

# El costo que tiene la falta de acción para la infancia en el mundo

Resumen del taller

Kimber Bogard y Maureen Mellody, *ponentes*

Foro sobre la Inversión en la Infancia en el Mundo

Junta sobre niños, jóvenes y familias

Consejo de salud mundial

INSTITUTE OF MEDICINE AND  
NATIONAL RESEARCH COUNCIL  
OF THE NATIONAL ACADEMIES

THE NATIONAL ACADEMIES PRESS  
Washington, D.C.  
**[www.nap.edu](http://www.nap.edu)**

THE NATIONAL ACADEMIES PRESS 500 Fifth Street, NW Washington, DC 20001

AVISO: El taller que constituye el objeto de este resumen fue aprobado por la Junta Directiva del Consejo de Investigación Nacional, cuyos miembros provienen de los consejos de la Academia Nacional de Ciencias, la Academia Nacional de Ingeniería y el Instituto de Medicina.

Esta actividad fue respaldada mediante contratos entre la Academia Nacional de Ciencias y la Fundación Accordia de Salud Mundial; la Fundación Aga Khan (no numerada); Autism Speaks (premio no numerado); la Fundación Bernard van Leer (222-2012-043); la Fundación Bill & Melinda Gates (OPP1084405); Grand Challenges Canada (no numerado); la Fundación William and Flora Hewlett (2013-9204); el Banco Interamericano de Desarrollo (no numerado); la Fundación Jacobs (2013-1079); los Institutos Nacionales de Salud: Centro Internacional Fogarty, Instituto Nacional de Salud Mental e Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano (HHSN26300051); el Instituto de Nutrición Nestlé (no numerado); el Instituto para la Sociedad Abierta de Budapest (OR2013-10010); la Sociedad para la Investigación del Desarrollo Infantil (no numerado); UNICEF (no numerado); Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EE. UU. (200-2011-38807, TO #21); Departamento de los EE. UU. (SAQMMA14M0612); la Fundación Maria Cecilia Souto Vidigal (no numerado); y el Banco Mundial (no numerado). Las opiniones presentadas en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones de las organizaciones o agencias que brindaron apoyo para la actividad.

Número internacional normalizado para libros (13): 978-0-309-30775-8

Número internacional normalizado para libros (10): 0-309-30775-9

Las copias adicionales de este resumen del taller se encuentran disponibles para la venta en National Academies Press, 500 Fifth Street, NW, Keck 360, Washington, DC 20001; (800) 624-6242 o (202) 334-3313; <http://www.nap.edu>.

Para más información sobre el Instituto de Medicina, visite la página principal de IOM en: [www.iom.edu](http://www.iom.edu).

Copyright 2014 por la Academia Nacional de Ciencias. Todos los derechos reservados.

Impreso en los Estados Unidos de América

La serpiente ha sido un símbolo de longevidad, curación y sabiduría en casi todas las culturas y religiones desde el inicio de la historia documentada. La serpiente adoptada como logotipo por el Instituto de Medicina es una escultura en relieve de la antigua Grecia, ahora en el museo Staatliche Museen de Berlín.

Cita sugerida: Instituto de Medicina (Institute of Medicine, IOM) y el Consejo de Investigación Nacional (National Research Council, NRC). 2014. *El costo que tiene la falta de acción para la infancia en el mundo: Resumen del taller*. Washington, DC: The National Academies Press.

# THE NATIONAL ACADEMIES

*Advisers to the Nation on Science, Engineering, and Medicine*

The **National Academy of Sciences** is a private, nonprofit, self-perpetuating society of distinguished scholars engaged in scientific and engineering research, dedicated to the furtherance of science and technology and to their use for the general welfare. Upon the authority of the charter granted to it by the Congress in 1863, the Academy has a mandate that requires it to advise the federal government on scientific and technical matters. Dr. Ralph J. Cicerone is president of the National Academy of Sciences.

The **National Academy of Engineering** was established in 1964, under the charter of the National Academy of Sciences, as a parallel organization of outstanding engineers. It is autonomous in its administration and in the selection of its members, sharing with the National Academy of Sciences the responsibility for advising the federal government. The National Academy of Engineering also sponsors engineering programs aimed at meeting national needs, encourages education and research, and recognizes the superior achievements of engineers. Dr. C. D. Mote, Jr., is president of the National Academy of Engineering.

The **Institute of Medicine** was established in 1970 by the National Academy of Sciences to secure the services of eminent members of appropriate professions in the examination of policy matters pertaining to the health of the public. The Institute acts under the responsibility given to the National Academy of Sciences by its congressional charter to be an adviser to the federal government and, upon its own initiative, to identify issues of medical care, research, and education. Dr. Victor J. Dzau is president of the Institute of Medicine.

