



Resumen Ejecutivo de “El Desarrollo Infantil Temprano en América Latina: Un Compromiso con el Futuro de la Region”



Cortesía de JUNJI, Chile. Fotografía: Zaida González



1. ¿Quiénes somos?

En el año 2009, el Earth Institute (EI) de la Universidad de Columbia y la Fundación ALAS se asociaron formalmente para establecer la Secretaría de Desarrollo Infantil Temprano (DIT) para América Latina y el Caribe con el propósito de promover la investigación, y la creación e implementación de políticas públicas que permitan elaborar estrategias eficaces y poner en práctica programas integrales de primera infancia en América Latina y el Caribe. La Secretaría se propone trabajar en estrecha colaboración con los gobiernos, así como con actores internacionales y locales, para identificar las mejores prácticas y los desafíos en primera infancia en la región.

La Secretaría está respaldada por los logros en investigación académica y la experiencia política del EI, y por la red de alto perfil de la Fundación ALAS que incluye a artistas y líderes empresariales de talla internacional comprometidos con los niños de América Latina y el Caribe. Asimismo, la Secretaría cuenta con el apoyo técnico de un grupo de asesores especializados en DIT, afiliados con prestigiosas instituciones académicas y organismos internacionales. La sinergia de intereses y metas de estos distintos grupos se institucionalizó con la creación de la Secretaría, la cual potencia las fortalezas de sus integrantes.

La Secretaría está comprometida con lograr que se respeten los derechos humanos, sociales y económicos de los niños. Para esto es necesario asegurar la igualdad de oportunidades y el acceso a programas universales de DIT, que sean integrales y de calidad. Así pues, la primera meta de la Secretaría es promover que los gobiernos regionales implementen políticas integrales de DIT no sólo en toda América Latina y el Caribe, sino también en la península Ibérica.

1.1. Sobre el Reporte

La Secretaría actualmente elabora un reporte inicial sobre DIT en siete países de América Latina: Argentina, Chile, Colombia, El Salvador, México, Panamá y Paraguay. Los gobiernos de estos países, durante la pasada Cumbre Iberoamericana de El Salvador, reconocieron a través de un Comunicado Especial el papel fundamental de la inversión en educación inicial, la lucha contra la desnutrición infantil, la importancia de fomentar la inversión destinada al desarrollo humano de los niños y las niñas en la primera infancia mediante estrategias efectivas de atención integral que aumenten las oportunidades de culminar con éxito sus estudios y adquirir herramientas para enfrentar la pobreza y la inequidad. La meta a largo plazo de la Secretaría es comprometer a todos los países de América Latina y el Caribe y la Península Ibérica a colaborar en el proyecto.

El reporte tiene tres propósitos. El primero es explicar qué es el DIT, su importancia para el futuro de América Latina, así como definir qué es un programa integral de DIT basado en recomendaciones de agencias internacionales y centros de investigación especializados. Las agencias internacionales incluyen la ONU, UNICEF, Programa Mundial de Alimentos (PMA), Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Save the Children, Organización de los Estados Americanos (OEA) y Organización de Estados Iberoamericanos (OEI). Los centros de investigación especializados incluyen The Center on the Developing Child de Harvard University, National Institute for Early Education Research (NIERR), The Consultative Group on Early Childhood Care and Development, The RISE Institute, y Zero to Three. El segundo es analizar e identificar las fortalezas y carencias de los programas existentes que cubren el mayor porcentaje de niños y niñas menores de seis años en los siete países. Entender las políticas existentes es el primer paso para identificar las mejores prácticas, incrementar la inversión en los programas más efectivos, así como formular políticas públicas que permitan a todos los países tener programas integrales de calidad para la primera infancia. Finalmente, se presentará una serie de recomendaciones, basadas en rigurosa investigación empírica realizada por diversos expertos e instituciones especializadas, para mejorar el diseño de políticas y la implementación y monitoreo de programas de DIT. La Fundación ALAS, basándose en las recomendaciones del EI y su grupo de asesores, abogará ante gobiernos y el sector privado por el DIT en la región.

El reporte es informativo, es decir, nuestra intención es llegar a una audiencia amplia y diversa. La Secretaría está interesada en dar a conocer de manera masiva la importancia del concepto y los programas de DIT, bajo el liderazgo de los artistas y empresarios de la fundación ALAS y el grupo de académicos y expertos reunidos por el EI. La Secretaría también trabaja en la elaboración de un portal de internet que recabar la información más reciente sobre desarrollo infantil en el mundo y en América Latina, el Caribe y la Península Ibérica en particular. Tanto el reporte como el portal de internet forman parte una la estrategia de la Secretaría para mantenerse al frente de la discusión sobre DIT en la región. Esperamos entonces que el reporte sea de interés para los especialistas y no especialistas en el tema. Para los miembros de los distintos gobiernos, quienes no necesariamente están involucrados en formular políticas respecto a la infancia, el reporte puede servir como marco de referencia general y actualizada sobre el tema en la región. Asimismo, para el público en general, el reporte será útil para introducir el DIT en la agenda de discusión pública y dar a conocer los últimos avances y retrocesos en políticas encaminadas al bienestar de los niños.

Para mayor información, contactar a:

Liza I. Lizárraga
Earth Institute, Columbia University
llizarraga@ei.columbia.edu
tel 1.212.851.9735

Alicia Marin
ALAS
alicia.marin@fundacionalas.org
tel 1.213.448.2391

2. ¿Qué es DIT?

El desarrollo infantil es la adquisición secuencial de habilidades motrices, lingüísticas, numéricas, sensoriales, sociales, emocionales y de aptitudes. Es durante los primeros años (desde la gestación a 6 años) de la vida de un niño en que estas habilidades se forman. Los programas de DIT tienen como finalidad promover y garantizar que los niños en estos grupos etarios reciban el cuidado, la nutrición, la estimulación y la educación apropiados para mejorar sus probabilidades de sobrevivencia, crecimiento y desarrollo.

Las etapas más importantes en el desarrollo de los niños son las edades de 0 a 6 años. La etapa comprendida entre los 0 y 3 años es una etapa de rápido desarrollo motor, cognitivo, sensorial, social y emocional. La estimulación adecuada (p.ej. un vocabulario enriquecido y estimulación visual) y las experiencias positivas (cariño y protección) permiten que los niños se desarrollen más plenamente, expandan su vocabulario y comprendan emociones propias y ajenas. (Lien, Meyer et al. 1977; Engle, Black et al. 2007). Durante la etapa de 3 a 6 años de edad, los niños dominan un sistema lingüístico y gramatical básico, se desenvuelven socio-emocionalmente y desarrollan de una manera rudimentaria la capacidad de resolver problemas sencillos, negociar y entender los puntos de vista y emociones de otras personas (Shonkoff, Boyce et al. 2007). Es importante que durante esta etapa los niños sean provistos con un ambiente de cuidado, estimulación y educación apropiados para su edad (McKey RH 1985; Schady 2006).

2.1. DIT y plasticidad cerebral

Los niños, desde muy pequeños son individuos curiosos que exploran y buscan conocer, entender e interactuar con el medio ambiente y el entorno social que los rodea. Los niños en general aprenden y se adaptan a nuevas situaciones más rápidamente que los adultos. Como ejemplo podemos mencionar la capacidad sorprendente que tiene un niño de aprender un segundo idioma (si es expuesto a una edad temprana) o la facilidad de adquirir habilidades musicales y deportivas que a un adolescente o a un adulto le resultarían mucho más difíciles.

Es durante los primeros años de vida, cuando el cerebro está aún inmaduro y en pleno proceso de crecimiento, en que las experiencias positivas y una estimulación apropiada generan un mayor impacto sobre la formación de las conexiones neuronales que van a servir de base para la arquitectura cerebral (Shonkoff, Boyce et al. 2007). La arquitectura cerebral se va construyendo secuencialmente. Las conexiones neuronales se van formando y van permitiendo el desarrollo de funciones

cognitivas, sociales y emocionales. Una vez el cerebro ha realizado sus “conexiones básicas”, las estabiliza y las fija, es decir se establecen de manera más permanente los conocimientos, las habilidades y los comportamientos. A los 6 años de edad, estas “conexiones básicas” ya han sido formadas. Toda experiencia y aprendizaje nuevo depende de estas bases o fundamentos. Toda conexión neuronal nueva se realiza sobre estos cimientos establecidos en la infancia temprana. Por ende, si las bases no son sólidas y bien formadas, tampoco lo serán las conexiones futuras.

Asimismo, los seres humanos alcanzan los niveles máximos de plasticidad cerebral durante las edades tempranas (0 a 6 años). La plasticidad cerebral es la capacidad que tiene el cerebro de formar, reordenar y adaptar sus conexiones y funciones a cambios en su entorno, así como de ordenar y guardar información asociada a experiencias aprendidas. A medida que pasan los años se hace más difícil el reordenamiento y la remodelación de las conexiones base y se dificulta la adaptación y el cambio ante nuevas experiencias y retos. Existe evidencia que intervenciones implementadas durante esta etapa de máxima plasticidad cerebral (0 a 6 años) son más efectivas, tiene un mayor impacto y proporcionan más réditos que intervenciones en edades más avanzadas (Heckman 2006).

Existen diferentes factores que influyen significativamente sobre la formación de conexiones neuronales y el desarrollo cerebral. Igualmente existen diferentes etapas del crecimiento y desarrollo que están influenciadas por estos factores. Los factores pueden ser congénitos, sociales y ambientales, que a su vez pueden ser positivos o negativos (Cuadro 1).

2.1.2. Componentes de programas integrales de la primera infancia

Los programas más efectivos de primera infancia son de alta calidad, intensidad y duración e integra la salud, nutrición, apoyo familiar, y educación (Engle, Black et al. 2007). El enfoque holístico del DIT ofrece servicios integrales, con continuidad de cuidado, y comprenden la participación de los niños, los padres, la familia y la comunidad de una forma que es culturalmente apropiada. Los programas y políticas integrales de DIT deben incluir y asegurar el acceso y calidad del cuidado de salud y nutrición; la estimulación infantil temprana, la educación temprana de los niños; la educación de los padres en materia de salud, nutrición, desarrollo y estimulación infantil; agua potable y saneamiento; y protección contra el abandono, el abuso, y la explotación (Vargas-Barón 2005). Las intervenciones de DIT deben ser multi-sectoriales y debe haber sinergia con otras intervenciones como las transferencias monetarias condicionales (TMC) pueden contribuir al desarrollo infantil positivo

Cuadro 1. Factores que Influyen sobre el Desarrollo Cerebral

FACTORES	POSITIVOS	NEGATIVOS
Congénitas		Defectos del tubo neural
Externos/ Ambientales	Adecuado estado nutricional materno Adecuado estado de salud y nutrición del niño Lactancia materna	Pobre estado nutricional materno: RCIU* Defectos del tubo neural (niveles inadecuados de ácido fólico) Pobre estado de salud materno: Retraso en el desarrollo mental, PCI*, enfermedades cardíacas congénitas (Infecciones p. ej. TORCH*) Utilización de ciertos medicamentos o consumo de drogas o alcohol materno: Síndrome alcohólico fetal Exposición pre- y post-natal al plomo, arsénico, mercurio, organofosforados y HAPs*: Retraso en el desarrollo motor y cognitivo
Sociales	Cariño, estímulo y protección Seguridad física y emocional	Carencia de estimulación y un ambiente rico en lenguaje Violencia intrafamiliar, maltrato físico/verbal, abandono.

