

DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO

Dr. Elbio Néstor Suárez Ojeda

I. Introducción

El análisis de la situación de salud del niño parte obligadamente de las estadísticas de mortalidad y morbilidad, las cuales ya se han expuesto y analizado en otras secciones de esta publicación. No obstante, es conveniente hacer notar la presencia de importantes factores de riesgo y examinar el estado y la utilización de los servicios disponibles para este grupo poblacional (1).

En lo que concierne a los factores de riesgo, se puede hacer mención a la importancia de una adecuada nutrición para garantizar el normal desarrollo del niño. A la fecha, esta importancia ha sido ampliamente documentada. Asimismo, se ha demostrado el impacto positivo de la suplementación alimentaria sobre el nivel de desarrollo futuro del niño, en especial, cuando ésta se acompaña de una adecuada estimulación psicosocial. Ello pone en evidencia la necesidad de que todo programa orientado al cuidado integral de la niñez, con especial énfasis en los aspectos neuro-madurativos, otorgue alta prioridad a la nutrición y a sus diversos condicionantes.

En América Latina y el Caribe se estima que más de 7 millones de niños menores de 5 años están afectados por desnutrición moderada o severa (2). Los problemas nutricionales sin embargo, no se limitan a la desnutrición energético proteica. Incluyen también las deficiencias de micronutrientes —en especial yodo y hierro—cuyos efectos sobre el desarrollo neurológico e intelectual son ampliamente reconocidos. Ambas deficiencias continúan siendo un importante problema en numerosos países de la Región y dejan un lamentable efecto en el desarrollo de los niños.

El retardo mental de tipo grave y profundo, se estima en 3 a 5 por 1.000 nacidos vivos y se eleva hasta 11 por 1.000 cuando se incluyen los retrasos leves y moderados. En un estudio realizado en Santiago de Chile en familias de bajo nivel socioeconómico, se encontró un 16% de déficit en el desarrollo psicomotor en menores de 2 años y un 40% en el grupo de 2 a 5 años (3).

Los datos epidemiológicos disponibles permiten estimar que en la Región de las Américas, las tasas de prevalencia de trastornos emocionales, conductuales y del aprendizaje en menores de 18 años, oscilan entre un 10 y 20%. Asimismo, diversos estudios permiten estimar que en América Latina y el Caribe existen aproximadamente 17 millones de niños de 4 a 16 años con algún grado de trastorno psiquiátrico que requiere intervención. A ello se suman problemas neurológicos como la epilepsia y la parálisis cerebral, cuyas prevalencias son todavía altas (alrededor de 10 por 1.000) (2).

Casi todas estas patologías pueden reducirse con intervenciones intersectoriales factibles de llevar a cabo a nivel local. Entre estas intervenciones se incluyen el espaciamiento de los hijos, la educación de la mujer, el control prenatal, la estimulación psicosocial adecuada y la prevención de deficiencias nutricionales específicas.

II. Marco teórico del desarrollo integral del niño (DIN)

El desarrollo del ser humano es un proceso demasiado complejo para ser compendiado en una o dos medidas antropométricas y algún índice o escala psicomotora. Los cambios en el cuerpo y en la mente de la persona que crece en un sentido integral sólo pueden interpretarse adecuadamente con una visión holística en la que se englobe lo físico, lo psicológico y el ambiente familiar y social en que ese proceso se está dando (4).

Para muchos, desgraciadamente, todo proyecto o programa de desarrollo de la niñez evoca la imagen de 20 ó 30 niños pequeños, jugando con bloques de cubos y triángulos de vivos colores en una guardería infantil, bajo la supervisión de una maestra de párvulos. Para otros, evoca solamente un consultorio con balanzas y antropómetros dentro de un centro de salud u hospital, donde personal médico o de enfermería pesa y mide a los niños.

Ambas concepciones son desafortunadas porque limitan el concepto del desarrollo biopsicosocial en el tiempo y en el espacio. Implican un planteamiento exclusivamente institucional, basado en la existencia de centros que compensen los elementos que faltan en el entorno familiar que frecuentemente deja por fuera a los padres y a los miembros de la comunidad (5). Estas imágenes estereotiparon los programas de desarrollo infantil, limitando sus posibilidades de acción y reduciendo su capacidad de atraer a los políticos y de generar inversiones intersectoriales en ellos.

Según Bruner, el desarrollo no es una cuestión de aumento gradual de asociaciones, ni es un proceso cuantitativo de meras relaciones estímulo-respuesta, sino mas bien una cuestión de esfuerzos y descansos. Estos esfuerzos no están relacionados sólo con la edad, sino con los ambientes y circunstancias que podrían o no permitir el desarrollo. Esta idea de Bruner es importante para los programas, porque según ella, no es suficiente que un niño tenga ya una edad para que haya construido una determinada estructura mental (6).

Bronfenbrenner introdujo en el desarrollo los conceptos de ecología y destacó el fenómeno de interacción entre el niño, su medio inmediato y el ambiente social (7). Jerarquizó la clásica ecuación de Lewin en la que el comportamiento es una función de ese interjuego entre la persona y el ambiente (8).

ECUACIÓN DE LEWIN

C = f (PA), en donde:

C = Comportamiento, maduración

f = función entre

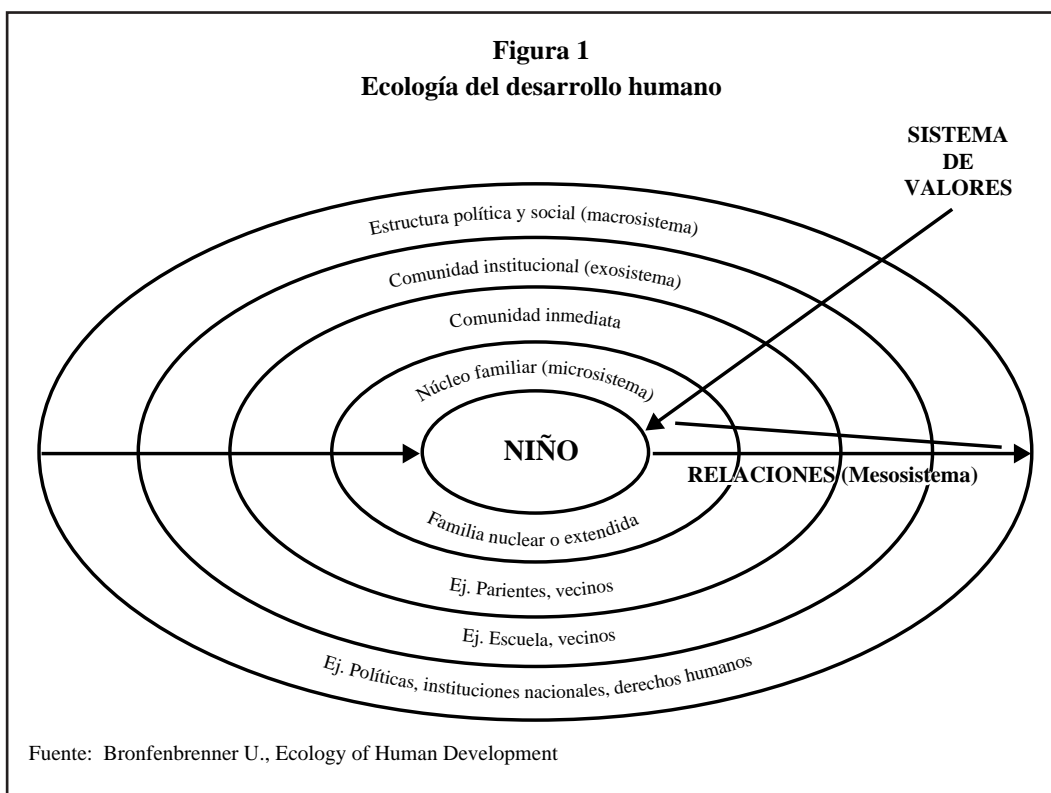
P = Persona (niño)