The **National Research Council** was organized by the National Academy of Sciences in 1916 to associate the broad community of science and technology with the Academy's purposes of furthering knowledge and advising the federal government. Functioning in accordance with general policies determined by the Academy, the Council has become the principal operating agency of both the National Academy of Sciences and the National Academy of Engineering in providing services to the government, the public, and the scientific and engineering communities. The Council is administered jointly by both Academies and the Institute of Medicine. Dr. Ralph J. Cicerone and Dr. C. D. Mote, Jr., are chair and vice chair, respectively, of the National Research Council.

**[www.national-academies.org](http://www.national-academies.org)**



**COMITÉ DE PLANIFICACIÓN SOBRE LA INVERSIÓN  
EN LA INFANCIA EN EL MUNDO: EL COSTO QUE  
TIENE LA FALTA DE ACCIÓN: TALLER<sup>1</sup>**

**AMINA ABUBAKAR**, Centro de Investigación de Medicina Geográfica–Instituto de Investigación Médica de Kenia/Programa de Investigación de Wellcome Trust

**CONSTANZA ALARCÓN**, coordinadora nacional de la Comisión de la Primera Infancia, Presidencia de la República, Colombia

**RAQUEL BERNAL**, profesora asociada y directora del Centro para la Investigación sobre el Desarrollo Económico, Universidad de los Andes

**GILLIAN HUEBNER**, asesora técnica para la protección infantil, Agencia de los EE. UU. para el Desarrollo Internacional

**JOAN LOMBARDI**, asesor principal, Fundación Bernard van Leer

**FLORENCIA LOPEZ BOO**, economista especialista principal en Protección Social, Banco Interamericano de Desarrollo

**CHLOE O’GARA**, funcionaria de programa, Programa de Desarrollo Mundial y Población, Fundación William and Flora Hewlett

**LORRAINE SHERR**, profesora de Psicología Clínica y de la Salud, University College, Londres

**ANDY SHIH**, vicepresidente principal de Asuntos Científicos en Autism Speaks

**QUENTIN WODON**, asesor, Red de Desarrollo Humano, Banco Mundial

**HIROKAZU YOSHIKAWA**, profesor universitario, Courtney Sale Ross, de la cátedra Globalización y Educación en la Universidad de Nueva York

*Personal de IOM*

**SARAH M. TRACEY**, investigadora asociada

**CHARLEE ALEXANDER**, asistente de investigación

**JOCELYN WIDMER**, miembro de Mirzayan

**PAMELLA ATAYI**, asistente administrativa

**RACHAEL CLARK**, Pasante de la Universidad de Duke

**KIMBER BOGARD**, directora, Junta sobre Niños, Jóvenes y Familias

**PATRICK W. KELLEY**, director, Consejo sobre la Salud Mundial

---

<sup>1</sup> Los comités de planificación del Instituto de Medicina son los únicos responsables de organizar el taller, identificar los temas y seleccionar a los oradores. La responsabilidad del resumen del taller publicado recae sobre los ponentes del taller y de la institución.

## FORO SOBRE LA INVERSIÓN EN LA INFANCIA EN EL MUNDO<sup>1</sup>

- ZULFIQAR A. BHUTTA** (*copresidente*), codirector del Centro para la Salud Infantil Mundial SickKids, Toronto y director fundador del Centro de Excelencia en la Salud de las Mujeres y los Niños, Universidad Aga Khan
- ANN MASTEN** (*copresidente*), profesor distinguido de la Universidad McKnight, Instituto del Desarrollo Infantil, Universidad de Minnesota, Minneapolis
- J. LAWRENCE ABER**, profesor de Psicología y Política Pública de Willner Family, Escuela Steinhardt de Cultura, Educación y Desarrollo Humano y profesor universitario, Universidad de Nueva York
- AMINA ABUBAKAR**, Centro de Investigación de Medicina Geográfica-Instituto de Investigación Médica de Kenia/Programa de Investigación de Wellcome Trust
- CONSTANZA ALARCÓN**, coordinadora nacional de la Comisión de la Primera Infancia, Presidencia de la República, Colombia
- NICOLE BEHNAM**, asesora principal de Huérfanos y Niños Vulnerables, PEPFAR/Oficina del Coordinador Mundial contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirido de EE. UU., Departamento de Estado de los EE. UU.
- RAQUEL BERNAL**, profesora asociada y directora del Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico, Universidad de los Andes
- PIA REBELLO BRITTO**, asesora principal, Unidad de Desarrollo Infantil Temprano, UNICEF
- PAMELA Y. COLLINS**, directora de la Oficina de Investigación sobre las Disparidades y directora de Salud Mental Mundial y Oficina de Investigación Salud Mental Rural, Instituto Nacional de Salud Mundial
- GARY DARMSTADT**, miembro principal de la División de Desarrollo Mundial, Fundación Bill & Melinda Gates
- ANGELA DIAZ**, profesora en Jean C. y James W. Crystal, Departamentos de Pediatría y Medicina Preventiva, Facultad de Medicina Icahn en Mount Sinai y directora del Centro de Salud Adolescente de Mount Sinai
- RANA HAJJEH**, directora de la División de Enfermedades Bacterianas, Centro Nacional de Inmunización y Enfermedades Respiratorias, Centros de Control y Prevención de Enfermedades de EE. UU.
- JODY HEYMANN**, decana de la Facultad de Salud Pública Fielding, Universidad de California, Los Ángeles
- GILLIAN HUEBNER**, asesora técnica para la protección infantil, Agencia de los EE. UU. para el Desarrollo Internacional