ABREVIATURAS:

RCIU= retardo del crecimiento intrauterino; PCI= parálisis cerebral infantil; TORCH= toxoplasmosis, otras, rubéola, citomegalovirus y herpes; HAPs= hidrocarburos aromáticos policíclicos.

2.2. Principales factores de riesgo para el DIT

2.2.1. Experiencias estresantes

La hipótesis de la programación del desarrollo sugiere que las experiencias durante la etapa prenatal y postnatal predisponen el estado de salud física y mental de los niños. El *National Scientific Council on the Developing Child*, una iniciativa del *Center for the Developing Child* de Harvard University ha calificado diferentes experiencias como factores de estrés positivos o negativos. Existen experiencias de estreses positivos, tolerables y riesgosos, que provocan distintos niveles de respuesta fisiológica. En general este conjunto de experiencias puede tener desde efectos positivos como moderadamente riesgosos para desarrollo mental. Generalmente, los riesgos se pueden evitar, siempre y cuando el niño que experimenta el estrés cuente con el apoyo de su entorno familiar, con asistencia profesional o ambos. Sin embargo, existen también situaciones estresantes negativas que ocurren durante la niñez, como el abandono y el abuso físico y psicológico. Las experiencias negativas se agravan aun más si no existe un sistema de apoyo emocional que aminore el estrés. En estas situaciones, en las cuales además del estrés no existen mecanismos de apoyo, el desarrollo cerebral del niño se ve permanentemente afectado y puede observarse un retraso en aprendizaje, problemas de salud e incluso comportamientos de conflicto y rechazo hacia el entorno social (Shonkoff, Boyce et al. 2007).

2.2.2 Pobreza

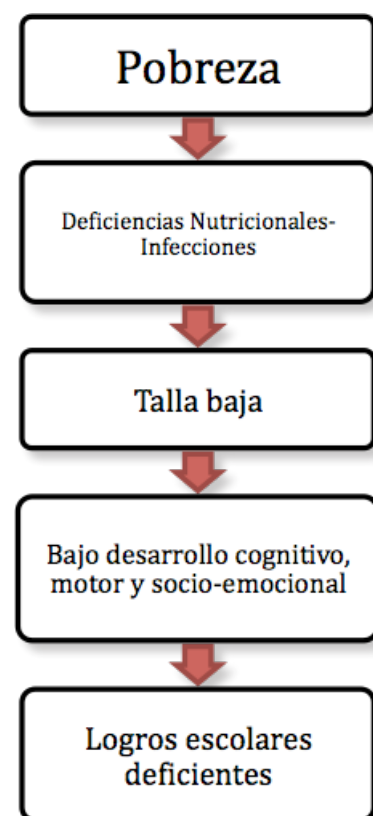
La pobreza es un factor de riesgo para el desarrollo infantil, pero no se presenta sola, sino acompañada por otros factores de riesgo que interactúan de manera simultánea. Por ejemplo, la pobreza está asociada con niveles inadecuados de nutrición, salubridad e higiene, las cuales son condiciones que provocan más infecciones y retrasos en el crecimiento de los niños, expresados en talla baja para la edad. A su vez, la talla baja está asociada con deficiencias en el desarrollo cognitivo, motor y socio-emocional, las cuales tienen efectos negativos en el desempeño escolar de los niños (Figura 1). La mayoría de los países en desarrollo no tienen estadísticas acerca del desarrollo cognitivo y socio-emocional de su



Cortesía de Programa Mundial de Alimentos. Fotografía: Clive Shirley

población infantil, y esta falta de información contribuye a la invisibilidad del problema. Sin embargo, en general la comunidad académica está de acuerdo que los retrasos en el crecimiento (talla baja) y la incidencia de la pobreza absoluta (familias que viven con menos de 1.25 dólares al día) son indicadores altamente confiables para predecir deficiencias cognitivas y bajo desempeño escolar (Grantham-McGregor, Cheung et al. 2007).

FIGURA 1. LA POBREZA COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL DIT



Todos los niños sin importar su origen nacional o socio-económico tienen el mismo potencial de crecimiento y desarrollo, pues las diferencias genéticas no son la causa de las deficiencias en el crecimiento (talla baja para la edad). Más de 200 millones de niños menores de seis años en los países en desarrollo no alcanzan su potencial debido a riesgos evitables, como el retraso en el crecimiento a consecuencia de una nutrición inadecuada, la carencia de yodo, anemia por deficiencia de hierro y estimulación cognitiva inadecuada (Engle, Black et al. 2007). Los patrones de retraso en el crecimiento son similares en todos los países en desarrollo. En el 2004 entre 7 y 9 millones de niños en América Latina presentaron talla baja para su edad. Asimismo, entre 5 y 9 millones de niños vivían la pobreza, definida por ingresos familiares de menos de un dólar al día. Finalmente, entre 8 y 10 millones de niños vivían en

condiciones de marginación, es decir eran pobres, presentaban talla baja para la edad o ambas (Grantham-McGregor, Cheung et al. 2007).

Los efectos de la desnutrición se empiezan a manifestar desde la etapa intrauterina, y se vuelven más pronunciados en los primeros 12 a 18 meses. En general, los niños nunca se recuperan de estos retrasos al crecimiento. En los niños, la talla baja está asociada con menor afecto positivo, apego inseguro, bajas habilidades cognitivas, apatía y menores niveles de juego (Galler and Ramsey 1989; Gardner, Grantham-McGregor et al. 1999; Daniels and Adair 2004; Walker, Wachs et al. 2007). La pobreza también está asociada con niveles de educación materna bajos, así como mayor incidencia en los grados de estrés y depresión entre las madres. Todos estos factores, aunados a la desnutrición, afectan negativamente el desarrollo infantil. Las consecuencias de este desarrollo limitado son bajos niveles de rendimiento escolar, los cuales se agravan debido a sistemas escolares inadecuados así como poco aliento familiar, el cual se relaciona con las presiones económicas y la falta de conocimientos acerca de los beneficios de la educación. Así pues, los déficits en el desarrollo que aparecen en la infancia muchas veces no disminuyen sino que se exacerban con la edad (Grantham-McGregor, Cheung et al. 2007).

3. Enfoque del reporte

La Secretaría considera que el DIT es esencial para el desarrollo de América Latina y el Caribe. El desarrollo se entiende como desarrollo humano sostenido, es decir, considera el desarrollo de los seres humanos de manera holística, tomando en cuenta su relación con los recursos naturales y el entorno social y político. En este contexto, el desarrollo económico debe servir al desarrollo humano. Este enfoque, que implica la complementariedad necesaria de las políticas de desarrollo con los derechos humanos, es también el principio que guía la Declaración del Milenio, de la cual se desprenden los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Shetty 2005). Asimismo, de acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el desarrollo humano es el proceso por el cual se extiende el rango de oportunidades disponibles en materia de educación, salud, ingreso y empleo, las cuales incrementan las capacidades de la población y sus libertades básicas (UNDP 2000).

Nuestro enfoque y análisis se basa en el supuesto que el DIT es un derecho. Todos los seres humanos nacen con el potencial de desarrollar al máximo sus capacidades intelectuales y físicas. La pobreza, la enfermedad, la desnutrición, el maltrato y la explotación pueden coartar y retrasar el desarrollo de estas potencialidades en los niños pequeños. Una parte fundamental del desarrollo de los seres humanos ocurre durante una etapa en la cual es imposible que los individuos modifiquen por sí mismos su situación o su entorno. En consecuencia, el gobierno y la sociedad tienen la responsabilidad de garantizar las condiciones adecuadas para asegurar el desarrollo de estas habilidades y proteger a los niños de los factores de riesgo que retrasan o impiden este desarrollo. Esto no quiere decir que los niños sean sujetos pasivos sin iniciativa o voz independiente, simplemente dada su edad, los niños por sí solos no pueden abogar por el acceso a servicios y protecciones que en el largo plazo les permitirán ejercer plenamente sus obligaciones y derechos como ciudadanos.

Existen muchos métodos y programas integrales que permiten a las sociedades asegurar el desarrollo de las habilidades de toda su población infantil. Una meta para la Secretaría es ayudar a identificar los mejores y los más adecuados métodos tomando en cuenta el contexto cultural y económico de cada uno de los países de la región. Consideramos que en general los programas de DIT son una valiosa inversión en capital humano.



Cortesía de Programa Mundial de Alimentos. Fotografía: Chicheri

3.1. El DIT como derecho

El enfoque basado en derechos está fundamentado en el desarrollo de un cuerpo de legislación y acuerdos internacionales que incluyen pero no se limitan la Convención de los Derechos del Niño (1989) y la Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000) y el Plan de Acción de Dakar (2000). Asimismo, los países de América Latina se han firmado dos compromisos regionales fundamentales: el Compromiso Hemisférico por la Educación de la Primera Infancia y las Metas Educativas 2021 (Metas Educativas de la OEI)

El enfoque del desarrollo infantil basado en derechos también se inspira en otras iniciativas, como la filosofía acerca del desarrollo económico que considera que los sectores más pobres de la sociedad son actores independientes con capacidad de decisión. El funcionamiento de este enfoque basado en derechos, depende de alianzas como la Secretaría para identificar los obstáculos sistémicos que

limitan el acceso a oportunidades que permitan a la gente mejorar su nivel de vida (Offenheiser and Holcombe 2003).

Cualquier análisis o visión sobre la infancia está íntimamente ligada con preceptos morales y discursos prácticos de cómo debe tratarse a los niños. Algunos análisis económicos y científicos consideran a los niños como un producto inacabado, que algún día será adulto, pero que por el momento no es un sujeto autónomo, cuyo único valor presente es el tipo de adulto en el que se convertirá. En el enfoque de derechos de los niños, no simplemente se considera el valor futuro de la infancia sino su valor presente (White 2002).

Otro aspecto fundamental en los análisis dominantes sobre la infancia es la centralidad que ocupan los vínculos entre los adultos y los niños. Estos vínculos tienen distintas características, las cuales no se mantienen estáticas en el tiempo ni son iguales en todo el mundo. Pero es importante recalcar que alrededor de cada niño, existe una red de trabajo adulto, que incluye no sólo a los miembros del hogar, sino una gran gama de profesionistas como maestros, trabajadores sociales, psicólogos, médicos, etc. En un esquema de derechos, cuando el trabajo enfocado en los niños maximiza los beneficios para los adultos en detrimento de los niños, existe una violación de derechos. Por ejemplo, las escuelas en las cuales la proporción de maestros por niño es baja, se reducen los costos para los contribuyentes a expensas de los niños. En un esquema en el cual se da prioridad a los derechos de los niños, es necesario analizar a quién beneficia el valor de la inversión o no-inversión, y en qué casos se expropián los recursos que supuestamente por ley están destinados para la infancia (White 2002).

El tema de la primera infancia es especialmente importante este año ya que es el 20º aniversario de la ratificación de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. Este documento codifica los derechos intrínsecos de los niños, incluyendo atención de la salud, educación y protección de la crueldad, el abandono y la explotación. La Convención sobre los Derechos del Niño es el primer instrumento internacional jurídicamente vinculante que incorpora a toda la gama de los derechos humanos, civiles,

culturales, económicos, políticos y sociales de los niños (UNICEF 2009). En 1989, los dirigentes mundiales decidieron que hacía falta una convención especial sólo para niños y jóvenes (menores de 18 años), ya que los mismos, precisan de cuidados y protecciones especiales, distintas a los de adultos.

