorno en que trabajan.”

programa pasará de los creadores a FXB Rwanda y a los funcionarios locales, con la creación de equipos de aprendizaje en las distintas ubicaciones que se ocuparán de mejorar la calidad mediante ciclos de “planificación–realización–estudio–actuación” que permitirán generar soluciones propias para responder a los retos del programa.

Sugira Muryango llevó a cabo un análisis riguroso para averiguar lo que costaría ampliar el programa completamente mediante estructuras gubernamentales. Debido a este énfasis (y al compromiso continuado del programa con la evaluación y supervisión de los resultados de las familias), el NECDP invitó a las contrapartes a colaborar en el desarrollo de una serie de estándares mínimos nacionales y a participar en grupos de trabajo técnico que sirvieran de orientación a la hora de ampliar la escala de otros programas. La fase de expansión también llevó a lograr más apoyo para Sugira Muryango, pues se sumaron LEGO Foundation, Echidna Giving y Oak Foundation.

Adaptación a la Covid-19

El hecho de que la alianza Sugira Muryango estuviese aprendiendo a integrar los servicios en las estructuras gubernamentales resultó fundamental cuando llegó la crisis de la Covid-19. Las distintas partes implicadas en el proyecto reaccionaron de inmediato y adaptaron sus procesos y materiales, con pruebas, ajustes y avances.

Por ejemplo, los protocolos de formación se adaptaron de inmediato para utilizar la plataforma WhatsApp, mientras que para las reuniones entre los representantes del gobierno y otros actores se recurrió a sistemas de videoconferencia. Las visitas domiciliarias se suspendieron hasta que se relajaron las medidas de distanciamiento interpersonal, pero se siguió una sólida agenda de formación y preparación remotas para adaptar la prestación de los servicios del programa. En la actualidad, se están probando estrategias a distintos niveles en tres distritos para llegar a todas las familias con hijos menores de 3 años que cumplan los requisitos de pobreza extrema para acogerse a programas de protección social. En caso de éxito, brindarán una plataforma para ampliar y mantener servicios de alta calidad a mayor escala.

➔ Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-13

REFERENCIAS

Betancourt, T.S., Jensen, S.K.G., Barnhart, D., Brennan R.T., Murray, S.M., Yousafzai, A.K. y otros. (2020). Promoting parent–child relationships and preventing violence via home visiting: a pre-post cluster randomized trial among Rwandan families linked to social protection programs. *BMC Public Health* 20 (621). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08693-7> (último acceso en junio de 2020).

Engle, P.L., Fernald, L.C.H., Alderman, H., Behrman, J., O’Gara, C., Yousafzai, A. y otros. (2011). Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *The Lancet* 378 (9799): 1339–53.

Halle, T., Metz, A. y Ivelisse Martinez-Beck, I. (2013). *Applying Implementation Science in Early Childhood Programs and Systems*. Baltimore, Maryland: Brookes.

Mejorando los resultados de desarrollo de los niños en Egipto a través de la formación y la sensibilización comunitaria

- ▷ *Our Dream Initiative* está formando a consejeros familiares y cambiando actitudes.
- ▷ El modelo de formación combinada intensificó al aprendizaje online durante la crisis de la Covid-19.
- ▷ Para ampliar los centros, se subvenciona a las familias desfavorecidas con lo que pagan las más pudientes.

Abla Al-Alfy

Fundadora y directora ejecutiva

Our Dream Initiative,
El Cairo, Egipto

La población egipcia es muy joven, con un 35% de menores de 18 años y 2,5 millones de nacimientos anuales. Sin embargo, Egipto encabeza las clasificaciones mundiales por cantidad de casos de malnutrición, retrasos en el crecimiento, obesidad, cesáreas evitables, nacimientos prematuros, mortalidad perinatal y enfermedades genéticas. Más allá de las dificultades económicas del país, las principales razones de estos problemas son la falta de concienciación de las comunidades sobre la importancia de los primeros años de vida y la escasa formación del personal sanitario sobre desarrollo de la primera infancia.

Our Dream Initiative está actuando para abordar ambos problemas. Durante los últimos cinco años, hemos formado a 2200 consejeros familiares, que han trabajado con más de 600 000 madres en 11 provincias. Además, hemos formado a 250 profesionales sanitarios de unidades de cuidados intensivos neonatales para fomentar el inicio temprano de la lactancia materna y el “Kangaroo Mother Care” (un modelo de cuidado que anima a las madres a maximizar el contacto piel con piel con los bebés, algo que ha demostrado ser beneficioso para la salud de los niños prematuros).

En nuestro trabajo hemos buscado las formas más eficaces de cambiar la mentalidad tanto del personal médico como del público en general, lo cual conlleva superar ciertas barreras culturales y religiosas muy arraigadas. Por ejemplo, descubrimos que el nombre “Kangaroo Mother Care” no funcionaba porque en Egipto los canguros son poco conocidos y a muchas madres no les agradaba la idea de emular a un animal, así que decidimos llamar a la técnica “Warm Hug Care” (cuidado del abrazo cálido), término que ha tenido una aceptación mucho mayor.

Para moverse mientras practican el Warm Hug Care, las madres necesitan portabebés de tela donde llevar al pequeño. No era fácil encontrarlos a precios asequibles, así que colaboramos con los proveedores para que más madres pudiesen acceder a estos artículos. También estamos produciendo bebés de juguete en la posición del Warm Hug Care para fomentar un cambio cultural (actualmente en Egipto los muñecos suelen venir con un biberón, lo cual contribuye a normalizar aún más el uso de leche artificial en lugar de optar por la lactancia materna).

En nuestro trabajo con profesionales de unidades de cuidados intensivos neonatales, descubrimos una serie de factores relacionados con el parto prematuro, la causa más importante de mortalidad neonatal. Entre los más significativos se encuentran la cesárea horizontal evitable, la malnutrición materna, el consumo de drogas y tabaco, el abuso de fármacos ovulatorios, el matrimonio y embarazo tempranos, y la familia numerosa con intervalos de tiempo breves entre un hijo y otro. Hemos lanzado varias campañas para concienciar a las comunidades sobre estos asuntos.

En concreto, tratamos de inculcar en los padres la idea de tener menos hijos para poder cuidar mejor a cada uno de ellos, lo que encaja con una campaña estatal que desde hace tiempo fomenta la planificación familiar para no superar los dos hijos por hogar. Sin embargo, no es fácil superar las normas culturales consolidadas en favor de las familias grandes y la creencia religiosa de que los niños son regalos de Dios. Lo que hacemos nosotros es destacar las ventajas de cuidar solo a un niño durante sus primeros 1000 días de vida y, a ser posible,

Varias madres muestran la práctica del "Warm Hug Care" en la Semana del Niño Prematuro (2018)



dejar pasar entre seis y doce meses más hasta que la madre esté lista para un segundo embarazo.

La formación combinada y la Covid-19

Para formar a los consejeros de forma rentable y cumplir los estándares de certificación internacionales, ideamos un modelo de formación combinada, con encuentros presenciales y módulos online complementarios, en los que abordamos varios temas: nutrición, salud, desarrollo infantil, crianza positiva, psicología y educación. Los consejeros en formación son principalmente progenitores con estudios y activistas de la comunidad, con experiencia previa en el ámbito de la sanidad o en otros sectores. Trabajan en hospitales y centros comunitarios, y visitan a las madres en sus domicilios.

Para llevar la formación a zonas aisladas, desarrollamos un modelo de “telesalud” que conecta los centros de salud locales, donde trabajan profesionales con menos experiencia, con los especialistas ubicados en las sedes centrales. Además, este sistema nos permite prestar servicios de asesoramiento por vídeo mientras el personal sanitario local realiza los controles pediátricos pertinentes. Las pruebas realizadas en 2019 en tres provincias (New Valley, Aswan y Matrouh) dieron buenos resultados y el gobierno ha adoptado el modelo para implantarlo en todo el país.

Contar con sistemas online para la formación y las consultas ha resultado ser sumamente útil durante la pandemia de Covid-19, cuando hemos tenido que reducir al mínimo las interacciones presenciales y, en ciertos casos, incluso interrumpirlas por completo. El modelo implantado nos permitía ponernos en contacto con los padres por videoconferencia y adaptar el formato de la formación para impartir una mayor cantidad de contenidos de forma virtual.

Antes de la pandemia, habíamos creado cuatro “centros de excelencia” (en El Cairo, Giza, Dakahleya y Demietta) donde podían acudir las familias con hijos pequeños para participar en actividades presenciales con los consejeros familiares. Estas estructuras se financian en parte con donaciones del sector privado y en parte con lo que pagan por los servicios los padres que tienen ingresos más altos, lo cual nos permite subvencionar el acceso de las familias menos pudientes. Ahora estamos elaborando una base de datos para encontrar y contactar a las familias de ingresos bajos que vivan en las zonas cubiertas por estos centros y que aún no los hayan utilizado. Este modelo permitiría seguir ampliando el alcance de los centros en el futuro, cuando la situación sanitaria permita retomar por completo las actividades presenciales.

Estamos formando una red con otros siete países para ampliar el programa a nivel regional.

➔ Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-14

Ampliación de la enseñanza preescolar multilingüe con foco en la lengua materna en Odisha

- ▶ Odisha ha ampliado el aprendizaje temprano en lengua materna para ofrecérselo a 180 000 niños.
- ▶ Se ha formado a miles de trabajadores de primera línea, supervisores y funcionarios.
- ▶ El aprendizaje temprano en su lengua materna fomenta un buen rendimiento escolar de los niños.

Anu Garg

Secretario de dirección

Aravind Agarwal

Director, Servicios Integrales para el Desarrollo Infantil y el Bienestar Social

R.R. Nayak

Secretario adjunto

Departamento de la Mujer y el Desarrollo Infantil y Misión Shakti, Gobierno de Odisha, Bhubaneswar, India

Priyadarsini Mohanty

Responsable técnica, Educación y cuidado de la primera infancia; Gestora de la Unidad de Gestión del Programa MTELP+, Bhubaneswar, India

Phulamani Jani siempre se preguntó si hacía bien en enseñar a los niños

pequeños en *kuví*, el idioma de la tribu *kondh*, en lugar de en *odía*, la lengua oficial del estado indio de Odisha. Trabaja en el *anganwadi* (centro de cuidado infantil) de Putsil, un pueblecito de 78 hogares situado en el distrito de Koraput, a más de 12 horas por carretera de la capital del estado, Bhubaneswar. Los *anganwadis* se gestionan mediante el programa de Servicios Integrales para el Desarrollo Infantil del gobierno indio y son responsables de la enseñanza para niños de entre 3 y 6 años.

Phulamani había observado que los niños eran más participativos y aprendían mejor si se dirigía a ellos en *kuví*, el idioma que hablan en casa con sus familias. Sin embargo, ciertos miembros de la comunidad pensaban que sería mejor dar las clases en *odía*, la lengua en la que se imparte la enseñanza primaria.

Entre 2016 y 2020, el estado de Odisha implementó un programa de cuatro años para ampliar la escala de la crianza y educación de la primera infancia en lengua materna. Nació así el programa MTELP+ (Mother Tongue-based Early Learning and Parents+), fruto de la colaboración entre el Departamento de la Mujer y el Desarrollo Infantil del gobierno de Odisha, la Misión Shakti y la Fundación Bernard van Leer, que creó una Unidad de Gestión del Programa para prestar asistencia técnica.

El objetivo era reforzar las competencias y capacidades de los trabajadores de 7202 *anganwadis* (así como de los supervisores, gestores y responsables de las políticas) para ofrecer programas de crianza y aprendizaje temprano de calidad en lengua materna a 180 000 niños de 12 de los 30 distritos tribales del estado. Phulamani estaba entre las participantes de una de las primeras sesiones de formación impartidas en el programa, durante el verano de 2017. “Ahí fue donde comprendí los conceptos científicos, los motivos y la eficacia de usar la lengua materna en la enseñanza preescolar”, explica.

Diversidad lingüística

En Odisha viven 8 millones de personas de comunidades tribales, de los cuales 1,4 millones tienen menos de 6 años. Cada tribu habla su propio idioma, cuenta

con un amplio legado de tradiciones y sigue un estilo de vida particular. En consecuencia, el estado presenta una gran diversidad lingüística, con 72 lenguas diferentes. El índice de alfabetización de las comunidades tribales es del 37%, mientras que en el estado en su totalidad asciende al 63% (datos de la Política de Enseñanza Multilingüe y Directrices de Implementación para Odisha, gobierno de Odisha, 2014).

El bajo rendimiento escolar de los niños de comunidades tribales guarda relación con las dificultades lingüísticas que afrontan cuando empiezan la enseñanza preescolar o primaria y se encuentran con profesores que hablan odia, el idioma oficial del estado. Los niños no entienden gran parte de lo que dice el docente porque crecieron hablando la lengua materna con familiares y amigos.

Según los estudios realizados, los niños tardan casi tres años en seguir las clases correctamente y comprender los libros de texto, y los padres no suelen perseverar para que sus hijos continúen con la enseñanza reglada, lo que hace que aumente el riesgo de abandono escolar temprano.

Formación de supervisoras para desarrollar material de aprendizaje y enseñanza para los niños pequeños que sea pertinente para cada lugar



“El bajo rendimiento escolar de los niños de comunidades tribales guarda relación con las dificultades lingüísticas que afrontan cuando empiezan la enseñanza preescolar o primaria.”

La enseñanza bilingüe impartida en la lengua materna permite a los niños aprender en el idioma que mejor conocen, lo que fomenta la comprensión y la participación en las clases, para ir transfiriendo más tarde conocimientos de su primera lengua a la segunda. Se ha demostrado que, con este tipo de programas, es más probable que los niños logren un buen rendimiento escolar (Kosonen, 2005) y un mayor grado de alfabetización en otros idiomas (National Council on Educational Research and Training, 2011), mientras que los padres tienden a hablar más con los profesores y participar en el aprendizaje de sus hijos (Benson, 2002).

El gobierno indio reconoce explícitamente las ventajas de la enseñanza en lengua materna (por ejemplo, en el marco nacional de programas de enseñanza de 2005 y la Ley de derecho a la educación de 2009). Tras una serie de consultas con el gobierno nacional en 2005, el gobierno de Odisha adoptó la enseñanza multilingüe en 2006 y constituyó un comité consultivo tribal del estado que introdujo en más de 500 escuelas públicas la enseñanza en diez de las lenguas tribales más habladas en Odisha.

En 2011, la autoridad responsable de la educación primaria de Odisha atribuyó el bajo rendimiento escolar de los niños de las tribus a las dificultades lingüísticas que encontraban en la enseñanza preescolar, en particular en los *anganwadis*.

Teniendo en cuenta estas experiencias y otros programas piloto para la primera infancia, el gobierno y la Fundación unieron sus fuerzas para ampliar la escala del aprendizaje en lengua materna mediante el programa MTELP+.

Implementación a gran escala

Para implementar el proyecto a gran escala, había que afrontar diversos retos. El primero era decidir qué idiomas priorizar entre los 72 que hablaban las distintas tribus del estado. Después, había que encontrar personas con los conocimientos lingüísticos y culturales necesarios para desarrollar programas de aprendizaje temprano en los diez idiomas elegidos, con contenidos propios de las comunidades en cuestión (cuentos, canciones y prácticas culturales), que permitieran crear materiales didácticos adecuados.

Asimismo, había que buscar personal con las competencias adecuadas para la unidad de 16 miembros encargada de implementar el programa. El diseño de éste tenía que superar obstáculos lingüísticos y geográficos, pues numerosas comunidades tribales viven en zonas a las que no es fácil llegar. Gran parte del personal de los *anganwadis* carecía del entrenamiento intensivo necesario sobre educación y cuidado de la primera infancia, así que no bastaba con abordar los aspectos relacionados con la lengua materna.

Además de formar a 7202 trabajadores de primera línea, había que reforzar las capacidades de supervisión y mentoría a todos los niveles. Durante los cuatro años del programa MTELP+, también se formó en crianza y aprendizaje

temprano en la lengua materna a 1200 supervisores de los 12 distritos de intervención. Se proporcionó formación especializada a los responsables de desarrollo infantil de los 30 distritos, así como a más de 200 formadores de nivel estatal y de distrito y funcionarios de los Servicios Integrales para el Desarrollo Infantil, con el objetivo de institucionalizar las competencias de formación dentro de los sistemas gubernamentales ya existentes.

En estrecha colaboración con personal del gobierno y expertos en primera infancia, se consultó a los padres y otros miembros de las comunidades de los distritos tribales remotos. Se organizaron talleres para recabar información que tener en cuenta a la hora de crear los módulos de formación, material didáctico económico específico según el contexto y la cultura, y los mensajes adecuados para las comunidades tribales.

El programa MTELP+ se ha reforzado con datos tanto cualitativos como cuantitativos. A la hora de diseñarlo se han tenido en cuenta los resultados de una encuesta previa que realizó el Centro para la Educación y el Desarrollo en la Primera Infancia (CECED) de la Universidad de Ambedkar en 7202 *anganwadis*. Gracias a la coordinación diaria con los funcionarios de los distritos de la intervención, la mentoría se adaptó a los requisitos de cada lugar.

Los coordinadores de la unidad del programa trasladaban lo observado en los distritos remotos a los altos funcionarios del Departamento de la Mujer y el Desarrollo Infantil de Bhubaneshwar, con quienes se reunían periódicamente. De este modo, se detectaban oportunidades, retos, cuellos de botella y medidas que podían resultar útiles.

Los líderes de todos los niveles de gobierno se implicaron en la implementación del MTELP+. Los funcionarios y representantes visitaron sesiones de formación de Bhubaneshwar y de los distritos, y se desplazaron a *anganwadis* lejanos para ver el programa en marcha. Gracias a las visitas periódicas de los supervisores y responsables del proyecto de desarrollo infantil del gobierno y de los coordinadores de distrito de la unidad del programa, así como a la supervisión y mentoría mensuales, el personal de primera línea se sentía apoyado y realizaba sus tareas con más eficacia.

Resultados y próximos pasos

Según un estudio final realizado por el Centro de Investigación y Desarrollo de la Primera Infancia en la Universidad Jamia Millia Islamia de Nueva Delhi, se han logrado mejoras considerables en diversos ámbitos. Por ejemplo:

- Después de la formación, casi cuatro quintos de los trabajadores de los *anganwadis* comentaron que conseguían atraer la atención de los niños con canciones y cuentos de su cultura.
- En más de la mitad de los *anganwadis* había “rincones de actividades” con material didáctico que los niños podían utilizar cuando quisieran, mientras que antes del programa esto solo existía en uno de cada diez centros.

“La enseñanza bilingüe impartida en la lengua materna permite a los niños aprender en el idioma que mejor conocen, lo que fomenta la comprensión y la participación en las clases, para ir transfiriendo más tarde conocimientos de su primera lengua a la segunda.”

- Casi un tercio de los trabajadores de los *anganwadis* utilizaba en clase materiales del contexto sociocultural local, mientras que antes de la formación ni siquiera uno de cada diez lo hacía.

Los evaluadores observaron un aumento de la asistencia, mejoras en los entornos de aprendizaje, una mayor participación de los niños y la comunidad, un mejor dominio lingüístico y una transición más fluida a la escuela primaria. Los supervisores y los propios trabajadores también comentaron estas mejoras. En clase se dedicaba más tiempo a la narración, las conversaciones guiadas o libres, los juegos adecuados para el contexto y las actividades previas a la lectura.

Ahora se están institucionalizando las mejores prácticas del MTELP+. Todo el material didáctico desarrollado en el ámbito del programa está disponible en el sitio web del departamento. En la formación gubernamental y los cursos profesionales para los supervisores y los trabajadores de los *anganwadis*, se abordan temas como la crianza, la ciencia sobre el cerebro y el aprendizaje en lengua materna. Actualmente en el departamento se está estudiando cómo seguir ampliando la escala del programa para cubrir los 72 587 *anganwadis*

Concienciación sobre la importancia de lavarse las manos con frecuencia en la formación de docentes de *anganwadi* y la supervisión de campo



estatales y reforzar la formación gubernamental existente. El departamento está tratando de expandir los componentes del programa relativos a la crianza en todos los *anganwadís*, que podrían funcionar como plataformas eficaces para el involucramiento de las familias y las comunidades.

Para que las mejoras logradas con el programa se mantengan a largo plazo, harán falta cursos de perfeccionamiento y seguimiento. Asimismo, habrá que buscar formas de llegar a los niños de tribus cuya lengua materna no se encuentre entre las diez seleccionadas inicialmente o que vivan en zonas donde las comunidades tribales estén más dispersas. El gobierno de Odisha está planeando la expansión del programa para desarrollar contenidos en otros cinco idiomas, pues en muchos *anganwadís* hay niños con lenguas maternas diferentes.

Al regresar a Putsil, después del entrenamiento, Phulamani Jani se aseguró de que su *anganwadí* contase con los materiales didácticos necesarios, comprando algunos en el mercado y creando otros con recursos disponibles en la localidad. Ella misma empezó a componer canciones en lengua *kuví*. En la comunidad alguien comentó: “Los niños que ha cuidado Phulamani ahora van mejor en la escuela. Tienen muy buenos resultados. Han superado nuestras mejores expectativas”.

➔ Para la versión en línea de este artículo: [espacioparalainfancia.online/2020-15](https://www.espacioparalainfancia.online/2020-15)

REFERENCIAS

- Benson, C.J. (2002). Real and potential benefits of bilingual programmes in developing countries. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism* 5(6): 303–17.
- Departamento de Enseñanza y Educación de Masas del gobierno de Odisha. (2014). *Multi-Lingual Education Policy and Implementation Guidelines for Odisha*. Bhubaneswar: Gobierno de Odisha. Disponible en: <https://sme.odisha.gov.in/resolution/2014/14118.pdf> (último acceso en agosto de 2020).
- Kosonen, K. (2005). Education in local languages: policy and practice in South-East Asia. En UNESCO Bangkok, *First Language First: Community-based literacy programmes for minority language contexts in Asia*. Bangkok: Oficina Regional para la Educación de la UNESCO en Asia y el Pacífico.
- National Council on Educational Research and Training (NCERT). (2011). *Programme Evaluation Report: Multilingual Education in Orissa*. Nueva Delhi: NCERT.

Antes de que las buenas prácticas se puedan llevar a escala, primero, necesitamos buenas ideas. En esta sección nos centramos en innovaciones: programas, políticas o servicios nuevos o emergentes con el potencial de satisfacer las necesidades de los niños pequeños y sus cuidadores en una amplia gama de contextos.