---

<sup>1</sup> Los foros y las mesas redondas del Instituto de Medicina no publican, revisan ni aprueban documentos individuales. La responsabilidad del resumen del taller publicado recae sobre los ponentes del taller y de la institución.

**VENITA KAUL**, directora de la Facultad de Ciencias de la Educación y directora del Centro para la Educación y el Desarrollo Infantil Temprano, Universidad de Ambedkar, Delhi

**SARAH KLAUS**, directora del Programa para la Primera Infancia, Londres, Open Society Foundations

**VESNA KUTLESIC**, directora de la Oficina de Salud Mundial, Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano

**ALBERT LEE**, profesor (clínico), Escuela JC de Salud Pública y Atención Primaria, y director del Centro de Salud, Educación y Promoción de la Salud, Universidad China de Hong Kong

**JOAN LOMBARDI**, asesor principal, Fundación Bernard van Leer

**FLORENCIA LOPEZ BOO**, economista especialista principal en Protección Social, Banco Interamericano de Desarrollo

**KOFI MARFO**, profesor de Psicopedagogía, Departamento de Fundaciones Psicológicas y Sociales, Universidad del Sur de Florida, y director del Instituto para el Desarrollo Humano de la Universidad de Aga Khan

**MARK MILLER**, director de la División Estudios Internacionales y Poblacionales, Centro Internacional Fogarty

**HELIA MOLINA MILMAN**, profesora en Salud Pública, Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile y Ministerio de Salud, Chile

**TARYN MORRISSEY**, asesora principal de la Subsecretaría Auxiliar para Políticas de Servicios Humanos, Oficina de la Subsecretaría de Planeamiento y Evaluación

**CHLOE O'GARA**, funcionaria de programa, Programa de Desarrollo Mundial y Población, Fundación William and Flora Hewlett

**ALAN PENCE**, presidente de la UNESCO, Primera Infancia, Educación, Cuidado y Desarrollo; y profesor en la Facultad de Cuidados Infantiles y Juveniles, Universidad de Victoria

**RUTH PEROU**, coordinadora interina de Salud Mental del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, Oficina de Rendimiento y Evaluación de Programas, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

**EDUARDO QUEIROZ**, director ejecutivo de la Fundación Maria Cecilia Souto Vidigal

**JOSE SAAVEDRA**, Director General de Salud Global, Nestlé Nutrition

**LORRAINE SHERR**, profesora de Psicología Clínica y de la Salud, University College, Londres

**ANDY SHIH**, vicepresidente principal de Asuntos Científicos en Autism Speaks

**KARLEE SILVER**, presidente de Targeted Challenges, Grand Challenges Canada

**SIMON SOMMER**, jefe de Investigaciones, Fundación Jacobs

**REBECCA STOLTZFUS**, profesora y directora, Programa Internacional de Nutrición, Programa de Salud Mundial, Universidad de Cornell

**TAHA E. TAHA**, profesora de Epidemiología y Población, Familia y Ciencias de la Salud Reproductiva, Escuela de Salud Pública Bloomberg, Universidad de Johns Hopkins

**LINDA ULQINI**, funcionaria principal del Programa, Fundación Aga Khan

**SUSAN WALKER**, profesora de Nutrición, y directora en el Instituto de Investigación de Medicina Tropical, Unidad de Investigación de Epidemiología, Universidad de las Indias Occidentales

**KELLY S. WILLIS**, directora ejecutiva, Fundación Accordia

**QUENTIN WODON**, asesor, Red de Desarrollo Humano, Banco Mundial

**HIROKAZU YOSHIKAWA**, profesor universitario, Courtney Sale Ross, de la cátedra Globalización y Educación en la Universidad de Nueva York