La Convención establece los derechos humanos fundamentales de los niños: el derecho a la supervivencia, a desarrollarse al máximo, a la protección contra influencias nocivas, el abuso y la explotación, y a participar plenamente en la vida familiar, cultural y social (UNICEF 2009). Los cuatro principios fundamentales de la Convención son: la no discriminación, salvaguardar los intereses de los niños, el derecho a la vida, a la supervivencia y el desarrollo y el respeto a las opiniones de los niños. Todos los derechos enunciados en la Convención son inherentes a la dignidad humana y el desarrollo armonioso de todos los niños. La Convención protege los derechos de los niños estableciendo normas en el cuidado de la salud, la educación, los derechos civiles y servicios sociales.

La Convención de 1989 sobre los Derechos del Niño marcó una nueva etapa en la atención de la primera infancia y la educación en América Latina. En el caso de los gobiernos, la Convención dio lugar a profundas reformas en la legislación sobre los niños y la familia que introdujo la filosofía de atención y cuidado integral por primera vez en muchos de los países. El resultado fue que a partir de estas reformas crearon marcos legislativos que son más compatibles con los derechos de los niños y la función protectora del Estado, la sociedad y la familia. Estas nuevas legislaciones han sido acompañadas, además, por la introducción de nuevos programas gubernamentales y la creación de organismos encargados de la promoción y coordinación de políticas especializadas para los niños. En el caso de las organizaciones no gubernamentales, es gracias a las condiciones creadas por la Convención que han podido participar en el debate, el análisis y la modificación del estatuto político de los niños desde la gestación hasta los seis años.

3.2. El DIT como inversión

La Secretaría considera que las políticas y programas que fomentan el desarrollo infantil son una inversión que generan réditos en el corto y largo plazo. En primer lugar porque los programas de desarrollo infantil contribuyen al crecimiento económico, logrando el máximo rendimiento posible mediante la inversión en capital humano. Asimismo, invertir en el desarrollo infantil aumentan la calidad de vida en general, promoviendo no sólo mayores ingresos para los adultos, sino también mejorando el rendimiento escolar y las condiciones de salud para todos. En segundo lugar, la existencia de programas efectivos de desarrollo infantil también fomenta una reducción a largo plazo de la marginalidad, la violencia y la inseguridad. En tercer lugar, los programas de desarrollo infantil promueven la igualdad social, asegurándose de que

los niños que nacen en la pobreza relativa tengan la oportunidad de alcanzar todo su potencial físico, económico y social. Finalmente, los programas de desarrollo infantil contribuyen a la reducción de la inestabilidad política, pues promueven la inclusión social de los individuos y proveen una educación adecuada para participar en la vida cívica y fortalecer la estabilidad democrática.

En el caso de América Latina, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en colaboración con el Centro de Consenso de Copenhague emitió en el 2007 la resolución de la *Consulta de San José*, mediante la cual se exhorta a los gobiernos a incrementar la inversión en DIT. Esta recomendación surgió en respuesta a la pregunta: ¿qué proyectos serían más efectivos para enfrentar los desafíos más urgentes de la región? De acuerdo con los expertos estos retos son: democracia; educación; empleo y seguridad social; medio ambiente; problemas fiscales; salud; infraestructura; pobreza y desigualdad; administración pública y las instituciones; y la violencia y el delito. Los especialistas de la *Consulta* hicieron análisis económicos de numerosas propuestas, y concluyeron que la inversión en DIT asegura los mejores resultados a corto y largo plazo. Además de mejorar el bienestar de los niños directamente, los expertos concluyeron que estos programas también ayudan a los otros miembros de la familia, como por ejemplo otorgan mayores oportunidades para mujeres que trabajan fuera del hogar para continuar su propia educación (CCC 2007).

Basándose en rigurosos estudios de caso, economistas como el premio Nobel James Heckman han concluido que las iniciativas para mejorar el estado de salud y el desempeño educativo son más efectivas en términos de costos y resultados cuando se enfocan en la primera infancia. Invertir en los primeros años de vida, tiene una tasa de rendimiento sumamente alta, ya que estas inversiones tienen efectos duraderos y permanentes en la estabilidad económica y éxito social en el futuro (Heckman and Carneiro 2003; Heckman 2006; Shonkoff, Boyce et al. 2009).

De acuerdo con James Heckman y Pedro Carneiro (Heckman and Carneiro 2003) en igualdad de condiciones, los rendimientos de las inversiones en la primera infancia serán más altos que los rendimientos a las inversiones realizadas más tarde en la vida. En primer lugar, las inversiones tempranas se cosechan en el largo plazo. En segundo lugar, porque las inversiones tempranas incrementan la productividad y reducen los costos de las inversiones posteriores; el capital humano es sinérgico. La educación engendra educación; las habilidades adquiridas a temprana edad facilitan el aprendizaje posterior. Desde este punto de vista, la eficiencia en el gasto público mejoraría si la inversión en el capital humano fuera dirigida en mayor medida a los jóvenes que a los adultos.

La contribución al desarrollo económico de los programas de DIT y por consiguiente la adquisición de niveles más altos de ingresos per cápita, se relaciona fundamentalmente con el rol que tiene la educación con respecto a la acumulación de capital humano. En particular, el vínculo entre DIT y el nivel de ingreso opera a través de dos relaciones. Primero, la educación preescolar incrementa las probabilidades de los niños a matricularse en el primer grado, mejora la capacidad de aprendizaje, reduce la repetición de grado y el abandono escolar y por lo tanto, aumenta la proporción de jóvenes que completan sus estudios (Berlinski, Galiani et al. 2009). Segundo, la educación contribuye a la formación del capital humano, el cual es un factor determinante para progreso económico (Ashenfelter and Alan 1994; Heckman and Masterov 2007). Con respecto al segundo punto, mayores niveles de escolaridad se traducen en un mayor nivel de ingresos para los individuos y para la economía de los países en general. La existencia de una fuerza de trabajo más calificada influye positivamente en la productividad general de la economía. La abundancia de recursos humanos bien preparados también mejora los resultados de indicadores tales como la mortalidad infantil, la fecundidad, la educación de los niños, y la distribución del ingreso.

Los tres proyectos más grandes y reconocidos de DIT, *Perry Preschool*, *Carolina Abecedarian* y el Programa de Formación Temprana, se han evaluado de manera continua y las conclusiones de estas evaluaciones han sido muy positivas. No existen en América Latina, hasta la fecha, proyectos similares en materia de seguimiento riguroso y comparación de los egresados del programa con un grupo de control. Los resultados de las evaluaciones de estos programas muestran que los graduados tienen un mejor desempeño en pruebas académicas y más probabilidades de obtener un empleo comparado con el grupo de control. Asimismo, en el caso del *Perry Preschool Project*, las tasas de encarcelamiento y las tasas de deserción escolar son menores entre los participantes en los programas que entre los miembros grupo de control. Asimismo, estos programas tuvieron efectos adicionales sobre otros miembros de la familia, sobre todo en quienes estaban a cargo del cuidado de los niños (Heckman 2006).

Desde una perspectiva dinámica, los programas de desarrollo infantil también contribuyen a la movilidad social. Según Andersen, Brooks y Mercado (Andersen, Brooks et al. 2004), la posibilidad de la movilidad social es un incentivo para que la gente de bajos recursos invierta en educación. Si la movilidad social es baja, es improbable que las personas en situación de pobreza hagan sacrificios ya que no esperan que este esfuerzo sea retribuido en el futuro, lo que genera un círculo vicioso y refuerza las diferencias en la distribución de los ingresos. Esto se ve reflejado en el modelo presentado por Hassler, Mora y Zeira (Hassler, Mora et al. 2007), que establece una correlación entre la movilidad social y el crecimiento: la baja



Cortesía de JUNJI, Chile. Fotografía: Cristian Larrain



Cortesía de Programa Mundial de Alimentos. Fotografía: Mónica San Martín

movilidad social reduce los incentivos para el desarrollo y el bajo desarrollo deriva en una baja movilidad social.

Existe mucha evidencia empírica que demuestra que la educación y la democracia están altamente correlacionadas. Los estudiantes aprenden a interactuar unos con otros en la escuela así como con las autoridades, por ejemplo maestros y directores. En la escuela, la participación en una gama diversa de actividades sociales (incluyendo el pensamiento político) aumenta. Estas experiencias son muy útiles para que los alumnos aprendan los beneficios de la participación cívica, la cual incluye tanto el sufragio como la organización social. Así pues, entre más altos son los niveles de escolaridad, es decir entre más altos son los porcentajes de las personas que se graduaron de la educación primaria, secundaria y terciaria, más probable es la estabilidad democrática en un país (Evans and Rose 2007; Glaeser, Ponzetto et al. 2007; Castelló-Climont 2008).

3.3. DIT como estrategia para lograr los ODM

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son una declaración global aprobada por la comunidad internacional que compromete al mundo a una serie de metas para mejorar la condición humana (Sachs 2005). Esta sección no es un estudio a fondo acerca del cumplimiento de los ODM en América Latina, simplemente se proporcionará una visión general de los resultados que se han logrado a la fecha. La información citada a continuación engloba a toda la región, sin tomar en cuenta las diferencias puntuales que existen entre todos los países. La Secretaría considera que existe una estrecha relación entre los ODM y el DIT. Aunque consideramos que los niños son sujetos especiales de derecho, esto no quiere decir que son sujetos aislados. Al contrario, el desarrollo de las capacidades de los niños depende de su



Cortesía Programa Mundial de Alimentos. Fotografía: Chicheri

entorno, y asimismo el entorno, entendido como la economía, el medio ambiente y las instituciones políticas y sociales, dependen de las capacidades de los ciudadanos futuros: los niños. A continuación se presentan la relación del DIT en el marco de cada uno de los ODM. El cuadro número dos es un resumen general acerca de la importancia del DIT para los ODM.

Primer objetivo: erradicar la pobreza extrema y el hambre

El primer ODM es erradicar la pobreza extrema y el hambre. Si bien en América Latina, la falta de acceso a alimentos es una de las manifestaciones más graves y urgentes de la pobreza extrema, no es de ninguna manera la única. A su vez, la alimentación inadecuada afecta no solo a quienes viven en condiciones de la pobreza extrema sino también a estratos más amplios y a grupos que residen en determinadas zonas o regiones con una inseguridad alimentaria permanente (CEPAL 2005).

En los últimos años, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) calculó que 18,6% de la población total de la región se encuentra en situación de pobreza extrema. Sin embargo, estimaciones más recientes como las del Banco Mundial indican que la pobreza aumentó en el 2009, ya que se calcula que la situación económica de entre 6 y 12 millones de personas empeorará debido a la crisis. Actualmente, la situación de la pobreza es más crítica, por lo que el esfuerzo en el cumplimiento del primer objetivo se debe de triplicar.

Previamente se ha mencionado en este resumen ejecutivo la importancia de la inversión en DIT. En el reporte se explicará cómo los programas de DIT son un método que contribuye a la reducción de la pobreza. Estudios empíricos corroboran que la estrategia más eficaz para mejorar el desempeño económico de la fuerza laboral del futuro, es invertir en programas de primera infancia que permitan el desarrollo de

Cuadro 2. La Importancia del DIT para el Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

1. ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE

- Programas integrales (salud, nutrición y educación) que se enfocan en la primera infancia proveen las bases para que una persona se convierta en un miembro productivo de la sociedad, se desempeñe mejor en su vida social y laboral y rompa el ciclo intergeneracional de la pobreza.
- La pobreza está asociada con la alimentación inadecuada y el saneamiento e higiene deficiente, lo que conduce a un aumento en las infecciones y el retraso del crecimiento en los niños. La inversión en programas integrales de DIT que garantizan el acceso a una buena nutrición contribuye a prevenir la desnutrición y el hambre.