Innovaciones

CanalCanoa: fortaleciendo los valores indígenas para mejorar el desarrollo infantil temprano

[84](#)

Un enfoque pragmático para ampliar el acceso de los niños más pobres de Sudáfrica a un aprendizaje temprano de calidad

[88](#)

Cómo la depresión materna y los comportamientos asociados impactan la salud y el desarrollo de los niños

[92](#)

El proyecto Villaggio: el tren de las comunidades de aprendizaje temprano

[96](#)

OneSky: aprendizaje mixto para las proveedoras de cuidado infantil a domicilio en Vietnam

[102](#)

La previsión estratégica y el futuro de la primera infancia tras la Covid-19

[106](#)

Adaptación de la prestación del servicio para llegar a las mujeres y los niños marginados de las zonas urbanas

[110](#)

Un estudio de Rotterdam ayudará a tomar decisiones sobre confinamiento en caso de pandemia

[115](#)

Planificación de espacios de juego para 1,1 millones de niños pequeños: Istanbul95

[118](#)

Covid-19 como acelerador del cambio: iniciativas innovadoras con padres y madres de Israel

[122](#)

CanalCanoa: fortaleciendo los valores indígenas para mejorar el desarrollo infantil temprano

- ▶ Las películas de CanalCanoa muestran canciones, cuentos y prácticas de crianza de los pueblos indígenas.
- ▶ En las comunidades que debaten sobre el contenido de las películas, mejora el desarrollo de los niños.
- ▶ Un efecto inesperado de la iniciativa es el fortalecimiento de las redes de apoyo social de los cuidadores.

Kurt Shaw

Codirector ejecutivo

Rita de Cácia Oenning da Silva

Codirectora ejecutiva

Usina da Imaginação
(Shine a Light),
Florianópolis, Brasil

En una casa de madera de un barrio pobre de São Gabriel da Cachoeira, una de las localidades más remotas de la Amazonia brasileña, 15 mujeres indígenas se reunieron para una sesión de visionado de cortometrajes con debate. Mientras tanto, los niños mayores jugaban en la calle y los más pequeños estaban en el regazo de sus madres.

“Es cierto lo que dice esa mujer tukano –afirma una–. Cuando vivíamos en la selva, teníamos alimentos muy sanos para los niños. Pescado, mandioca, ¡muchísima fruta! Y aquí en la ciudad, ¿qué comen? Patatas fritas y refrescos. A veces, pollo, arroz y alubias.”

“Y no es solo la nutrición, también se pierde la cultura” –añade una abuela.

Una mujer organizó un encuentro para contar a las demás cómo había convertido su pequeño patio en un huerto. Otra le dijo a una amiga: “Lívia, estoy muy preocupada por el colegio. Ya sabes lo que comen allí...”.

Lívia lo sabía bien: no solo tenía dos hijos pequeños, sino que además trabajaba en el departamento gubernamental encargado de los almuerzos escolares. Aquella conversación la animó a actuar. Analizó normativas federales en favor de los productores locales, buscó cooperativas rurales indígenas de la zona, evaluó su capacidad de producir y distribuir sus productos y les enseñó a realizar los trámites necesarios para conseguir contratos gubernamentales. Hoy los niños de São Gabriel comen alimentos locales en sus almuerzos y meriendas.

Hace cuatro años, cuando la ONG brasileña Usina da Imaginação (Shine a Light) fundó CanalCanoa, la idea era que los indígenas documentasen en medios digitales sus canciones, cuentos y prácticas de crianza. A partir de 2016, un equipo de educadores indígenas se dedicó a mostrar las películas resultantes a decenas de grupos pequeños, para fomentar el debate, la reflexión y la acción cultural en favor de la primera infancia. Estas *ajuris de conhecimento* (podríamos traducirlo como “construcciones colectivas de conocimiento”) funcionan como una especie de formación cultural en vídeo que permite a grupos étnicos y comunidades más grandes verse reflejados en la pantalla para evaluar y adaptar su forma de criar a los niños. Participaron en el proyecto

unos 1186 adultos y 1148 niños, a los que se suman 44 000 personas que se beneficiaron indirectamente gracias al fortalecimiento de las redes, a la difusión de películas y al impacto cultural.

La cultura amazónica es pragmática. En los pueblos tradicionales, toda la comunidad se reúne a primera hora de la mañana para hablar de los asuntos del momento (la escasez de pescado o caza, una propuesta para preparar un nuevo campo de mandioca, los daños provocados por una manada de pecaríes...) e idear estrategias colectivas. Las *ajuris* tuvieron la misma función: brindaban un espacio para que los padres de la zona se reuniesen a reflexionar sobre la crianza de los niños y buscar soluciones a los problemas más habituales. Los resultados del proyecto llegaron mucho más allá que la propuesta original, pues se abordaron decenas de temas importantes para los padres y abuelos indígenas.

El trabajo de Livia en cuanto a los almuerzos escolares es solo un ejemplo de los muchos resultados logrados en la práctica. Otros grupos construyeron nuevas *malocas* (un tipo de espacio habitable comunitario), idearon proyectos

Sandriele Silva (Tukano) graba cuentos para niños



de pesca y piscicultura colectivas, compartieron campos para aumentar el rendimiento de la cosecha, formaron tres nuevos grupos de teatro de niños, documentaron decenas de cuentos infantiles tradicionales y técnicas pediátricas propias de los indígenas, y crearon diversos colectivos nuevos de cuidado infantil.

Los valores de los indígenas se alían con la ciencia del desarrollo infantil

Mediante una serie de entrevistas con los participantes de 31 de las 32 *ajuris*, evaluamos el proyecto desde un punto de vista cuantitativo, según criterios resultantes de combinar la ciencia del desarrollo de la primera infancia con los valores de los indígenas. Los resultados son apasionantes.

“Después de participar en siete *ajuris*, varios padres y abuelos aumentaron drásticamente la estimulación multilingüe de los bebés y niños pequeños.”

1 Adquisición del lenguaje. La región superior de Río Negro (donde se encuentra São Gabriel) se caracteriza por una riqueza lingüística extraordinaria, pues cuenta con 27 grupos étnicos que hablan 22 idiomas (Lasmar, 2005). En muchos grupos (como los tukano, arahuacos y ciertos baríes), es obligatorio el matrimonio entre personas con lenguas maternas diferentes, así que los niños hablan al menos dos idiomas, y muchas veces hasta cuatro o cinco. Se ha demostrado que el multilingüismo nativo fomenta la conciencia metalingüística, la flexibilidad cognitiva y las funciones ejecutivas (Centro del Niño en Desarrollo, 2016). Por desgracia, conforme las familias emigran de las zonas rurales a las ciudades y los pequeños se van integrando en el sistema escolar, cada vez menos niños hablan lenguas indígenas, aunque muchos las siguen entendiendo.

Después de participar en siete *ajuris*, varios padres y abuelos aumentaron drásticamente la estimulación multilingüe de los bebés y niños pequeños. Todos los entrevistados aseguraban haber cambiado la forma de interactuar lingüísticamente con sus hijos y nietos, cuatro quintos habían empezado a hablar más con los niños en sus idiomas nativos y tres quintos ahora les contaban más cuentos. En el 30% de los grupos, los padres y abuelos cantaban con más frecuencia a los niños, y en otro 30% los niños habían empezado a pedir cuentos y canciones y a transmitírselos ellos mismos a sus amigos, hermanos y primos.

2 Salud y nutrición. En el 56% de las *ajuris* urbanas, los participantes empezaron a cosechar sus propios alimentos en casa. Tres quintos de los entrevistados declararon haber aprendido a combinar la medicina tradicional y la occidental. En el 70% de las *ajuris*, los participantes empezaron a usar más remedios caseros y naturales. En más de la mitad de los grupos, las mujeres mayores comenzaron a vender o distribuir preparaciones de herboristería. El proceso también sirvió para volver a despertar el interés de los chamanes tradicionales por la primera infancia. Dos grupos se animaron a documentar sus conocimientos de herboristería y dos jóvenes decidieron estudiar chamanismo.

Fortalecimiento de las redes de apoyo social

De todas formas, lo más importante no son estos resultados prácticos en sí, sino que los encuentros sirvieron para mejorar las redes de apoyo social. Cuando las familias emigran de los pueblos a las ciudades, pierden las fuertes redes de apoyo intergeneracional necesarias para la crianza de los niños. Al brindar ocasiones de reunión para padres y abuelos (muchas veces junto con chamanes, matronas, enfermeras y agentes de la sanidad pública), CanalCanoa volvió a crear esta red de seguridad social informal.

Ni siquiera habíamos previsto documentar este resultado, pero todos y cada uno de los entrevistados mencionaron su importancia espontáneamente: más de tres cuartos aseguraron que respetaban más los conocimientos de los mayores, mientras que más de dos tercios señalaron que el diálogo con los jóvenes había mejorado. Los participantes de mayor edad comentaron que, después de las *ajuris*, las nuevas generaciones aceptaban mejor las técnicas de cuidado infantil tradicionales. Los jóvenes, por su parte, se sentían más respetados, les costaba menos pedir consejo y ayuda a sus padres, abuelos y tíos, y entendían mejor lo que les recomendaban estos. Asimismo, los parientes y vecinos participaban más en el cuidado de los niños. Esta red de apoyo reducía el estrés tóxico tan habitual en la vida de las familias indígenas que viven en las ciudades.

Ante estos resultados, es imprescindible seguir observando las consecuencias a largo plazo de la intervención. ¿Ha fomentado un cambio cultural? ¿Los participantes seguirán transmitiendo estas prácticas a sus semejantes? Si se realizasen estudios directamente con niños, se podría comprobar si Río Negro (un contexto muy poco habitual en la investigación sobre el desarrollo de la primera infancia) confirma las conclusiones de otras experiencias que conectan la enseñanza lingüística, la nutrición, las redes de ayuda y la reducción del estrés con la mejora del desarrollo. A pesar de las salvedades, estamos convencidos de que el modelo de CanalCanoa es un instrumento útil para las ONG y las políticas públicas que aspiren a mejorar el contexto del cuidado de los niños pequeños indígenas.

➔ Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-16

NOTA

Para obtener más información sobre el proyecto de CanalCanoa, visite <https://shinealight.org/project/canal-canoa/>

REFERENCIAS

Center on the Developing Child at Harvard University. (2016). *From Best Practices to Breakthrough Impacts: A science-based approach to building a more promising future for young children and families*. Cambridge (Massachusetts): Center on the Developing Child. Disponible en: https://46y5eh11fhgw3ve3ytpwxt9r-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2016/05/From_Best_Practices_to_Breakthrough_Impacts-4.pdf (último acceso en mayo de 2020).

Lasmar, C. (2005). *De volta ao Lago de Leite: gênero e transformação no Alto Rio Negro*. São Paulo: UNESP/ISA; Rio de Janeiro: NUTI.

Un enfoque pragmático para ampliar el acceso de los niños más pobres de Sudáfrica a un aprendizaje temprano de calidad

- ▶ *Sudáfrica tiene previsto garantizar el acceso universal al aprendizaje temprano de calidad antes del fin de 2030.*
- ▶ *Se excluyen muchos proveedores de calidad por los estrictos requisitos para el terreno y la infraestructura.*
- ▶ *Sin cambios en la normatividad, los niños pobres son los que corren más peligro de quedarse sin enseñanza.*

Carley Furness-Symms
Directora de programas
The ELMA Philanthropies,
Johannesburgo, Sudáfrica

Tressa Johnson
Directora de educación
The ELMA Philanthropies,
Nueva York, EE. UU.

Grace Matlhape
CEO
SmartStart,
Johannesburgo, Sudáfrica

Sudáfrica está demostrando un firme compromiso con el desarrollo infantil temprano (DIT). Con su plan de desarrollo nacional y su política nacional del DIT (2015), el país persigue garantizar la cobertura universal de todos los servicios de aquí al año 2030. En 2019, el presidente Ramaphosa anunció que la competencia sobre desarrollo infantil temprano pasaría del Departamento de Desarrollo Social al Departamento de Educación Básica, una clara señal de reconocimiento de la importancia del aprendizaje temprano. Además, se comprometió a añadir un año más de escolarización obligatoria antes del “Grado R” (preescolar).

Para cumplir el objetivo del acceso universal al aprendizaje temprano de calidad de aquí a 2030, habrá que escolarizar entre 2,5 y 3 millones de niños de entre 3 y 6 años, cuando se calcula que hoy en día hay 1,1 millones de niños de entre 3 y 5 años sin escolarizar, siendo las cifras de excluidos aún mayores entre los sectores más pobres de la población (Hall y otros, 2019).

En la actualidad, los servicios de aprendizaje temprano para los niños de entre 3 y 5 años se prestan mediante entidades privadas y sin ánimo de lucro, las cuales reciben subsidios reducidos del gobierno en función de los ingresos de las familias de los pequeños. En 2016, el gobierno aumentó el gasto en aprendizaje temprano con la creación de una subvención condicional para el desarrollo infantil temprano, que aumentó en 400 millones de rand (ZAR) reservados al aprendizaje temprano a los 2500 millones que ya se destinaban a este fin mediante otros mecanismos. En 2019, se incrementó la cuantía de la subvención aproximadamente a 3100 millones ZAR para el trienio 2020–2023, lo que permitirá al gobierno otorgar un subsidio mayor e incrementar ligeramente el número de niños con acceso al mismo, que en ese momento eran unos 612 000.

A pesar de estas mejoras, en los últimos cinco años ha habido pocos cambios en las diferencias entre los niños ricos y los pobres: la probabilidad de tener acceso a los servicios de aprendizaje temprano es el doble entre los primeros, y sigue habiendo pocos datos sobre la calidad de los servicios a escala nacional (Hall y otros, 2019: 37–8).

Requisitos de infraestructura

Uno de los obstáculos más importantes a la hora de aumentar la escolarización de los niños más pobres es que los servicios de aprendizaje temprano a los que suelen tener acceso son los que con menos frecuencia reciben ayudas del gobierno. Para recibir el subsidio por niño y día, los servicios tienen que cumplir ciertos requisitos de inscripción que establece el gobierno. En teoría, el objetivo de esta exigencia es proteger los intereses de los niños, pero en la práctica el resultado es que muchos se quedan sin la ayuda económica.

El principal escollo son los estándares para la infraestructura física, que se recogen en leyes nacionales, provinciales y municipales y son difíciles de cumplir si no se dispone de bastante capital, así que solo los satisfacen los centros que reciben suficientes ingresos mediante donaciones o las matrículas que pagan las familias. Aunque, incluso las familias menos pudientes aportan una pequeña cantidad, lo que recaudan los proveedores de servicios no basta para comprar o construir la infraestructura requerida. En los asentamientos urbanos informales, la falta de terreno es otro factor que dificulta el cumplimiento de los requisitos.

Sin duda, es importante que el gobierno regule la calidad de los servicios de aprendizaje temprano, pero es imprescindible adoptar un enfoque más orientado al desarrollo. Según los estudios realizados a escala global, un programa de aprendizaje temprano de alta calidad se distingue por cinco componentes clave:

- 1 personal competente
- 2 material didáctico y programas de enseñanza adecuados
- 3 un espacio seguro a la medida de los niños
- 4 una cantidad apropiada de niños por cuidador
- 5 una conexión con los padres y el entorno doméstico

(Whitebread y otros, 2015).

En otras palabras, existe consenso en cuanto a la necesidad de prestar los servicios de aprendizaje temprano en un espacio seguro a la medida de los niños, pero hay diversidad de opiniones sobre lo que esto implica en cuanto a requisitos para la infraestructura o el terreno. Las normativas deben garantizar que los subsidios lleguen a los servicios capaces de demostrar que facilitan un aprendizaje temprano de calidad orientado a forjar capacidades sociales, emocionales, cognitivas y ejecutivas en distintos entornos físicos que sean seguros y accesibles y estén disponibles en las zonas donde viven los niños más pobres.

Servicios prestados fuera de los centros de enseñanza

Durante los últimos años, varias ONG sudafricanas centradas en la infancia (como Ilifa Labantwana, SmartStart Early Learning y Kago Ya Bana) han iniciado una enérgica campaña basada en pruebas en favor de la enseñanza impartida fuera de los centros oficiales, con el objetivo de demostrar que se puede garantizar la calidad en contextos diferentes y sugerir cómo cambiar las normativas para que los servicios de este tipo puedan recibir subsidios.

“SmartStart es un ejemplo de plataforma de aprendizaje temprano que amplía la escala de servicios asequibles y accesibles para los niños más pobres mediante un mecanismo de franquicia social”

Un aspecto clave de esta estrategia es demostrar la eficacia de los servicios prestados fuera de los centros de enseñanza. Para ello, resulta muy útil el Early Learning Outcomes Measure (ELOM), un instrumento sencillo para medir los resultados de los niños en la etapa preescolar, estrictamente validado y que se puede aplicar de forma equitativa en el contexto cultural sudafricano (ELOM, 2020, en Internet).

SmartStart es un ejemplo de plataforma de aprendizaje temprano que amplía la escala de servicios asequibles y accesibles para los niños más pobres mediante un mecanismo de franquicia social y que demuestra que es posible garantizar la calidad del servicio aunque pocos franquiciados cumplan los requisitos normativos (SmartStart, 2020, en Internet).

Con SmartStart, para ofrecer un nuevo servicio de aprendizaje temprano, hay que seguir un proceso de formación y acreditación basado en competencias. Además, el profesional recibe ayuda para iniciar la actividad, cuenta con un facilitador y entra a formar parte de una red de proveedores que se ayudan entre sí y funcionan como microempresas. Cada profesional recibe un programa diario estructurado y estandarizado y participa en sistemas de supervisión y control de calidad continuos. Se fomenta la participación activa de los padres y cuidadores en la educación de los niños.

- 1 Los componentes que se miden con ELOM son: desarrollo de la motricidad gruesa, coordinación de la motricidad fina e integración motora visual, matemática y capacidad de cálculo emergentes, funcionalidad cognitiva y ejecutiva, y alfabetización y capacidad lingüística emergentes.



Al igual que otros muchos programas que defienden el aprendizaje fuera de los centros de enseñanza, SmartStart ha adoptado un enfoque basado en el desarrollo, con lo que permite a sus franquiciados ejercer la actividad en cualquier lugar que certifique como seguro para los niños. Según una evaluación inicial realizada con ELOM, en todos los franquiciados de SmartStart los niños mejoraron su rendimiento por encima de lo esperado para su edad en todos los componentes¹ (Horler y otros, 2019).

Próximos pasos

Si bien SmartStart y otros programas en defensa de la enseñanza fuera de los centros oficiales aumentan el acceso al aprendizaje temprano entre los niños más pobres y los primeros estudios demuestran su calidad, la mayoría de los proveedores de estos servicios no reciben ayudas económicas del gobierno porque no cumplen los requisitos actuales relativos a la infraestructura física.

A la hora de valorar la calidad, sería necesario que el Departamento de Educación Básica establezca criterios de infraestructura más flexibles para priorizar aquello que lleva a que los niños obtengan mejores resultados. Para abarcar a toda la población infantil, hay que adoptar sistemas de control de calidad orientados al desarrollo y al apoyo de los niños. Es imprescindible establecer procesos y mecanismos de financiación para los servicios prestados fuera de los centros de enseñanza. Asimismo, hay que apoyar a las ONG que trabajan en el campo de la primera infancia para que sigan creando plataformas en las que implementar programas de aprendizaje temprano de calidad demostrada a gran escala para los niños más pobres.

Los aumentos en la financiación gubernamental destinada al aprendizaje temprano, que tanto ha costado conseguir, tienen que servir para mantener servicios que amplíen el acceso a la enseñanza y mejoren los resultados entre la población infantil con menos recursos. Cualquier enfoque que no tenga esto en cuenta resultará lento y costoso. Y acabarán pagándolo los más pobres.

➔ [Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-17](https://www.espacioparalainfancia.online/2020-17)

REFERENCIAS

ELOM. (2020, Internet). *The Early Learning Outcomes Measure*. Disponible en: <http://elom.org.za> (último acceso en mayo de 2020).

Hall, K., Sambu, W., Almeleh, C., Mabaso, K., Giese, S. y Proudlock, P. (2019). *South African Early Childhood Review 2019*. Ciudad del Cabo: Children's Institute, Universidad de Ciudad del Cabo/Ilifa Labantwana.

Horler, J. Snelling, M. Biersteker, L. Dawes, A. y Girdwood, E. (2019, Internet). *SmartStart Programme Evaluation Report*. Disponible en: <https://www.smartstart.org.za/wp-content/uploads/2020/05/Smartstart-Outcome-Evaluation-FINAL-FULL-TECHNICAL-REPORT.pdf> (último acceso en junio de 2020).

SmartStart. (2020, Internet). *About SmartStart*. Disponible en: <https://www.smartstart.org.za/about-smartstart/> (último acceso en mayo de 2020).

Whitebread, D., Kuvalja, M. y O'Connor, E. (2015). *Quality in Early Childhood Education: An international review and guide for policy makers*, WISE Research Report. Cambridge: Universidad de Cambridge.

- ▷ Según estudios recientes, la depresión materna afecta a ciertos comportamientos relativos al cuidado infantil.
- ▷ Se han analizado los comportamientos relacionados con el desarrollo y la salud de los niños.
- ▷ La depresión materna se puede tratar con intervenciones de bajo coste que han demostrado ser eficaces.





Cómo la depresión materna y los comportamientos asociados impactan la salud y el desarrollo de los niños

Erin Pfeiffer

*Asesora técnica sénior
sobre salud y nutrición
Food for the Hungry,
Washington D. C., EE. UU.*

Si una madre padece depresión durante las primeras fases de la vida de su hijo, es posible que la salud física y cognitiva del pequeño se vea afectada a largo plazo. Los primeros resultados de un estudio reciente en el que han participado 1200 madres ugandesas con depresión ayudan a conocer el modo en que influye esta enfermedad en la adopción de los comportamientos recomendados en cuanto a salud y nutrición. Se ha observado que la depresión materna se puede tratar con programas comunitarios de bajo coste, lo cual ayudará a los profesionales sanitarios y expertos en desarrollo de la primera infancia de todo el mundo a fomentar la salud mental de las madres y el desarrollo temprano de los niños mediante la modificación de los comportamientos que se adoptan en el hogar.

“La salud mental materna no suele formar parte del debate global entre los expertos en salud, nutrición y desarrollo de la primera infancia, a pesar de que está más que demostrado que la depresión de quien cuida a los niños afecta al crecimiento, desarrollo y bienestar de estos.”

Una de cada cinco madres padece depresión posparto en los países de renta media y baja, donde la probabilidad de sufrir esta enfermedad suele ser mayor debido a factores como las guerras, la violencia de género y la pobreza extrema (Organización Mundial de la Salud [OMS], en Internet). En general, una de cada diez personas en el mundo necesita ayuda con su salud mental en algún momento de su vida (OMS, 2018a). En los países de renta baja, la cantidad de especialistas disponibles dista mucho de ser suficiente para afrontar la demanda: a veces solo hay dos profesionales cualificados por cada 100 000 personas, 200 veces menos que en los países de renta alta (OMS, 2018b). Por lo tanto, resultan cruciales las intervenciones comunitarias de bajo coste.