## JUNTA SOBRE NIÑOS, JÓVENES Y FAMILIAS<sup>1</sup>

- ANGELA DIAZ** (*presidente*), Departamentos de Pediatría y Medicina Preventiva, Escuela de Medicina Icahn en Mount Sinai
- SHARI BARKIN**, Hospital para Niños Monroe Carell Jr., Universidad de Vanderbilt
- THOMAS F. BOAT**, Colegio de Medicina, Universidad de Cincinnati
- W. THOMAS BOYCE**, Facultad de Medicina, Universidad de Columbia Británica
- DAVID A. BRENT**, Instituto Occidental de Psiquiatría y Escuela de Medicina de la Universidad de Pittsburgh
- DAVID V. B. BRITT**, CEO retirado, Taller Sésamo
- DEBBIE I. CHANG**, Servicios de Salud y Prevención de Nemours
- JANET M. CURRIE**, Escuela de Asuntos Públicos e Internacionales Woodrow Wilson, Universidad de Princeton
- ATRICK H. DELEON**, Facultad de Medicina F. Edward Hebert y Escuela de Grado de Enfermería, Universidad de Servicios Uniformados de las Ciencias de la Salud
- GARY W. EVANS**, Departamento de Diseño de Análisis Ambiental y Departamento de Desarrollo Humano, Universidad de Cornell
- ELENA FUENTES-AFFLICK**, Universidad de California, San Francisco; y Hospital General de San Francisco
- EUGENE E. GARCIA**, Instituto Mary Lou Fulton Teachers' College, Universidad del Estado de Arizona
- J. DAVID HAWKINS**, Escuela de Trabajo Social, Universidad de Washington
- JEFFREY W. HUTCHINSON**, Universidad de Servicios Uniformados de las Ciencias de la Salud
- JACQUELINE JONES**, especialista en Educación de la Primera Infancia
- ANN S. MASTEN**, Instituto de Desarrollo Infantil, Universidad de Minnesota
- VELMA McBRIDE MURRY**, Facultad Peabody, Universidad Vanderbilt
- BRUCE S. McEWEN**, Universidad Rockefeller
- PAMELA MORRIS**, Escuela Steinhardt de Cultura, Educación y Desarrollo, Universidad de Nueva York
- TAHA E. TAHA**, Escuela de Salud Pública Bloomberg, Universidad de Johns Hopkins

---

<sup>1</sup> El Instituto de Medicina y el Consejo de Investigación Nacional no revisan ni aprueban productos individuales. La responsabilidad por el contenido del resumen del taller recae sobre los ponentes del taller y en la institución.

## CONSEJO DE SALUD MUNDIAL<sup>1</sup>

**THOMAS C. QUINN** (*presidente*), Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas, Institutos Nacionales de Salud; y Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins

**JO IVEY BOUFFORD**, Academia de Medicina de Nueva York

**CLAIRE V. BROOME**, Departamento de Salud Mundial, Escuela Rollins de Salud Pública, Universidad de Emory

**JACQUELYN C. CAMPBELL**, Escuela Universitaria de Enfermería Johns Hopkins

**THOMAS J. COATES**, Programa de Salud Mundial UCLA y División de Enfermedades Infecciosas en la UCLA

**GARY DARMSTADT**, División de Desarrollo Mundial, Fundación Bill & Melinda Gates

**VALENTIN FUSTER**, Instituto Cardiovascular Wiener, Centro de Salud Cardiovascular Kravis; y Escuela de Medicina Mount Sinai, Centro Médico Mount Sinai

**JACOB A. GAYLE**, Asuntos Comunitarios, Fundación Medtronic

**GLENDA E. GRAY**, Consejo de Investigaciones Médicas de Sudáfrica

**STEPHEN W. HARGARTEN**, Programa de Salud Mundial, Colegio Médico de Wisconsin

**PETER J. HOTEZ**, Hospital Infantil de Texas; Instituto de Vacunas Sabin; Centro Infantil de Texas para el Desarrollo de Vacunas y Escuela Nacional de Medicina Tropical, Facultad de Medicina Baylor

**CLARION JOHNSON**, consultor privado

**FITZHUGH MULLAN**, Departamento de Políticas de Salud, Universidad George Washington

**GUY H. PALMER**, Escuela de Sanidad Animal Mundial, Universidad Estatal de Washington

---

<sup>1</sup> Los consejos del Instituto de Medicina no revisan ni aprueban productos individuales. La responsabilidad por el contenido del resumen del taller recae sobre los ponentes del taller y en la institución.