2. EDUCACIÓN UNIVERSAL

- Programas de estimulación temprana y educación preprimaria han demostrado tener un efecto positivo en el rendimiento y aprendizaje en la escuela primaria con menor tasa de repitencia y deserción.
- Programas de estimulación temprana y educación preprimaria contribuyen a una mejor preparación para la fase de transición a la escuela primaria.

3. IGUALDAD ENTRE GENEROS

- Los programas de DIT incluyen tanto a niñas como a niños. Las investigaciones muestran que a mayor nivel de instrucción se posterga tanto la nupcialidad como la edad al nacimiento del primer hijo, disminuyendo el embarazo adolescente y las tasas de fecundidad en general.
- Las mujeres contribuyen a la disminución de la pobreza tanto cuando obtienen ingresos monetarios como cuando asumen la responsabilidad del cuidado de los niños, enfermos y adultos mayores y, en general, de todas las actividades vinculadas con la reproducción social.
- Los programas integrales de primera infancia involucran a los padres del niño, la familia y la comunidad. La educación de los padres y las madres por igual confieren un sentido de responsabilidad compartida por el cuidado y educación de los niños.

4. REDUCIR LA MORTALIDAD DE LOS NIÑOS

- El componente de salud y nutrición de los programas integrales de DIT se aseguran de proveerle a los niños las vacunas y medicamentos necesarios para su supervivencia y un acceso a alimentos nutricionales que previene altas tasas de desnutrición y mortalidad.
- Las políticas públicas que estén dirigidas a proveer a los niños un ambiente sano, saludable y estimulante contribuyen a una menor tasa de mortalidad infantil.

5. MEJORAR LA SALUD MATERNA

- La atención materna incluye tanto el bienestar de la madre como la del niño. Los programas prenatales que incluyen la educación y el cuidado de la mujer embarazada contribuyen a un mejor estado de salud y nutricional de la madre, lo cual aumenta la probabilidad de la sobrevivencia del niño a través de una atención de parto especializado.
- Los programas integrales de DIT proporcionan asesoramiento a las mujeres embarazadas y lactantes sobre la nutrición y el control del crecimiento de los niños, lo cual disminuye la probabilidad de bajo crecimiento y desnutrición en el niño.
- La participación de los padres en programas de asesoramiento, como son los de DIT, disminuye la probabilidad de depresión materna. La depresión materna es un factor importante en el DIT, ya que los hijos de madres deprimidas tienen un mayor riesgo de tener un desarrollo pobre.

6. COMBATIR EL VIH/SIDA, LA MALARIA Y OTRAS ENFERMEDADES

- Los programas de salud y nutrición disminuyen los niveles de vulnerabilidad y desnutrición, lo cual mejora el estado general de salud de los niños infectados por VIH/SIDA, malaria, tuberculosis y las enfermedades tropicales desatendidas.
- Intervenciones para el VIH/SIDA y malaria resultan ser muy eficaces cuando están respaldadas por un liderazgo político de alto nivel, programas nacionales, una financiación adecuada, y una fuerte participación comunitaria.

7. GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL MEDIO AMBIENTE

- Más de un tercio de la carga de morbilidad infantil son consecuencia de factores ambientales modificables. La carga de morbilidad causada por factores ambientales es mucho más elevada en el mundo en desarrollo que en los países desarrollados.
- La falta de acceso a agua potable afecta la salud de millones de niños en América Latina. La carga de morbilidad por diarrea está asociada en aproximadamente un 94% a factores de riesgo ambientales tales como el consumo de agua no potable y el saneamiento y la higiene insuficientes.

8. FOMENTAR UNA ALIANZA MUNDIAL PARA EL DESARROLLO

- Cooperación internacional y una distribución de recursos que considere programas de DIT en la región contribuirá al acceso universal de servicios integrales de DIT y a la disminución de la desigualdad.
- Alianzas mundiales deben reconocer que el DIT en América Latina y el Caribe es una inversión en el desarrollo sostenible para el futuro de la región ya que es una inversión en el capital humano
- La difusión de medicamentos y nuevas tecnologías para poblaciones y regiones previamente inalcanzables ayudara a llevar a cabo el desarrollo infantil temprano en la región.



Cortesía de Programa Mundial de Alimentos. Fotografía: Chicheri

las capacidades cognitivas, lingüísticas, emocionales y sociales de los niños desfavorecidos (Eric I. Knudsen, Cameron et al. 2006). La fuerza laboral futura de América Latina son los niños de hoy, por lo que la inversión en DIT es la inversión más costo efectiva en el largo plazo.

Segundo objetivo: educación primaria universal

El segundo ODM es asegurar la educación primaria universal para todos. La meta es que para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de educación primaria. Existe mucha desigualdad en el ámbito educativo en América Latina. La importancia de esto se ve realzada por el hecho de que la educación primaria representa el capital mínimo requerido para integrarse a la sociedad y progresar a los siguientes niveles educativos, que otorgan a su vez las oportunidades para incorporarse al empleo y situarse fuera de la pobreza (CEPAL 2005).

Los logros en educación primaria están intrínsecamente ligados con el desarrollo de capacidades en la primera

infancia. Los programas de DIT son esenciales para asegurar el buen desempeño de los alumnos en la educación primaria. Está demostrado que la educación preescolar tiene efectos positivos en términos de preparar a los niños para ingresar a la escuela primaria (CEPAL/UNICEF/SCI 2001). Los niños que han asistido a programas de educación preescolar obtienen mejores resultados posteriores. Es decir, si los demás factores que influyen en el rendimiento escolar se mantienen constantes, estos niños obtienen mejores puntajes en las mediciones de aprendizaje y progresan académicamente. Esto se traduce en menores tasas de repetición y de deserción, particularmente en los primeros años de la primaria (CEPAL 2005).

En este sentido, una mayor cobertura de la educación pre-primaria eleva la eficiencia del sistema educativo, pues reduce el número de años necesarios para completar la educación primaria y secundaria y contribuye a cerrar las brechas entre los niños de distintos estratos sociales, precisamente en las edades en que esas desigualdades afectan más negativamente las oportunidades del bienestar futuro. Así, el progreso en materia de cobertura de la educación inicial contribuye al logro del segundo ODM. Además de ser un derecho vinculado al desarrollo pleno de las personas, la educación incide decisivamente en las oportunidades y la calidad de vida de las familias y las colectividades. La educación incide positivamente en los niveles de ingreso, la salud de las personas, los cambios en la estructura de la familia (en relación con la fecundidad y la participación en la actividad económica de sus miembros, entre otros), la promoción de valores democráticos, la convivencia civilizada y la actividad autónoma y responsable de las personas (CEPAL 2005).

Los compromisos asumidos por los gobiernos de la región, tanto en virtud de la Declaración del Milenio como de la Conferencia Mundial sobre "Educación para todos", establecen un conjunto amplio de objetivos y metas en materia de educación. Estos no solo abarcan universalizar el derecho básico a la educación de las personas sino también expandir las oportunidades de bienestar, la base cultural de la ciudadanía y las capacidades productivas de las sociedades. Los programas de DIT permiten alcanzar estos objetivos porque contribuyen a asegurar un comienzo equitativo, mejores puntajes en pruebas de logro y ayudan a los niños a adquirir las habilidades necesarias para la transición a la educación básica.

Tercer objetivo: promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer

El tercer ODM consiste en eliminar la desigualdad de género en la educación primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de enseñanza antes del fin del año 2015. De acuerdo con la información disponible, la relación entre niñas y niños en el nivel primario muestra que la mayoría de los países de América Latina han alcanzado la meta o se encuentran muy cerca de alcanzarla (CEPAL 2005). Sin embargo, la brecha entre los niños desfavorecidos y los no desfavorecidos continúa siendo el mayor obstáculo (CEPAL 2005).

El DIT reconoce la igualdad de género y la autonomía de la mujer como un factor importante para el bienestar de los países. Los programas de DIT deben promover la equidad de género para brindar un desarrollo óptimo de los niños y niñas de 0 a 6 años y asegurar una transición igualitaria del preescolar a la educación básica. El DIT es el punto de partida para el futuro desarrollo de las niñas y niños en América Latina.

Actualmente existe un mayor reconocimiento del papel fundamental que tiene la mujer en la sociedad en los países de América Latina. El DIT sienta las bases para el aprendizaje permanente tanto de los niños como de las niñas. Una experiencia infantil temprana contribuye a la igualdad de género y por consiguiente a la disminución de la pobreza y a un aumento de la matrícula escolar. La evidencia empírica sugiere que los niños que no han tenido la oportunidad de asistir a un programa de DIT pueden estar en desventaja cuando empiezan la escuela primaria. Los niños y niñas que no asisten a programas de primera infancia se les hace más difícil la transición al primer grado de primaria, toman más tiempo en acostumbrarse a la rutina de un aula de clases y les resulta más difícil responder adecuadamente a las tareas y expectativas. El DIT debe de ser considerado como la plataforma inicial para lograr el futuro desarrollo de las naciones. La igualdad de género, la autonomía y la independencia de la mujer debe comenzar a partir de la infancia para obtener un mayor impacto en el futuro.

Cuarto objetivo: reducir la mortalidad infantil

El cuarto ODM se enfoca en reducir la mortalidad de los niños menores de 6 años. La meta específica dentro de este objetivo incluye reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 6 años. En el período 1990-2003, que comprende cerca de la mitad del lapso establecido para alcanzar los ODM, la región demostró grandes progresos en la salud de sus niños, al reducir notablemente todos los indicadores relacionados con la mortalidad infantil.

La región tiene una posición relativamente destacada en el contexto mundial, ya que registra el descenso más acelerado de la mortalidad infantil (CEPAL 2005). Sin embargo, las cifras de mortalidad infantil reflejan la gran desigualdad entre y al interior de cada uno de los países (CEPAL 2005). A pesar del progreso de América Latina y el Caribe al respecto, las cifras siguen siendo devastadoras y representan una crisis humanitaria. Los niños indígenas y afro-descendientes, y en especial, los que viven en zonas rurales sufren el mayor riesgo de morir antes de cumplir el primer año de vida.

Gran parte de la reducción en la mortalidad infantil en América Latina es atribuible a la vacunación. Sin embargo, para alcanzar el cuarto ODM en el año 2015, la región requerirá una reducción adicional del 50 por ciento, de 36 por 1.000

niños nacidos vivos (cifras del año 2000) a 18 por 1.000 niños nacidos vivos (Andrus JK 2008). Un compromiso político regional ha sido esencial para el progreso. Este compromiso incluye un presupuesto seguro para las vacunas, un esquema definido de vacunación nacional, exención fiscal, y acuerdos internacionales para facilitar el comercio de medicamentos (Andrus JK 2008). El Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de Salud ha logrado el liderazgo para promover programas nacionales de inmunización, como legislación y decretos presupuestarios para garantizar la prestación de servicios de vacunación.

Aparte de la vacunación, la nutrición, el acceso a agua potable y servicios sanitarios, la atención profesional del parto y el cuidado neonatal son intervenciones que reducen la mortalidad de niños menores de 6 años. Más aun, varios factores de riesgo de la mortalidad infantil se relacionan directamente con la salud reproductiva de la madre. La incidencia de mortalidad infantil se puede atribuir a las desigualdades en atención al parto. Está bien documentado que entre más hijos tiene una mujer, cada niño que nace tiene menos probabilidades de sobrevivir. Estos riesgos se agravan cuando las madres son adolescentes y el tiempo entre un nacimiento y otro es reducido. Todos estos factores de riesgo son muchos más frecuentes en contextos de fecundidad elevada o de escaso acceso a servicios de planificación familiar.