Los trastornos mentales de los cuidadores se pueden tratar con intervenciones a cargo de personas que, aunque no sean especialistas, hayan recibido la debida formación. Sin embargo, la salud mental materna no suele formar parte del debate global entre los expertos en salud, nutrición y desarrollo de la primera infancia, a pesar de que está más que demostrado que la depresión de quien cuida a los niños afecta al crecimiento, desarrollo y bienestar de estos. Por ejemplo, según un metaanálisis, el índice global de retrasos en el crecimiento se reduciría en torno al 27% si se eliminase el problema de la depresión materna (Surkan y otros, 2011).

La organización internacional de ayuda y desarrollo Food for the Hungry llevó a cabo un ensayo controlado aleatorio durante tres años (de 2016 a 2019) en el norte de Uganda para analizar la utilidad de la terapia interpersonal de grupo (IPT-G, por sus siglas en inglés) –un tipo de psicoterapia comunitaria centrada en el apego– a la hora de reducir la depresión de las madres y aumentar su capacidad de adoptar comportamientos vitales con sus hijos en cuanto a salud, nutrición y atención receptiva. La IPT-G, que cuenta con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, se ha utilizado en todo el mundo desde los años sesenta y se ha validado como una forma económica de tratar la depresión en contextos de recursos limitados. El estudio se llevó a cabo en colaboración con la Universidad de Columbia, la Universidad Johns Hopkins y World Vision International, y con la ayuda económica de la Eleanor Crook Foundation.

La mitad de las 1200 madres del estudio fueron seleccionadas de forma aleatoria para que asistieran a una sesión semanal de IPT-G durante tres meses como preparación previa a un programa de formación sanitaria entre iguales durante 15 meses mediante “grupos de atención”, un modelo de cambio conductual basado en pruebas que se implanta con personal sanitario voluntario de la comunidad. Se suele tratar de madres que forman a sus pares sobre cuestiones como las necesidades nutricionales de los niños pequeños y las animan a adoptar comportamientos positivos, como una lactancia correcta, el uso de agua hervida y la vacunación de los hijos. Estas mujeres, a su vez, enseñan lo aprendido a otras, con lo que se crea un círculo virtuoso de formación, aprendizaje y motivación entre iguales. La otra mitad de las 1200 madres del estudio, el grupo de control, participó en los grupos de atención pero no en el programa de IPT-G.

El estudio reveló una clara conexión entre la depresión y la capacidad de realizar acciones que afectan a la nutrición y la salud de los niños. En 10 de

los 12 indicadores analizados, la probabilidad de adoptar comportamientos importantes para la salud, la nutrición y la higiene era considerablemente mayor entre las mujeres que no sufrían depresión (la probabilidad se multiplicaba por una cantidad entre tres y veinte).

Con la IPT-G, la depresión se redujo rápidamente: seis semanas después de iniciar el tratamiento, el índice de depresión era más bajo entre las madres que lo habían recibido que entre las del grupo de control, y también se observaba una diferencia considerable en cuanto a la funcionalidad y la percepción de apoyo social. Sin embargo, al final del ensayo, la depresión se había reducido de forma similar en todas las participantes, independientemente de que hubiesen recibido o no la IPT-G, lo cual puede deberse al efecto terapéutico de los grupos de atención. Por lo tanto, ahora será importante estudiar bien el posible efecto de los grupos de atención en las madres con depresión.

Estos resultados demuestran que es posible abordar el problema de la depresión de las cuidadoras de forma rápida y económica. Los gobiernos nacionales o las organizaciones no gubernamentales pueden poner en marcha programas de IPT-G y grupos de atención, para luego dejarlos en manos de las comunidades. En la actualidad, son pocos los ministerios u ONG internacionales que integran la salud mental en sus programas sanitarios, pero este estudio pone de manifiesto que se trata de un aspecto esencial para mejorar la consecución de hitos en materia de salud, nutrición y desarrollo infantiles.

Food for the Hungry ha lanzado una serie de intercambio de conocimientos sobre salud mental de los cuidadores en EE. UU., el África subsahariana y en Internet, con el apoyo de la Eleanor Crook Foundation y el programa de pequeñas subvenciones Implementer-led Design, Evidence, Analysis and Learning (IDEAL), de la Agencia de EE. UU. para el Desarrollo Internacional.¹ Los objetivos son fomentar el intercambio de conocimientos, pruebas y recursos; encontrar oportunidades para dar visibilidad a la importancia de integrar intervenciones sobre salud mental en los programas y políticas globales y para obtener financiación; impulsar la investigación y fomentar el uso de prácticas recomendadas para colmar lagunas; y forjar alianzas y colaboraciones que beneficien a todas las partes implicadas.

1 Para obtener más información, visite www.caregivermentalhealth.org o póngase en contacto con caregivermentalhealth@fh.org

➔ Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-18

REFERENCIAS

Organización Mundial de la Salud. (2018a, Internet). Mental health: massive scale-up of resources needed if global targets are to be met. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/atlas_2017_web_note/en/ (último acceso en abril de 2020).

Organización Mundial de la Salud. (2018b). *Mental Health Atlas 2017*. Ginebra: OMS. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/ (último acceso en abril de 2020).

Organización Mundial de la Salud. (Internet). Maternal Mental Health. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/ (último acceso en abril de 2020).

Surkan, P.J., Kennedy, C.E., Hurley, K.M., y Black, M.M. (2011). Depresión materna y crecimiento durante la primera infancia en los países en vías de desarrollo: revisión sistemática y metaanálisis. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 89(8): 608–15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21836759> (último acceso en abril de 2020).

El proyecto Villaggio: el tren de las comunidades de aprendizaje temprano

- ▶ El proyecto Villaggio permite acceder a servicios de calidad para la primera infancia en zonas desfavorecidas.
- ▶ Los cuidadores participan directamente junto con los niños en actividades centradas en el desarrollo.
- ▶ Gracias al proyecto, las familias dedican más tiempo en casa a la lectura, el juego y la música.

Giorgio Tamburlini

Presidente y CEO

Anduena Alushaj

Gestora de programas de ECD

Centro per la Salute del Bambino, Trieste, Italia

Francesca Vezzini

Gestora de programas Fundación Generali The Human Safety Net Onlus, Milán, Italia

Coordinadores locales y equipo de apoyo del proyecto Villaggio¹

El término “pobreza educativa” se refiere a la escasez de oportunidades para aprender, experimentar, desarrollarse y nutrir con libertad las capacidades, los talentos y las aspiraciones personales (Save the Children Italia, 2014). Es algo que cada vez despierta más preocupación en todos los países (UNESCO, 2010). La pobreza educativa tiende a coincidir con la económica, si bien no son exactamente equivalentes. En cualquier caso, es uno de los factores clave que determinan la aparición temprana de la desigualdad social y contribuye en gran medida al conflicto social y la pérdida de capital humano (Marmot, 2005). En el caso de los niños pequeños, la pobreza educativa reduce su capacidad de crecer y prosperar en un entorno positivo para su desarrollo: supone la imposibilidad de acceder a cuidados tempranos, oportunidades de aprendizaje y relaciones, comunidades y servicios seguros y de calidad (Organización Mundial de la Salud y otros, 2018).

“Un Villaggio per crescere” (Un pueblo para crecer) es un proyecto nacional diseñado para afrontar este problema mediante la mejora de la accesibilidad y la calidad de los servicios de educación y desarrollo de la primera infancia en comunidades desfavorecidas desde el punto de vista económico, social y cultural. Basándose en la teoría ecológica del desarrollo infantil (Bronfenbrenner, 1979), los servicios del proyecto se centran igualmente en el entorno de aprendizaje doméstico en que se crían los niños y en el “pueblo” en el que viven las familias. Esta propuesta hace suya la visión de una comunidad de aprendizaje temprano formada por varios actores y sistemas conectados entre sí para ofrecer oportunidades educativas a los niños pequeños y sus familias (Rodrigues y otros, 2019).

Las actividades propuestas en los centros del proyecto Villaggio se han concebido para que se puedan replicar fácilmente en el entorno doméstico. Se basan en estudios que han demostrado su efecto positivo en la crianza receptiva y el aprendizaje temprano: las pruebas valoradas abarcan toda la secuencia desde el tipo general de intervención hasta su contenido específico, tal como se resume en la siguiente página. Los espacios de Villaggio, que adopta un enfoque local de acceso universal, están abiertos a todas las familias que viven en las comunidades del proyecto. De este modo, con la implicación de actores locales que difunden la información y colaboran con las actividades, se facilita la creación de nuevas redes entre las familias y los servicios, lo que fomenta la adopción de valores compartidos en la comunidad, la inclusión social y la sostenibilidad.

¹ Elisa Maria Colombo, Milán; Roberto Cavaliere, Salerno; Fiorenzo Fantuz, Trieste; Cheyenne Benvegnù, Trieste; Nicola Caracciolo, S. Cipriano d’Aversa; Francesca Cesarini, Foligno; Claudia Cioffi, Avellino; Loredana di Cristina, Siracusa; Daniela Pes, Nápoles; Irene Restuccia, Turín; Francesca Rina, Cosenza; Patrizia Sepich, Policoro; Maria Carla Sivori, Génova.

Las pruebas: una selección de bibliografía*

TIPO DE INTERVENCIÓN GENERAL: *servicios de cuidado y aprendizaje temprano*

- *Improving Early Child development: WHO guidelines* (Organización Mundial de la Salud, 2020)

CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA PRESTACIÓN: *grupos de padres con hijos liderados por un profesional*

- Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Barlow y otros, 2010)
- The effectiveness of parenting programs: a review of Campbell reviews, *Research on Social Work Practice* (Barlow y Coren, 2017)
- Effects of early parenting interventions on parents and infants: a meta-analytic review, *Journal of Child and Family Studies* (Mihelic y otros, 2017)
- *Parental Beliefs, Investments, and Child Development: Evidence from a large-scale experiment*, documento de debate n.º 12506 de IZA (Carneiro y otros, 2019)

CONTENIDO GENERAL DE LA INTERVENCIÓN: *actividades centradas en el desarrollo*

- Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development 1–2, *The Lancet* (Walker y otros, 2011)
- Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale 1–3, *The Lancet* (Black y otros, 2017)
- *Nurturing Care for Early Childhood Development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential* (Organización Mundial de la Salud y otros, 2018)

CONTENIDO ESPECÍFICO DE LA INTERVENCIÓN

Lectura compartida

- The impact of dialogic book-sharing training on infant language and attention: a randomized controlled trial in a deprived South African community, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (Vally y otros, 2015)
- Randomized controlled trial of a book-sharing intervention in a deprived South African community: effects on carer–infant interactions, and their relation to infant cognitive and socioemotional outcome, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (Murray y otros, 2016)
- Shared picture book reading interventions for child language development: a systematic review and meta-analysis, *Child Development* (Dowdall y otros, 2019)
- *Parent–child Reading to Improve Language Development and School Readiness: A systematic review and meta-analysis*, informe final (Law y otros, 2019)

Experiencia musical

- Music therapy with children and adolescents in mainstream schools: a systematic review, *British Journal of Music Therapy* (Carr y Wigram, 2009)
- Music training increases phonological awareness and reading skills in developmental dyslexia: a randomized control trial, *PLoS One* (Flaugnacco y otros, 2015)

Juego interactivo

- The benefits of play for children’s health: a systematic review, *Arquivos de Ciências da Saúde* (Gomes y otros, 2018)

* En la bibliografía que aparece al final de este artículo figuran los datos completos de estos recursos.

El modelo Villaggio

El proyecto se puso en marcha en 2018 en comunidades de renta baja de diez ciudades italianas, para poblaciones de entre 10 000 y 40 000 personas. Se aspira a llegar a atender a 4000 familias en un plazo de tres años. Desde una secretaría central, se proporciona financiación, directrices, formación e instrumentos de supervisión, además de ayudar a los equipos locales del proyecto con recursos como materiales de comunicación. A escala local, la infraestructura la proporcionan entidades públicas o privadas que prestan servicios sanitarios, educativos y comunitarios. Cada "Villaggio" ofrece por término medio entre 10 y 12 horas a la semana de actividades, a cargo de tres o cuatro profesionales que se han formado sobre el contenido y la filosofía del proyecto y han aprendido a comunicarse con los cuidadores de forma eficaz. Los educadores de todos los centros se reúnen dos veces al año para compartir experiencias y seguir formándose.

La asistencia es gratuita para los cuidadores, de los que tan sólo se requiere que lleven a sus hijos (de entre 0 y 6 años) y participen en las actividades (ver la figura 1), organizadas junto con las familias y adaptadas según las edades y necesidades de desarrollo.

FIGURA 1

Contenido de las actividades del proyecto Villaggio



Para entrar en contacto con las familias (y tratar de mantener su interés y participación a largo plazo), el proyecto recurre a estrategias como las visitas domiciliarias flexibles, el uso de redes sociales y la implicación del tejido comunitario al completo. Entre los servicios implicados se encuentran los centros sanitarios familiares, las clínicas de vacunación y de rehabilitación infantil, los servicios preescolares, los servicios sociales de la comunidad, las parroquias y asociaciones locales, además de entidades comerciales como bares y tiendas.

Para reforzar la coherencia de los mensajes y allanar el camino para acceder al cuidado, el proyecto colabora con los proveedores de servicios locales de

distintos sectores mediante la planificación conjunta, el diálogo continuo tanto sobre cuestiones organizativas como sobre casos concretos, y la formación multiprofesional. Con esta participación de entidades locales (con y sin ánimo de lucro) también se aspira a aumentar la implicación a escala local y a sentar las bases de la sostenibilidad. Por ejemplo, cuando se organizó una fiesta de verano para toda la comunidad en el marco del proyecto, una confitería local donó pasteles y otra tienda colaboró con fruta, a lo que se suma el apoyo logístico de voluntarios.

Para los adultos que participan en las propuestas de Villaggio (en particular, para las madres), éstas son una ocasión para conocerse y entablar amistades que van más allá del proyecto. Así, las madres y otros miembros de la familia se encuentran para tomar café o hacer la compra, entre otras actividades, y los educadores las llevan a la biblioteca pública, para que luego vuelvan por su cuenta, o a alguna playa de acceso gratuito. El proyecto se ha diseñado para las comunidades desfavorecidas, así que en sus centros se atiende principalmente a familias en situación de riesgo, pero también se fomenta la diversidad social, pues la variedad de las experiencias ofrecidas facilita la cohesión social y previene la formación de guettos entre los participantes.

En el momento de redactar este artículo, la forma de realizar actividades con las familias ha sufrido cambios debidos a la pandemia de la Covid-19. Ahora se está trabajando online, tanto con contactos individuales como en grupo, para ofrecer apoyo, consejos y recomendaciones de lecturas. Asimismo, los centros del proyecto han colaborado para distribuir tabletas, libros y lápices a las familias necesitadas.

“Para entrar en contacto con las familias (y tratar de mantener su interés y participación a largo plazo), el proyecto recurre a estrategias como las visitas domiciliarias flexibles, el uso de redes sociales y la implicación del tejido comunitario al completo.”

Modelo Villaggio: características clave

- Enfoque local de acceso universal
- Acceso abierto y estrategias proactivas de captación
- Participación conjunta de padres e hijos de entre 0 y 6 años
- Espacios fácilmente accesibles con horarios adaptados a las necesidades de los padres y a la estacionalidad
- Actividades para el desarrollo infantil y la atención receptiva (basadas en evidencia)
- Prestación de las actividades por parte de educadores profesionales
- Colaboración intersectorial (sanidad, educación, servicios sociales, bibliotecas) mediante una planificación y localización conjuntas y formación multidisciplinaria
- Participación de todos los actores de la comunidad (servicios públicos, actividades comerciales, organizaciones sin ánimo de lucro, entidades religiosas, etc.) para fomentar la implicación, la adopción de valores compartidos y la sostenibilidad
- Evaluación del impacto con métodos mixtos

Evaluación del impacto y resultados preliminares

La evaluación del impacto se basa en el marco lógico y la teoría de cambio del proyecto. Adopta un enfoque con métodos mixtos para evaluar los resultados, midiendo aspectos como los conocimientos de los padres sobre desarrollo infantil, la concienciación sobre su función parental, el estrés parental, la autoeficacia parental y cambios en el entorno de aprendizaje doméstico.

Asimismo, se observa la fidelización como indicador para analizar el impacto en los cuidadores y los niños, y se tiene en cuenta el alcance y el funcionamiento de las redes de la comunidad y la colaboración entre los servicios y las familias para evaluar el impacto en un sentido más amplio.

Según los primeros datos recabados en los diez centros, tras un promedio de 12 meses de actividades, han participado en el proyecto más de 1600 niños y 1400 cuidadores, lo cual está en línea con los objetivos fijados (5000 y 4000 respectivamente en un plazo de tres años). Se han forjado nuevos acuerdos entre servicios públicos, organizaciones de la sociedad civil y el sector privado.

En un análisis preliminar realizado a una muestra de familias, se ha comprobado que el 100% de los padres y madres ahora son más conscientes de las necesidades de desarrollo de los niños y se sienten mejor preparados en su función parental, además de que casi todos han introducido en la rutina familiar actividades como la lectura, el juego y la música o han empezado a dedicar más tiempo a estas cuestiones. Asimismo, perciben un mayor apoyo por parte de los servicios y de otras familias. Según las observaciones de los educadores



del proyecto, el hecho de que padres e hijos participen juntos en actividades centradas en el desarrollo ayuda a fomentar la crianza receptiva con más eficacia que las clases para padres por sí solas (Carneiro y otros, 2019) y las ventajas tienden a ser mayores para las familias con un bajo nivel educativo (Engle y otros, 2007).

En conclusión, el proyecto Villaggio responde a diversas necesidades: los niños tienen la oportunidad de practicar actividades en familia; los padres descubren formas positivas de pasar tiempo con sus hijos, entablan amistad con otros adultos y se ayudan entre sí; y toda la comunidad siente que ocurre algo nuevo y prometedor (en primer lugar, una mayor cohesión social y un mejor funcionamiento de la colaboración intersectorial). Los efectos dramáticos de la pobreza educativa en las vidas de quien la padece se pueden paliar si se implica “todo el pueblo”.

➔ Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-19

REFERENCIAS

- Barlow, J. y Coren, E. (2017). The effectiveness of parenting programs: a review of Campbell reviews. *Research on Social Work Practice* 28: 99–102.
- Barlow, J., Smailagic, N., Ferriter, M., Bennett, C. y Jones, H. (2010). Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3: CD003680.
- Black, M.M., Walker, S.P., Fernald, L.C.H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A.M., Lu, C. y otros (2017). Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale 1–3. *The Lancet* 389: 77–118.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by nature and design*. Cambridge (Massachusetts): Harvard University Press.
- Carneiro, P., Galasso, E., Lopez Garcia, I., Bedregal, P. y Cordero, M. (2019). *Parental Beliefs, Investments, and Child Development: Evidence from a large-scale experiment*. Documento de debate de IZA n.º 12506. Bonn: IZA.
- Carr, C.E. y Wigram, T. (2009). Music therapy with children and adolescents in mainstream schools: a systematic review. *British Journal of Music Therapy* 23(1): 3–18.
- Dowdall, N., Melendez-Torres, G.J., Murray, L., Gardner, F., Hartford, L. y Cooper, P.J. (2019). Shared picture book reading interventions for child language development: a systematic review and meta-analysis. *Child Development* 91(2): e383–99.
- Engle, P.L., Black, M.M., Behrman, J.R., Cabral de Mello, M., Gertler, P.J., Kapiriri, L. y otros. (2007). Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *The Lancet* 369(1557): 229–42.
- Flaugnacco, E., Lopez, L., Terribili, C., Montico, M., Zoia, S. y Schön, D. (2015). Music training increases phonological awareness and reading skills in developmental dyslexia: a randomized control trial. *PLoS One* 10(9): e0138715.
- Gomes, N.R., Costa Maia, E. y Van Deursen Varga, I. (2018). The benefits of play for children's health: a systematic review. *Arquivos de Ciências da Saúde* 25(2): 47–51.
- Law, J., Charlton, J., McKean, C., Beyer, F., Fernandez-Garcia, C., Mashayekhi, A. y Rush, R. (2019). *Parent-child Reading to Improve Language Development and School Readiness: A systematic review and meta-analysis* (informe final). Newcastle: Newcastle University.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet* 365: 1099–104.
- Mihelic, M., Morawska, A. y Filus, A. (2017). Effects of early parenting interventions on parents and infants: a meta-analytic review. *Journal of Child and Family Studies* 26(6): 1507–26.
- Murray, L., De Pascalis, L., Tomlinson, M., Vally, Z., Daddo, H., MacLachlan, B. y otros. (2016). Randomized controlled trial of a book-sharing intervention in a deprived South African community: effects on carer-infant interactions, and their relation to infant cognitive and socioemotional outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 57(12): 1370–9.
- Organización Mundial de la Salud, UNICEF y Banco Mundial. (2018). *Nurturing Care for Early Childhood Development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf?ua=1> (último acceso en mayo de 2020).
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Improving Early Childhood Development: WHO Guideline*. Ginebra: OMS. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/Improving_Early_Childhood_Development_WHO_Guideline_Summary_.pdf (último acceso en septiembre de 2020).
- Rodrigues, M.V., Kaneko, M., Bermúde, C., Lombardi, J., Fisher, S. y Berelowitz, D. (2019). *Scaling up Place-based Strategies to Strengthen Community Early Childhood Systems*. Spring Impact. Disponible en: https://www.springimpact.org/wp-content/uploads/2019/12/Scaling-up-place-based-strategies_Dec2019_FINAL_WEB.pdf (último acceso en mayo de 2020).
- Save the Children Italia. (2014). *La Lampada di Aladino*. Roma: Save the Children Italia Onlus. Disponible en: <https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/publicazioni/la-lampada-di-aladino.pdf> (último acceso en mayo de 2020).
- UNESCO. (2010). *Llegar a los marginados: informe de seguimiento de la EPT en el mundo 2010*. París: UNESCO/Oxford University Press. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000187865> (último acceso en mayo de 2020).
- Vally, Z., Murray, L., Tomlinson, M. y Cooper, P.J. (2015). The impact of dialogic book-sharing training on infant language and attention: a randomized controlled trial in a deprived South African community. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 56: 865–73.
- Walker, S.P., Wachs, T.D., Grantham-McGregor, S., Black, M.M., Nelson, C.A. y otros (2011). Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development 1–2. *The Lancet* 378: 1325–53.