# Revisores

Este resumen del taller ha sido revisado en forma de borrador por personas elegidas en función de sus diferentes perspectivas y sus conocimientos técnicos, de acuerdo con los procedimientos aprobados por el Comité de Revisión de Informes del Consejo de Investigación Nacional. El propósito de esta revisión independiente es proporcionar comentarios honestos y críticos que ayudarán a la institución a hacer que su resumen del taller publicado sea lo más fiel posible y garantizar que cumple con los estándares institucionales sobre objetividad, evidencia y desempeño para el estudio encomendado. Los comentarios de la revisión y el manuscrito del borrador tienen carácter confidencial para proteger la integridad del proceso. Queremos agradecer a las siguientes personas por su revisión del resumen del taller:

**JERE R. BEHRMAN**, Universidad de Pensilvania  
**ALBERT LEE**, Universidad China de Hong Kong  
**THEODORE D. WACHS**, Universidad Purdue  
**SUSAN WALKER**, Universidad de las Indias Occidentales

Aunque los revisores enumerados anteriormente han proporcionado muchos comentarios y sugerencias constructivos, no vieron el borrador final del resumen del taller antes de su publicación. La revisión del resumen de este taller fue supervisada por **Enriqueta Bond**, presidente emérita, Fondo Burroughs Wellcome. Designada por el Instituto de Medicina y el Consejo de Investigación Nacional, fue la responsable de asegurarse

de que se llevara a cabo una evaluación independiente del resumen del taller de acuerdo con los procedimientos institucionales y de que todos los comentarios de la revisión fueran considerados cuidadosamente. La responsabilidad por el contenido final de este resumen del taller recae completamente sobre los ponentes y la institución.

# Reconocimientos

El comité de planificación y el personal del proyecto agradecen profundamente muchas contribuciones valiosas de personas que nos ayudaron con este proyecto. Primero, ofrecemos nuestro profundo agradecimiento a todos los presentadores y moderadores del taller, quienes cedieron tan generosamente su tiempo y conocimientos. Estas personas son enumeradas en el programa del taller en el Apéndice B. Agradecemos también a los muchos participantes que asistieron al taller, tanto en persona como mediante conferencia en vivo a través de Internet. El compromiso de todos ellos con la asistencia fue fundamental y vital para el éxito del evento.

Además, el foro desea reconocer a los patrocinadores que apoyaron esta actividad. El apoyo financiero para este proyecto fue proporcionado por la Fundación Accordia de Salud Mundial; la Fundación Aga Khan; Autism Speaks; la Fundación Bernard van Leer; la Fundación Bill & Melinda Gates; Grand Challenges Canada; la Fundación William and Flora Hewlett; el Banco Interamericano de Desarrollo; la Fundación Jacobs; los Institutos Nacionales de Salud (Centro Internacional Fogarty, el Instituto Nacional de Salud Mental e Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano); el Instituto de Nutrición Nestlé; el Instituto para la Sociedad Abierta de Budapest; la Sociedad para la Investigación del Desarrollo Infantil; UNICEF; los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU.; el Departamento de estado EE. UU.; la Fundación Maria Cecilia Souto Vidigal; y el Banco Mundial.

## UNA NOTA SOBRE EL ARTE DE LA PORTADA

El Foro sobre la Inversión en la Infancia en el Mundo está comprometido a enfrentar los retos y explorar las oportunidades que rodean el carácter mundial de la integración de la ciencia de la salud, la educación, la nutrición y la protección social. Una de las formas en las que el foro se ha comprometido a tener alcance mundial es a través de los talleres que se realizan en diferentes regiones de todo el mundo. El diseño de la portada tiene como finalidad abarcar la diversidad de lugares, culturas, retos y oportunidades asociados con las actividades del foro en cada uno de los talleres, pero esta trayectoria mundial se realiza teniendo en cuenta el impulso que surge de la conexión entre estos lugares diversos como resultado del trabajo del foro. El punto naranja brillante representa la ubicación del taller que resume este informe y los puntos naranjas más claros representan las ubicaciones del taller a lo largo de los tres primeros años del foro. La línea naranja punteada sugiere que el foro conectará lo que fue recogido a partir de las actividades convocantes en este taller con el siguiente. Nos gustaría agradecer a Jocelyn Widmer por sus contribuciones con el diseño de la portada.

# Contenido

1	DESCRIPCIÓN GENERAL	1
	Descripción general del Foro sobre la Inversión en la Infancia en el Mundo, 1	
	Descripción general del taller, 3	
2	CONECTAR EL POTENCIAL DEL DESARROLLO INFANTIL CON EL POTENCIAL DEL DESARROLLO DE UNA NACIÓN	7
3	LA CIENCIA DEL POTENCIAL DE DESARROLLO	11
	La sincronización de las primeras intervenciones integradas: Nutrición, estrés y enriquecimiento ambiental, 11	
	Potencial de desarrollo y discapacidad infantil, 13	
	Algunas brechas críticas en la base científica actual del potencial de desarrollo, 15	
4	EL ESTADO DE LOS NIÑOS PEQUEÑOS EN EL MUNDO	19
	Desarrollo infantil desde una perspectiva mundial, 19	
	El estado de los niños pequeños en la región árabe, 21	
	Programa de Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y Niños, 23	