A = Ambiente (psicosocial)

Esto implica que se debe dar igual énfasis a ambos elementos, el niño y el ambiente, con especial atención a la interacción entre ambos. Sin embargo, lo que encontramos en la práctica es una marcada asimetría, una hipertrofia de intervenciones focalizadas en el niño y muy restringidas acciones sobre su ambiente, sus padres y sus cuidadores.

Sin entrar en detalles sobre la profunda y compleja concepción de Bronfenbrenner, cabe destacar su incorporación del concepto de mesosistemas que comprenden las interrelaciones entre dos o más escenarios, en los cuales la persona en desarrollo participa activamente. Para un niño esos microsistemas son el hogar, la escuela, y los vecinos; las relaciones que haya entre ellos constituirán el mesosistema. La naturaleza de esas relaciones, su grado de consistencia y armonía son variables significativas para el desarrollo psicosocial del niño (figura 1).

Figura 1
Ecología del desarrollo humano



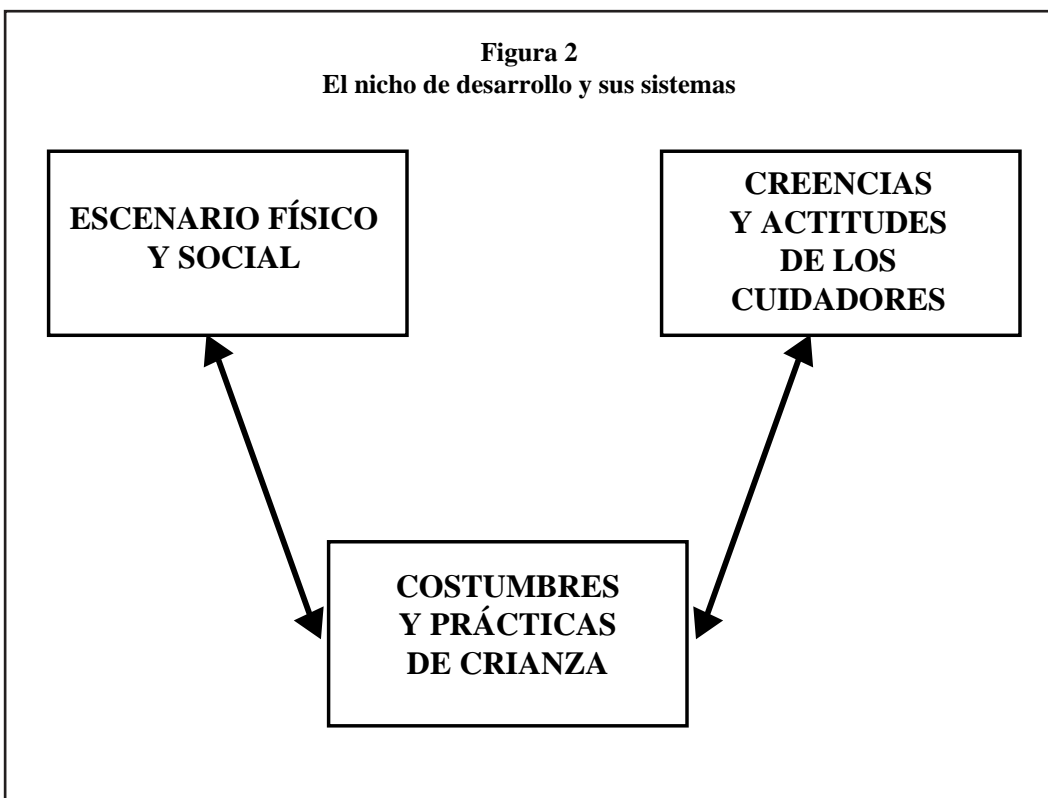
Como se representa en la figura, el niño está inmerso en su núcleo familiar y se va moviendo hacia nuevos escenarios (escuela, vecinos), a cada uno de los cuales se les denomina microsistemas. Las interconexiones que tienen lugar entre esos microsistemas entre sí y con el niño forman una red social de gran significado para la maduración psicosocial de la persona (mesosistema).

A ello se agrega el marco dado por la estructura sociopolítica y otros escenarios que no envuelven al niño como participante, pero en los cuales ocurren eventos que lo afectan indirectamente, los cuales se denominan exosistema y macrosistema. Cabe preguntarse entonces, cuál es el efecto que ejerce sobre el desarrollo de la niñez un sistema político donde la represión y la violación de los derechos humanos es un hecho cotidiano.

Super y Harkness, desde una perspectiva antropológica, elaboraron el concepto de nicho de desarrollo al que definen a través de tres componentes o subsistemas en íntima relación y permanente influencia recíproca (9) (figura 2).

Desde el punto de vista pertinente al tema—a programación de acciones a nivel local—es importante el aporte que estos autores hicieron al rechazar la idea de un “niño universal” al que debían dirigirse programas universales. Su énfasis en la interpretación de las diferencias aporta un elemento científico y tecnológico a favor de la descentralización y la programación local (8).

Estos hitos fundamentales en el conocimiento, juntamente con otros no mencionados en este artículo, fueron llevando a una nueva concepción de las relaciones entre nutrición (N), salud (S) y desarrollo psicosocial (DP) (figura 3). Para esta concepción actualizada de dichas relaciones



fueron esenciales los trabajos promovidos por la OPS desde 1970 en Jamaica, América Central, México, Colombia y Chile.