OneSky: aprendizaje mixto para las proveedoras de cuidado infantil a domicilio en Vietnam

- ▶ En las zonas industriales de Vietnam viven alrededor de 1,2 millones de niños hijos de obreros emigrantes.
- ▶ OneSky ha probado un sistema de formación mixto para las proveedoras de servicios de cuidado a domicilio.
- ▶ El gobierno de Vietnam ha invitado a OneSky a implementar este modelo de formación en 19 provincias.

Alice Wong

Responsable de programas

Tim Huang

Director de alianzas institucionales

Cada vez hay más estudios que demuestran que, con el aprendizaje mixto, se obtienen mejores resultados que si solo se imparten clases presenciales u online (Means y otros, 2009, 2013). El innovador sistema de OneSky aprovecha las posibilidades de la tecnología digital para mejorar la eficacia de la enseñanza presencial, crear una comunidad de formación online y garantizar el desarrollo profesional continuo de quienes cuidan a domicilio a los hijos de los obreros que trabajan en las fábricas de las zonas industriales de Vietnam.

OneSky, Hong Kong

A lo largo de la última década, a medida que la productividad de la agricultura se ha visto afectada por el cambio climático, millones de vietnamitas han emigrado de las zonas rurales a las ciudades (Oficina General de Estadística y Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2015). Muchos de estos emigrantes (el 80% de ellos, mujeres) encuentran trabajo en las fábricas de las zonas industriales (Unicef, 2017). Por desgracia, Vietnam carece de un sistema público de cuidado infantil para los menores de 3 años, y los centros de enseñanza preescolar públicos de las zonas industriales para niños de entre 3 y 6 años no suelen ser accesibles a las familias con problemas de residencia, mientras que los privados tienen tarifas inalcanzables.

Ante la alta demanda y escasa oferta de cuidado infantil en las zonas industriales, ha surgido una red de servicios domiciliarios, en su inmensa mayoría a cargo de mujeres sin una formación oficial. El gobierno apenas supervisa el funcionamiento de los centros de cuidados domiciliarios (HBC, por sus siglas en inglés). Con la legislación actual, puede haber hasta 49 niños pequeños en un solo grupo atendidos por cuidadoras sin formación específica durante más de 12 horas al día en entornos domiciliarios (Ministerio de Educación y Formación [MOET] y otros, 2016). Se calcula que en estas zonas industriales viven 1,2 millones de hijos de obreros con salarios bajos que no tienen las oportunidades de aprendizaje y estimulación que necesitan en sus primeros años de vida, fundamentales para su desarrollo (Oficina General de Estadística y Unicef, 2015).

Innovación mediante el aprendizaje mixto

En 2018, OneSky lanzó un modelo de formación para proveedoras de HBC en Hoa Khanh, una zona industrial de la ciudad en expansión de Da Nang, situada

en el centro de Vietnam. Las participantes siguen un programa de 11 meses en el que aprenden a ofrecer una atención receptiva y a crear un entorno de aprendizaje seguro y afectivo que responda a las necesidades de desarrollo de los niños de hasta 6 años de edad.

El programa de enseñanza de OneSky se inspira en los principios de Reggio Emilia del aprendizaje centrado en el niño, se basa en los estudios globales sobre desarrollo de la primera infancia y se ha adaptado a las necesidades específicas de los niños y cuidadores vietnamitas. Se centra en forjar interacciones responsivas entre los cuidadores y los niños pequeños, promover una comunicación apropiada para su edad y estimular un desarrollo sano desde el punto de vista cognitivo, físico, lingüístico y socioemocional.

El programa de formación para proveedoras de HBC consta de 20 clases presenciales impartidas cada dos semanas, visitas formativas a domicilio presenciales individualizadas y virtuales en grupo dos veces al mes, y una plataforma de aprendizaje online accesible a través de dispositivos móviles llamada 1GiaDinhLon (1GDL), "1GranFamilia". El Departamento de Educación y Formación provincial invita a participar a las proveedoras de HBC de cada zona, quienes al completar el programa reciben un certificado firmado por dicho departamento y OneSky. La formación se imparte mediante un innovador sistema de aprendizaje mixto, que combina las clases online con elementos presenciales: sesiones de grupo en aula y formación individualizada a domicilio. La plataforma online fomenta el compromiso de las participantes, tanto durante el programa como una vez concluido, además de motivarlas para seguir formándose a largo plazo.

Docente y niña en el centro de educación infantil de OneSky



Foto: Cortesía de OneSky for all children

Creación de 1GranFamilia de cuidadoras online

El portal de aprendizaje online 1GDL se introduce después de la segunda clase presencial. Como cada mes solo se pueden realizar dos visitas formativas a domicilio, 1GDL permite a los formadores ampliar sus enseñanzas y dar a cada proveedora de HBC el apoyo constante y la orientación individualizada que necesita.

La plataforma se integra con los contenidos que se abordan en el aula, reforzando así lo aprendido en las sesiones presenciales con debates, actividades prácticas de seguimiento, recursos adicionales, fotografías, vídeos y apoyo de especialistas. Además, las participantes cuentan con un foro de intercambio, lo que les permite aprender unas de otras. Esta comunidad de práctica online es la primera de este tipo destinada a proveedoras de HBC en Vietnam. La plataforma 1GDL cuenta con numerosos recursos y contenidos de capacitación para seguir con la formación continua incluso mucho tiempo después de haber terminado las clases presenciales. Por ejemplo, en la biblioteca online hay actividades lúdicas, artículos de investigación y manuales para crear juguetes en casa. Pronto habrá también cursos virtuales más extensos de aprendizaje a distancia para adquirir competencias especializadas.

“Ante la alta demanda y escasa oferta de cuidado infantil en las zonas industriales, ha surgido una red de servicios domiciliarios, en su inmensa mayoría a cargo de mujeres sin una formación oficial.”

El uso del portal 1GDL ha ido aumentando con el tiempo: a la fecha de redacción de este artículo, cuenta con 492 participantes, 214 publicaciones creadas por los formadores, más de 9200 fotos y vídeos cargados por las proveedoras de HBC y más de 12 200 comentarios en total. Con la pandemia de la Covid-19 y el consiguiente cierre de los centros de cuidado infantil, se ha incrementado su uso, pues las proveedoras de HBC han accedido a la plataforma para mantener el contacto y continuar su formación.

Con la plataforma online 1GDL, OneSky está transformando la manera de formar y ayudar a las proveedoras de HBC en Vietnam. El sistema de aprendizaje mixto de OneSky:

- aumenta el impacto de la formación presencial en cuanto a implicación del alumnado, retención de conocimientos y dominio de las competencias gracias al aprendizaje y el material didáctico de apoyo en formato digital
- ofrece contenidos accesibles en todo momento por teléfono móvil, como recursos visuales interactivos que permiten a las cuidadoras de todos los niveles educativos comprender y aplicar los conceptos de inmediato
- fomenta la colaboración mediante el apoyo mutuo entre las participantes, la comunidad online y el intercambio de prácticas recomendadas y recursos
- permite ampliar la escala de la formación inicial y continua, pues se reducen los costes de personal, desplazamientos e instalaciones
- mejora la supervisión y la evaluación, ya que los formadores, con la ayuda de tabletas y datos de participación online, pueden analizar mejor las carencias que haya en cuanto a competencias y mejorar la calidad del programa.

Ampliación de la escala para cambiar los sistemas

OneSky está midiendo el progreso del programa mediante encuestas a las proveedoras de HBC realizadas a mitad y al final del proceso de formación.

Al digitalizar la recopilación de datos con la aplicación KoBoToolbox (que funciona sin conexión) y analizar los datos con paneles de control de impacto en Tableau (nuestro software de visualización y análisis de datos), los formadores que trabajan en primera línea solo necesitan una tableta para contribuir al rápido sistema de *feedback* que permite seguir mejorando el programa. Al mismo tiempo, la profesora Aisha Yousafzai de la Harvard T.H. Chan School of Public Health está llevando a cabo una evaluación de impacto pionera sobre la formación de las proveedoras de HBC, en colaboración con el Centro de Formación e Investigación para el Desarrollo Comunitario de Vietnam. Será el primer estudio sobre cuidado infantil domiciliario en las zonas industriales de Asia y el mayor que se ha realizado nunca fuera del Norte Global.

Desde 2018, en OneSky hemos formado a 320 proveedoras de HBC en las zonas industriales de Da Nang con la intención de mejorar la calidad del cuidado para 10 424 niños. Recientemente hemos llevado el programa de formación a Quang Nam, una provincia vecina en la que estamos formando a otras 147 personas, que atienden a 3675 hijos de obreros.

El éxito que ha tenido hasta ahora esta innovación ha llevado al Ministerio de Educación y Formación de Vietnam a invitar oficialmente a OneSky a implementar el programa de formación en 19 provincias. Ahora nuestra estrategia de cambio de sistemas pasa por crear centros de formación regionales para las zonas septentrional, central y meridional del país, e impulsar colaboraciones más estrechas con el gobierno para potenciar el cuidado infantil de calidad en las zonas industriales. Buscamos vincular la formación integral con la concesión de licencias para mejorar las competencias de las proveedoras de HBC y garantizar que toda una generación de hijos de obreros desarrolle en sus primeros años de vida la base necesaria para prosperar tanto en la escuela primaria como más adelante.

➔ [Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-20](https://espacioparalainfancia.online/2020-20)

REFERENCIAS

- Means, B., Toyama, Y., Murphy, R. y Bakia, M. (2013). The effectiveness of online and blended learning: a meta-analysis of the empirical literature. *Teachers College Record* 115: 1-47.
- Means, B., Toyama, Y., Murphy, R., Bakia, M. y Jones, K. (2009). *Evaluation of evidence-based practices in online learning: A meta-analysis and review of online learning studies*. Washington D. C.: Departamento de Educación de EE. UU., Centro para la Tecnología en el Aprendizaje. Disponible en: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED505824.pdf> (último acceso en mayo de 2020).
- Ministerio de Educación y Formación (MOET), Instituto Nacional de Ciencias de la Educación de Vietnam (VNIES) y Unicef. (2016). *Survey Report: Actual Situation and Management Mechanism of Independent, Private Child Care Groups in Viet Nam (conducted in densely populated areas, industrial zones and ethnic minority areas)*. MOET/VNIES/Unicef. Disponible en: <https://www.unicef.org/vietnam/media/1446/file/Conducted%20in%20densely%20populated%20areas.%20%20Industrial%20zones%20and%20ethnic%20minority%20areas.pdf> (último acceso en mayo de 2020).
- Oficina General de Estadística y Unicef. (2015). *Viet Nam Multiple Indicator Cluster Survey 2014, Final Report*. Hanói: GSO/Unicef. Disponible en: <https://www.unicef.org/vietnam/media/1276/file/Monitoring%20the%20situation%20of%20children%20and%20women%20Viet%20Nam%20Multiple%20Indicator%20Cluster%20Survey%202014%20.pdf> (último acceso en mayo de 2020).
- Oficina General de Estadística y Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2015). *The 2015 National Internal Migration Survey: Major Findings*. Hanói: GSO/UNFPA. Disponible en: https://vietnam.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PD_Migration%20Booklet_ENG_printed%20in%202016.pdf (último acceso en mayo de 2020).
- Unicef. (2017). *The Apparel and Footwear Sector and Children in Vietnam*. Hanói: Unicef. Disponible en: <https://www.unicef.org/vietnam/media/1461/file/The%20apparel%20and%20footwear%20sector%20and%20children%20in%20Viet%20Nam.pdf> (último acceso en mayo de 2020).

La previsión estratégica y el futuro de la primera infancia tras la Covid-19

- ▶ La pandemia está afectando mucho a las familias, pero también está abriendo espacio político a nuevas ideas.
- ▶ Tener previsión estratégica conlleva investigar las posibilidades venideras para trazar un camino hacia el futuro.
- ▶ En un informe de finales de 2019 se analiza cómo podría ser el sector de la primera infancia dentro de diez años.

Joe Waters

Cofundador y CEO

Capita, Greenville

(Carolina del Sur), EE. UU.

¿Cómo seguirán afectando las consecuencias de la pandemia de Covid-19 a los niños y las familias durante los próximos años? Entre los posibles efectos, se encuentran las dificultades de los cuidadores a la hora de dedicar una atención receptiva a los pequeños debido al estrés por la pérdida de su medio de subsistencia; el deterioro creciente de la confianza en las instituciones gubernamentales que prestan servicios sociales a las familias; y los obstáculos a la hora de desplazarse, lo cual hará que aumenten las desigualdades geográficas.

Sin embargo, el periodo de cambios que ha traído consigo la pandemia también ha abierto un espacio político para acelerar ciertas tendencias y plantear nuevas soluciones. Durante los últimos dos años, mi organización, Capita, ha colaborado con KnowledgeWorks para analizar las transformaciones globales que se producen en la sociedad y el modo en que afectan al bienestar de los niños pequeños y de sus familias, utilizando para ello una “previsión estratégica”.

En octubre de 2019, publicamos *Foundations for Flourishing Futures: A look ahead for young children and families* (KnowledgeWorks Foundation y Capita, 2019), donde recogemos información sobre temas que podrían afectar a los niños de todo el mundo durante los próximos diez años. Esta previsión ahora también facilita ideas a los responsables de tomar decisiones sobre los caminos que se pueden seguir cuando remita la pandemia.

El objetivo de la previsión estratégica es estudiar las posibilidades que existen de cara al futuro y ayudar a las partes implicadas a utilizar dichas posibilidades para trazar un plan. Implica examinar lo que se da por cierto, observar las trayectorias y tendencias actuales y considerar alternativas de forma creativa, desafiando los límites de lo que es plausible en la actualidad.

Ha sido la primera vez que el equipo de KnowledgeWorks aplica la metodología de la previsión estratégica a la primera infancia. Partiendo de sus anteriores previsiones decenales sobre educación, se dieron cuenta de que tenían que consultar estudios más variados y entrevistar a expertos de campos más diversos, como la pediatría, sociología, demografía, educación de la primera infancia, política pública, y filosofía y ética de la tecnología.

Imágenes del futuro

El informe detalla cinco amplias tendencias que hay que tener en cuenta si queremos ayudar a los niños y a las familias a prosperar durante la próxima década:

- 1 Las cifras de la salud:** Las tecnologías emergentes y el conocimiento actual de la salud comunitaria están modificando el modo en que se mide el bienestar de los niños y las familias y la forma de atenderlos.
- 2 Aprendizaje en tiempos de cambios:** La incertidumbre social y económica, junto con los nuevos estudios sobre la importancia de las relaciones, está influyendo en la forma de abordar el aprendizaje temprano.
- 3 Lagunas en la autonomía:** Las nuevas ideas sobre la autonomía en la primera infancia, junto con el aumento de la desigualdad, están creando tensiones culturales y generacionales y ampliando la disparidad en el acceso de los niños a la libertad de expresión.
- 4 Tensión en el tejido social:** Como las estructuras de apoyo y las fuentes de información están cambiando, familias cada vez más diversas consultan los recursos de formas diferentes.
- 5 El cuidado en primer plano:** Las nuevas realidades económicas y laborales, junto con el envejecimiento de la población, están creando tensiones en cuanto a los valores relativos al cuidado y las estructuras encargadas de facilitarlo.

Dentro de estos dominios, el informe propone varias “imágenes del futuro”, con el objetivo de que nos preguntemos si queremos acelerar el proceso de hacerlas realidad y plantearnos qué retos habría que afrontar para ello. Tres de estas imágenes descritas en el informe ilustran bien la idea.

En primer lugar, imaginemos una oferta de trabajo para un “urbanista pediatra”, encargado de ayudar a quienes toman decisiones en las ciudades a convertir los datos científicos sobre bienestar y desarrollo de la primera infancia en propuestas prácticas para aspectos como el diseño del transporte municipal o la remodelación de los espacios públicos.

En segundo lugar, supongamos que existe un programa de visitas domiciliarias universal, con financiación estatal pero con la intervención de distintas entidades certificadas (gubernamentales, privadas, sanitarias, sin ánimo de lucro...) especializadas en campos diversos. Cada familia puede elegir el proveedor de las visitas a domicilio, el cual tiene que buscar soluciones creativas para ganarse su confianza.

Por último, imaginemos la creación de “cooperativas de cuidado” en las que se reúnen grupos de vecinos para organizar servicios de cuidado flexibles y asequibles. Las familias comparan sus horarios, necesidades y poder adquisitivo, e idean soluciones eficaces para todos, aunque eso signifique que no todas pagan lo mismo ni dedican la misma cantidad de tiempo. Quienes tienen la posibilidad de trabajar desde casa se coordinan para establecer turnos durante la jornada laboral en los que cuidar a sus hijos y los de otros miembros de

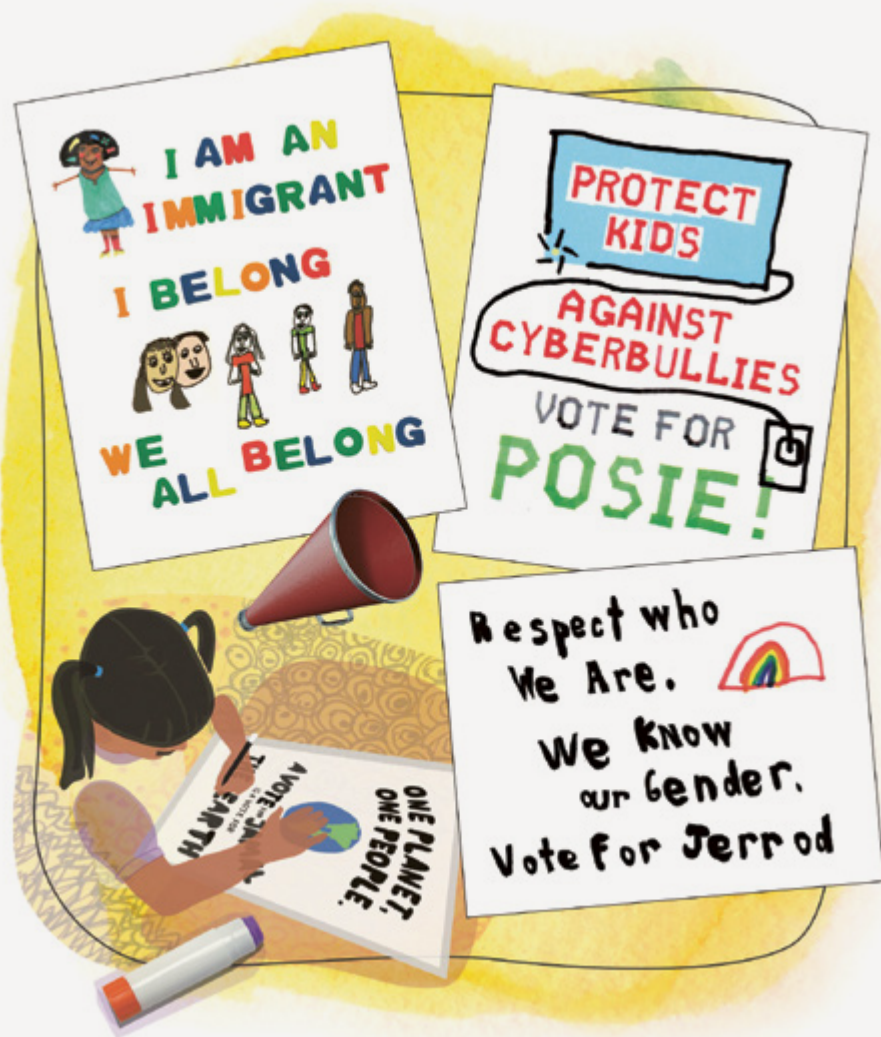
“La pandemia también ha dejado claro hasta qué punto la economía global depende de la disponibilidad de servicios de cuidado para los niños pequeños (en escuelas, hogares, guarderías y otros centros de cuidado infantil).”

la cooperativa, mientras que quienes tienen horarios irregulares buscarán soluciones flexibles para dejar a sus hijos en casas de vecinos.

Oportunidades tras la Covid

Volver a la normalidad después de la pandemia sería un fracaso. A pesar de todas las dificultades, la situación también abre las puertas a muchas oportunidades. Por ejemplo, nos ha demostrado que nuestras vidas (individuales, colectivas y globales) dependen de la salud de personas,

Imágenes del futuro: se han formado consejos de niños para promover la concienciación y la implicación cívica y garantizar que se tengan en cuenta las voces y necesidades de los niños en las decisiones públicas



comunidades y naciones situadas en el otro lado del mundo. En los próximos años será urgente educar a los niños en la solidaridad, una tarea que forma parte de lo que en Capita llamamos “revolución de las relaciones” (Capita, 2019, en Internet).

Tras vivir la experiencia de las clases a distancia, ahora mucha gente valora más el trabajo de quienes se ocupan de la educación y el cuidado infantil. Esta nueva percepción, sumada a la labor heroica del personal sanitario, genera la oportunidad de convertir todos los tipos de cuidado en profesiones prestigiosas que ocupen un lugar central en las economías del futuro.

La pandemia también ha dejado claro hasta qué punto la economía global depende de la disponibilidad de servicios de cuidado para los niños pequeños (en escuelas, hogares, guarderías y otros centros de cuidado infantil). Ahora que se está prestando más atención al concepto de “capitalismo de los grupos de interés” (Samans y Nelson, 2020), resultará más fácil convencer a los responsables de tomar decisiones en las empresas para que den más importancia a las necesidades y preocupaciones de los empleados, accionistas o clientes con hijos pequeños.

Finlandia podría ser un ejemplo para otros países sobre cómo crear una hoja de ruta post-Covid mediante el uso de la previsión estratégica. El proyecto *National Foresight 2020* está ayudando al país a planificar la próxima década. Tal como ha escrito recientemente un equipo de visionarios del grupo de reflexión Demos Helsinki (Minkinen y otros, 2020):

Se puede decir que la crisis ha abierto las puertas al futuro de forma momentánea: ahora el futuro no parece ser una continuación obvia del pasado, sino que muchas cosas se nos presentan como posibles e inciertas.

➔ [Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-21](https://espacioparalainfancia.online/2020-21)

REFERENCIAS

Capita. (2019, Internet). A relational revolution: rebuilding the good society. Capita Social. Disponible en: <https://www.capitasocial.org/capita-ideas/2019/6/21/a-relational-revolution-rebuilding-the-good-society> (último acceso en mayo de 2020).

KnowledgeWorks Foundation y Capita. (2019). *Foundations for Flourishing Futures: A look ahead for young children and families*. Cincinnati (Ohio)/Greenville (Carolina del Sur): KnowledgeWorks Foundation/Capita. Disponible en: <https://knowledgeworks.org/wp-content/uploads/2019/10/flourishing-futures-children-families.pdf> (último acceso en mayo de 2020).