5	DESIGUALDAD ENTRE LOS NIÑOS EN ALCANZAR SU POTENCIAL DE DESARROLLO	25
	Desigualdades y dos enfoques generacionales, 25	
	Salud infantil y nutrición, y la pérdida del potencial humano en la India, 27	
	Crecimiento desigual: Tendencias de desigualdad mundial entre los niños, 29	
6	EL CONTEXTO DE LAS FAMILIAS Y LAS PERSONAS ENCARGADAS DEL CUIDADO	33
	Salud mental materna, 33	
	El contexto del cuidado y su influencia en los resultados de desarrollo de los niños afectados por el VIH, 35	
	Cuidado y otras influencias contextuales en el desarrollo infantil temprano, 37	
7	INDICADORES Y CRITERIOS DE MEDICIÓN	39
	Desarrollo de la primera infancia: Medición de los resultados más allá de 2015, 39	
	Medición del desarrollo infantil temprano en países de bajos y medianos ingresos: Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), 42	
	Proyecto de evaluación “Disposición para aprender”, 43	
	Indicadores de Derechos de la Primera Infancia (ECRI): Enfoque basado en los derechos para mejorar el desarrollo infantil temprano, 44	
8	INVERTIR EN LOS NIÑOS PEQUEÑOS Y EN LAS PERSONAS A CARGO DE SU CUIDADO	47
	Enfoques políticos para apoyar el desarrollo infantil, 47	
	Inversión temprana y rendimiento de la inversión, 50	
	Continuidad de las inversiones en la escuela primaria, 52	
9	ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO DE LA FALTA DE ACCIÓN	55
	Los costos de la falta de acción frente a los costos de la acción para la inversión en la infancia en el mundo, 55	
	Un enfoque integral a nivel nacional para la inversión en la infancia: Colombia, 57	
	Inversión en la infancia para un alto rendimiento, 59	
	REFERENCIAS	63
	APÉNDICES	
A	ACRÓNIMOS	71
B	PROGRAMA DEL TALLER	73
C	BIOGRAFÍAS DE LOS PARTICIPANTES	77

## Descripción general

### **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL FORO SOBRE LA INVERSIÓN EN LA INFANCIA EN EL MUNDO<sup>1,2</sup>**

El Foro sobre la Inversión en la Infancia en el Mundo, el cual ha sido lanzado ahora, atravesó un proceso de planificación de un año con subsidios de planificación iniciales proporcionados por la Fundación Bernard van Leer y la Fundación benéfica Doris Duke. La primera reunión de planificación se realizó en marzo de 2013 y la segunda en junio de 2013. De estas dos reuniones y de los debates con múltiples líderes en el tema surgieron la visión, los objetivos y las metas para el Foro sobre la Inversión en la Infancia en el Mundo.

La Junta sobre Niños, Jóvenes y Familias del Instituto de Medicina (IOM) y el Consejo de Investigación Nacional (NRC), en colaboración con el Consejo Mundial de la Salud del Instituto de Medicina (IOM) lanzaron el Foro sobre la Inversión en la Infancia en el Mundo en enero de 2014. En esta reunión los participantes acordaron centrarse en crear y sostener, por más de 3 años, una comunidad de accionistas basada en la evidencia en los países del norte y del sur cuya finalidad es explorar la ciencia y las investigaciones existentes, nuevas e innovadoras de todo el mundo y

---

<sup>1</sup> El rol del comité de planificación se limitó a la planificación del taller. El resumen del taller ha sido preparado por los ponentes (con la ayuda de Charlee Alexander, Pamella Atayi, Rachael Clark y Sarah Tracey) como un relato basado en los hechos de lo ocurrido en el taller. Las declaraciones, recomendaciones y opiniones expresadas son las de los presentadores y participantes individuales y no están necesariamente respaldadas ni verificadas por el IOM. No deben interpretarse como reflejo del consenso de ningún grupo.

<sup>2</sup> En esta sección se resume la información presentada por Zulfiqar Bhutta, codirector del Centro para la Salud Infantil Mundial SickKids, Toronto y director fundador del Centro de Excelencia en la Salud de las Mujeres y los Niños, Universidad Aga Khan, Karachi, Pakistán.

convertir esta evidencia en inversiones sólidas y estratégicas en políticas y prácticas que marcarán la diferencia en la vida de los niños y de las personas a cargo de su cuidado. Las actividades del foro resaltarán la ciencia y la economía de las inversiones integradas en los niños pequeños que viven en regiones del mundo de bajos recursos en todas las áreas de salud, nutrición, educación y protección social. Como resultado, el foro explorará una visión holística de los niños y las personas a cargo de su cuidado integrando análisis y disciplinas, que abarcan desde las neuronas hasta los vecindarios y debaten la ciencia desde el microbioma hasta la cultura. Además, el foro apoyará una visión integradora para fortalecer el capital humano. Esta tarea se realizará a lo largo del foro y se organizará en una serie de sesiones o talleres públicos de partes interesadas, cada uno centrado en aspectos específicos de la integración de la ciencia, en el acortamiento de las brechas de la equidad, y en la implementación y cuantificación de los esfuerzos fundamentados en evidencias.