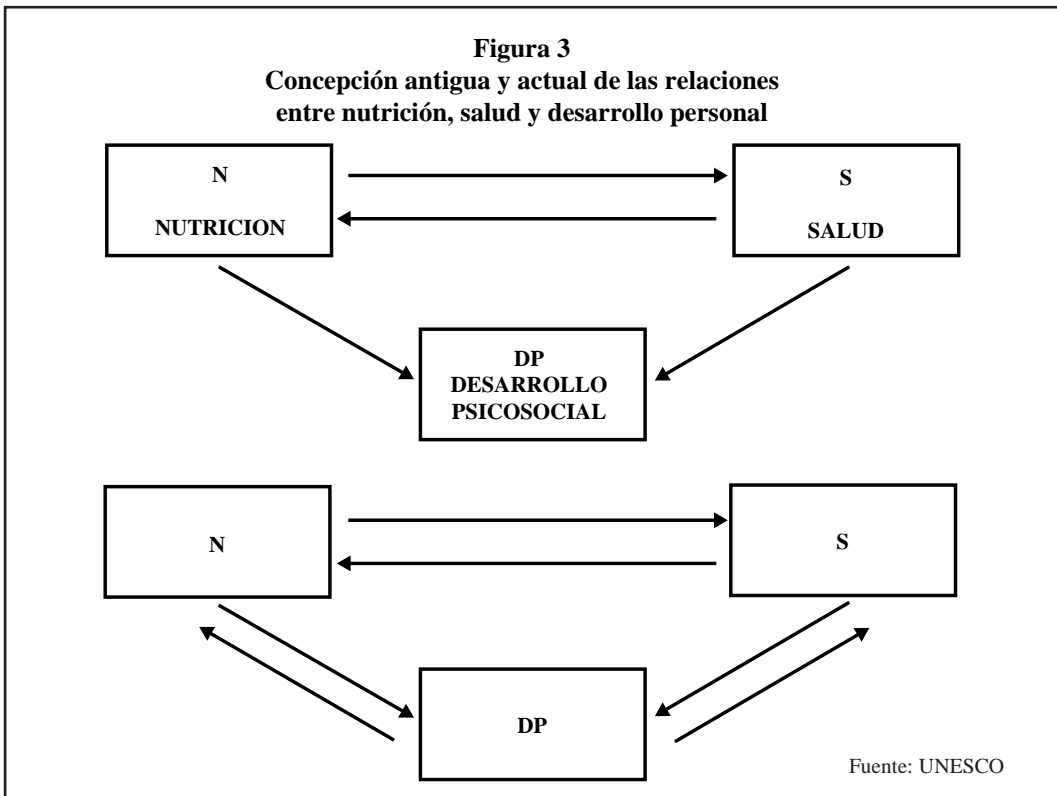
En fecha reciente, Pollitt y colaboradores han recopilado parte de ellos y sus resultados a largo plazo, asociándolos a otras investigaciones a nivel mundial, muestran una notable reciprocidad de los efectos de las intervenciones y sobre todo jerarquizan la importancia de lo psicosocial para la nutrición y la salud física del niño (10-12).

Como puede verse en la parte superior de la figura 3, la concepción anterior reconocía una relación de doble sentido entre nutrición y salud. En cambio, la relación entre nutrición o salud con lo psicosocial, se consideraba en un sentido único, partiendo de N o S hacia DP. Se reconocían las repercusiones de los problemas de salud física y de la nutrición en el desarrollo social y emocional, pero la inversa era muy poco jerarquizada.

Se estimaba con razón, que las intervenciones nutricionales incidían en el desarrollo social de los niños, pero se daba poco crédito al efecto que las intervenciones en el desarrollo psicosocial podrían producir en el estado nutricional o el crecimiento.

Como se advierte en la parte inferior de la misma figura, hoy en día se reconocen efectos de doble sentido entre lo psicosocial y la salud y la nutrición, por lo que no se cree que una intervención puntual sobre éstas sea suficiente para lograr el desarrollo integral de la niñez (9).

Estas ideas pueden parecer obvias, pero basta analizar unos cuantos programas y proyectos, sobre todo los ejecutados desde el sector salud, para ver que el grueso de la cooperación interna-



cional se ha basado en la parte superior de la figura.

La aceptación de la concepción actual implica una transformación de los programas y proyectos. Estos deben mostrar desde su inicio una visión de estas interrelaciones y expresarla en acciones simultáneas que fortalezcan los tres componentes. Para poder hacerlo, se necesita una estructura administrativa a nivel local o municipios, con cierto grado de organización, que sean capaces de concertar localmente acciones coordinadas de varios sectores (13).

En resumen, para una formulación actual de programas o proyectos en DIN, deben tomarse en cuenta los siguientes progresos o tendencias:

1. El concepto de crecimiento y desarrollo pasó de ser una serie de estadios a ser entendido como un proceso pluridimensional, que incluye lo biopsicosocial y cultural;
2. Del énfasis en una dimensión y un sentido, se pasó a una visión multidimensional e integrada;
3. De las relaciones en el sentido nutrición → salud → desarrollo, se pasó a una percepción de la doble vía, interactiva, en la cual lo psicosocial afecta también a la salud y a la nutrición;
4. De la visión del niño como un receptor pasivo de “estimulación”, se pasó al niño como protagonista activo, que influye todo el proceso e interactúa con su ambiente;
5. Se reemplazó la idea de “un niño universal” por un concepto más cultural y localmente definido;
6. El reconocimiento de que los programas no serán eficaces si actúan sólo sobre el niño. Las intervenciones deben actuar sobre él y también sobre su ambiente o “nicho ecológico” (8);

7. El reconocimiento de alternativas en cuanto a la puerta de entrada de los proyectos, tanto a través de sectores diversos (educación, agricultura, salud), como a partir de distintos grupos etarios (prenatal, adolescentes, escolares), y a la admisión de alternativas en cuanto al liderazgo (ONGs, maestros, psicólogos);
8. Modificación del concepto de sistema prestador de servicios al de producción familiar de la salud, asignando roles a los padres y otros miembros de la familia;
9. Jerarquización de la institución “familia extendida” que lejos de ser un estigma del subdesarrollo ha sido identificada como un factor positivo para el bienestar psicosocial del niño (14);
10. Énfasis en el fortalecimiento de los factores positivos para superar adversidades (resiliencia) tanto a nivel familiar, como en la escuela y otros microsistemas en los que el niño actúa (14).

Este “decálogo” de principios actuales en la promoción del desarrollo integral del ser humano, puede ser útil para la programación de acciones a nivel local, así como para formular objetivos y fijar metas. A continuación se dan algunos ejemplos.