Las políticas y programas de DIT sirven para fortalecer y consolidar los esfuerzos nacionales y regionales para cumplir este objetivo mediante intervenciones nutricionales, médicas, políticas, y financieras. Los programas integrales de DIT incluyen regímenes de vacunación, métodos para proporcionar a los niños medicamentos necesarios para su supervivencia y así como acceso suplementos alimenticios para prevenir la desnutrición. En este sentido, el cuarto ODM abarca cuestiones de salud materna y acceso a servicios de salud reproductiva, incluyendo el acceso a la planificación familiar y métodos anticonceptivos. Los programas de DIT ayudan a alcanzar el cuarto ODM pues inciden en las tasas de supervivencia y mejoran la calidad de vida de los niños.

Quinto objetivo: mejorar la salud materna

El quinto ODM es reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. Las estimaciones disponibles indican que la mortalidad por falta de salud materna se ha mantenido en aproximadamente 190 muertes por cada 100,000 nacimientos en América Latina y el Caribe (CEPAL 2005). Uno de los factores que está estrechamente y universalmente asociado a la reducción de la morbilidad y la mortalidad materna es la atención del parto por parte de personal calificado, que contribuye a evitar complicaciones y a remitir los casos a otros servicios, entre ellos los de planificación familiar y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. América Latina registra un 82% de partos



Cortesía de Programa Mundial de Alimentos. Fotografía: Chicheri

atendidos por personal calificado (CEPAL 2005). A pesar de que la mortalidad materna afecta a todos los estratos sociales, este fenómeno está más concentrado entre las mujeres de grupos socio-económicos bajos. Este problema está enraizado en la pobreza, especialmente debido a la ausencia de políticas de salud eficaces, focalizadas en la salud sexual y reproductiva (CEPAL 2005).

Los programas de DIT comienzan a partir de la etapa prenatal, por lo que la salud materna es un punto clave para el desarrollo del niño. La atención materna incluye tanto el bienestar de la madre como la del niño. Los programas prenatales que incluyen la educación y el cuidado de la mujer embarazada contribuyen a un mejor estado de salud y nutricional de la madre, lo cual aumenta la probabilidad de la sobrevivencia del niño a través de una atención de parto especializada. Además de esto, los programas integrales de DIT proporcionan asesoramiento a las mujeres embarazadas y lactantes sobre la nutrición y el control del crecimiento de los niños, lo cual disminuye la probabilidad de bajo crecimiento y desnutrición en el niño. Las evaluaciones de algunos programas de DIT señalan que mejorar las dietas de las mujeres embarazadas y niños pequeños puede prevenir el retraso del crecimiento y

tiene como resultado un mejor desarrollo motor y mental (Engle, Black et al. 2007). Otros estudios apuntan a que la participación de los padres en programas de asesoramiento disminuye la probabilidad de depresión materna.

El esquema de DIT provee a los niños menores de seis años y a las madres embarazadas o lactantes con mejores oportunidades de salud, nutrición y educación. Los programas de DIT colaboran estrechamente con el cumplimiento del quinto ODM.

Sexto objetivo: combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

El sexto objetivo es combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. La meta incluye detener y revertir la transmisión del VIH/SIDA, para el año 2015, al igual que garantizar acceso universal a terapia anti-retroviral (ARV) para el 2010. La meta también incluye, para el año 2015, detener y revertir la transmisión y la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves. En América Latina, para el 2007, aproximadamente 1.7 millones de personas vivían con VIH, de los cuales en promedio unos 44,000 eran niños entre 0 y 14 años (ONUSIDA 2008). El número de niños entre 0 y 14 viviendo con VIH en el 2001 era de 36,000, lo cual indica que ha habido un incremento en la prevalencia en los últimos años.

El DIT reconoce la salud materna y la salud de los niños como un componente vital para el éxito en el futuro. Con relación al VIH/SIDA, el acceso universal a ARV para la población VIH seropositiva ayudaría a mejorar el estado de salud, la prosperidad y la calidad de vida de madres, padres e hijos. Con relación al tema de la salud materna, este objetivo asegura que las mujeres y, en especial, las madres reciban información sobre su salud reproductiva, para así prevenir el contagio del virus y la transmisión de otras infecciones sexuales con el uso de preservativos. Esto contribuye a la prevención de la "feminización" de la epidemia, lo cual se ha estado observando en los últimos años y es de especial importancia en el caso de madres adolescentes.

En este sentido, este objetivo también asegura el bienestar de la salud prenatal ya que las mujeres conocerán más sobre la transmisión de VIH/SIDA materno-infantil. Más aún, este enfoque también trae más atención a la salud infantil. En el caso de niños infectados con el VIH/SIDA, la nutrición es muy importante para protegerse contra la infección. Si un niño infectado con VIH/SIDA está bien nutrido, el niño responderá mejor al tratamiento con ARV. Estos conocimientos también ayudarán a disminuir el número de niños que se quedan huérfanos a consecuencia del VIH/SIDA.

Con respecto al paludismo, aproximadamente 40% de la población global está al riesgo de contraer paludismo (Vitor-Silva et al, 2009). En las zonas tropicales altamente endémicas, el paludismo es una causa primordial de la morbilidad y mortalidad en la infancia. Cada año, más de 500 millones de personas están infectadas, especialmente los

niños quienes más susceptibles a la manifestación severa de la enfermedad (Carter and Mendis 2002). El impacto del paludismo en el rendimiento escolar de los niños puede ser una contribución significativa a la pobreza en los países con malaria endémica, en general, y tiene implicaciones importantes para los proveedores de atención de salud y los planificadores del desarrollo humano, en general (Fernando, Gunawardena et al. 2003). Por esta razón, el control de paludismo eficaz se necesita urgentemente en el desarrollo de los países con paludismo endémico ya que esta relación ha contribuido al empobrecimiento de las regiones y las naciones afectadas por esta enfermedad.

La educación de la población, la detección temprana y el uso inmediato de ARV va a contribuir a mejorar el estado de salud de las madres y niños, a evitar la transmisión materno-infantil y a incrementar las probabilidades de sobrevivencia y de desarrollo adecuado de los niños de la región. Asimismo, combatir el paludismo por medio de intervenciones preventivas como lo son el uso de materiales impregnados con insecticidas y las intervenciones médicas como lo son los tratamientos combinados basados en la artemisinina (TCA) no sólo contribuye a la disminución de la morbilidad y la mortalidad por esta enfermedad, pero también contribuye con el desarrollo del capital humano en las zonas endémicas. Las intervenciones preventivas que incluyen programas de DIT permiten que los niños tengan una mayor oportunidad para crecer, nutrirse, desarrollarse cognitivamente y aprender.

Séptimo objetivo: garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

El séptimo ODM busca garantizar la sostenibilidad del medio ambiente. Un objetivo específico dentro de esta meta consta en reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento. La sostenibilidad ambiental está cada vez más en riesgo en América Latina. Los problemas ambientales más importantes de la región están agravándose en términos generales y se reflejan sólo parcialmente e imperfectamente en los indicadores definidos para éste objetivo.

En la región casi 80 millones de personas aún no tienen acceso a servicios de agua potable y más de 100 millones carecen de acceso a instalaciones sanitarias, sobre todo las personas pobres en las áreas rurales (CEPAL 2005). La evidencia indica que los factores ambientales influyen en la salud. En América Latina, la falta de acceso a agua potable es un problema crítico, sobre todo en zonas rurales. El 27% de los niños menores de seis años que viven en zonas rurales corren un mayor riesgo de contraer enfermedades infecciosas debido a que no tienen acceso a agua potable.

La población infantil es la más afectada por enfermedades infecciosas (principalmente diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y el paludismo) que resultan de factores

ambientales. En todo el mundo, el número de años de vida ajustado en función de la discapacidad (AVAD) perdidos por habitante debido a factores de riesgo ambientales es aproximadamente seis veces mayor entre los niños de 0 a 6 años que en la población en general. Asimismo, la tasa de mortalidad del recién nacido por causa de estos factores es 12 veces mayor en los países en vías de desarrollo que en los países desarrollados (OMS 2006).

Los programas de DIT reconocen que los factores ambientales desencadenan enfermedades que impiden que los niños se desarrollen adecuadamente. Los programas de DIT incluyen tratamientos para prevenir y tratar las enfermedades causadas por factores ambientales, por lo que es crítico que los programas de DIT concienticen acerca de los peligros a los que millones de niños están expuestos por falta de acceso a agua potable y de instalaciones sanitarias en la región y en el mundo. Entendemos por esto que es posible mejorar la salud humana si se promueven los ambientes saludables. Esta afirmación nos permite acentuar la importancia de la sostenibilidad ambiental para el DIT ya que es la población de cero a seis años la que está mayormente expuesta a estos peligros.

El medio ambiente es una plataforma para la buena salud (OMS 2006). El medio ambiente debe de ser una preocupación global ya que la tierra es parte de un sistema integrado al cual todos estamos conectados y por ende, todos estamos expuestos. Ampliar el alcance y mejorar las políticas de DIT es una estrategia para mejorar la calidad de vida de los niños en América Latina quienes están expuestos a peligros ambientales. Si se proporciona acceso universal a agua potable y servicios sanitarios, disminuye la mortalidad de los niños permitiéndoles la oportunidad de desarrollarse plenamente.

Octavo objetivo: fomentar una alianza mundial para el desarrollo

El octavo ODM es establecer una alianza mundial para el desarrollo para el año 2015. Este tema es especialmente importante para la difusión de políticas públicas, programas, y campañas de DIT en el ámbito regional y nacional. Es importante hablar sobre las alianzas globales existentes que abarcan el tema de DIT. El Grupo Consultivo para la Primera Infancia en América Latina y el movimiento de "Educación para todos" de UNESCO son dos ejemplos de alianzas destacadas que presiden sobre el movimiento del DIT en la región.

El DIT es una forma de desarrollo sostenible para el futuro de América Latina y el Caribe pues es una inversión en capital humano. La cooperación internacional y la inversión de recursos en programas de DIT en la región contribuirán al acceso universal de servicios integrales de DIT y a la disminución de la desigualdad. De esta manera, se puede intervenir de una manera eficaz en los países y poblaciones más marginalizadas de la región.

4. Retos y desafíos regionales para el desarrollo de los niños

4.1. Retos macro-económicos

4.1.2. Pobreza y desigualdad

Uno de los retos más importantes que enfrenta la sociedad en América Latina es la desigualdad económica. Existen diversos índices para medir esta desigualdad. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) recomienda el uso de diversos índices sintéticos (Gini, Theil o Atkinson), de manera complementaria. Debido a las propiedades específicas de cada indicador, el orden de los países según sus niveles de desigualdad dependerá de cuál de ellos se considere. No obstante, la CEPAL identifica ciertas regularidades. Así, usando las cifras más recientes disponibles, los países con menor desigualdad de la región son Costa Rica, el Uruguay y la República Bolivariana de Venezuela.

La CEPAL identifica a Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala y Honduras como los países con mayores niveles de concentración del ingreso en la región. La clasificación de los demás países según sus niveles de desigualdad varía ampliamente según el indicador utilizado. La CEPAL sugiere considerar a la Argentina, Chile, Ecuador, México, Nicaragua y Perú como países de desigualdad media-baja en el contexto regional, mientras que El Salvador, Panamá, Paraguay y la República Dominicana serían países de desigualdad media-alta (CEPAL 2008).