Minkinen, M., Pouru, L. y Neuvonen, A. (2020). Foresight enables to prepare for crisis but also look beyond them. Demos Helsinki. Disponible en: <https://www.demoshelsinki.fi/en/2020/04/02/foresight-enables-to-prepare-for-crisis-but-also-look-beyond-them/> (último acceso en mayo de 2020).

Samans, R. y Nelson, J. (2020). Taking stakeholder capitalism from principle to practice. Foro Económico Mundial. Disponible en: <https://www.weforum.org/agenda/2020/01/stakeholder-capitalism-principle-practice-better-business> (último acceso en mayo de 2020).

- ▷ Muchos de los niños que no siguen el calendario de vacunación viven en hogares pobres de los suburbios.
- ▷ En la RDC y Haití las vacunaciones aumentan si se ofrece el servicio durante los fines de semana o en mercados.
- ▷ Se puede considerar lo aprendido en servicios no sanitarios para niños pequeños o cuidadores.



Una mañana en Kinshasa: una trabajadora sanitaria transporta las vacunas del día desde la oficina central de la zona sanitaria hasta el centro de salud. Aquí la mayoría de las instalaciones carecen de frigoríficos, así que los trabajadores sanitarios tienen que repetir este recorrido con frecuencia



Adaptación de la prestación del servicio para llegar a las mujeres y los niños marginados de las zonas urbanas

Folake Olayinka

Asesora sénior sobre vacunación

Chloe Manchester

Gestora de programas

John Snow Inc., Arlington
(Virginia), EE. UU.

El acceso a las vacunas durante la primera infancia es un factor crítico para la supervivencia. En 2020 la Covid-19 ha desbaratado los programas de vacunación en todo el mundo, pero ya antes de la pandemia, en 2018 había 19,4 millones de niños en el mundo sin alguna de las vacunas necesarias, y unos 13,5 millones ni siquiera habían recibido las iniciales y no tenían acceso a otros servicios sanitarios (Organización Mundial de la Salud, 2019).

La mayoría de los no vacunados proceden de hogares pobres, con madres sin estudios o con un nivel de instrucción muy bajo. Suelen vivir en lugares remotos, zonas de conflicto y suburbios. Se calcula que en 2030 en torno al 60% de la población mundial vivirá en ciudades y más de mil millones de personas, en suburbios.

Los datos administrativos, presentados de forma conjunta, suelen revelar mejores resultados sanitarios (incluidos los índices de vacunación) en las zonas urbanas que en las rurales, pero esconden diferencias considerables dentro de la ciudad según el nivel económico: la situación sanitaria de la población urbana pobre tiende a ser peor que la de quienes viven en el campo con ingresos bajos (Nandy y otros, 2018). La ausencia de datos desglosados dificulta la creación de nuevos servicios para llegar a los grupos vulnerables hoy mal atendidos y garantizar una mayor igualdad sanitaria.

“Si queremos que aumenten los índices de vacunación y el uso de los servicios sanitarios básicos, es fundamental basarse en datos desglosados por barrios y diseñar los servicios con la colaboración de los usuarios, las comunidades, los proveedores y los gestores sanitarios.”

A continuación se describen dos casos concretos (de la República Democrática del Congo y de Haití), que brindan ejemplos prácticos de conocimiento de cada barrio, y de diseño e implementación de servicios flexibles para los niños marginados. En ambas experiencias se ha llegado a una misma conclusión: hay que conocer a los usuarios de los servicios, saber qué hacen en su día a día, en qué horarios prefieren acceder al servicio y qué obstáculos se encuentran para ello. Esta información constituye la base para rediseñar los planes, adaptar los servicios existentes o crear otros nuevos que tengan más en cuenta las necesidades de la comunidad local.

Según un estudio retrospectivo realizado con más de 6 millones de clientes vacunados en un centro comunitario nacional de EE. UU., el 30,5% de las vacunas se aplicaron fuera del horario de apertura habitual de las clínicas: el 17,4% los fines de semana, el 10,2% a última hora del día y el 2,9% en festivos. La mayoría de los vacunados en esos momentos vivían en ciudades (Goad y otros, 2013). Ocurrió algo similar en Zambia, donde la prestación de servicios durante el fin de semana en centros de salud públicos llevó a una mejora de los programas integrales de asesoramiento, análisis y planificación familiar (Malama y otros, 2020).

RDC: vacunas en mercados

En las zonas sanitarias de Limete y Kimbanseke (en Kinshasa, RDC), los servicios de vacunación rutinarios se prestan en una cantidad de centros de salud muy reducida con relación a la densidad de la población. Según un análisis inicial de referencia, el hecho de realizar sesiones de vacunación en espacios públicos como mercados resulta más práctico para los cuidadores, con lo que acuden con más frecuencia y aumenta la vacunación entre la población urbana pobre (John Snow Inc., 2020).

La planificación de las sesiones de vacunación era competencia de los PAI de zona y los representantes sanitarios de distrito, mientras que la aplicación de las vacunas recaía en el personal de los centros sanitarios cercanos. En total,

se atendió a 75 embarazadas y 2139 niños, a quienes se aplicaron todas las vacunas infantiles habituales a lo largo de 42 sesiones realizadas en siete ubicaciones de las dos zonas sanitarias entre agosto y octubre de 2019. La movilización social por parte de los responsables de distrito, administradores de mercados y representantes de la comunidad, junto con el uso de emisoras de radio locales, resultó fundamental para dar a conocer los servicios y generar demanda.

En Kimbanseke, entre agosto y octubre de 2019, en los mercados se administraron el 34,2% de las vacunas aplicadas en el municipio y el 8% de todas las dosis inoculadas en la zona en su conjunto. El hecho de ofrecer gratis las vacunas y las tarjetas de vacunación fue un factor determinante para favorecer la participación, pues este coste sigue suponiendo un gran obstáculo en los centros sanitarios convencionales. Ahora esta estrategia es clave en la hoja de ruta del país para la vacunación, el Plan Mashako.

Haití: vacunaciones durante el fin de semana

La cobertura de vacunación en el municipio de Cité Soleil, a las afueras de Puerto Príncipe (capital de Haití), había permanecido por debajo del 30% durante años. Cuando se analizó a fondo la situación y se examinaron las razones de este dato tan negativo, se detectaron factores como la falta de vacunas en los centros sanitarios, las largas listas de espera, las malas experiencias con los proveedores del servicio, la inseguridad y el miedo a los efectos colaterales (JSI Research & Training Institute, 2017).

Estos factores interrelacionados, tanto individuales como relativos al servicio, se tomaron como base para rediseñar la prestación. La planificación de vacunaciones durante los fines de semana fue fruto del diálogo con los cuidadores, las comunidades, los proveedores de servicios y los gestores de distrito, en línea con las prácticas de diseño conjunto, con el objetivo de aumentar la administración de vacunas entre la población de los suburbios (Davie y Kiran, 2020). La mayoría de los cuidadores de Cité Soleil trabajan en la capital durante la semana, en mercados o fábricas o bien como artesanos, así que resultó fundamental contar con la flexibilidad de poder informarse o vacunar a los niños durante los fines de semana. Además, se adaptó la prestación para garantizar que quienes no se hubieran puesto todas las vacunas tuvieran acceso a los servicios en momentos compatibles con las obligaciones de los cuidadores.

Según los datos aportados por los coordinadores nacionales del programa de vacunación de Haití (UCNPV) sobre los primeros siete meses de prestación del servicio en fin de semana, el promedio de vacunas Penta 3 llegó a las 749 mensuales, mientras que en los siete meses anteriores la cifra se había quedado en 417. Con esta iniciativa, aumentó en un 41% la cantidad de niños con todas las vacunas, y el 71% de las nuevas vacunas (los niños pequeños que reciben la primera dosis de vacunas pentavalentes, Penta 1) de Cité Soleil se administraron durante los fines de semana.

“La adaptación de los servicios para llegar a niños de poblaciones urbanas marginadas será esencial para reducir las desigualdades sanitarias y evitar brotes de enfermedades que se pueden prevenir con las vacunas.”

Objetivo: ampliar la escala

La adaptación de los servicios para llegar a niños de poblaciones urbanas marginadas será esencial para reducir las desigualdades sanitarias y evitar brotes de enfermedades que se pueden prevenir con las vacunas. Si queremos que aumenten los índices de vacunación y el uso de los servicios sanitarios básicos, es fundamental basarse en datos desglosados por barrios y diseñar los servicios con la colaboración de los usuarios, las comunidades, los proveedores y los gestores sanitarios. Para ello resulta clave contar con herramientas fáciles de usar para recopilar la información, formar al personal local sobre cómo recabar datos e implicarlo en tareas sencillas de análisis e interpretación de estos. Todo ello resultará útil a la hora de resolver problemas con las distintas partes interesadas de la comunidad y las autoridades locales mediante revisiones programadas y un seguimiento de las intervenciones.

En el futuro habrá que seguir observando qué efectos tiene a largo plazo la flexibilización de las vacunaciones, para tenerlo en cuenta a la hora de ampliar la escala de este tipo de iniciativas, sobre todo con vistas a la recuperación de la actividad tras los trastornos provocados en los servicios sanitarios infantiles debido a la pandemia de Covid-19. Para lograr la igualdad en el acceso a la vacunación y a otros servicios esenciales en las zonas urbanas, será imprescindible aumentar las inversiones en el uso de datos locales, la capacitación (sin olvidar la desestigmatización), la implicación de la comunidad, la planificación adecuada y la presupuestación realista para las vacunas y el suministro.

➔ Para la versión en línea de este artículo: especioparalainfancia.online/2020-22

REFERENCIAS

- Davie, S. y Kiran, T. (2020). Partnering with patients to improve access to primary care. *BMJ Open Quality* 9(2): e000777.
- Goad, J.A., Taitel, M.S., Fensterheim, L.E. y Cannon, A.E. (2013). Vaccinations administered during off-clinic hours at a national community pharmacy: implications for increasing patient access and convenience. *Annals of Family Medicine* 11(5): 429–36.
- John Snow Inc. (2020, en Internet). *Strengthening immunization service delivery to urban poor communities in the DRC*. Disponible en: <https://www.jsi.com/project/strengthening-immunization-service-delivery-to-urban-poor-communities-in-the-drc/> (último acceso en mayo de 2020).
- JSI Research & Training Institute. (2017). *Haiti: Strategies for Strengthening Vaccination Programs in Urban Poor Settings*. Arlington (Virginia): John Snow Inc.
- Malama, K., Kilembe, W., Inambo, M., Hoagland, A., Sharkey, T., Parker, R. y otros. (2020). A couple-focused, integrated unplanned pregnancy and HIV prevention program in urban and rural Zambia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 222(4): S915 e1–e10.
- Nandy, R., Rees, H., Bernson, J., Digre, P., Rowley, E. y McIlvaine, B. (2018). *Tackling Inequities in Immunization Outcomes in Urban Contexts*, Documento de debate n.º 7 del Grupo de revisión externo para vacunación. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1qB_SYAhyQiponTLL50a8y7h5LiTG_Kb/view (último acceso en mayo de 2020).
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Progress and Challenges with Achieving Universal Immunization Coverage: 2018 WHO/Unicef estimates of national immunization coverage*. Disponible en: https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/who-immuniz.pdf?ua=1 (último acceso en mayo de 2020).

Un estudio de Rotterdam ayudará a tomar decisiones sobre confinamiento en caso de pandemia

- ▷ *Generation R está estudiando los efectos de la Covid-19 y el confinamiento en las familias.*
- ▷ *No había pruebas claras en que basar las decisiones de cerrar colegios y centros de cuidado infantil.*
- ▷ *Para las futuras decisiones políticas, hay que saber cómo han afectado estas medidas a los niños.*

Vincent Jaddoe

*Pediatra epidemiólogo,
investigador principal,
estudio Generation R
Erasmus University
Medical Center,
Rotterdam, Países Bajos*

La Covid-19 es una enfermedad nueva con características inusuales y ha obligado a los responsables de las políticas a tomar decisiones con rapidez sin contar con datos fiables. En particular, solo podían intuir los beneficios y los costes del cierre de los colegios y los centros de cuidado infantil. No sabían a ciencia cierta en qué medida contribuyen los niños a la transmisión del coronavirus ni hasta qué punto perjudicarían a su bienestar estos cierres, ni cómo afectaría a los cuidadores un bloqueo económico de mayor calado.

Necesitamos con urgencia comprender mejor ambos asuntos con vistas a posibles futuras oleadas de Covid-19. También hace falta más información sobre la segunda cuestión para analizar con conocimiento de causa la relación costes-beneficios en caso de futuras pandemias, cuando de nuevo las sociedades se pregunten si hay que confinarse.

El estudio Generation R Next es un programa de investigación longitudinal realizado en Rotterdam con niños pequeños. Empezamos a reclutar embarazadas en 2017 y ahora contamos con 4000 madres y casi 2000 bebés nacidos desde entonces. Seguimos buscando participantes, con el objetivo final de llegar a 5000 niños. Este programa continúa el trabajo de Generation R, que comenzó en 2002 la fase de reclutamiento y hoy tiene un grupo de adolescentes de entre 14 y 17 años. Generation R y R Next estudian los factores que afectan al desarrollo infantil con el objetivo de que se tengan en cuenta en las estrategias de la política pública. Ahora estos programas nos ayudan a analizar los efectos del coronavirus y de las consiguientes medidas gubernamentales en los niños y sus familias.

Desde los comienzos de la pandemia, se sabía que los niños y jóvenes tenían un riesgo muy bajo de padecer la Covid-19 de forma grave, algo que nadie se esperaba, pues las enfermedades víricas suelen afectar en mayor medida a los más pequeños y a los ancianos. Sin embargo, no estaba claro hasta qué punto la infección y las consecuencias de la infección eran menos probables entre los niños que entre los adultos ni qué factores protegían a los pequeños. Tampoco se sabía con certeza en qué medida los niños infectados pero asintomáticos podían transmitir el virus a otras personas.

En el momento de escribir este artículo, hay varios estudios a pequeña escala sobre estas cuestiones que dan que pensar, pero las pruebas no son lo bastante sólidas como para recomendar políticas de manera concluyente. Será crucial recabar información más clara para tenerla en cuenta al tomar decisiones sobre los riesgos y los costes de mantener abiertos los colegios y centros de cuidado infantil en caso de futuras oleadas de Covid-19.

Estudio de la transmisión del virus dentro del hogar

El estudio Generation R ayudará a conocer mejor el papel de los niños en la transmisión del virus Sars-Cov-2, que provoca la Covid-19. En primer lugar, realizaremos pruebas de anticuerpos a los niños participantes y a sus familias. En el momento de redactar este artículo, hay estudios que apuntan a que aproximadamente un 6% de la población de los Países Bajos tiene anticuerpos, aunque todavía no se sabe si contraer la infección siempre conlleva la generación de anticuerpos ni si la ausencia de anticuerpos siempre implica susceptibilidad. Los estudios de anticuerpos suelen excluir a la población infantil debido a la dificultad logística que supone la extracción de sangre.

Las pruebas de antígenos (es decir, las que detectan si una persona está infectada en ese momento, no si ha tenido el virus en el pasado) serán más importantes para estudiar cómo se transmite el virus dentro de los hogares. Enviaremos a unas 250 familias un breve cuestionario semanal con preguntas sobre posible sintomatología. Cuando un miembro de la familia nos informe de síntomas, nos pondremos en contacto a diario para preguntar sobre su situación y la de sus familiares. Una vez al mes tomaremos muestras con hisopo para comprobar si el virus está presente y realizaremos análisis de sangre en busca de anticuerpos.

La posibilidad de ser enfermo asintomático complica el seguimiento del modo en que se transmite el virus de un miembro del hogar a otro, pero las pruebas periódicas combinadas con el seguimiento de síntomas deberían servir para obtener información útil. Aunque suene irónico, necesitamos una segunda oleada



para poder sacar conclusiones de este estudio, pues el nivel de contagios en el momento de escribir este artículo es lo suficientemente bajo como para que sea improbable que se infecte pronto una cantidad de familias significativa.

También recabaremos pruebas sobre qué influye en la probabilidad de que un caso de Covid-19 sea grave. Estudiaremos factores como la genética; las enfermedades subyacentes como la obesidad, el asma y los trastornos mentales; las variables sociodemográficas como la etnia y el nivel de ingresos; cuestiones relacionadas con el estilo de vida como la dieta y el hábito de fumar en el hogar; y variables ambientales como la contaminación del aire y el acceso a espacios verdes.

El efecto de las medidas de confinamiento

Como en otros muchos lugares, en los Países Bajos la respuesta a la pandemia de Covid-19 pasó por implementar una serie de medidas que llevaron a bloquear gran parte de la economía y de la sociedad: se cerraron escuelas, centros de cuidado infantil y clubes juveniles y deportivos, mientras que numerosas industrias tuvieron que detener su actividad. Todo ello desembocó en una pérdida de ingresos y generó incertidumbre en cuanto a las perspectivas de futuro en el terreno laboral. Y como las personas mayores se encontraban entre las más vulnerables a la enfermedad y se recomendaba que se aislasen al máximo, los padres ya no podían contar con la ayuda de los abuelos para cuidar a los niños.

De todos modos, el confinamiento en los Países Bajos fue menos estricto que en otros países europeos: por ejemplo, los parques siguieron abiertos y no se limitó la posibilidad de hacer deporte al aire libre.

Con ambos grupos (los adolescentes de Generation R y los niños pequeños de Generation R Next), observaremos el impacto en su salud psicofísica, así como los efectos socioeconómicos y en el estilo de vida. Además de cuantificar estas consecuencias, observaremos ciertos factores que puedan explicar las diferencias en el modo en que se ve afectado cada individuo. Por ejemplo, podrían influir aspectos como la duración del cierre escolar, la salud mental de los cuidadores, la facilidad con que estos concilian el trabajo desde casa y la crianza de los niños, y las diferencias entre subgrupos sociodemográficos (como el hecho de vivir en una casa con jardín o en un piso pequeño sin espacio al aire libre).

Las decisiones de cerrar las escuelas y los centros de cuidado infantil no se basaban en pruebas porque no las había, pues la situación era completamente nueva. No cabe duda de que es crucial recabar pruebas ahora para que quienes tengan que tomar decisiones políticas en el futuro sepan si los diversos costes derivados del confinamiento justifican los beneficios de ralentizar la difusión de un virus. Independientemente de que se trate de otra oleada de Covid-19 o de una futura pandemia desconocida, tarde o temprano las sociedades tendrán que volver a afrontar este tipo de decisiones.

“El estudio Generation R ayudará a conocer mejor el papel de los niños en la transmisión del virus Sars-Cov-2, que provoca la Covid-19.”

➔ Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-23

Planificación de espacios de juego para 1,1 millones de niños pequeños: Istanbul95

- ▶ El estudio de arquitectura Superpool ha diseñado parques para niños pequeños en Estambul.
- ▶ Cuatro municipios han acordado probar nuevas ideas en el diseño de los parques.
- ▶ El alcalde de Estambul quiere ampliar la escala de los proyectos eficaces para cubrir otras zonas.

Selva Gürdoğan

Socia

Superpool, Estambul,

Turquía

Estambul tiene una población de 15,5 millones de habitantes y en el 47,5% de los hogares de la ciudad hay niños, 1,1 millones de ellos menores de 5 años. El programa Istanbul95 de la Fundación Bernard van Leer se puso en marcha en 2017 con el objetivo de aumentar el gasto público en favor de los niños pequeños y quienes los cuidan.

Estambul consta de 39 distritos, cada uno de ellos con su propio alcalde y órgano municipal, así como una institución municipal más amplia que abarca toda el área metropolitana. En la fase piloto del proyecto Istanbul95, se forjaron alianzas con cuatro distritos (Sarıyer, Maltepe, Sultanbeyli y Beyoğlu) para probar nuevos servicios y espacios públicos mejorados, con el objetivo desde el primer momento de aplicar lo aprendido a escala metropolitana en un plazo de dos años, con lo que el calendario coincidía perfectamente con las elecciones locales de 2019.

Superpool se alió con Istanbul95 para ayudar a los municipios participantes a construir un parque infantil en cada distrito. Este objetivo tan modesto fue el primer paso para introducir una agenda centrada en los niños pequeños en distintos departamentos de los municipios implicados. Si bien ciertos departamentos, como el de servicios sociales, sabían lo que podían ofrecer a los niños pequeños y a sus cuidadores, otros (como los encargados de las obras públicas o de los parques y jardines) muchas veces no eran conscientes de que también podían contribuir a mejorar la ciudad para la primera infancia. Para ayudar a los departamentos a empezar a imaginar soluciones, Istanbul95 creó dos tipos de recursos: mapas y un catálogo de ideas.

Estambul no carece de espacios para jugar: en las últimas décadas, se han construido muchos y hoy cada uno de los cuatro distritos cuenta con 50–100 parques. En los mapas creados por la Universidad Kadir Has y la Fundación Turca de Estudios Sociales y Económicos (TESEV), se mostraban todos estos parques y la cantidad de niños presentes en cada barrio, para valorar si los servicios prestados respondían a las necesidades reales o no.

Los niños se dividían por franjas de edad según los datos censales: de 0 a 4 años, de 5 a 9 y de 10 a 19. Se observó que no siempre los barrios con una mayor población de niños pequeños tenían una cantidad de parques suficiente para responder a sus necesidades.

En general, el equipamiento de los parques está pensado para niños de al menos 5 años, que ya han desarrollado la motricidad gruesa. Sin embargo, la necesidad de jugar y de contar con espacios adecuados para ello comienza mucho antes. Se ha demostrado que cada nueva competencia que adquiere un bebé, desde levantar la cabeza hasta sentarse o gatear, se perfecciona jugando y constituye la base necesaria para desarrollar capacidades más complejas.

Parques para niños de hasta 3 años

La primera tarea que abordó Superpool fue redactar un libro de ideas para los parques destinados a los niños y sus cuidadores. En esta publicación se proponían formas de crear en los espacios públicos oportunidades de juego pensadas para practicar las competencias desarrolladas en la apasionante fase que va desde el nacimiento hasta los 5 años de edad.

Para que los niños pequeños puedan jugar, no hace falta instalar equipamiento costoso en los espacios públicos, sino configurar con atención el espacio y ciertos elementos como la arena, el agua, las zonas a la sombra y objetos

Parque diseñado para niños de hasta 3 años y sus cuidadores



Foto: Cortesía de Engin Gerçek/Studio Majo

sencillos que permitan practicar actividades como mantener el equilibrio, trepar y saltar. Asimismo, es igualmente importante que el diseño tenga en cuenta el confort y el bienestar de los cuidadores.

La dificultad más importante que nos encontramos en la fase piloto de la implementación fue el proceso de adquisición de los municipios participantes. Descubrimos que los departamentos encargados de los parques y jardines siguen un enfoque bastante sistematizado en cuanto al diseño y al mantenimiento de estos espacios. Periódicamente se asignan licitaciones en contratos de gran tamaño, que después se subcontratan a empresas que se ocupan de cada componente presente en un parque convencional, como plantas, revestimientos para suelos y equipamientos. Los subcontratistas se coordinan con eficiencia e instalan el equipamiento a partir de catálogos con un amplio abanico de precios.