III. Bases y enfoques para la programación del DIN a nivel local

En los párrafos anteriores se ha tratado de condensar la visión actual del DIN como parte de una concepción holística del mismo. En varias oportunidades se hicieron observaciones sobre las implicaciones programáticas de algunos conocimientos teóricos aceptados en los últimos decenios.

Estos avances en la teoría implicaron sucesivos ajustes en las ideas referidas a la programación de actividades en escenarios concretos. Se llegó así al concepto de promoción del desarrollo que implica el conjunto de acciones e intervenciones de diversos sectores, ejercidas en centros específicos o en la comunidad y los hogares, sobre el niño y su ambiente. Estas acciones tienen por objeto favorecer la maduración biopsicosocial del niño para transformarlo en un ser adulto, normal y culto (15).

Como se mencionó al comienzo, esta definición va mucho más allá de las imágenes que espontáneamente se evocan al pensar en estos programas. En la figura 4 puede verse la amplia gama de intervenciones que abarca, aún desde la perspectiva del sector salud. Debe aceptarse que muchas veces el impulso inicial de un programa o su componente principal, pueden estar en la educación (centros preescolares), en la acción social (comedores infantiles), o en la recreación (clubes deportivos).

Además, pueden ser iniciativas de la propia comunidad y aun de la empresa privada, sin ninguna apropiación sectorial. En todos los casos, los organismos pertinentes de salud deben cooperar para asegurar la vigilancia del estado nutricional y la detección de patologías, la inmunización y la aplicación de acciones mínimas de monitoreo, y de la estimulación del desarrollo psicosocial.

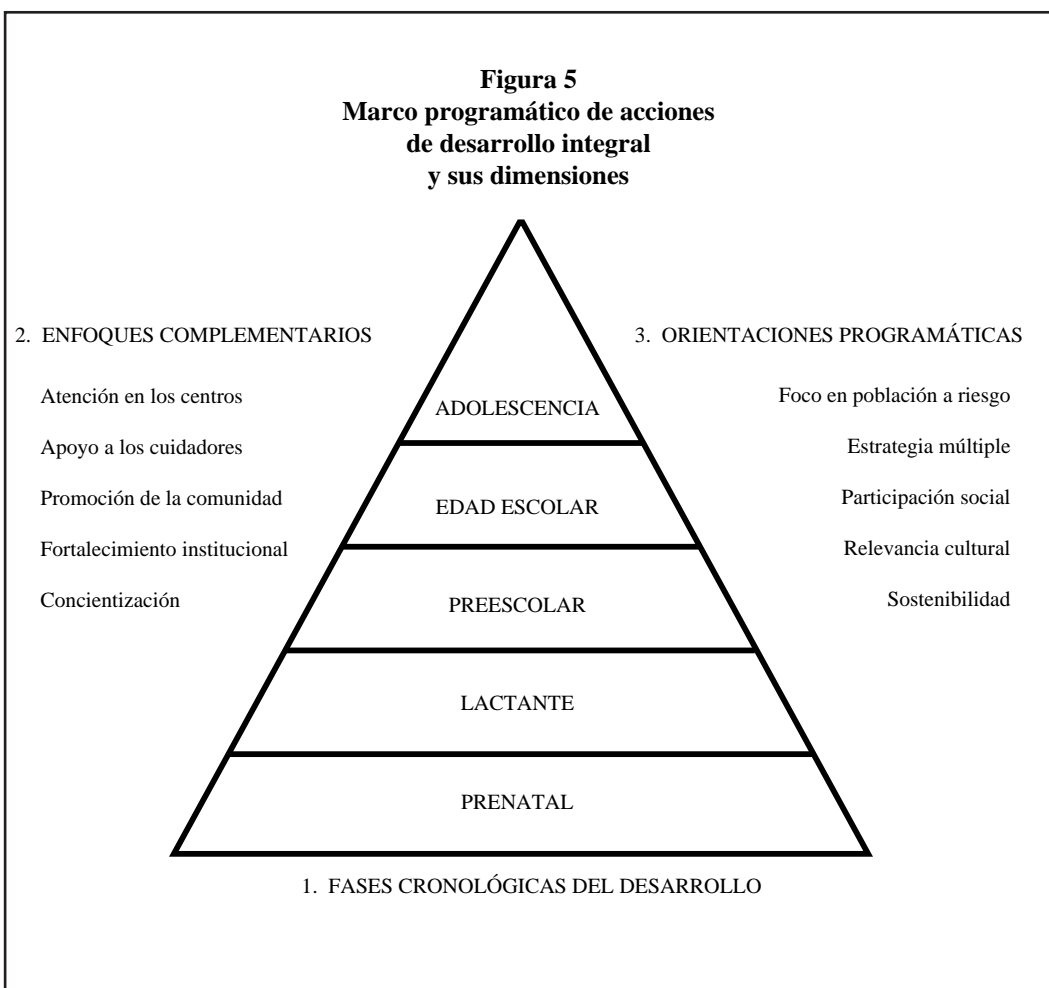
Esta concepción no aboga por crear un superprograma vertical en la especialidad. Propone más bien la idea del desarrollo humano como eje de las intervenciones en salud del niño y del adolescente. Si embargo aunque parezca excesivo, este concepto podría ser el eje para un programa global de salud integral dentro de un sistema local, dado que el crecimiento y el desarrollo no desaparecen en la adultez ni en la tercera edad (16).

Tomados de esta manera, el crecimiento y el desarrollo darían unidad a todas las intervenciones que, particularmente en salud infantil, están frecuentemente atomizadas en múltiples programas

verticales. Estos programas ya no tienen la prioridad que antes ameritaban en muchos niveles locales de América Latina.

Esta concepción de desarrollo integral ofrece la elasticidad para incorporar como actividades prioritarias, componentes como la enfermedad diarreica y las vacunas, o bien los trastornos de conducta y las dificultades de aprendizaje. Se debe pensar además en la importancia de preparar a los niños de hoy para actuar competentemente en sociedades complejas e industrializadas.

Estas ideas pueden esquematizarse en un marco programático que se presenta como una propuesta para desarrollar acciones a nivel local (figura 5). Dicho marco presenta tres dimensiones: la primera es *la fase o nivel de desarrollo* de la población incluida en el programa; la segunda se refiere a los *enfoques complementarios* aplicables en cada grupo etario; y la tercera dimensión incluye las *orientaciones programáticas* referidas a este tema (5).