Las estimaciones más recientes para los países de América Latina, correspondientes al año 2007, muestran que la incidencia de la pobreza alcanza un 34,1% de la población de la región. De este porcentaje, quienes viven en condiciones de pobreza extrema o indigencia representan un 12,6%. Estas cifras significan que en el 2007 hubo 184 millones de personas pobres, incluyendo 68 millones de indigentes. La contribución de las distintas subregiones a la pobreza regional es similar a su participación en la población total, aunque no necesariamente sucede lo mismo en el caso de la indigencia. De las personas pobres que viven en América Latina, un 31% está en Brasil, un 28% en los países de la Comunidad Andina, un 19% en México, un 8% en los países del MERCOSUR más Chile y un 14% en Centroamérica (incluida la República Dominicana). Estas cifras reflejan de manera cercana las participaciones en la población total, dándose las diferencias más apreciables en Centroamérica y la Comunidad Andina, que aportan un mayor porcentaje de pobres que de población total, y en el MERCOSUR, donde sucede lo contrario. El pan-

orama se altera en mayor medida en el caso de la indigencia, ya que el Brasil, México y el MERCOSUR disminuyen sus participaciones porcentuales hasta un 26%, un 14% y un 9%, respectivamente, mientras que la Comunidad Andina y Centroamérica las aumentan al 31% y el 20%, respectivamente (CEPAL 2008).

Los expertos y los organismos internacionales coinciden en que los efectos de la crisis financiera internacional que inició originalmente en los Estados Unidos afectarán la economía real de la región. Los efectos de la crisis serán distintos en los diferentes países. Los más afectados por la disminución de las remesas, o por su conexión más directa con el mercado de los Estados Unidos, podrían ser los más perjudicados. También aquellos países cuyas exportaciones se encuentren menos diversificadas y se concentren en bienes cuyos mercados se encuentren en peores condiciones. Este escenario de leve incremento de la pobreza, que llegaría incluso a cobrar cierta intensidad en algunos países, podría moderarse si los gobiernos despliegan políticas destinadas a evitar que los efectos de la crisis vuelvan a descargarse sobre los sectores de menores ingresos y se pierda parte de las mejoras que se lograron desde el 2002. La región no resultará inmune a los efectos de esta crisis, pero se encuentra en mejores condiciones para enfrentarla que en otros momentos. Esto debería traducirse en la puesta en marcha o intensificación de medidas que alivien el impacto que la menor demanda de trabajo tendría sobre los hogares pobres y sobre los que podrían caer en la pobreza (CEPAL 2008).

4.1.3. América Latina y la crisis económica de hoy en día

Al igual que en otras regiones caracterizadas por economías emergentes, los problemas del sector financiero en las economías avanzadas están elevando el costo del crédito y reduciendo los flujos de inversión a todos los países de América Latina y el Caribe. La recesión económica en los Estados Unidos, que es el socio comercial más importante en el área, está reduciendo la demanda externa por los productos de América Latina y los ingresos que se derivan de las exportaciones, las remesas y el turismo. Asimismo, el Fondo Monetario Internacional considera que de los precios de las materias primas están afectando a las grandes economías de la región, Argentina, Brasil, Chile, México y Venezuela, que están entre los mayores exportadores de productos primarios del mundo. Asimismo, el organismo internacional prevé que el producto interno bruto (PIB) real se contraerá en 1,5% en 2009, y registrará una leve recuperación en 2010, ya que el PIB crecerá 1,6%. Se prevé que la demanda interna disminuirá alrededor de 2,4% en 2009 debido al encarecimiento y la escasez de financiamiento externo, así como la disminución de la demanda de productos nacionales (IMF 2009).

Para la región en su conjunto, las proyecciones permiten prever un descenso de la inflación del 8% en 2008 a cerca del 6,5% en 2009. Al mismo tiempo, se prevé que el déficit en

cuenta corriente de la región incrementará a un poco más del 2% en 2009 (desde un nivel cercano al 0,75% en 2008), a raíz del deterioro de los términos de intercambio. El Fondo Monetario Internacional considera que el principal peligro es que una prolongada inestabilidad financiera mundial conduzca a una larga interrupción en flujo de capital, lo cual requeriría un ajuste interno más fuerte aún. En vista de las elevadas necesidades de crédito, los sectores público y empresarial serían particularmente vulnerables en unos cuantos países. Además, un nuevo descenso en los precios de las materias primas sería nocivo para las exportaciones y el crecimiento de la mayoría de los países de la región (IMF 2009).

4.1.4. Remesas

Las remesas son un factor crucial para el desarrollo económico y la reducción de la pobreza. Analistas del Banco Mundial afirman que los países que más remesas (medidas en dólares Americanos) reciben son, en orden de magnitud: México (\$26 billones), Colombia (\$4.5 billones), Brasil (\$4.5 billones), Guatemala (\$4.4 billones) y El Salvador (\$3.8 billones). El reporte de la Secretaría analizará la situación de los programas de DIT en tres de estos países: México, Colombia y El Salvador. Este último país también recibe un porcentaje muy alto de remesas per cápita (\$555) y como porcentaje de los hogares totales que reciben estos recursos del exterior (27%). Existen variaciones significativas en la distribución de las remesas por grupos de ingreso en los once países para los cuales estos datos están disponibles. Por ejemplo, en México, 61% de los hogares que reciben remesas se encuentran en los sectores de más bajos de ingreso, mientras que solo 4% de estos hogares se encuentran en los sectores de más altos de ingreso (Demombynes, Valdés Conroy et al. 2009).

El monto de las remesas creció desde la década de 1990 en toda la región, pero desde el 2004 este monto se encuentra estancado. Después de este periodo de estancamiento, el flujo total de remesas comenzó a declinar debido a la crisis financiera mundial. Las tasas de crecimiento de las remesas en la mayoría de los países se volvieron negativas en los últimos meses del 2008. En los últimos meses, el promedio bruto del monto de las remesas se redujo en 7,3% en los últimos meses. En América Central, la reducción promedio ponderada, para el primer cuarto del 2009 fue 4,4% más bajo que para el mismo periodo del 2008 (Demombynes, Valdés Conroy et al. 2009).

La influencia de la crisis en los índices de pobreza y desigualdad puede llegar a ser significativa en algunos países incluidos en el informe (Colombia, El Salvador y México). Aunque hay una gran incertidumbre sobre la profundidad y la duración de la crisis, la posible disminución en el monto de las remesas puede implicar que tres y medio millones de personas caigan por debajo de la línea de la pobreza. De acuerdo con el Banco Mundial, se necesita más datos para determi-

nar cómo la disminución de las remesas debido a la crisis afectará a los receptores tomando en cuenta cuestiones demográficas como el género (Demombynes, Valdés Conroy et al. 2009).

4.2. Retos de nutrición y salud

4.2.1. Nutrición

En América Latina existe una alta inseguridad alimentaria la cual resulta de las desigualdades socioeconómicas de la población; los riesgos que provienen de los desastres naturales que azotan a la región; el alza en el precio de los alimentos; y los conflictos sociales y/o armados. La situación económica actual amenaza con empeorar la desigualdad y la inseguridad, lo cual se verá reflejado en un incremento en las tasas de desnutrición regional y un retroceso en los avances que se han logrado en materia de los ODM.

Actualmente en América Latina y el Caribe, 53 millones de personas carecen de alimentos suficientes para cubrir sus necesidades. En América Latina, en promedio, 7% de los niños menores de seis años de edad presentan un bajo peso para la edad y 17% de éstos tienen baja talla para su edad (UNICEF 2009). Asimismo, las deficiencias de micronutrientes (vitaminas y minerales) representan un grave problema nutricional en la región. El 50% de los niños (en su mayoría menores de 2 años) en América Latina, padecen de anemia por deficiencia de hierro, lo que aumenta significativamente el riesgo de una alta prevalencia en baja talla y afecta directamente el desarrollo cognitivo y emocional del niño. Existen además grandes deficiencias de vitamina A, cinc, yodo y ácido fólico, todos nutrientes esenciales para el desarrollo físico y mental de los niños.

4.2.2. Salud y mortalidad en la primera infancia

Aproximadamente unos 10 millones de niños mueren anualmente en América Latina. En su mayoría son niños de países de bajos ingresos o en áreas pobres de países de medianos ingresos. Las causas de mortalidad en menores de 5 años son primordialmente las enfermedades infecciosas como diarrea, neumonía, sarampión, malaria, VIH/SIDA y la desnutrición cómo causa subyacente (Jones, Steketee et al. 2003).

4.2.3. Muertes neonatales

Las muertes prenatales representan un 37% de las muertes en el grupo de edad de menores de seis años. Sus principales causas son los nacimientos pretérminos (28%), la sepsis/neumonía (26%), asfixia neonatal (23%), enfermedades o defectos congénitos (8%), el tétano neonatal (7%), y otras causas (7%) (OMS sitio web, 2009). Existen diferentes intervenciones sencillas y fáciles de implementar en áreas de bajos recursos, que pueden contribuir a la disminución de estas causas de mortalidad tan importantes. Estas intervenciones se discutirán en el reporte.

4.2.4. Diarrea

La diarrea representa 17% de las muertes en niños menores de cinco años. Diferentes estudios han demostrado que la mortalidad por diarreas es fácilmente prevenible por medio de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida; alimentación complementaria iniciada a los seis meses; acceso a agua potable, saneamiento e higiene; consumo de cinc y vitamina A (Ashraf RN 1991; Bhutta ZA 1997; Arifeen S 2001; WHO 2001; Jones, Steketee et al. 2003). Estas intervenciones preventivas han demostrado ser efectivas en la reducción de la mortalidad de niños menores de 5 años en países en vías de desarrollo y han demostrado ser de fácil implementación y bajo costo (Jones, Steketee et al. 2003).

4.2.5. Enfermedades infecciosas y vacunas

Otras enfermedades infecciosas de la infancia, como el sarampión, la difteria, la tos ferina, y el tétano que anteriormente contribuían a las defunciones de niños menores de seis han ido en disminución en la región por la gran cobertura de vacunas. Más de la mitad de la reducción de la mortalidad en menores de seis años en la última década es atribuible a la inmunización (Andrus JK 2008). Los programas nacionales de inmunización en América Latina han tenido resultados notables. La inclusión de vacunas como la BCG (bacillus Calmette-Guerin – para la prevención de la tuberculosis), la DPT3 (difteria-pertusis-tétano), la vacuna del sarampión, la OPV3 (vacuna oral para la prevención del polio) en los esquemas de vacunación nacionales y la introducción de las vacunas contra el *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib) han reducido la mortalidad de los niños de la región significativamente. Entre 1990 y el 2004 se reportó una reducción del 99% en el número de casos y muertes a causa de sarampión; aproximadamente un 90% en la morbilidad y mortalidad por tétano neonatal; un 80% en la reducción de los casos de tosferina (pertusis) y un 65% en la reducción de muertes (Andrus JK 2008). Las infecciones por *Haemophilus influenzae* pueden resultar en meningitis, neumonía, epiglotitis, otitis media entre otras, y la introducción de la vacuna Hib produjo una reducción de la morbilidad y mortalidad por meningitis en un 98% entre los años 1990 y el 2004 en la región (Andrus JK 2008).