“Para que los niños pequeños puedan jugar, no hace falta instalar equipamiento costoso en los espacios públicos, sino configurar con atención el espacio y ciertos elementos como la arena, el agua, las zonas a la sombra y objetos sencillos que permitan practicar actividades como mantener el equilibrio, trepar y saltar.”

El hecho de buscar soluciones fuera de los catálogos existentes y tratar de crear algo más que una superficie plana generó problemas. Aunque los alcaldes de los distritos ordenasen la construcción de estos parques, el personal técnico a distintos niveles oponía resistencia.

La cuestión de la seguridad es el argumento más importante a la hora de rechazar cualquier diseño que se salga de lo habitual. Por ejemplo, ¿es seguro utilizar un tronco de árbol caído como elemento de juego? Cuando se entra en el terreno de las preferencias personales, la seguridad es un asunto espinoso. Por eso resultó fundamental establecer los estándares de la norma EN 1176 para el equipamiento de las áreas de juego y superficies como referencia que consultar en caso de conflicto. La norma europea (adaptada al contexto local como TS 1176) es conocida en Turquía, pero no se respeta con rigor. El hecho de aceptarlo como guía permitió experimentar soluciones nuevas.

Más que un parque

Con la construcción de los primeros parques, fuimos generando confianza y una visión colectiva. El proceso que habíamos emprendido junto con nuestras contrapartes se complementó con viajes de estudio a Dinamarca y a los Países Bajos, así como numerosos talleres con distintas partes implicadas. También se movilizaron entidades académicas como la Universidad de Boğaziçi y la Universidad Kadir Has, para formar al personal en diseño urbano y desarrollo de la primera infancia.

Conforme aumentaba la confianza, también conseguimos plantear nuevas actuaciones, como las áreas lúdicas móviles para niños pequeños en parques ya existentes que carecían de equipamiento pensado para esta franja de edad, o las “auditorías con cochecito” para evaluar la accesibilidad de los parques. Cada nueva experiencia contribuyó a generar confianza entre todas las partes implicadas sobre lo mucho que se puede hacer para crear una ciudad mejor para los niños pequeños y sus cuidadores.

En las elecciones municipales de 2019, la cuestión de las necesidades de la infancia apareció en las campañas de los dos principales candidatos al gobierno local. Hoy Estambul tiene un alcalde que ha declarado en numerosas ocasiones su intención de trabajar por los niños de la ciudad, en especial los más pequeños. Y todas las entidades que participan en Istanbul95, que han puesto a prueba muchos aspectos diferentes de lo que hace falta para adaptar una ciudad a la población más joven, han establecido protocolos para transferir conocimientos. Se han sentado las bases para lograr cambios increíbles.

➔ Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-24

Covid-19 como acelerador del cambio: iniciativas innovadoras con padres y madres de Israel

- ▶ En los centros de los Tipat Halav, las enfermeras promueven la crianza positiva.
- ▶ El programa de liderazgo en enfermería de Israel ha fomentado respuestas innovadoras a la Covid-19.
- ▶ Los servicios online probados a escala local servirán para dar forma a planes de ampliación a nivel nacional.

Maya Yaari

Directora de investigación y evaluación
Goshen, Israel

Idit Schuman-Adatto

Socia fundadora
Lotem, Israel

La pandemia de Covid-19 pareció llegar en el peor momento para el programa de liderazgo en enfermería de Israel. Estábamos terminando la primera fase de una colaboración plurianual con el Ministerio de Salud para reforzar la capacidad del servicio de *Tipat Halav* (centros sanitarios para la primera infancia) para responder a las necesidades de los progenitores y fomentar hábitos de crianza positiva. El objetivo era crear un grupo de pioneras que abogaran por la innovación y el cambio en el servicio.

La segunda fase del programa debería haber sido un “laboratorio de innovación” con el grupo de enfermeras, en el que habríamos usado métodos de pensamiento de diseño para idear formas innovadoras de promover hábitos de crianza positiva desde los centros de *Tipat Halav*. Cuando la pandemia obligó a cancelar las reuniones cara a cara, surgió un dilema. Por un lado, nos parecía crucial mantener la continuidad para no perder impulso. Por el otro, sentíamos que estas reuniones tenían que ser presenciales; nos costaba imaginar que pudiesen funcionar bien de forma virtual.

Asimismo, sabíamos que las participantes, enfermeras de la sanidad pública, estarían en el ojo del huracán de la Covid-19 y que les resultaría difícil concentrarse en el programa. Aunque la mayoría de los servicios comunitarios se interrumpieron durante el confinamiento, los centros de *Tipat Halav* siguieron abiertos. Pero se pidió a las enfermeras que limitasen los encuentros cara a cara a lo mínimo imprescindible para realizar los controles neonatales fundamentales y poner las vacunas oportunas, y que recurriesen a otras formas de comunicación y contacto con las familias cuando fuese necesario.

Ante esta situación, decidimos iniciar una serie de seminarios web para las enfermeras sobre temas relacionados con los excepcionales retos que estaban afrontando en su trabajo durante la pandemia. ¿Cómo comunicarse de forma eficaz con los padres y las madres en encuentros breves cuando además ellos están estresados y aislados? ¿Cómo gestionar el estrés y la incertidumbre? ¿Cómo cuidarse a sí mismas? ¿Cómo abordar las dificultades relativas a la gestión? En estas reuniones, combinamos la transmisión de conocimientos y competencias con momentos dedicados a la reflexión y al apoyo entre iguales.

La participación era voluntaria (bien durante el horario laboral o bien por las tardes) y tanto la tasa de participación como el nivel de involucramiento fueron altos.

Reuniones en Zoom para progenitores

Tras participar en estas reuniones online, una de las enfermeras pensó que se podría usar una plataforma similar con los grupos de madres que normalmente se encontraban en el centro. Organizó una serie de reuniones virtuales con madres jóvenes que tuvieron muy buena acogida, pues las participantes, al estar aisladas de sus familias y no tener acceso al apoyo de sus comunidades, necesitaban más que nunca conexión, orientación y apoyo.

En las siguientes semanas se sumaron a la iniciativa otras compañeras del distrito, así como enfermeras y gestoras de otras zonas. La ampliación de los grupos de padres online se inscribió en el marco de un movimiento más amplio de iniciativas en Internet (seminarios, reuniones y sesiones de terapia), que solían estar estructuradas y abarcaban una gran variedad de temas, como el vínculo progenitor-hijo, la lactancia, el fomento del desarrollo infantil mediante el juego, la introducción de alimentos sólidos e incluso la formación en primeros auxilios.

Al escuchar a las enfermeras hablar en nuestros seminarios sobre sus experiencias con los grupos de padres en Zoom, nos pareció que era el momento de promover algo que podría ser importante para el servicio más allá de la pandemia. Sugerimos ampliar la escala de la iniciativa local y la idea gustó tanto a las fundaciones que apoyaban el programa como a nuestros socios del Ministerio de Salud. Invitamos a todas las enfermeras del programa a unirse a la iniciativa y más de 20 aceptaron la propuesta. Les ofrecimos una breve formación sobre cómo liderar un grupo online, así como asistencia técnica constante, desarrollo de contenidos y supervisión.

Nos hemos encontrado algún escollo y hemos tenido que cambiar de planes más de una vez, pero hemos estado elaborando contenidos con las enfermeras y ahora éstas organizan reuniones virtuales periódicas con los padres. Si los resultados de este proyecto piloto siguen siendo positivos, tendremos más argumentos para defender la inversión pública en telesalud como servicio complementario de *Tipat Halav*.

Conclusiones sobre la gestión de los cambios

El Ministerio tenía pensado desde hacía mucho tiempo digitalizar ciertos servicios de *Tipat Halav*, como solicitaban las familias, pero siempre había sido difícil superar los obstáculos políticos, burocráticos y tecnológicos. Por ejemplo, algunos centros carecen de conexión a Internet de banda ancha, así que la mayoría de las enfermeras que utilizaban Zoom durante la pandemia lo hacían desde casa. En la fase piloto del programa se proporcionó tabletas a las enfermeras como solución tecnológica inmediata, mientras el Ministerio de Salud trabaja en paralelo para garantizar la conexión de los centros y

“Al escuchar a las enfermeras hablar en nuestros seminarios sobre sus experiencias con los grupos de padres en Zoom, nos pareció que era el momento de promover algo que podría ser importante para el servicio más allá de la pandemia.”

desarrollar un recurso que sirviera a más largo plazo, basado en una plataforma online que utilizan otras organizaciones sanitarias de Israel.

Al obligar a quienes están en contacto directo con las familias a experimentar nuevas formas de trabajar, la crisis de la Covid-19 está acelerando inesperadamente cambios que estaban pendientes desde hacía tiempo. De este modo, estamos aprendiendo a gestionar la innovación y las fases de transición.

Hemos observado diferencias entre los distintos distritos y zonas en cuanto a recursos disponibles, flexibilidad y espíritu de innovación. Hemos descubierto que resulta más fácil y eficaz trabajar de forma local con los distritos más innovadores y competentes, en lugar de empezar a escala nacional. Quienes están en contacto directo con las familias iban un paso por delante, pero para que las innovaciones locales funcionen a una escala más amplia, se necesita un liderazgo centralizado. Los profesionales sobre el terreno pueden allanar el camino para que los representantes de niveles jerárquicos superiores se sumen a la iniciativa.



En general, el éxito de la primera fase del programa de liderazgo en enfermería de Israel también fue un factor importante para que se dieran unas condiciones favorables para el cambio. En un periodo de tiempo relativamente breve, habíamos creado un grupo fuerte y muy motivado. Al aprender en equipo, habían desarrollado un lenguaje, historial y agenda comunes. Mostraban entusiasmo, entrega y voluntad de mantener el contacto a pesar de las dificultades que suponían las restricciones del confinamiento. Otro aspecto igualmente importante es que el programa también se había ganado la confianza de los servicios de la sanidad pública y la administración de enfermería, así que aceptaban que trabajásemos de forma independiente. Es una buena demostración de cómo el hecho de invertir en las relaciones sirve para mejorar la resiliencia en los tiempos de crisis.

Por último, hemos aprendido a no subestimar lo que se puede conseguir. Al principio de la pandemia de Covid-19, no imaginábamos que el programa pudiese continuar de forma virtual, pero no solo está funcionando bien, sino que además ha estimulado la aparición de ideas innovadoras para fomentar los hábitos de crianza positiva.

➔ Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-25

En los artículos de esta sección, se destacan iniciativas, recursos y métodos que nos han inspirado durante el último año y que, en nuestra opinión, merecen una mayor difusión.





Panorámico sobre temas de actualidad

Creación de sistemas para la primera infancia

[128](#)

Estigmatizados y sin ayuda: la doble tragedia de los hijos de presidiarios

[131](#)

El comienzo de la vida 2 – la naturaleza: un nuevo documental promueve el contacto de los niños con el mundo natural

[134](#)

Cambio climático y desarrollo infantil temprano: identificando las sinergias

[136](#)

Las calles como recurso en la respuesta a la pandemia de Covid-19 y la recuperación tras la crisis

[141](#)

¿Ayuda o problema? El impacto del trabajo temporal en el cuidado

[144](#)

Hacia una recuperación del cuidado infantil: un enfoque feminista

[147](#)

Creación de sistemas para la primera infancia

- ▷ Recientemente se han estudiado las estrategias que siguen los países al crear sistemas para la primera infancia.
- ▷ Se han analizado seis países con sistemas avanzados de cuidado y enseñanza de la primera infancia.
- ▷ Una de las conclusiones es la necesidad de respetar las variaciones contextuales al abordar elementos sistémicos.

Sharon Lynn Kagan

Profesora de política familiar y para la primera infancia

Caitlin M. Dermody

Ayudante de investigación

Centro Nacional para la Infancia y las Familias, Teachers College, Universidad de Columbia, Nueva York, EE. UU.

En muchos países se están expandiendo con rapidez los programas para los niños pequeños y las familias, pero con frecuencia estos carecen de la calidad y eficiencia requeridas, se distribuyen de forma desigual y tienden a ser cortoplacistas. El Centro Nacional para la Educación y la Economía de EE. UU. ha ayudado a los investigadores a realizar un análisis comparativo de seis países dotados de sistemas avanzados de atención y educación de la primera infancia (AEPI) —Australia, Inglaterra, Finlandia, Hong Kong, Singapur y Corea del Sur— con el fin de identificar las prácticas, las estrategias y los mecanismos que pueden resultar útiles a los líderes a la hora de planificar e implementar sistemas adecuados en sus países.¹

Las conclusiones, publicadas en una serie de estudios titulada *The Early Advantage*, se pueden resumir en cuatro puntos clave.

1 Sistemas adaptados a cada contexto

En todos los países estudiados, los sistemas de AEPI reflejan y afectan a dos tipos de contexto:

- sociocultural (valores, creencias, patrimonios, religiones) y
- económico-político (demografía, movimientos/ideologías sociales, liderazgo gubernamental, financiación).

El contexto sociocultural ayuda a dar forma al diseño y la orientación pedagógica de los servicios. Por ejemplo, cuando el compromiso de dar valor, confianza y atención a la infancia está integrado en la ideología del país (y a veces incluso se recoge en la constitución), se tiende a garantizar la universalidad de los servicios y estos van acompañados de menos rendición de cuentas por parte del gobierno. El contexto económico-político, por su parte, influye en la disponibilidad de financiación para los sistemas de AEPI y en la trayectoria y naturaleza de su implementación. Por ejemplo, en momentos de crisis social, cuando se suelen incorporar más mujeres al mercado laboral, es posible que aumente drásticamente la financiación del cuidado infantil.

Los países observados en el estudio mostraban grandes diferencias según el contexto. Por ejemplo, en Finlandia la mayoría de los servicios se prestan a través de grandes entidades públicas, así que la AEPI se financia casi por completo con fondos del gobierno. Por contrario, los tres países asiáticos siguen una estrategia fiscal basada en el mercado y dejan estos servicios en manos de entidades privadas.

1. Principal investigators of the project include Rebecca Bull (Singapore), Sharon Lynn Kagan (USA), Kristiina Kumpulainen (Finland), Mugyeong Moon (Republic of Korea), Nirmala Rao (Hong Kong), Kathy Sylva (England), and Collette Taylor (Australia). The six countries were chosen based on the OECD Programme for International Student Assessment (PISA) performance rankings for mathematics and the Economist Intelligence Unit's *Starting Well* report (2012).

2 Tantas estrategias como servicios

En los países estudiados se ofrecen numerosos servicios para los niños pequeños y sus familias: entre otros, programas de visitas a domicilio, programas de baja remunerada por motivos familiares, subsidios para atención sanitaria, apoyo a padres y madres, cuidado infantil, educación preescolar, formación de docentes, ayudas para familias en situación de riesgo e iniciativas para facilitar las transiciones.

La prestación de servicios comparte tres características principales en los distintos países. En primer lugar, comienza pronto: en la mayoría de los casos se ofrece atención prenatal y perinatal a las madres y las familias. En segundo lugar, la prestación de servicios continúa a lo largo del desarrollo infantil, con programas adaptados a las distintas edades y sistemas para facilitar la transición de los pequeños de una etapa a otra hasta que llegan a los primeros años de enseñanza primaria. Por último, los servicios dependen de distintos ministerios y se suelen mantener con diversas estrategias de financiación, tanto basadas en la demanda como en la oferta.

De todas formas, también se observan importantes diferencias según los países, pues algunos dan prioridad a los primeros años de vida y otros, a la etapa inmediatamente anterior al acceso a la educación formal. Asimismo, también varían el método y el ritmo de la organización, prestación y evaluación de los programas y las políticas.

La baja remunerada por motivos familiares es uno de los servicios disponibles en los países estudiados



3 Componentes claros en común

El contexto es importante: ningún país puede adoptar el sistema de otro tal cual. Sin embargo, los modelos de alta calidad tienen ciertos elementos estructurales y funcionales en común. En *The Early Advantage* (Kagan, 2018; Kagan y Landsberg, 2019) se han detallado 15 componentes sistémicos que se han clasificado en cinco pilares:

- bases políticas sólidas que tienen en cuenta el contexto y las necesidades particulares del público y de las distintas partes implicadas
- servicios completos, financiación suficiente y mecanismos de gobernanza coordinada
- docentes y familias con los conocimientos y el apoyo necesarios, capaces de fomentar el espíritu de comunidad mediante la implicación y el liderazgo eficaz
- pedagogía informada, individualizada y continua que promueve experiencias de aprendizaje enfocadas en los niños
- recopilación y uso de datos con eficacia para mejorar las políticas y los programas.

4 Plan orientado a la sinergia

Una cuestión importantísima es que los países con buenos resultados siguen una estrategia clara para garantizar la coordinación estructural y funcional entre los distintos servicios de AEPI. Saben que lo que se haga en un pilar o componente afecta a los demás, así que trabajan de forma que se generen sinergias que refuercen el sistema en su conjunto.

Por ejemplo, todos los países analizados cuentan con un marco nacional de programas de enseñanza, es decir, un documento de políticas obligatorias u orientaciones en el que se detallan los contenidos que deben conocer los niños y los métodos de aprendizaje. Estos marcos garantizan la coordinación de contenidos y métodos entre los distintos programas, y con frecuencia impulsan ciertas políticas y prácticas asociadas con distintos componentes o pilares (por ejemplo, la formación de estándares de desarrollo profesional, el establecimiento de criterios para la supervisión de los programas y la provisión de incentivos fiscales). Al fomentar la sinergia entre los distintos pilares y componentes esenciales, los países logran una mayor integración filosófica y práctica en sus sistemas de AEPI. Es más, logran resultados sistémicos –calidad, equidad, sostenibilidad y eficiencia de los servicios– con mucha más eficacia y eficiencia que si se concentrasen en cada componente o pilar de forma individual.

En definitiva, al compartir estas cuatro conclusiones y abordar los componentes y pilares esenciales, los países obtienen información útil y estratégica sobre cómo crear los sistemas AEPI eficaces que necesitan sus sociedades y que merecen los niños.

➔ Para la versión en línea de este artículo: [espacioparalainfancia.online/2020-26](https://www.espacioparalainfancia.online/2020-26)

REFERENCIAS

Economist Intelligence Unit. (2012). *Starting Well: Benchmarking early education across the world*. Disponible en: http://www.lienfoundation.org/sites/default/files/sw_report_2.pdf (último acceso en abril de 2020).

Kagan, S.L. (ed.) (2018). *The Early Advantage 1 – Early Childhood Systems that Lead by Example: A comparative focus on international early childhood education*. Nueva York: Teachers College Press.

Kagan, S.L. y Landsberg, E. (eds.) (2019). *The Early Advantage 2 – Building Systems that Work for Young Children: International insights from innovative early childhood systems*. Nueva York: Teachers College Press.

Estigmatizados y sin ayuda: la doble tragedia de los hijos de presidiarios

- ▷ *Children of incarcerated parents globally often experience violations of their rights.*
- ▷ *New research in Kenya adds to understanding of the challenges for mothers and children.*
- ▷ *Many children of imprisoned mothers are stigmatised and do not receive enough support.*

Rose Atieno Opiyo

Profesora sénior
Masinde Muliro
Universidad de Ciencia
y Tecnología Masinde
Muliro, Kakamega, Kenia

Cuando un padre o una madre está en prisión, la sentencia no afecta solo al condenado, sino a toda la familia. En todo el mundo, se ha observado que el encarcelamiento de un progenitor tiene efectos a largo plazo en el desarrollo socioemocional de los hijos. La investigación cualitativa que he realizado recientemente en Kenia occidental aporta información al respecto.

En Kenia, cuando se condena a prisión a una mujer embarazada o que ha dado a luz recientemente, por lo general esta puede llevarse a su hijo con ella hasta que este cumple los cuatro años de edad. La prisión no es un entorno adecuado para los pequeños, debido a diversos factores: comida insuficiente, lo que puede provocar desnutrición; hacinamiento; malas condiciones higiénicas, con falta de agua potable y de asistencia sanitaria; y escasez de prendas de vestir, ropa de cama y material lúdico y didáctico. Además, muchas veces las presidiarias sufren maltratos, lo cual desencadena traumas psicológicos que acaban afectando a los niños.

A pesar de todo, la mayoría de las madres presas con las que he hablado en dos instituciones penitenciarias del Oeste de Kenia preferían tener a sus hijos con ellas. Incluso en estas condiciones difíciles, se sienten mejor si pueden pasar tiempo y establecer un vínculo con sus hijos que si los dejan a cargo de otra persona.

Si la madre sigue en prisión cuando se acerca el cuarto cumpleaños del niño, tiene que sugerir una solución alternativa para su cuidado y, por lo general, pide a algún familiar que se ocupe del pequeño. Si los trabajadores sociales no aprueban la propuesta, o si la madre no tiene ningún pariente dispuesto a cuidar a su hijo, este suele acabar en alguna institución gestionada por una organización no gubernamental.

En mi investigación sobre la situación de los niños a cargo de un miembro de la familia alternativo (Opiyo, 2019), entrevisté a 12 niños de entre 9 y 13 años de edad, muchos de ellos con hermanos más pequeños. La mayoría estaba a cargo de sus abuelos, pero muchos también tenían que ocuparse de tareas propias de los adultos, cuidaban a sus hermanos pequeños, les daban apoyo emocional y contribuían a la economía del hogar.

Tanto los niños como los abuelos me hablaban de pérdidas: perdían vínculos, ingresos, trabajos, casas... y la esperanza. Había niñas que se veían abocadas al matrimonio prematuro o la prostitución, mientras que muchos niños entraban en bandas de delincuentes. Los hijos de presidiarios suelen ser estigmatizados y sufrir vergüenza, sentimiento de culpa, acoso y exclusión social. A veces otros padres caen en el estereotipo de considerarlos peligrosos, por analogía con su progenitor convicto, y prohíben a sus hijos que se relacionen con ellos. Todo esto desencadena problemas de comportamiento, baja autoestima y un escaso rendimiento escolar.

En principio existen ayudas para estos casos, coordinadas por el Ministerio de Igualdad, Infancia, Juventud y Servicios Sociales, pero hay importantes brechas entre la cantidad de menores afectados y el apoyo que se les presta. En mis estudios he observado que, en la práctica, los centros escolares, las agencias de



ayuda de las comunidades y los responsables de las políticas tienden a olvidarse de los hijos de presidiarios.