1. Fases cronológicas del desarrollo

Esta primera dimensión viene definida por los cambios en las necesidades de desarrollo en los distintos momentos de la evolución del ser humano. Dichas necesidades serán diferentes durante el período prenatal, la lactancia o el momento en que el niño pasa del limitado ámbito del hogar a la escuela y luego al vasto mundo exterior.

Para ser completa, la estrategia del desarrollo tiene que responder a las necesidades cambiantes durante todo el proceso. No es suficiente preocuparse por el desarrollo de un niño recién cuando llega a los 3 años, olvidando la importancia de los estadios previos. Tampoco basta con mejorar el cuidado prenatal y las condiciones del nacimiento para luego abandonarlos.

Como el desarrollo humano se ajusta a pautas generales (aunque con alta variabilidad individual y sobre todo, cultural), es posible establecer programas de actividades apropiadas para cada una de las fases cronológicas en que clásicamente se agrupan los programas de salud: prenatal, lactante, preescolar, escolar y adolescente (11).

Esta división no debe ocultar que el desarrollo es un proceso continuo y que requiere una atención permanente y coordinada. Debe combatirse la tendencia a omitir los aspectos psicosociales antes de los 3 años o a considerar que el niño es pertenencia del sector educación después de esa edad.

Debe contrarrestarse la tendencia a limitar la programación para el desarrollo a un grupo de edad determinado (por ejemplo, el período preescolar). Debe ponerse de relieve el carácter simultáneo de la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo. Para ello, es preciso hacer explícita en un marco global, la necesidad de programas que abarquen diferentes períodos, teniendo en cuenta las variaciones que experimenta el ser humano en crecimiento (16).

2. Enfoques complementarios

Esta dimensión se refiere a las acciones que pueden ejercerse sobre los sujetos en diversos ámbitos, así como a las ejercidas en el entorno social y familiar del niño con el que se encuentra en permanente interacción.

La interacción con la familia, la comunidad, las instituciones y los valores culturales se produce a diferente distancia del niño. Cada uno de estos niveles del entorno influye en el proceso inicial del desarrollo, ya sea directamente sobre el sujeto o a través de las actividades y creencias de las personas que cuidan de él. Una estrategia global de programación para el cuidado y el desarrollo infantil que ambicione mejoras reales y duraderas en la supervivencia, crecimiento y desarrollo del niño, debe concebirse de tal forma que actúe a todos estos niveles.

Debe lograr algo más que ofrecer simplemente una atención directa del niño; debe reforzar y mejorar los diversos entornos en los que se desarrolla. Estas consideraciones dan lugar a cinco enfoques programáticos complementarios que podrían postularse como las principales estrategias que se deben implementar a nivel local. Algunos de éstos contienen elementos centrales de la promoción en salud en lo referente al DIN:

2.1 Atención en centros

La finalidad inmediata de este enfoque directo, centrado en el sujeto, es impulsar su desarrollo atendiendo las necesidades inmediatas en centros organizados fuera del hogar. Estos son, en cierto modo, ambientes “alternativos” de la familia. Entre ellos cabe mencionar los centros de salud, los de recreación, los comedores infantiles y otros.

2.2 Apoyo a los cuidadores

Este enfoque se centra en los miembros de la familia y su finalidad es educar y capacitar a los padres y otros parientes. El objetivo sería mejorar el cuidado y la interacción con el niño así como enriquecer el medio inmediato donde se produce su desarrollo, en lugar de ofrecer una alternativa a ese entorno.

2.3 Promoción del desarrollo infantil a nivel comunitario

En este caso, el interés se centra en la acción para cambiar las condiciones comunitarias que pueden afectar negativamente el desarrollo del niño. Esta estrategia insiste en la iniciativa, organización y participación de la comunidad en una serie de actividades interrelacionadas.

Se trataría de mejorar el medio físico, los conocimientos y las prácticas de sus miembros; también ampliar la base organizacional que permita una acción común y la mejora del nivel de negociación y liderazgo (17).

2.4 Aumento de los recursos y la capacidad institucionales

Hay muchas instituciones que participan en la aplicación de los tres enfoques antes mencionados pero para poder realizar una labor eficaz, se necesitan recursos financieros, materiales y humanos que permitan planificar, organizar, realizar y evaluar programas.

Los programas destinados al fortalecimiento institucional deben comprender la creación de instituciones, la capacitación, el suministro de materiales y la experimentación con técnicas y modelos innovadores (mejorando la tecnología a disposición de las instituciones) (18).

En el nivel local, o sea en municipios o distritos, es posible entrar en contacto con numerosas instituciones no oficiales que potencian las acciones y requieren sólo apoyo complementario para su funcionamiento.

2.5 Concientización

Este enfoque se centra en la difusión de conocimientos para que la población tome conciencia de la importancia de estas acciones y plantee exigencias. Esta tarea puede enfocarse también hacia los propios niveles decisorios. Estos tienen a menudo una indefinida inquietud sobre el tema, pero no disponen de elementos de juicio para asignarle la prioridad que merece dentro de los programas locales de gobierno.

La idea de complementariedad de estos enfoques, implica que se aplican conjuntamente y que se potencian de una manera recíproca. No son en modo alguno excluyentes y ninguno puede considerarse óptimo por sí mismo.

La combinación de ellos debe hacerse con sentido estratégico, en función de cada realidad local

y del balance de recursos disponibles a nivel de municipios, distritos o sistemas locales en los que se aplique el programa (18).

3. Orientaciones programáticas

En el diseño y ejecución de programas locales de desarrollo integral, deben tenerse en cuenta principios o pautas que se originan en orientaciones y lineamientos establecidos en un nivel más general (19).

Entre ellos, cabe destacar algunos que pueden ser sustantivos por la naturaleza de los procesos de desarrollo integral, el conocimiento y la concepción que se tiene hoy sobre ellos.

También vale la pena mencionar que estas orientaciones programáticas podrían corresponder de alguna manera a las etapas para la implementación de las estrategias descritas en el inciso anterior como enfoques complementarios. Estas etapas pueden implementarse simultáneamente para resguardar la complementariedad de las acciones.

3.1 Foco en poblaciones de mayor riesgo

Toda programación que busque la equidad debe esforzarse por llegar a los más necesitados. Es decir, a los que son más vulnerables a los retardos del desarrollo integral, ya sea en el crecimiento físico o en la maduración psicosocial.

Estos factores de riesgo han sido extensamente estudiados, tanto en América Latina como en países industrializados y no será difícil hacer su aplicación para cada sistema local. Los más frecuentemente mencionados son el bajo peso al nacer, la desnutrición, la morbilidad recurrente, el analfabetismo materno, el embarazo en adolescentes, la multiparidad, la familia monoparental, la falta de apoyo de la familia extendida, la falta de acceso al agua potable y los servicios sanitarios (20).