En el conjunto de metas del foro se incluye apoyar el desarrollo de la ciencia integrada en la salud, la nutrición, la educación y la protección social de los niños, y trabajar con los creadores de políticas, los profesionales y los investigadores para crear conciencia sobre los enfoques integrados para mejorar las vidas de los niños y de las personas a cargo de su cuidado. Se espera que los objetivos del foro, diseñados para cumplir estas metas, realicen lo siguiente:

1. Dar forma a una visión mundial del desarrollo infantil saludable en todas las culturas y los contextos, desde antes del nacimiento y hasta los 8 años de edad, como mínimo, y en todas las áreas actualmente aisladas de salud, nutrición, educación y protección social.
2. Identificar las oportunidades para la coordinación intersectorial entre investigadores, creadores de políticas, ejecutores, profesionales y defensores para mejorar las prácticas de calidad en los escenarios públicos y privados, y llevar estas prácticas a escala, en el contexto de la economía de la inversión estratégica e integrada sobre la infancia.
3. Informar sobre las conversaciones y las actividades en curso de grupos que trabajan en temas relacionados con la infancia mundial, tales como los objetivos y los indicadores de desarrollo sostenible que se están creando.
4. Identificar los modelos actuales de financiación de programas y políticas en salud, educación, nutrición y protección social, dentro del marco de la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil que intenta mejorar el potencial del desarrollo infantil. Esta información puede ser utilizada para detectar oportunidades para nuevas estructuras de financiación y formas de inversiones que pueden ser más efectivas en la mejora de los resultados del niño e impulsar potencialmente el desarrollo económico.

## DESCRIPCIÓN GENERAL DEL TALLER

Un elemento central en las actividades del foro son sus talleres; y el foro ha planeado una serie de talleres durante el plazo de 3 años.<sup>3</sup> Estos talleres se dictarán en todo el mundo y abordarán una diversidad de temas, incluidos inversiones en la infancia, financiación de inversiones en los niños y las personas a cargo de su cuidado, cuantificación de los programas de intervención preventiva para la infancia, plataformas para inversiones integradas, inversiones en familias y comunidades en la infancia, e inversión en niños afectados por el conflicto. El 17 y 18 de abril de 2014, el foro llevó a cabo su primer taller centrado en las inversiones en la infancia y el costo que tiene la falta de acción. En el cuadro 1-1, se muestra un enunciado completo de la tarea de este taller.

En este informe se resumen las presentaciones y los debates llevados a cabo en el taller. El rol del comité de planificación se limitó a la planificación del taller, y el resumen de taller ha sido preparado por los ponentes basado en los hechos de lo ocurrido en el taller. Las declaraciones, recomendaciones y opiniones expresadas son las de los presentadores y participantes individuales y no están necesariamente respaldadas ni verificadas por el IOM y el NRC, y no deben interpretarse como el reflejo del consenso de ningún grupo.

Si bien se reconoce la importancia de la investigación actual en el desarrollo infantil temprano, varios participantes de los talleres plantearon una necesidad mayor de convertir ese conocimiento en acciones que puedan ser utilizadas por los creadores de políticas de todo el mundo para el desarrollo y la optimización de los programas y las inversiones destinadas a la primera infancia. Las sugerencias individuales para estimular esa conversión incluían:

- Cambiar el mensaje central de la comunidad de desarrollo infantil temprano de supervivencia a crecimiento pleno
- Centrarse en la prevención de los resultados de un desarrollo infantil deficiente
- Utilización de trabajadores de salud comunitarios para apoyar y educar a las personas encargadas del cuidado que respalden el potencial del desarrollo infantil
- Intervenciones y apoyos para la infancia, incluidos programas de transferencia monetaria, inversiones tempranas en educación, desde la primera infancia hasta la escuela primaria, e inversión temprana en nutrición y enriquecimiento ambiental
- Plataformas de entrega adicionales para abordar desigualdades experimentadas por los niños

---

<sup>3</sup> Hay más información en línea sobre el foro y sus actividades, incluidos los talleres futuros, en <http://www.iom.edu/Activities/Children/InvestingYoungChildrenGlobally>.

- Integración de los diferentes sectores (por ejemplo, salud y educación) para crear un enfoque holístico para invertir en los niños pequeños y en las personas a cargo de su cuidado

Varios participantes de los talleres enfatizaron la necesidad de comprender los indicadores y las evaluaciones comunes en todas las culturas y ubicaciones, y aquellos para los que debe tenerse en cuenta el contexto. Actualmente, es posible que no se aborde siempre apropiadamente el contexto, lo que produce imprecisiones en las mediciones y una comprensión inexacta de los puntos fuertes y las necesidades regionales. Múltiples oradores y participantes debatieron la necesidad de contar con un conjunto de criterios de medición uniformes e integrados para medir el progreso hacia los resultados del desarrollo infantil temprano. Ese conjunto de criterios de medición debe ser de número reducido, fácil de comprender por quienes no son expertos y de uso uniforme en toda la comunidad.