Kenia está adoptando una línea cada vez más dura en cuanto a la justicia penal, con lo que cada vez hay más progenitores presos y, en consecuencia, más hogares con dificultades económicas. Según las conclusiones de mi estudio, el país debería censar la población de hijos de presidiarios, examinar cómo se están viendo afectados sus derechos y desarrollar políticas multisectoriales teniendo en cuenta esta información. Asimismo, será imprescindible la implicación de las escuelas para hacer llegar a los niños ayudas económicas o relativas a la vivienda y habrá que crear los recursos comunitarios necesarios para proteger el bienestar de estos menores tan vulnerables.

➔ Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-27

REFERENCIA

Atieno Opiyo, R. (2019). In whose best interest? Tracking reforms and culture changes in criminalizing women in conflict with the law in Kakamega, Kenya. *Interdisciplinary Journal on the African Child*, edición especial 01 (1): 56–65. Disponible en: <https://institutechildstudies.org/downloads/IJAC%20Journal%20Special%20Ed%202019.pdf> (último acceso en junio de 2020).

El comienzo de la vida 2 – la naturaleza: un nuevo documental promueve el contacto de los niños con el mundo natural

- ▷ La falta de contacto con la naturaleza obstaculiza el desarrollo de los niños que viven en las ciudades.
- ▷ Una secuela del documental *El comienzo de la vida* demuestra por qué los niños necesitan la naturaleza.
- ▷ La película se lanzará con una campaña de difusión para llegar a distintos públicos.

Laís Fleury

Coordinadora, *Children and Nature Program*

Alana Institute, São Paulo, Brasil

Hasta hace dos o tres décadas, la infancia transcurría principalmente al aire libre: en calles, parques o terrenos vacíos situados en las afueras de las ciudades. Los niños y las niñas exploraban el entorno poco a poco, empezando por el patio de su casa para luego llegar a los espacios públicos abiertos, con lo que vivían experiencias que agudizaban sus sentidos, alimentaban su imaginación y desafiaban sus límites físicos.

Cada vez está más demostrado que el contacto con la naturaleza es esencial para el desarrollo saludable de los niños de diferentes formas, pues ofrece infinitas posibilidades de aprender cosas sobre el mundo y sobre las personas. Sin embargo, con la aceleración de la urbanización, la infancia ha cambiado. La naturaleza cada vez está menos presente en las vidas de los pequeños que se crían en ciudades, lo cual tiene consecuencias significativas: por ejemplo, se ha comprobado que existe una relación entre la falta de acceso a los parques urbanos y el aumento de las tasas de obesidad infantil (Wolch y otros, 2011).

Tenemos que crear incentivos para generar una cultura que valore el contacto de los niños con la naturaleza. En el Alana Institute creemos en el entretenimiento como instrumento de concienciación capaz de provocar un cambio de mentalidad. Nuestra experiencia demuestra la eficacia de los documentales para catalizar cambios culturales: las historias impactantes e inspiradoras pueden fomentar la empatía y la transformación.

1 La película, dirigida por la productora María Farinha Filmes y distribuida por Flow, se puede ver en el sitio web: <https://mff.com.br/en/films/the-beginning-of-life-the-series/>

2 Una vez más, en colaboración con María Farinha Filmes y Flow, y con patrocinadores como la Fundação Grupo Boticário, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, la Fundación Maria Cecília Souto Vidigal y la Children and Nature Network.

3 Más información sobre el *Movimento Boa Praça* en <https://www.facebook.com/movimentoboapraça>

4 Más información sobre la Asociación para la Niñez y su Ambiente (ANIA) en <https://www.aniaorg.pe/tini>

En 2016, en colaboración con la Fundación Bernard van Leer, la Fundación Maria Cecília Souto Vidigal y Unicef, realizamos la película *El comienzo de la vida*¹. Según datos de junio de 2020, más de 8,7 millones de personas en todo el mundo han visto esta impresionante demostración de la importancia de las relaciones en los primeros años de vida.

Ahora lanzamos una secuela, *El comienzo de la vida – la naturaleza*². Esta segunda parte estudia cómo viven los niños el mundo natural y muestra varias iniciativas de distintos países que fomentan la recuperación del contacto con la naturaleza. Por ejemplo, el *Movimento Boa Praça de Brasil* anima a los ciudadanos y a otras partes interesadas a ocupar las plazas de las ciudades para reclamar así su uso como lugar

de ocio inclusivo, el objetivo con el que nacieron³; y la Asociación para la Niñez y su Ambiente (ANIA), una entidad peruana sin ánimo de lucro, crea áreas muy pequeñas (solo medio metro cuadrado) para que los niños observen y cuiden la biodiversidad⁴.

La película irá acompañada de una campaña para fomentar cambios de comportamiento en familias, jóvenes, médicos, educadores, ambientalistas, urbanistas, activistas y administradores públicos. Ahora estamos diseñando una serie de intervenciones que nos ayuden a hacer un llamado claro a cada uno de estos sectores: por ejemplo, una idea es facilitar a las familias una infografía con actividades que practicar al aire libre y pedirles que vayan apuntando las que realizan; o que los pediatras coloquen en las salas de espera pósteres que transmitan el mensaje de que el contacto con la naturaleza ayuda a mejorar la salud de los niños.

Para dar a conocer la película, usaremos breves vídeos personalizados y otros contenidos; implicaremos a los medios de comunicación; adoptaremos una estrategia de distribución que abarque cines, festivales, plataformas de vídeo bajo demanda, canales de televisión y Videocamp, un sistema que permite organizar proyecciones públicas gratuitas; promoveremos debates entre los responsables de las políticas; y contaremos con la colaboración de *influencers* y personajes famosos. También replicaremos la estrategia de difusión de la primera parte de la película, cuando Unicef la puso en primer plano en una de sus campañas globales y colaboramos con los tribunales de São Paulo para concienciar sobre los derechos de los niños con la ayuda del documental.

➔ [Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-28](https://espacioparalainfancia.online/2020-28)

REFERENCIA

Wolch, J., Jerrett, M., Reynolds, K., McConnell, R., Chang, R., Dahmann, N. y otros. (2011). Childhood obesity and proximity to urban parks and recreational resources:

a longitudinal cohort study. *Health & Place* 17(1): 207–14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4380517/> (último acceso en junio de 2020).

Fotograma de El comienzo de la vida 2 – la naturaleza, película que estudia cómo viven los niños el mundo natural



- ▷ Si coordinamos la agenda del cambio climático con la de la primera infancia, ambas podrían salir reforzadas.
- ▷ Los estudios sobre los beneficios para la salud derivados de la mitigación del cambio climático sientan precedente.
- ▷ Las políticas sobre contaminación atmosférica, ecologización urbana y transporte son posibles puntos de conexión.





Cambio climático y desarrollo infantil temprano: identificando las sinergias

Carlos Dora

*Excoordinador del departamento de salud pública y medio ambiente
Organización Mundial de la Salud,
Ginebra, Suiza*

Muchos de los niños que nacen ahora vivirán hasta 2100, cuando (según la trayectoria actual de las emisiones de gases de efecto invernadero) las temperaturas habrán subido 4 °C (Collins y otros, 2013), numerosas zonas costeras habrán quedado sumergidas por el aumento del nivel del mar, y los fenómenos meteorológicos extremos habrán afectado drásticamente a la producción agrícola y agravado la escasez de agua. La programación de medidas en favor del desarrollo de la primera infancia debería ir siempre acompañada de políticas para limitar el impacto del cambio climático en los niños a lo largo de su vida. Pero ¿la agenda climática puede servir también para reforzar los argumentos en defensa de la mejora del desarrollo de la primera infancia?

Estamos convencidos de que es así, pero hay que aclarar las trayectorias, las conexiones y las relaciones causa–efecto entre las políticas climáticas y los factores que impulsan el cuidado cariñoso y sensible y el desarrollo infantil, realizando mapas, informes y estudios siempre que sea necesario.

“Dicho de otro modo, los países con ingresos más altos protegen a los niños pequeños hoy, pero fracasan a la hora de garantizar su seguridad a largo plazo.”

Por ejemplo, cada vez hay más pruebas del importante papel que desempeñan el urbanismo y el entorno físico en la mejora del desarrollo infantil, con cuestiones que van desde la disponibilidad de parques y otros espacios para jugar hasta el modo en que los niños y sus cuidadores se desplazan a lugares como los centros de salud y de enseñanza preescolar (Brown y otros, 2019). Todo esto influye en las políticas que se están considerando en materia de mitigación del cambio climático y adaptación a este, para abordar cuestiones como la planificación del uso del suelo, energía limpia y transporte sostenible, ecologización de las ciudades, y eficiencia energética y ventilación de edificios.

La contaminación atmosférica, que afecta al desarrollo físico y cognitivo de los niños, es un punto de conexión con el cambio climático especialmente destacado. Muchas de sus causas son las mismas que las de los gases de efecto invernadero, pero los ciudadanos la pueden medir con más facilidad y se puede utilizar a la hora de rendir cuentas a escala local. Otros posibles vínculos entre el cambio climático y el desarrollo de la primera infancia los encontramos en los fenómenos meteorológicos extremos, las sequías, las inundaciones, los incendios, las altas temperaturas, las nuevas enfermedades infecciosas y transmitidas por vectores, y los cambios en el acceso al agua y los alimentos.

Hay dos análisis destacados que abordan la cuestión de la conexión entre el cambio climático y la primera infancia. El primero es el informe sobre el derecho a un entorno limpio y saludable para los niños que realizó el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH, 2018), en el que se defiende la necesidad de abordar un amplio espectro de decisiones políticas sectoriales desde el punto de vista de los derechos de la infancia. El segundo, sobre el futuro de los niños del mundo (Clark y otros, 2020), proviene de la Comisión de *The Lancet* y demuestra la desconexión existente entre las medidas adoptadas para mitigar el cambio climático y los niveles de cuidado cariñoso y sensible: los países más ricos obtienen buenos resultados cuando se mide un dato compuesto como el “índice de prosperidad”, pero no se comprometen a reducir las emisiones de CO₂ de manera satisfactoria. Dicho de otro modo, los países con ingresos más altos protegen a los niños pequeños hoy, pero fracasan a la hora de garantizar su seguridad a largo plazo.

Para impulsar una agenda que una el cambio climático con el desarrollo de la primera infancia, habrá que exponer los análisis y trayectorias mencionados con el fin de implicar a diversas partes interesadas en torno a políticas específicas. Por mencionar solo un ejemplo, esta agenda común reforzaría objetivos políticos como la supresión de subvenciones a los combustibles fósiles.

Cambio climático y salud

No es la primera vez que se trata de vincular el cambio climático con otro ámbito para reforzar las dos agendas: ya se ha trabajado para integrar la cuestión sanitaria en el debate climático, sobre todo en lo que se refiere a las enfermedades no transmisibles.

La evolución de este discurso y de los estudios al respecto se aprecia claramente en los informes del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (GIECC). En el primero, publicado en 1991, no se mencionaba la salud. En el segundo se hacía referencia a los efectos directos que tienen en la salud el calor y los fenómenos meteorológicos extremos. En el tercero se abordaban también las consecuencias sanitarias indirectas de distintos vectores de enfermedades (mosquitos, la calidad del agua y del aire, la cantidad y calidad de los alimentos). En el cuarto informe, de 2007, se trataba la cuestión de la vulnerabilidad sanitaria y la adaptación al cambio climático.

Sin embargo, se percibía cierta reticencia a relacionar la mitigación del cambio climático con la salud entre quienes se ocupaban de estos asuntos. En particular, se tendía a desvincular por completo el cambio climático de las enfermedades no transmisibles (como las cardíacas, los infartos y los tumores), cuya prevención se asociaba únicamente a la dieta, la actividad física o el abandonando hábitos nocivos como fumar. Pero la conexión con la acción contra el cambio climático quedó clara al poner en común datos sobre la eficacia de políticas de mitigación del cambio climático de diversos sectores (como el transporte, la energía, la agricultura y la gestión de desechos) en la prevención de enfermedades no transmisibles.

El quinto informe, publicado en 2014, abordaba las ventajas sanitarias derivadas de las medidas de mitigación (Smith y otros, 2014). Este nuevo marco estaba respaldado por una serie de análisis de datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que estudiaban la correspondencia entre los riesgos y beneficios sanitarios de varias políticas orientadas a frenar el cambio climático (OMS, 2011, 2012). El objetivo era descubrir qué medidas resultaban más beneficiosas para la salud y cuáles presentaban más riesgos (por ejemplo, el fomento de los motores diésel, que emiten menos gases de efecto invernadero que los de gasolina pero son perjudiciales desde el punto de vista sanitario).

La revista *The Lancet* ayudó a consolidar el uso del término *health co-benefits* (beneficios secundarios para la salud) con relación a las medidas orientadas a mitigar el cambio climático y adaptarse a él (Costello y otros, 2009), y en la serie *Countdown on climate and health* (Cuenta atrás para el clima y la salud), que publica una vez al año desde 2017 (Watts y otros, 2017), facilita indicadores sobre los factores que agravan las enfermedades no transmisibles y el cambio climático en varios sectores, además de estudiar las enfermedades infecciosas y los fenómenos meteorológicos extremos provocados por el cambio climático.

La agenda de la investigación

Sin embargo, ni la serie de *The Lancet* mencionada ni el último informe de salud del GIECC mencionan el desarrollo de la primera infancia, y lo mismo ocurre con otros muchos grupos destacados que defienden las medidas encaminadas a proteger la salud y combatir el cambio climático. Para cubrir esta brecha, se requieren tres tipos de investigación:

“No es la primera vez que se trata de vincular el cambio climático con otro ámbito para reforzar las dos agendas: ya se ha trabajado para integrar la cuestión sanitaria en el debate climático, sobre todo en lo que se refiere a las enfermedades no transmisibles.”

- 1 validación de indicadores para analizar el desarrollo de los niños desde el nacimiento hasta los 3 años (Richter y otros, 2019) que permitan estudiar los puntos de conexión con las políticas climáticas, los factores de riesgo intermediarios y otro tipo de intervenciones
- 2 definición de trayectorias basadas en pruebas que vinculen el desarrollo de la primera infancia y las políticas contra el cambio climático, lo cual facilitaría la narración y la detección de ámbitos en los que intervenir y áreas que investigar
- 3 creación de mecanismos para que las distintas partes interesadas y la población en general se impliquen a largo plazo (por ejemplo, para facilitar la recopilación de datos, la realización de análisis contextuales y las medidas de rendición de cuentas, así como el uso de los resultados para enmarcar la acción política y de apoyo); los laboratorios u observatorios urbanos servirían para catalizar y poner a prueba esta agenda de investigación sobre las intervenciones.

Para respaldar y dar a conocer este tipo de actividades, resultaría útil crear una red de grupos comprometidos tanto con el desarrollo de la primera infancia como con la mitigación del cambio climático. Una colaboración de este tipo sería especialmente oportuna ahora que existe un debate mundial sobre cómo afrontar la recuperación económica tras la crisis de la Covid-19 (Attali, 2020): los argumentos en defensa de modelos económicos que promuevan el desarrollo de la primera infancia se verían reforzados si tuviésemos más pruebas sobre la conexión entre la salud de los niños pequeños y las políticas en favor de la sostenibilidad climática.

➔ Para la versión en línea de este artículo: [espacioparalainfancia.online/2020-29](https://www.espaciparalainfancia.online/2020-29)

REFERENCIAS

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2018). *Informe del Relator Especial sobre la cuestión de las obligaciones de derechos humanos relacionadas con el disfrute de un medio ambiente sin riesgos, limpio, saludable y sostenible*, A/HRC/37/58. Ginebra: ACNUDH.
- Attali, J. (2020, Internet). *Altruists by Choice or by Force*. Jacques Attali [blog]. Disponible en: <http://www.attali.com/en/geopolitics/altruists-by-choice-or-by-force/> (último acceso en julio de 2020).
- Brown, C., de Lannoy, A., McCracken, D., Gill, T., Grant, M., Wright, H. y Williams, S. (2019). *Special issue: child-friendly cities*. *Cities & Health* 3(1–2): 1–7.
- Clark, H., Coll-Seck, A. M., Banerjee, A., Peterson, S., Dalglish, S.L., Ameratunga, S., y otros. (2020). *A future for the world's children?*. Comisión de OMS, UNICEF y *The Lancet*. *The Lancet* 395(10224): 605–58. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)32540-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)32540-1/fulltext) (último acceso en julio de 2020).
- Collins, M., Knutti, R., Arblaster, J., Dufresne, J.-L., Fichefet, T., Friedlingstein, P. y otros. (2013). *Long-term climate change: projections, commitments and irreversibility*. En: Stocker, T.F., Qin, D., Plattner, G.-K., Tignor, M., Allen, S.K., Boschung, J., Nauels, A. y otros (eds.) *Climate Change 2013: The Physical Science Basis*. Cambridge y Nueva York: Cambridge University Press. Disponible en: https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2018/02/WG1AR5_Chapter12_FINAL.pdf (último acceso en julio de 2020).
- Costello, A., Abbas, M., Allen, A., Ball, S., Bell, S., Bellamy, R. y otros. (2009). *Managing the health effects of climate change*: *Lancet and University College London Institute for Global Health Commission*. *The Lancet* 373(9676): 1693–1733.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Health in the Green Economy: Health Co-benefits of Climate Change Mitigation – Housing Sector*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/health-in-the-green-economy-health-co-benefits-of-climate-change-mitigation-housing-sector> (último acceso en julio de 2020).
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Health in the Green Economy: Health Co-benefits of Climate Change Mitigation – Transport Sector*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/health-in-the-green-economy-health-co-benefits-of-climate-change-mitigation-transport-sector> (último acceso en julio de 2020).
- Richter, L., Black, M., Britto, P., Daelmans, B., Desmond, C., Devercelli, A. y otros. (2019). *Early childhood development: an imperative for action and measurement at scale*. *BMJ Global Health* 4: 1154–60.
- Smith, K.R., Woodward, A., Campbell-Lendrum, D., Chadee, D.D., Honda, Y., Liu, Q. y otros. (2014). *Human health: impacts, adaptation, and co-benefits*. En: Field, C.B., Barros, V.R., Dokken, D.J., Mach, K.J., Mastrandrea, M.D., Bilir, T.E. y otros (eds.) *Climate Change 2014: Impacts, Adaptation, and Vulnerability*. Cambridge y Nueva York: Cambridge University Press. Disponible en: <https://www.ipcc.ch/report/ar5/wg2/human-health-impacts-adaptation-and-co-benefits/> (último acceso en julio de 2020).
- Watts, N., Adger, W.N., Ayeb-Karlsson, S., Bai, Y., Byass, P., Campbell-Lendrum, D.C. y otros. (2017). *The Lancet Countdown: tracking progress on health and climate change*. *The Lancet* 389(10074): 1151–64.

Las calles como recurso en la respuesta a la pandemia de Covid-19 y la recuperación tras la crisis

- ▷ Covid-19 ha hecho que las ciudades cambien y que sus habitantes vean las calles con otros ojos.
- ▷ Numerosas ciudades han encontrado estrategias de bajo coste para responder a problemas acuciantes.
- ▷ *Streets for Pandemic Response & Recovery* es un nuevo recurso para difundir ideas de respuesta a la pandemia.

Skye Duncan

Director, Global
Designing Cities Initiative
National Association
of City Transportation
Officials (NACTO), Nueva
York, EE. UU.

Las ciudades de todo el mundo han vivido una situación sin precedentes en 2020, por los cambios drásticos que ha supuesto la Covid-19 en todos los aspectos de la vida urbana. El cierre de escuelas, centros de cuidado diario y parques ha supuesto un reto para el trabajo que estaba llevando a cabo la *Global Designing Cities Initiative* de la National Association of City Transportation Officials (NACTO), mediante el programa *Streets for Kids*, para mejorar el modo en que las ciudades responden a las necesidades de los bebés, los niños pequeños y quienes los cuidan.¹ Sin embargo, esta situación también está haciendo que se innove en cuanto a los lugares y las formas de jugar, aprender y relacionarse de los miembros más jóvenes de la sociedad.

A pesar de la incertidumbre en cuanto a los efectos a largo plazo que tendrá la pandemia en las calles y los espacios públicos, lo que sí sabemos es que estos seguirán siendo el alma de nuestras comunidades y el canal de acceso a las ciudades. Es posible y deseable reinventar y rediseñar nuestras calles. La necesidad de respetar el distanciamiento interpersonal nos ha obligado a replantearnos la forma de gobernar en los entornos urbanos y ha puesto de manifiesto la importancia de planificar bien los barrios para garantizar que todo el mundo tenga cerca de casa recursos clave y los servicios esenciales, algo especialmente importante para las familias con bebés y niños pequeños.

Asimismo, la pandemia ha enfatizado las desigualdades sistémicas, pues las comunidades más vulnerables han sido las que más han sufrido las consecuencias. Las ciudades no pueden permitirse volver a los patrones de inequidad, peligro e insostenibilidad del pasado. La misión de las autoridades municipales, los responsables del transporte, los urbanistas y los diseñadores es contribuir a construir un futuro mejor para las próximas generaciones. Es urgente realizar cambios, pero a veces cambiar es difícil, da miedo y lleva mucho tiempo.