Tales factores de riesgo correspondientes a distintos daños de la salud materno-infantil varían en relevancia y ponderación según las condiciones concretas de cada sistema local. Al enfocar como daño específico el retraso en el desarrollo psicosocial, adquieren más valor algunas variables de tipo social como la familia y su constitución. Otros son los sistemas de apoyo, las creencias y prácticas de crianza y las condiciones socioeconómicas del vecindario en que transcurre la niñez (21).

3.2 Acciones múltiples y polifacéticas

El derecho de cada niño y niña a realizar su potencial genético, ha sido mencionado muy a menudo como punto de partida para los programas de desarrollo de la infancia. Sin embargo, lo que significa realizar su potencial varía según las culturas, por lo que los objetivos específicos que se derivan de este propósito serán distintos en las diferentes sociedades.

Es así que se toma como principal propósito del desarrollo integral, y por lo tanto, de los programas de desarrollo infantil, la aptitud de los niños a ajustarse, a comportarse y a transformar sus propios entornos.

En ciertas culturas esto significará conferir más importancia a la independencia; en otras, acentuar la solidaridad del grupo. En algunos casos, la coordinación física será primordial y en otros será el razonamiento abstracto. Pero en general, en todos se encontrarán dimensiones físicas, intelectuales y sociales del desarrollo expresadas como necesidades.

Al satisfacer estas distintas necesidades se produce un efecto de interacción y potenciación que fortalece el desarrollo en mayor medida que una simple suma de impactos. Este aspecto interactivo implica claramente que los programas deben ser polifacéticos e integradores.

Desafortunadamente hasta ahora predomina la tendencia a un enfoque fragmentado, con programas dirigidos a problemas específicos de salud o de nutrición, sin atender la estimulación ni la interacción entre cuidadores y niños.

Por el contrario, los programas surgidos del sector educación incurren en oportunidades perdidas para completar las inmunizaciones, controlar el crecimiento y el estado nutricional, o bien tratar la morbilidad en general.

El esfuerzo por unir estas intervenciones debe ser permanente, aun siendo conscientes de lo difícil que es tratar de establecer conexiones entre burocracias separadas que, sin embargo, convergen en una misma comunidad.

La concepción de la atención a nivel local y la de municipios saludables, podría ofrecer una oportunidad para aplicar estas acciones convergentes, que son racionales y ajustadas al conocimiento científico actual.

Asimismo, el fortalecimiento de las instituciones debe verse de una manera abierta e integrada. La capacitación del personal de un centro de salud u hospital no debiera limitarse al tratamiento y prevención de enfermedades infantiles. Habría que incluir siempre conceptos pertinentes al desarrollo del niño y su promoción.

Recíprocamente, una capacitación de educadores de párvulos en técnicas de Piaget, relacionadas sobre todo con el proceso de desarrollo cognoscitivo, debiera enriquecerse con conocimientos esenciales sobre nutrición y hasta tratamiento de alguna morbilidad.

3.3 Participación social y base comunitaria de los programas

Lo que frecuentemente se ha visto en proyectos y programas es una manipulación o utilización restringida del potencial de la comunidad.

Una definición más completa de la participación comunitaria en un programa, debe incluir la movilización y la participación directa de la comunidad en todas sus fases, desde el diseño hasta la ejecución y la evaluación. Esto implica la existencia y el crecimiento de mecanismos organizacionales a través de los cuales puede tener lugar la participación. Significa involucrar a toda la comunidad y no sólo a algunos individuos, en un proceso constante de debate y acción.

La diferencia entre una perspectiva participativa y una no participativa se refleja en la distinción entre “transmitir mensajes de desarrollo infantil” y “discutir las cuestiones involucradas en este desarrollo”. Análogamente, los programas de desarrollo comunitario y las actividades para fortalecer las instituciones pueden ser altamente participativos y estar controlados localmente. También pueden ser impuestos y carecer prácticamente de toda participación en las fases de su planificación, financiación o ejecución.

Por último, la concientización de la opinión pública en general, de los dirigentes políticos, de los profesionales o de los líderes que influyen en la opinión pública, puede también concebirse de la manera más participativa posible. A la población se le puede decir lo que debe valorar o lo que ha de creer, pero se le puede ayudar a descubrirlo por sí misma a través de la participación (22).

3.4 Relevancia cultural

Esta pauta se refiere a que los programas deben estar ajustados a las características culturales y sociales de cada escenario. Se ha acumulado abundante evidencia acerca de que no existe ese “niño universal”, especialmente en lo que se refiere a lo psicosocial (8).

Los programas tendrán más posibilidades de eficacia y duración si comienzan con criterios y soluciones ensayados a nivel local. En cada sociedad se asigna suma importancia a la capacidad para salir adelante y a las medidas innovadoras nacidas de la propia necesidad.

Por otra parte, no se puede negar el papel que los “expertos foráneos” puedan desempeñar en la ayuda a las comunidades, a fin de que examinen y experimenten nuevos métodos para favorecer el desarrollo de la niñez.

El respeto de las culturas autóctonas y la utilización de los métodos locales pueden definirse como un planteamiento “construccionista” mas que “compensatorio”. Si la participación de la comunidad es real, la programación será, por definición, constructiva y respetará la cultura (23).

3.5 Sostenibilidad de los proyectos y programas

Este criterio implica que los programas deben ser financieramente viables y en lo posible, rentables. Por un lado, deben poder ejecutarse dentro de las limitaciones presupuestarias e incurrir en gastos de acuerdo a las pautas de la sociedad en que el proyecto se inscribe. Desde su comienzo, deben preverse mecanismos para que, al menos en el mediano plazo, se pueda hacer autosostenible.

A menudo, la cooperación externa inicial genera pautas de consumo de tecnologías que luego no pueden ser mantenidas cuando el donante se retira. También es frecuente que el proyecto subsidiado disponga de facilidades tecnológicas (fax, correo electrónico, música funcional) en medio de la pobreza institucional, lo cual produce rechazo y garantiza su efímera existencia.

De allí que los proyectos deban administrarse con modestia y sin desentonar con el entorno circundante. Además de los principios éticos que esto involucra, esta modestia favorece las posibilidades de sostenimiento prolongado. No se trata de hacer programas de “bajo costo”, sino de conseguir un costo mínimo sin disminuir la eficacia. Un proyecto de bajo costo cuyos resultados sean nulos es un despilfarro.

Pensando en los niveles locales o municipales, es importante considerar que la decisión de apoyo y mantenimiento pasará por autoridades cercanas al escenario del proyecto (alcaldes, ediles, concejales, entre otros). La imagen de una administración frugal, cuidadosa de los recursos que recibe, será necesaria para lograr el sostenimiento de los proyectos.