4.2.6. Paludismo

En América Latina, desde el 2000, la morbilidad por paludismo ha disminuido en un 20% y la mortalidad en un 70%. En el 2000, la región aumentó sus esfuerzos de control como parte de la iniciativa "Hacer retroceder el paludismo" (Roll Back "Malaria), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Aún así, el paludismo sigue siendo endémica en aproximadamente 21 países de las Américas. Los casos anuales suman cerca de un millón y los niños pequeños siguen siendo quienes mayor riesgo "corren de fallecer debido a esta enfermedad (OMS 2008).

En los niños, el paludismo no está asociado solamente a una alta morbilidad y mortalidad, sino también a problemas en el desarrollo de los mismos. A pesar de que la mayoría de las infecciones por malaria en niños se caracterizan por episodios febriles agudos, poco complicados, los mismos han demostrado tener un impacto sobre el desarrollo cognitivo de los niños y consecuentemente en su desempeño escolar (Fernando, Wickremasinghe et al. 2003; Fernando, Gunawardena et al. 2003; Fernando, De Silva et al. 2006; Vitor-Silva, Reyes-Lecca et al. 2009).

Intervenciones sustentadas con suficiente evidencia científica y que han demostrado ser costo-efectivas para la prevención y el tratamiento del paludismo en niños menores de 6 años en países en desarrollo consisten en el uso de mosquiteros y otros materiales impregnados con insecticidas; la alimentación complementaria y los tratamientos antipalúdicos (D'Alessandro U 1996; Caufield LE 1999; Kidane G 2000; Hawley WA 2003; Jones, Steketee et al. 2003; Lengeler 2003; PA Phillips-Howard 2003; ter Kuile FO 2003).

4.2.7. VIH/SIDA

El número de niños entre 0 y 14 viviendo con VIH en el 2001 era de 36,000. El número de muertes en el 2007 por SIDA sumó a unas 63 mil personas (sin distinción entre adultos y niños). En el 2005 se puso en marcha la iniciativa Únete por la niñez, Únete por la juventud, Únete para vencer al SIDA, la cual examina los conocimientos actuales, las pruebas empíricas que han surgido y los últimos avances a favor de los niños en cuatro áreas programáticas, conocidas como las "Cuatro P": prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo, proporcionar atención y tratamiento pediátrico para el VIH, prevenir la infección entre los adolescentes y jóvenes y proteger y ayudar a los niños y las niñas afectados por el VIH y el SIDA (ONUSIDA 2008; UNICEF/ONUSIDA/OMS 2008; UNICEF/ONUSIDA/OMS/UNFPA 2008). Una de las regiones en donde más mujeres embarazadas recurren a servicios de diagnóstico del VIH es América Latina (UNICEF/ONUSIDA/OMS/UNFPA 2008). Esto es importante ya que debemos mantener presente que para garantizar una cobertura de antirretrovirales (ARV) para la prevención de la transmisión vertical (madre a hijo) de VIH dependemos del grado de aceptación de la prueba diagnóstica, la búsqueda temprana de atención prenatal, la asistencia de personal calificado durante el parto y la infraestructura del sistema de salud, lo cual va a incluir recurso humano capacitado, laboratorios, entre otros (UNICEF/ONUSIDA/OMS/UNFPA 2008).

4.2.8. Enfermedades tropicales olvidadas

Las enfermedades tropicales olvidadas (ETO) son consideradas "olvidadas", ya que son las enfermedades que comúnmente afectan a los pobres y vulnerables. En la mayoría de los países de la región estas enfermedades no son consideradas una amenaza a la salud pública ya que usualmente no están bajo

estricta vigilancia epidemiológica y no son reportadas en las estadísticas de los países de la región. Estas enfermedades no son responsables de altas tasas de mortalidad (aunque si pueden causar la muerte), sin embargo sí se caracterizan por ser físicamente incapacitantes y estigmatizantes, y comprometen tanto el desarrollo físico como las oportunidades de aprendizaje, lo cual se traduce en limitantes para las oportunidades laborales y desenvolvimiento pleno del ser humano. Las enfermedades tropicales olvidadas directamente contribuyen al desempleo e indirectamente contribuyen a la inseguridad alimenticia.

Las ETO tienen una alta prevalencia entre comunidades pobres y marginalizadas. Sin embargo, su distribución en la región y a nivel de los países varía de acuerdo a las comunidades, región geográfica y las prácticas de sus pobladores. Es común observar leptospirosis en barrios pobres, favelas o asentamientos; esquistosomiasis, lepra, leishmaniasis, enfermedad de Chagas y cisticercosis en áreas rurales donde se practica la agricultura; oncocercosis, escabiosis y tinea fungi en poblaciones indígenas; helmintiasis en la mayoría de las poblaciones viviendo en estado de pobreza (Ault 2007).

Estas enfermedades representan entre las infecciones más comunes de las poblaciones marginadas. Las infecciones por helmintos representan las de mayor prevalencia en niños de la región, como es el caso de Minas Gerais en Brasil, donde aproximadamente un 68% de la población rural está infectada y es una de las causas principales de anemia en niños y el caso de Guatemala que tiene la prevalencia más alta de trichuriasis y ascariasis, las cuales probablemente son en parte responsables de la alta tasa de desnutrición infantil (Hotez, Bottazzi et al. 2008).

4.3. Educación inicial y preescolar

La estimulación y educación temprana han demostrado tener un impacto positivo sobre el desarrollo de habilidades, aptitudes y la capacidad de aprendizaje de una persona. Aún no se ha establecido con certeza la edad a la que se debe iniciar la educación formal de un niño, pero si se ha identificado que la misma tiene efectos positivos sobre aquellos que la recibe. La UNESCO/ORELAC (2007) ha identificado seis áreas de desarrollo que se ven favorecidas cuando un niño recibe cuidado y educación inicial. Estas áreas incluyen el bienestar físico y desarrollo motor; el desarrollo social y afectivo; la actitud de aprendizaje; el desarrollo de lenguaje; el desarrollo cognitivo y los conocimientos generales. Es por esto que la educación debe ser considerada un parte integral del cuidado de los niños.

Los países de América Latina reconocen la importancia de brindar estimulación inicial y educación preescolar. Políticas públicas y programas se han ido desarrollando y ampliando para proveer acceso a una educación inicial a los niños de la región. Se estima que para el próximo año (2010), en la



Cortesía de JUNJI, Chile. Fotografía: Zaida González

región debe existir una cobertura de aproximadamente un 11.6% de educación y cuidado inicial (p. ej., parvularias, jardines infantiles, "guarderías") para niños de 0 a 3 años, de los cuales alrededor de un 77% serán provistos por programas gubernamentales (CEPAL/OEI 2009). Los modelos de cuidado y educación varían substancialmente al interior de los países al igual que entre países. La provisión de modelos integrales (asistencia familiar, cuidado de salud, nutrición y estimulación) efectivos y culturalmente apropiados son escasos. La cultura de la región favorece programas de visitas domiciliarias/talleres educacionales sobre programas formales o institucionales. Los programas de visitas domiciliarias o talleres educacionales con promotoras de salud, nutrición y estimulación educan a las madres, familias y comunidades en estas áreas importantes. Una evaluación realizada a un programa Jamaquino de nutrición complementaria y estimulación infantil temprana llevado a cabo por visitadoras domiciliarias demostró ser efectivo en reducir las disparidades de aprendizaje (Schady 2006). A pesar de la efectividad demostrada por estos programas de cuidado y estimulación temprana, en países desarrollados y algunos en vías de desarrollo, la región aún carece de políticas públicas y programas que garanticen el acceso a los mismos, dejando aproximadamente a un 88% de los niños menores de 3 años sin cobertura.

La educación preescolar (3 a 6 años) es considerada obligatoria en varios países de la región. Aunque las edades de inicio varían de país en país, los estados de América Latina representan un tercio de los países en el mundo que tienen tales políticas de educación inicial obligatoria (UNESCO 2007). El promedio de la tasa bruta de escolarización (TBE) ha aumentado en los últimos 25 años, pasando de un 13% en 1975 a un 65% en el 2006. Sin embargo a pesar de un

aumento significativo en países como México y Panamá, existe una disminución de escolarización en países como Guatemala y Costa Rica.

Las disparidades regionales; la pobre calidad de la educación preprimaria; la pobreza, la marginalización de grupos sociales y la falta de inclusión de niños discapacitados son desafíos que dificultan el acceso al cuidado y la educación inicial y preescolar universal.

Es importante recalcar que aún cuando varios de los países tienen provisto una educación preescolar obligatoria para niños entre 3 y 6 años, aún existe una alta disparidad de acceso a educación en niños de estos grupos etarios que provienen de estratos socioeconómicos bajos. La disparidad en acceso es aún muy marcada entre zonas rurales y urbanas y en especial para poblaciones indígenas y niños con discapacidades.

Aunque la importancia de la educación inicial y preescolar ha ido adquiriendo auge, es notorio la diferencia en las tasas de matrículas de niveles preescolares en comparación con los otros niveles de educación. La inversión regional en educación inicial es sub-óptima, representando un promedio de 0,12% del PIB de la región, a diferencia de un 1,72% del PIB para la educación inicial y un 1,10% para la educación básica secundaria (CEPAL 2009).

5. Un compromiso con la cobertura universal de programas de DIT

Una sociedad logra alcanzar los más altos réditos en su desarrollo económico y bienestar social invirtiendo en DIT, el cual consiste en programas que promueven una buena nutrición, el acceso al cuidado de la salud, la estimulación intelectual y un ambiente seguro para los niños entre los 0 y 6 años de edad. La inversión en DIT dura toda una vida, ya que un niño que se beneficia de programas de DIT tendrá un mejor desempeño en la escuela y en el mercado laboral, y disfrutará de una mejor salud que un niño que ha sido privado de sus necesidades básicas.

Por consiguiente, urgimos a los líderes de Latinoamérica a que velen por el bienestar económico y social de sus países asegurando la cobertura universal de programas de DIT, basándose en lo mejor de la ciencia y la experiencia para el diseño de estos programas. Estamos comprometidos a trabajar con todos los gobiernos y la sociedad civil de la región para lograr la cobertura universal de programas de DIT de alta calidad para el 2020, o más temprano dónde sea viable.

Específicamente, proponemos que cada gobierno nacional emprenda las siguientes acciones:

1. La creación de un Consejo Nacional de DIT (donde no exista) bajo la dirección del Jefe de Estado, para que coordine los esfuerzos nacionales hacia la cobertura universal de DIT. Los Ministros de Salud, Nutrición, Desarrollo Social, Finanzas, Bienestar Familiar y Educación Preescolar formarán parte del Consejo. La coordinación de los esfuerzos de DIT debe estar a cargo de un alto funcionario del gobierno.
2. Un incremento gradual en el presupuesto nacional para así asegurar el acceso universal a programas integrales de DIT para el 2020, a más tardar.
3. La participación de cada país en la Secretaría de DIT para América Latina y el Caribe creada por ALAS y el EI, de la Universidad de Columbia, en asociación con las más importantes organismos internacionales. La Secretaría promoverá la adopción de programas de DIT de alta calidad basándose en la experiencia global y en actual evidencia científica.
4. Llevar a cabo campañas educativas dirigidas a familias, cuidadores y comunidades que informen sobre las mejores prácticas de DIT para los hogares y comunidades. Estas campañas estarán apoyadas por figuras públicas de las artes, la academia, las ciencias, los negocios y la política.
5. Entrega de apoyos especiales a madres, maestros y otros cuidadores, para apoyar su rol crucial en el DIT.