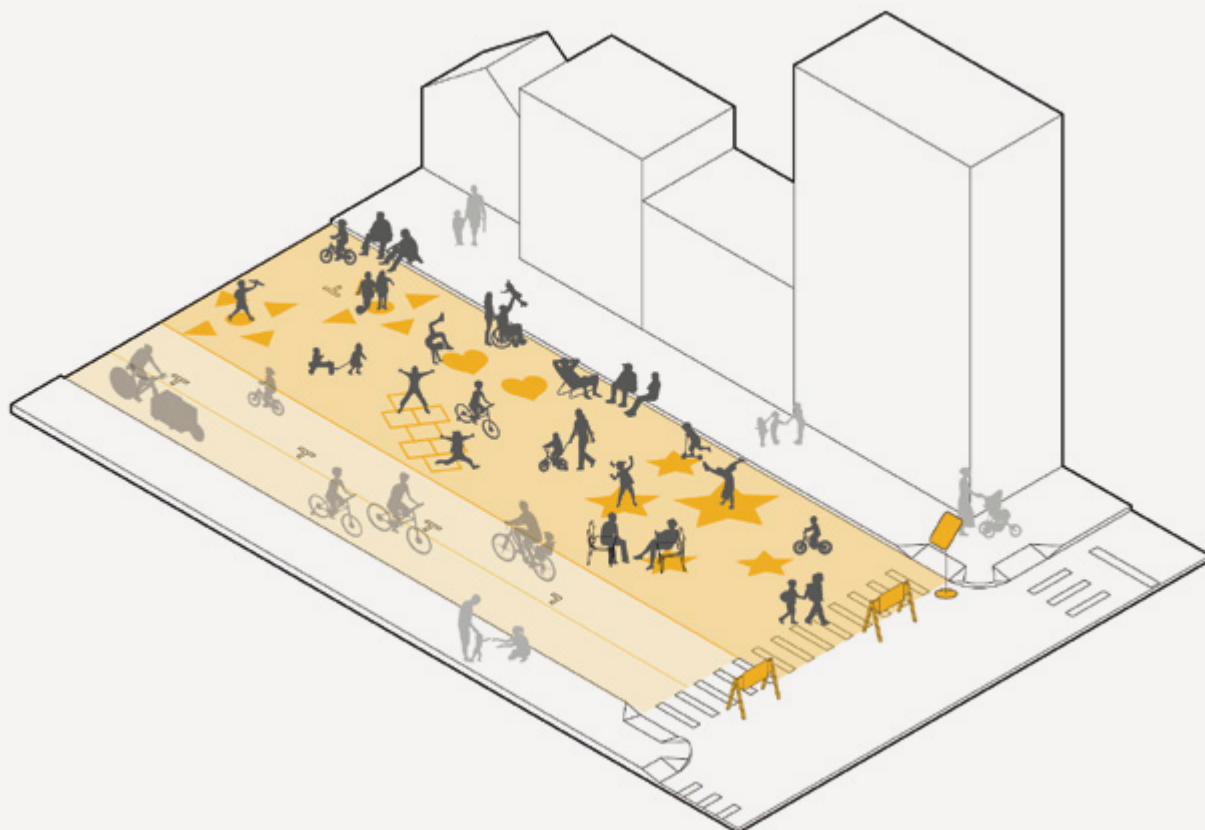
Nuestro equipo de NACTO y la Global Designing Cities Initiative ha creado *Streets for Pandemic Response & Recovery* (*Las calles como respuesta y recuperación de la pandemia*) con el fin de recopilar las prácticas y medidas nuevas que se están adoptando para responder a la pandemia en distintos

1 Para obtener más información sobre el programa *Streets for Kids*, visite <https://globaldesigningcities.org/publication/designing-streets-for-kids/> o lea el artículo de *Espacio para la Infancia* 2019: <https://earlychildhoodmatters.online/2019/designing-streets-for-kids-possibilities-for-children-in-the-built-environment/>

entornos urbanos (NACTO, 2020). Este nuevo recurso, que reúne experiencias de lugares tan dispares como Milán, Bogotá, Ámsterdam y Auckland, ofrece estrategias rápidas, sencillas y económicas para afrontar los problemas más acuciantes derivados de la Covid-19 y para recuperarse con más resiliencia cuando llegue el momento. De este modo, las ciudades aprenderán unas de otras y podrán planificar las soluciones idóneas según el contexto, las normativas y los recursos de cada una.

Muchas de las medidas mejorarán las ciudades en especial para los bebés, los niños pequeños y los cuidadores. Por ejemplo, con materiales como pintura, conos y barreras (junto con la voluntad política y la acción local) se pueden crear rápidamente aceras más anchas y nuevos carriles para bicicletas, patinetes y patines que faciliten el distanciamiento físico y mejoren la seguridad durante los desplazamientos no motorizados. También se explica el funcionamiento de las “calles lentas”, las “calles abiertas” y las “calles escolares”, que permiten disfrutar a diario de momentos de ejercicio físico, ocio, aprendizaje, juego y relaciones sociales a la debida distancia física.

En las "calles abiertas" o "calles para jugar" delimitadas, hay espacio para hacer ejercicio y jugar de forma totalmente segura respetando el distanciamiento interpersonal



Conforme se retoma poco a poco la actividad económica, los restaurantes y otros negocios locales pueden ocupar de forma temporal parte de las calles para poder cumplir los requisitos de distanciamiento. En las comunidades vulnerables, la calle puede ser el lugar de prestar servicios esenciales a las familias, como el suministro de alimentos, agua y recursos de higiene, y la realización de pruebas o tratamientos sanitarios. Para garantizar la seguridad de los trabajadores esenciales en el transporte público, resulta útil la creación de carriles específicos y la mejora de las paradas y la frecuencia del servicio, así como la reducción de la velocidad para minimizar el peligro que corren al cruzar la calle los cuidadores con niños pequeños.

Ahora más que nunca, las calles urbanas tienen que ofrecer más posibilidades a más personas dentro del mismo espacio. Esperamos que las ciudades vean sus calles con otros ojos, pues pueden servir para combatir a la vez las crisis del cambio climático, la seguridad vial y las desigualdades sistémicas; para favorecer la salud psicofísica, el bienestar y el cuidado mutuo; para ayudar a las comunidades y economías locales a recuperarse de forma sostenible; y para fomentar las relaciones sociales, el aprendizaje, el amor y la alegría (sobre todo entre los niños pequeños, pero también para el resto de la población). Es el momento de que nuestras calles faciliten la creación de una “nueva normalidad” que nos sintamos orgullosos de dejar a las generaciones venideras.

➔ Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-30

REFERENCIA

National Association of City Transportation Officials. (2020). *Streets for Pandemic Response & Recovery*. Nueva York: NACTO. Disponible en: <https://globaldesigningcities.org/2020/04/03/covid-19-resources/> (último acceso en julio de 2020).

¿Ayuda o problema? El impacto del trabajo temporal en el cuidado

- ▶ Un estudio reciente analiza las consecuencias del trabajo temporal para las cuidadoras en Sudáfrica.
- ▶ Los horarios imprevisibles y la lejanía del lugar de trabajo dificultan el cuidado de los niños.
- ▶ Se necesita una gran ayuda pública para promover la inversión en un cuidado infantil accesible de calidad.

Emma Samman

Investigadora asociada

Abigail Hunt

Investigadora

Overseas Development
Institute, Londres, Reino
Unido

“Tenía que levantarme a las 4 de la mañana... Dejaba a mi hija en casa de los vecinos, todavía dormida, y me iba a la estación. Cogía el tren muy pronto para no llegar tarde al trabajo, porque suele haber retraso. Por eso mi hija se quedaba con los vecinos, porque a las 4 no hay guarderías abiertas.”

Entrevistador: “¿Qué ocurre si un día no están los vecinos?”

“Ahhh unotorega kuenda kubasa kwacho [Te quedas sin trabajo]. Por eso es difícil tener a mi hija conmigo.”

(Akumzi, Ciudad del Cabo)

Akumzi trabaja en Sudáfrica mediante una plataforma digital con un funcionamiento similar al de Uber, que conecta a los trabajadores con hogares que necesiten servicios de limpieza doméstica. Los defensores de este tipo de sistemas dicen que generan empleo y que las condiciones laborales pueden ser mejores que con otras alternativas de las grandes economías informales. Aseguran que, gracias a su flexibilidad, permiten en especial a las mujeres conciliar el trabajo remunerado con el cuidado no retribuido de los niños¹. En nuestro estudio reciente hemos observado las experiencias de las mujeres con el trabajo por encargo en Kenia y Sudáfrica para comprobar si estos argumentos reflejan la realidad (Hunt y otros, 2019) y hemos constatado cómo afecta esta forma laboral al cuidado de los niños.

Hemos descubierto que, aunque muchas personas consideraban esta forma de trabajar más flexible que otras, no resultaba nada fácil cuidar de los niños pequeños, en gran parte debido a los horarios imprevisibles, los desplazamientos largos y la necesidad de salir de casa muy temprano². En las entrevistas realizadas a mujeres que utilizaban una plataforma de trabajo doméstico en Sudáfrica³, estas nos revelaron las estrategias que adoptaban para afrontar estas dificultades. En un contexto caracterizado por las limitaciones a la hora de acceder al cuidado formal y por las estructuras familiares fragmentadas, se recurría con frecuencia a las redes de cuidado informal, principalmente a los parientes (Figura 1).

1 “Las mujeres se hacen cargo de una parte desproporcionada de las tareas del hogar y del cuidado de los niños y los ancianos dependientes, así que las formas de trabajo flexibles las ayudan a compatibilizar todo” (Manyika y otros, 2016: 43).

2 La necesidad de madrugar mucho y afrontar desplazamientos largos parece ser especialmente marcada entre quienes trabajan por encargo. La exigencia de empezar muy temprano se debía a que los clientes querían conocer a la trabajadora antes de salir de casa para iniciar su jornada laboral, mientras que el tiempo de desplazamiento era especialmente largo cuando las mujeres realizaban más de un encargo en un día.

3 N = 327. Véase Hunt y otros (2019) para conocer más a fondo nuestro método, consistente en una encuesta realizada en nueve rondas con un sistema de respuesta vocal automatizada, en la que participaron cientos de trabajadoras por encargo, además de entrevistas más detalladas y debates en grupo con unas pocas trabajadoras y otras personas con información clave que aportar.

Entre las estrategias habituales, la más preocupante era el hecho de dejar en casa a los niños pequeños sin la supervisión de un adulto. En total, el 24% de las encuestadas dijeron que habían dejado a un menor de 5 años solo durante más de una hora en una semana, mientras que otro 9% había dejado al pequeño a cargo de otro niño menor de 10 años⁴.

Las mujeres que con más probabilidad dejaban a sus hijos sin la supervisión de un adulto eran aquellas que solían cuidarlos ellas mismas. El segundo lugar lo ocupaban aquellas que recurrían al cuidado infantil formal o a servicios de pago, lo cual indica que las deficiencias de los sistemas de cuidado formal constituyen un factor de alto riesgo. Las entrevistas que realizamos corroboraban esta idea: al parecer, era más probable que los niños se quedasen solos a las horas en que los servicios de cuidado formal no estaban disponibles, como a primera hora de la mañana. Además, quienes trabajaban por encargo con horarios imprevisibles no utilizaban servicios de cuidado infantil formal, como las guarderías, que exigieran el pago de una cuota mensual.

4 No tenemos datos relativos a la población sudafricana que se puedan comparar directamente. La única información al respecto que hemos encontrado procede de la encuesta general de hogares de 2017, en la que se pregunta dónde pasan los menores de 6 años "la mayor parte del tiempo durante el día", si no están escolarizados ni disponen de un servicio de cuidado infantil formal. Menos del 0,5% de este grupo se había quedado a cargo de un menor de 18 años (datos de STATS SA, 2018).

En Sudáfrica hay plataformas digitales que conectan a los trabajadores con posibilidades flexibles de trabajo doméstico

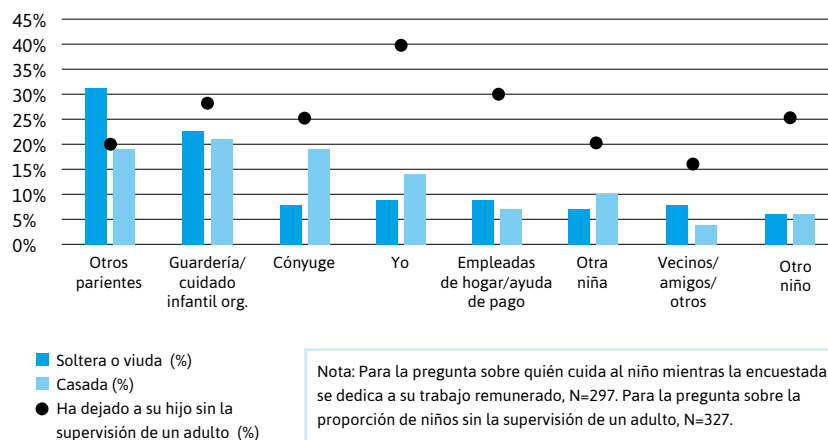


También hay un alto porcentaje de niños que se quedan solos entre aquellos que otras veces están a cargo de un cónyuge o de otro hijo varón, lo cual parece indicar que estas soluciones no son fiables ni están siempre disponibles. En cambio, la cantidad de niños que se quedan solos es más baja cuando se cuenta con la ayuda de vecinos, amigos y otras personas; parientes; u otros hijos (especialmente niñas). Hay que tener en cuenta que la encuesta se ha llevado a cabo con una muestra pequeña, así que los resultados solo ofrecen una idea aproximada de la situación⁵. De todas formas, combinados con nuestro trabajo de campo cualitativo, señalan lo importantes que son las redes informales y la familia para garantizar el cuidado infantil, y los riesgos que corren los niños cuando no se cuenta con esta ayuda.

FIGURA 1

Quién se ocupa de los hijos de las trabajadoras por encargo sudafricanas cuando desempeñan tareas remuneradas y porcentaje de niños que se quedan sin la supervisión de un adulto una semana.

Fuente: Hunt y otros, 2019: 60



Nota: Para la pregunta sobre quién cuida al niño mientras la encuestada se dedica a su trabajo remunerado, N=297. Para la pregunta sobre la proporción de niños sin la supervisión de un adulto, N=327.

5 Al realizar una prueba H de Kruskal-Wallis, no se observaron diferencias estadísticamente relevantes en cuanto a la probabilidad de que una encuestada dejase a su hijo solo según quién se ocupase habitualmente del pequeño/s: $X^2(7) = 7,085, p = 0.4201$.

Estos resultados son claramente preocupantes y corroboran la necesidad de servicios de cuidado infantil de alta calidad accesibles, tal como han expresado las participantes del estudio. Asimismo, lanzan la voz de alarma en cuanto a la necesidad de una fuerte intervención pública para promover la inversión en la infraestructura del cuidado e insistir en que las empresas privadas (incluidas las que no se consideran a sí mismas empleadoras) hagan lo que les corresponde.

➔ Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-31

REFERENCIAS

Hunt, A., Samman, E., Tapfuma, S., Mwaura, G. y Omenya, R., con Kim, K., Stevano, S. y Roumer, A. (2019). *Women in the Gig Economy: Paid work, care and flexibility in Kenya and South Africa*. Londres: Overseas Development Institute. Disponible en: https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/resource-documents/women_in_the_gig_economy_final_digital.pdf (último acceso en mayo de 2020).

Manyika, J., Lund, S., Bughin, J., Mischke, J., Robinson, K. y Mahajan, D. (2016). *Independent Work: Choice, necessity and the gig economy*. San Francisco (California): McKinsey Global Institute. Disponible en: <https://www.mckinsey.com/-/media/McKinsey/Featured%20Insights/Employment%20and%20Growth/Independent%20work%20Choice%20necessity%20and%20the%20gig%20economy/Independent-Work-Choice-necessity-and-the-gig-economy-Full-report.ashx> (último acceso en mayo de 2020).

STATS SA. (2018). *General Household Survey 2017: Statistical Release P0318*. Pretoria: Statistics South Africa. Disponible en: <http://www.statssa.gov.za/publications/P0318/P03182017.pdf> (último acceso en mayo de 2020).

Hacia una recuperación del cuidado infantil: un enfoque feminista

- ▷ EE. UU. tendrá que reinventar el sector del cuidado infantil después de la pandemia de Covid-19.
- ▷ Hawái reclama la gratuidad del cuidado infantil para emprender una “recuperación económica feminista”.
- ▷ Un sistema de cuidado infantil explícitamente feminista resultaría beneficioso para madres e hijos por igual.

Elliot Haspel

Escritor

Richmond (Virginia),

EE. UU.

La pandemia de Covid-19 ha supuesto un terremoto devastador para el sistema del cuidado infantil estadounidense, que ya se encontraba en condiciones precarias y no funcionaba para ninguno de los interesados, dados los precios desorbitados para los padres, los salarios bajísimos para los profesionales y la calidad más que discutible para los niños (Mongeau, 2020). Según las encuestas realizadas, los grupos de interés como la Asociación Nacional para la Educación de los Niños Pequeños (NAEYC) calculan que en EE. UU. se perderán de forma permanente entre un tercio y la mitad de los servicios de cuidado infantil.

En consecuencia, numerosas organizaciones han empezado a hablar de construir un sistema nuevo y mejor, tal como ha escrito el CEO y director gerente de avance político y profesional de NAEYC:

La recuperación económica pasa por reinventar la forma de financiar y estructurar los sistemas que hacen posible un cuidado infantil de alta calidad. (Allvin y Hogan, 2020)

Comisión Estatal de la Condición de la Mujer ha publicado un plan que hace un llamamiento explícito a una recuperación económica “feminista”, entre cuyos componentes clave se encuentra un sistema de cuidado infantil eficaz y equitativo. En el plan (*Building Bridges, Not Walking on Backs: A feminist economic recovery plan for COVID-19*), se declara lo siguiente:

La recuperación económica no debería recaer sobre las espaldas de las mujeres. Covid-19 y las normas que se han implementado para frenar su propagación están condicionando en gran medida las relaciones socioeconómicas aquí en Hawái y en otros muchos lugares. [...] El escaso valor que se atribuye al cuidado no es natural, pero tiene orígenes políticos. El cuidado, que se asocia con el mundo femenino (se da por hecho que son las mujeres quienes realizan estas tareas), es imprescindible para la producción económica. Sin embargo, está separado de dicha producción, lo que supone subordinar a las mujeres en la estructura de la sociedad. [...] En lugar de apresurarnos a reconstruir el statu quo de desigualdad, deberíamos fomentar una transición estructural profunda hacia una economía que dé más valor al trabajo que sabemos que es esencial para nuestro sustento.

(Comisión Estatal de Hawái de la Condición de la Mujer, 2020)

El plan hace un llamamiento para que se garantice un cuidado infantil universal, gratuito y público, con paridad salarial entre los educadores de la primera infancia y los de la enseñanza pública. Además, aboga por programas complementarios como las bajas remuneradas por motivos familiares. Este objetivo tan audaz es de agradecer, pues en ningún estado de los EE. UU. hay algo que se asemeje a un sistema de cuidado infantil gratuito y universal (y entre los candidatos a las primarias del Partido Demócrata de 2020, solo el senador Bernie Sanders instaba a adoptar un enfoque de este tipo). Aunque el informe no detalla aspectos como el modo de financiar el sistema y de garantizar la calidad, abre el debate sobre una nueva forma de pensar en lo que la sociedad debe a las mujeres y a los niños.

Si se adopta un enfoque feminista para reconstruir un sistema de cuidado infantil de calidad, además de corregir las desigualdades entre sexos, se favorecerá el desarrollo infantil y la preparación de los niños para la escuela de tres formas:

1. Está científicamente demostrado que existe una correlación entre los niveles de estrés de los padres y los resultados de los niños. Según un artículo del *New York Times*:



Con la epidemia de coronavirus, los progenitores estadounidenses prácticamente han duplicado el tiempo dedicado a las tareas del hogar y educativas (de 30 horas semanales antes de la pandemia a 59 durante la crisis) y las madres invierten por término medio 15 horas más que los padres, según un informe de Boston Consulting Group.

(Cohen y Hsu, 2020)

El aumento de la carga que soportan las madres en materia de cuidado infantil no facilita que se alcancen los objetivos de la educación temprana.

- 2 La falta de servicios de cuidado infantil impide trabajar a muchas mujeres, pues numerosas familias con ingresos medio-bajos no pueden permitirse programas de calidad para sus hijos. Según un informe de 2019 del Centro para el Progreso Americano:

Entre las madres que no encontraron un programa de cuidado infantil, la probabilidad de tener un empleo era considerablemente menor que entre aquellas que sí contaban con un programa de este tipo, mientras que esta cuestión no tenía ninguna consecuencia para el trabajo de los padres.

(Schochet, 2019)

- 3 Más del 90% de quienes trabajan en el ámbito del cuidado infantil son mujeres, y muchas de ellas tienen hijos pequeños (Becker, 2020). Se calcula que con la pandemia se han perdido un tercio de los empleos del sector del cuidado infantil, que contaba con más de 2 millones de profesionales, lo que significa que cientos de miles de familias se han visto afectadas. Como estos trabajos suelen estar mal pagados, la situación de estas familias mejoraría si se aumentasen los salarios y mejorase el estatus del personal que se dedica al cuidado infantil.

Aunque es prácticamente imposible separar la cuestión del cuidado infantil de los asuntos de las mujeres, en el sector no se suele adoptar un enfoque explícitamente feminista ni desde el punto de vista estratégico ni desde el lingüístico. El ejemplo de Hawái es prometedor como demostración de que un cuidado infantil de calidad y gratuito puede ser una política fundamental para que por fin se dé al cuidado el valor que merece y se garantice la igualdad de las madres.

➔ Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-32

REFERENCIAS

Allvin, R.E. y Hogan, L. (2020, Internet). There's no going back: child care after COVID-19. Recursos de la NAEYC [blog], 6 de mayo. Disponible en: <https://www.naeyc.org/resources/blog/theres-no-going-back-child-care-after-covid-19> (último acceso en junio de 2020).

Becker, A. (2020). The pandemic upended child care. It could be devastating for women. *The Washington Post*, 20 de mayo. Disponible en: <https://www.washingtonpost.com/politics/2020/05/20/pandemic-upended-child-care-it-could-be-devastating-working-women/>

Cohen, P. y Hsu, T. (2020). Pandemic Could Scar a Generation of Working Mothers. *New York Times*, 3/18 junio. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2020/06/03/business/economy/coronavirus-working-women.html> (último acceso en junio de 2020).

Comisión Estatal de Hawái de la Condición de la Mujer (2020). *Building Bridges, Not Walking on Backs: A feminist economic recovery plan for COVID-19*. Honolulu: Comisión Estatal de Hawái de la Condición de la Mujer. Disponible en: <https://humanservices.hawaii.gov/wp-content/uploads/2020/04/4.13.20-Final-Cover-D2-Feminist-Economic-Recovery-D1.pdf> (último acceso en junio de 2020).

Mongeau, L. (2020). Our fragile child care 'system' may be about to shatter. *The Hechinger Report*, 5 de abril. Disponible en: <https://hechingerreport.org/our-fragile-child-care-system-may-be-about-to-shatter/> (último acceso en junio de 2020).

Schochet, I. (2019, Internet). *The Child Care Crisis is Keeping Women out of the Workforce*. Washington D. C.: Centro para el Progreso Americano. Disponible en: <https://www.americanprogress.org/issues/early-childhood/reports/2019/03/28/467488/child-care-crisis-keeping-women-workforce/> (último acceso en junio de 2020).

INSPIRESE

Ideas novedosas, posibles de llevar a escala y con el fin de apoyar a los bebés, los niños pequeños y las personas que los cuidan



Espacio para la Infancia es la revista anual de la Fundación Bernard van Leer que recopila algunos de los avances más importantes, las innovaciones y las buenas prácticas que se han dado en el ámbito de la primera infancia.

Está dirigida a los responsables de políticas, profesionales, investigadores y agencias donantes que trabajan para mejorar la salud y el bienestar de los niños pequeños y sus familias.

Publicada por primera vez en el año 2000, *Espacio para la Infancia* se edita anualmente y es de acceso gratuito. También está disponible en inglés como *Early Childhood Matters*, editado desde el año 1998.

Bernard van Leer  FOUNDATION



DISPONIBLE
EN LÍNEA

Visite espacioparalainfancia.online para acceder y compartir artículos de interés en esta edición y en las anteriores.