Hoy en día existen experiencias en que la empresa privada contribuye sustancialmente al financiamiento de estos proyectos. Además de los aspectos altruistas que puedan tener, lo hace con inteligencia social y comercial, persiguiendo objetivos como es el caso de las empresas que tienen mucho personal femenino, en donde se ha visto que un proyecto integral con un centro de recreación reduce el ausentismo y aumenta la productividad laboral. Otras empresas previstas a largo plazo se interesan en el desarrollo como una manera de preparar mejor mano de obra para el futuro (24).

Es evidente que en el nivel local, con el liderazgo adecuado, es donde se pueden operar este tipo de concertaciones aditivas que asocien recursos oficiales, esfuerzo comunitario, contribución empresarial y cooperación externa.

Estas dimensiones en la programación local son expresadas como una propuesta, con el ánimo de generar discusión, impulsar la creatividad y aportar elementos para la elaboración de programas y proyectos que incluyan esta concepción holística del desarrollo de la niñez, como piedra angular del desarrollo humano (25).

IV. Objetivos

Los programas de desarrollo integral del niño (DIN) podrían plantearse los siguientes objetivos a nivel local. Estos son tentativos y pueden ser usados como modelo. Los verdaderos objetivos surgen del análisis de la realidad en diferentes instancias, servicios, comunidades, grupos etarios y culturales.

1. Objetivos generales

- 1.1 Contribuir a mejorar las condiciones de salud de los niños mediante el fortalecimiento de las acciones intra e intersectoriales y la participación social en la promoción del DIN; y
- 1.2 Promover la integralidad de las acciones de salud dirigidas al niño, tomando como eje el proceso del DIN.

2. Objetivos específicos

- 2.1 Promover el incremento de las coberturas y el mejoramiento de la calidad de la atención en el DIN;
- 2.2 Mejorar la capacitación del personal de los servicios en lo referente al DIN, utilizando como eje integrador las metodologías participativas para la educación en salud a la población;
- 2.3 Incorporar contenidos del DIN que sirvan de eje integrador de la enseñanza de salud infantil en los programas de estudio de las escuelas formadoras de recursos humanos;
- 2.4 Favorecer la integración docente asistencial en la atención maternoinfantil mediante la adopción del componente del DIN como fuerza cohesionadora, tanto de los aspectos académicos como de los asistenciales;
- 2.5 Fortalecer la infraestructura de los servicios y del sistema informal de atención en relación a las actividades del DIN;
- 2.6 Promover la participación social haciendo énfasis en la incorporación de la familia y la comunidad en el análisis, la toma de decisiones, la planificación, la ejecución y evaluación de las acciones relativas al DIN;
- 2.7 Generar, reproducir y diseminar información científico-técnica pertinente al área del DIN incorporando en el proceso a la población objeto de las acciones;
- 2.8 Contribuir a mejorar la capacidad resolutoria de los servicios en respuesta a los problemas del DIN;

- 2.9 Apoyar investigaciones tendientes a aumentar la eficacia, eficiencia y equidad de las actividades relacionadas al DIN;
- 2.10 Fortalecer el sistema de información y control del DIN en coordinación con los sistemas de vigilancia alimentaria nutricional (SISVAN) (26).

V. Metas

1. Metas de los servicios

- 1.1 Aumentar la cobertura de control de crecimiento en niños y adolescentes en un promedio de 20% para el año 2000 en relación a las cifras disponibles en 1995 para cada intervalo de edad (1). Este aumento de cobertura debe emprenderse adoptando las definiciones de control mínimo eficiente establecido en las normas de cada país. Las metas a lograr con el porcentaje propuesto son regionales y se pueden adaptar a la realidad de cada país.
- 1.2 Aumentar los controles del DIN (tanto en crecimiento como desarrollo en el primer año de edad) a un mínimo de 6; a 2 entre 1 y 4 años y en las edades siguientes a un control por año.
- 1.3 Aumentar la concentración de controles de DIN (que incluiría tanto crecimiento como desarrollo) a un mínimo de 6 en el primer año de edad, 2 por año entre 1 y 4 años de edad y un control por año en las edades siguientes.
- 1.4 Aplicar mecanismos de referencia y contrareferencia de los trastornos más comunes del DIN en el 50% de las comunidades o niveles locales para 1995 y en el 80% para el año 2000.
- 1.5 Aumentar al 65% en 1995 y al 80% en el año 2000, las condiciones de eficiencia de los servicios de atención primaria y de atención ambulatoria pediátrica.
- 1.6 Reducir en 50% las oportunidades perdidas para efectuar la vigilancia y el control del desarrollo integral del niño para 1995 y en un 80% para el año 2000.
- 1.7 Incorporar las actividades de control de DIN en la programación local en el 50% de las localidades o sistemas que estén en funcionamiento para 1995 y en el 100% para el 2000 (1).

2. Metas de infraestructura

- 2.1 Fortalecimiento del nivel primario y la atención ambulatoria pediátrica de acuerdo a las metas numéricas regionales.
- 2.2 Fortalecimiento del nivel de referencia para aumentar la capacidad resolutoria en relación con problemas del DIN.
- 2.3 Fortalecimiento de los sistemas de detección e intervención a nivel local en operación, de un 30% de estos servicios esperado para 1995 a un 50% para el año 2000, funcionando con apropiados sistemas de detección e intervención y debidamente coordinados con los servicios de referencia (1).

3. Metas de docencia e investigación

- 3.1 Capacitar de manera descentralizada al 50% del total de trabajadores de salud en el nivel primario para el año 2000.
- 3.2 Incorporar contenidos de supervisión y evaluación del desempeño en el DIN en el 100% de los planes de capacitación del personal de salud para el año 2000.
- 3.3 Alcanzar acceso completo a información científica básica y actualizada sobre el DIN en el 50% de las localidades y en el 100% de los centros de referencia y excelencia técnica.
- 3.4 Incorporar los contenidos del DIN en los currículos del 100% de las escuelas formadoras de recursos humanos en salud para el año 2000 (1).

4. Metas de participación social

- 4.1 Incorporar las metas del DIN a los planes de desarrollo de la comunidad.
- 4.2 Elaborar políticas públicas saludables que contribuyan al DIN y a la juventud.
- 4.3 Introducir la educación para la salud especialmente en los aspectos del DIN, en diversos grupos comunitarios y en los eventos de las organizaciones de base, en las reuniones de padres de familia en la capacitación de los maestros y en las actividades con los sindicatos, entre otros. Esto con el fin de identificar y analizar las condiciones que determinan problemas en el crecimiento y desarrollo, en la desnutrición, en la falta de áreas verdes, en el desempleo y otros.
- 4.4 Coordinar con los medios de comunicación, programas de radio y otros, la emisión de mensajes para informar e influir en la agenda pública y movilizar a la sociedad en torno a la necesidad de resolver problemas y promover la salud.