Los innumerables beneficios que este esfuerzo escalable de DIT traen para la sociedad incluyen:

1. La promoción del desarrollo económico, alcanzando los más altos beneficios a través de la inversión en capital humano. El aumento de la calidad de vida en general, al promover no sólo mejores ingresos en los adultos, sino también un mejor desenvolvimiento escolar y mejores condiciones de salud en los adultos.
2. La promoción de la paz dentro de la comunidad y de la nación. El DIT fomenta la reducción de la marginalidad, la violencia y la inseguridad a largo plazo.
3. La promoción de la igualdad social. El DIT incita a la movilidad intergeneracional, ayudando a que los niños nacidos en condiciones de relativa pobreza tengan la oportunidad de alcanzar su más alto potencial físico, social y económico.
4. La reducción de la inestabilidad política. Los programas de DIT fomentan la inclusión social de los individuos y les provee una educación adecuada para participar activamente en la vida cívica, contribuyendo a reducir la inestabilidad política y fortaleciendo la estabilidad democrática.

Referencias

Andersen, Brooks, et al. (2004). Macroeconomic Policies to Increase Social Mobility and Growth in Bolivia. Institute for Advanced Development Studies Working paper No. 02/2004.

Andrus JK, C. A., Fitzsimmons J, Vicari A and Tambini G (2008). "Immunization and the Millennium Development Goals: Progress and Challenges in Latin America and the Caribbean." *Health Affairs* 27(2): 487-493.

Ashenfelter, O. and K. Alan (1994). "Estimates of the Economic Return to Schooling from a New Sample of Twins." *American Economic Review* 84(5): 1157-1173.

Ault, S. K. (2007). "Pan American Health Organization's Regional Strategic Framework for addressing neglected diseases in neglected populations in Latin America and the Caribbean." *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 102: 99-107.

Berlinski, S., S. Galiani, et al. (2009). "The effect of pre-primary education on primary school performance." *Journal of Public Economics* 93(1-2): 219-234.

Carter, R. and K. Mendis (2002). "Evolutionary and historical aspects of the burden of malaria." *Clin Microbiol Rev* 15: 564 - 594.

Castelló-Climent, A. (2008). "On the distribution of education and democracy." *Journal of Development Economics* 87(2): 179-190.

Caufield LE, H. S. a. P. E. (1999). "Interventions to improve intake of complementary foods by infants 6 to 12 months of age in developing countries: impact on growth and on the prevalence of malnutrition and potential contribution to child survival." *Food Nutr Bull* 20 183-200.

CCC. (2007). "Results: Consulta de San José." Copenhagen Consensus Center, from http://www.copenhagenconsensus.com/Files/Files/CC%20LAC/Outcome_Eng.pdf.

CEPAL. (2005). The Millenium Development Goals: A Latin American and Caribbean Perspective United Nations.

CEPAL. (2008). "Panorama Social de América Latina." from http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/34732/PSE2008_Cap1_Pobreza.pdf.

CEPAL/OEI (2009). Metas Educativas 2021: Estudios de Costos. Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI): 194.

CEPAL/UNICEF/SCI (2001). Construir equidad desde la infancia y la adolescencia en Iberoamérica Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia/Secretaría de Cooperación Iberoamericana.

D'Alessandro U, L., Bennett S, Francis N, Cham K and Greenwood BM (1996). "The impact of a national impregnated bed net programme on the outcome of pregnancy in primigravidae in The Gambia." *Trans R Soc Trop Med Hyg* 90: 487-492.

Daniels, M. and L. Adair (2004). "Growth in young Filipino children predicts schooling trajectories through highschool." *Journal of Nutrition* 134: 1439-46.

Demombynes, G., H. Valdés Conroy, et al. (2009). "What is the likely impact of the 2009 crisis on remittances and poverty in Latin American and the Caribbean?" *Latin America Beyond the Crisis: Impacts, Policies and Opportunities* Retrieved August 20, 2009, from http://siteresources.worldbank.org/LACEXT/Resources/LAC_Policy_Notes.pdf.

Engle, P. L., M. M. Black, et al. (2007). "Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world." *The Lancet* 369(9557): 229-242.

Eric I. Knudsen, J., J. Cameron, et al. (2006). Economic, neurobiological, and behavioral perspectives on building America's future workforce. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*

Evans, G. and P. Rose (2007). "Support for democracy in Malawi: Does schooling matter?" *World Development* 35(5): 904-919.

Fernando, D., D. De Silva, et al. (2006). "A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Clinical Trial Of The Impact Of Malaria Prevention On The Educational Attainment Of School Children." *Am J Trop Med Hyg* 74(3): 386-393.

Fernando, D., R. Wickremasinghe, et al. (2003). "Cognitive performance at school entry of children living in malaria-endemic areas of Sri Lanka." *Trans R Soc Trop Med Hyg* 97: 161 - 165.

Fernando, S. D., D. M. Gunawardena, et al. (2003). "The Impact Of Repeated Malaria Attacks On The School Performance Of Children

" *Am J Trop Med Hyg* 69(6): 582-588.

Galler, J. and F. Ramsey (1989). "A follow-up study of the influence of early malnutrition on development: behavior at home and at school." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 28: 254-61.

Gardner, J., S. Grantham-McGregor, et al. (1999). "Behaviour an development of stunted and nonstunted Jamaican children." *Journal of child psychology and psychiatry* 40: 819-827.

Glaeser, E., G. Ponzetto, et al. (2007). "Why does democracy need education?" *Journal of Economic Growth* 12(2): 77-99.

Grantham-McGregor, S., Y. Cheung, et al. (2007). "Child development in developing countries 1: Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries." *The Lancet* 369: 60-70.

Hassler, R. Mora, et al. (2007). *Inequality and Mobility*. Institute for International Economic Studies, Stockholm University.

Hawley WA, T. K. F. a. S. R. e. a. (2003). "Implications of the western Kenya permethrin-treated bed net study for policy, program implementation, and future research." *Am J Trop Med Hyg* 68 (supple 4): 168-173.

Heckman, J. (2006). "Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children." *Science* 312(5782): 1900-1902.

Heckman, J. and P. Carneiro (2003). *Human Capital Policy*. NBER Working Paper No. 9495.

Heckman, J. and D. V. Masterov (2007). *The Productivity Argument for Investing in Young Children*. T.W. Schultz Award Lecture at the Allied Social Sciences Association annual meeting. Chicago, University of Chicago: 98.

Heckman, J. J. (2006). "Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children " *Science* 312(5782): 1900-1902.

Hotez, P. J., M. E. Bottazzi, et al. (2008). "The Neglected Tropical Diseases of Latin America and the Caribbean: A Review of Disease Burden and Distribution and a Roadmap for Control and Elimination." *PLoS Negl Trop Dis* 2(9): e300.

IMF. (2009). "Estudios Económicos y Financieros: Perspectivas de la Economía Mundial, Crisis y Recuperación." from <http://www.imf.org/external/spanish/pubs/ft/weo/2009/01/pdf/texts.pdf>.

Jones, G., R. W. Steketee, et al. (2003). "How many child deaths can we prevent this year?" *The Lancet* 362(9377): 65-71.

Kidane G, M. R. (2000). "Teaching mothers to provide home treatment of malaria in Tigray, Ethiopia: a randomised trial." *Lancet* 356: 550-555.

Lengeler, C. (2003). "Insecticide-treated bednets and curtains for preventing malaria (Cochrane Review)." *The Cochrane Library*(Issue 2).

Lien, N. M., K. K. Meyer, et al. (1977). "Early malnutrition and "late" adoption: a study of their effects on the development of Korean orphans adopted into American families." *Am J Clin Nutr* 30(10): 1734-1739.

McKey RH, C. L., Ganson H, et al. (1985). *The Impact of Head Start on Children, Families and Communities*. Final Report fo the Head Start Evaluation, Synthesis and Utilization Project, CSR, Inc., Washington, D.C.: 389.

- Offenheiser, R. and S. Holcombe (2003). “Challenges and opportunities in implementing a rights-based approach to development: an Oxfam America perspective.” *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* 32(2): 268.
- OMS (2006). *Ambientes Saludables y Prevención de enfermedades: Hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente (Objetivos del Milenio, Salud)*.
- OMS (2008). *World Malaria Report 2008/Reporte Mundial de Malaria 2008*, Organización Mundial de la Salud.
- ONUSIDA (2008). *2008 Informe sobre la Epidemia Mundial del SIDA/2008 Report on the Global AIDS Epidemic*, ONUSIDA.
- PA Phillips-Howard, B. N. a. M. K. e. a. (2003). “Efficacy of permethrin-treated bed nets in the prevention of mortality in young children in an area of high perennial malaria transmission in western Kenya.” *Am J Trop Med Hyg* 68 (suppl 4): 23-29.
- Sachs, J. (2005). *The End of Poverty: Economic possibilities for our time*. New York.
- Schady, N. (2006). *Early Childhood Development in Latin America and the Caribbean*. World Bank Policy Research Working Paper World Bank. 3869.
- Shetty, S. (2005). “Millenium Declaration and Development Goals: Opportunities for Human Rights.” *SUR-International Journal on Human Rights* 2(2): 6-21.
- Shonkoff, J., W. Boyce, et al. (2007). *A Science-Based Framework for Early Childhood Policy: Using Evidence to Improve Outcomes in Learning, Behavior, and Health for Vulnerable Children*, Center on the Developing Child at Harvard University.
- Shonkoff, J., W. Boyce, et al. (2009). “Neuroscience, Molecular Biology, and the Childhood Roots of Health Disparities: Building a New Framework for Health Promotion and Disease Prevention.” *JAMA* 301(21): 2252-2259.
- ter Kuile FO , T. D. a. P.-H. P. a. (2003). “Reduction of malaria during pregnancy by permethrin-treated bed nets in an area of intense perennial malaria transmission in western Kenya.” *Am J Trop Med Hyg* 68(Suppl 4): 50-60.
- UNDP (2000). *Human Rights and Development*. Human Development Reports. UNDP.
- UNESCO, E. F. A. (2007). *Education For All (EFA) Global Monitoring Report. Strong foundations: Early Childhood Care and Education*, UNESCO, Education For All.
- UNICEF. (2009). “The Convention of the Rights of the Child.” from <http://www.unicef.org/rightsite/>.
- UNICEF (2009). *El Estado Mundial de la Infancia 2009: Salud Materna y Neonatal*, UNICEF.
- UNICEF/ONUSIDA/OMS (2008). *Towards Universal Access: Scaling up HIV services for women and children in the health sector - Progress Report 2008*, UNICEF/ONUSIDA/OMS.
- UNICEF/ONUSIDA/OMS/UNFPA (2008). *La infancia y el SIDA: Tercer inventario de la situación, 2008*, UNICEF/ONUSIDA/OMS/UNFPA.
- Vargas-Barón, E. (2005). *Planning Policies for ECD: Guidelines for Action*, Working Group for Early Childhood Development Association for the Development of Education in Africa (ADEA); United Nations Children’s Fund (UNICEF); United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation (UNESCO): 114.
- Vitor-Silva, S., R. Reyes-Lecca, et al. (2009). “Malaria is associated with poor school performance in an endemic area of the Brazilian Amazon.” *Malaria Journal* 8(1): 230.
- Walker, S., T. Wachs, et al. (2007). “Child Development in Developing Countries 2: Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries.” *The Lancet* 369: 145-147.
- White, S. (2002). “Being, becoming and relationship: conceptual challenges of a child rights approach in development.” *Journal of International Development* 14(8): 1095-1104.