VI. Estimación de costos

La estimación de los recursos financieros necesarios para realizar un plan de acción sobre desarrollo integral del niño a nivel local puede hacerse tomando en cuenta las consideraciones siguientes:

1. Diversas actividades contempladas en los planes pueden ya estar siendo ejecutadas por los servicios de salud;
2. Los planes deben comprender tareas que puedan realizarse en conjunto con cualquier otra intervención de salud infantil y del adolescente;
3. No debe proponerse crear una infraestructura específica para estas actividades;
4. Debe plantearse otorgar mayor número de intervenciones para los grupos de mayor riesgo biológico y social (concentración);
5. Cuantificar la brecha de atención existente entre la cobertura actual y las metas de cobertura propuestas. A partir de esta información se calcularían los recursos adicionales necesarios (humanos y materiales);

6. Invertir en el mejoramiento de las condiciones para la eficiencia, es una vía para aumentar la productividad de los servicios e incidir en los costos (reducción de costos);
7. Las normas de atención establecerían el mínimo de tareas del DIN que deben realizarse en cualquier contacto del niño con los servicios en todos los niveles. Además, debería determinarse un gradiente de más tareas en función del riesgo y de la complejidad de los servicios. Esto tendría repercusión en los costos y en la cobertura.

Tomando en cuenta las premisas anteriores, podrían hacerse estimaciones de costos para un período determinado de acuerdo con los siguientes rubros:

- a) Adecuación de la infraestructura de los servicios de nivel primario;
- b) Fortalecimiento de la capacidad de respuesta del nivel secundario;
- c) Capacitación y adiestramiento del personal de los servicios;
- d) Educación para la salud y fortalecimiento de la participación comunitaria;
- e) Mejoramiento de la enseñanza del DIN en las escuelas de medicina, enfermería y nutrición, deportes y educación;
- f) Investigación de servicios y de determinación de hitos del desarrollo psicológico (1).

VII. Listado de documentos y materiales técnicos disponibles

1. OPS/Paltex. Manual Paltex N° 33: **Crecimiento y Desarrollo del Niño**. Edición 1994.
2. OPS/OMS. Cuaderno Técnico N° 18: **Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo del Niño**. 1993.
3. OPS/OMS. **Guía sobre Educación y Participación Comunitaria en el Control del Crecimiento y Desarrollo del Niño**.
4. Moreno, E., Cusminsky, M., Suárez, Ojeda en: **Crecimiento y Desarrollo: Hechos y Tendencias**. Publicación Científica N° 510.

VIII. Referencias

1. OPS/OMS. **Plan regional de acción para la promoción del crecimiento y desarrollo en las Américas, 1992-1995.** Programa de SMI y Programa de Nutrición. Washington, D.C., 1992.
2. OPS/OEA. **Salud mental y desarrollo psicosocial de la niñez.** URU 1994. Doc. HMP/HPP/94-9.
3. Bralic, S., Seguel, X., Montenegro, H. **Prevalencia de trastornos psíquicos en la población escolar de Santiago de Chile.** Acta Psiq. Psicol. A.L. 33(4): 316-325, 1987.
4. Preece, Michael. **Assessment of Physical Growth and Pubertal Dev.** Adolescent Med. State of the Art. Reviews. Vol. 5. N° 1. Feb. 1994, Philadelphia, USA.
5. UNESCO. **Hacia un porvenir seguro para la infancia.** Proyecto "La Infancia y la Familia". Barcelona, España, 1993.
6. Bruner, J. **Desarrollo cognitivo y educación.** Ediciones Morata. Madrid, 1988.
7. Bronfenbrenner, Uri. **Ecology of Human Development.** Boston: Harvard University Press, 1989.
8. Super, C., Harkness, S. **The Developmental Niche.** Int. Journal of Behavior Dev. Vol. 9, 1987.
9. Lewin, K. **Principles of Topological Psychology.** New York: McGraw & Hill, 1936.
10. Pollit, E. et al. **Early Supplementary Feeding and Cognition.** Monographs of the Society for Research in Child Dev. Vol. 58 N° 7, 1993.
11. Myers, Robert. **Los doce que sobreviven.** Pub. Cient. 545, OPS/UNICEF. 1993.
12. Grantham-McGregor, S. et al. **The Long Term Follow-up of Severely Malnourished Children who participated in an Intervention Program.** Child Dev. 1994.
13. OPS/OMS. **El movimiento de los municipios saludables. Su acreditación.** Grupo Interprogramático de SILOS/HSS, 1992.
14. Grotberg, E. **Promoting Resilience in Children: A new approach.** Med. y Sociedad. N° 1-2. Vol. 16, 1993.
15. Koteiarenko, M.A. **Primer encuentro sobre redes de niñez en América Latina y el Caribe.** Colombia, 1993.
16. Chetley, A. **The Power to Change.** The Hague: Bernard Van Leer Found, 1990.
17. UNICEF. **Toward a Comprehensive Strategy for the Development of the Young Child.** New York, 1993.
18. OPS/OMS. **Meeting Basic Learning Needs.** Consultive Group in ECCD. New Delhi, India, 1993.
19. CCI. **Cumbre mundial en favor de la infancia.** Metas para 1995. Programa Especial de Salud Maternoinfantil. Washington, D.C., 1993.
20. OPS/OMS. **El enfoque de riesgo en salud maternoinfantil.** Manual Paltex N° 7. Washington, D.C., 1986.
21. Zeitlin, M. et al. **Positive Deviance in Child Nutrition.** Tokyo: United Nations University, 1990.
22. OPS/OMS. **La participación social.** En: HSD/SILOS-3; HSD/SILOS-26; HSD/SILOS-37; HSS/HSD-HED/94. OPS/OMS, Washington, D.C., 1990.
23. OPS/OMS. **Salud de los pueblos indígenas.** HSS/SILOS, 34. Washington, D.C., 1993.
24. Selowsky, M. **Nutrition, Health and Education: The Economic Significance of Complementarily at Early Age.** J. of Dev. Ec. Vol. 9, 1981.
25. Cusminsky, M., Moreno, E., Suárez, Ojeda E.N. **Crecimiento y desarrollo, hechos y tendencias.** Publ. Cient. N° 510. OPS/OMS. Washington, D.C., 1988.
26. PAHO. **Strategic Orientation and Program Priorities.** 1991-1994. Washington, D.C., 1991.