Varios oradores y participantes debatieron la importancia de las diferentes tendencias socioeconómicas y sus factores asociados que afectan el desarrollo de los niños pequeños. Los oradores individuales hicieron referencia a los efectos de la desigualdad en los entornos

#### **CUADRO 1-1**

##### **Declaración de la tarea del taller sobre el costo que tiene la falta de acción**

Una comisión ad hoc planificará y llevará a cabo un taller público interactivo destacando las presentaciones y los debates que resaltan las oportunidades para las inversiones con base científica en la infancia en el mundo. Las inversiones se pensarán con un abordaje amplio para incluir asignaciones de recursos económicos, naturales, sociales y otros que sustenten y promuevan el desarrollo humano y el bienestar. Los oradores explorarán la cuestión de si la ciencia converge en un conjunto de elementos universales que apoyan el desarrollo óptimo desde antes de la concepción hasta los 8 años de edad. Se explorarán los puntos de intersección en salud, educación, nutrición, condiciones de vida y protección social. Los oradores abordarán elementos que pueden variar de acuerdo con el contexto geográfico y los temas que afectan a las poblaciones diversas, incluidos los niños con discapacidades. Se pondrá de relieve el aspecto científico mediante un conjunto de presentaciones de investigación centradas en los temas interrelacionados de promoción del desarrollo óptimo a través de la inversión en la infancia y de las consecuencias económicas potenciales de la falta de acción. Se considerarán los contextos del desarrollo infantil, entre ellos, las familias y las personas encargadas del cuidado, así como también la cultura y la comunidad. El comité identificará temas específicos que deberán ser abordados, desarrollará el programa, seleccionará e invitará a los oradores y a otros participantes, y moderará los debates. Se preparará un resumen de autoría individual de las presentaciones y los debates realizados en el taller por un ponente designado de acuerdo con las normas institucionales.

socioeconómicos y de cuidado entre los niños. En particular, varios oradores señalaron la desigualdad de acceso a la educación, las tasas de fecundidad diferenciales entre las personas a cargo del cuidado de niños pequeños y el acceso a herramientas de planificación familiar, y el ingreso del cuidador. Entre otros factores importantes planteados por muchos oradores se incluían el estado de discapacidad infantil, la salud mental de la persona encargada del cuidado, particularmente la depresión materna, y las personas encargada del cuidado que están infectadas con VIH.

Varios participantes expresaron la necesidad de comprender las prioridades para la inversión y una idea clara de la utilidad de las prácticas actuales. Varios oradores se centraron en cómo evaluar la rentabilidad de las diferentes intervenciones. Además, algunos oradores identificaron cómo realizar la determinación de los índices costo-beneficio, incluida la utilización de herramientas sistemáticas, consideraciones económicas y ejemplos pragmáticos de intervenciones gubernamentales exitosas.



## Conectar el potencial del desarrollo infantil con el potencial del desarrollo de una nación<sup>1</sup>

Peter Singer comenzó su discurso de apertura con un reto a la audiencia para que esta considerara sus fallas. En particular, planteó que la falla primaria de la comunidad de desarrollo infantil temprano (DIT) es su incapacidad de convertir la evidencia emergente en acciones conmensurables por parte de los creadores de políticas. Los resultados de las investigaciones en el DIT no se reflejan en las políticas mundiales y los marcos de rendición de cuentas que guiarán las medidas en los próximos 15 a 20 años. Singer se refirió a esta falla como “perdido en la traducción”. Enfatizó que esta declaración no era una crítica a los esfuerzos individuales sino un reconocimiento colectivo de que la comunidad no está donde quiere estar.

Singer sugirió que el DIT es uno de los retos más grandes del mundo en términos de alcance, escala e impacto, y propuso que la incapacidad de proporcionar entornos tempranos óptimos a los niños lleva a ingresos y a un producto interno bruto (PIB) nacional bajos, a tasas más altas de enfermedad y depresión, y tasas de delincuencia incrementadas (Naudeau et al., 2011). Sin DIT, los niños ya se encuentran retrasados en edad escolar. Singer sugirió que la falta de atención al DIT está encerrando a los países en una condición de pobreza. Específicamente, el DIT proporcionará las primeras habilidades necesarias para construir la fuerza laboral de una nación.

Un tema político particularmente importante en este ámbito es la presencia del DIT en el programa posterior al 2015, y más específicamente, el Grupo de Trabajo Abierto (GTA) de las Naciones Unidas sobre objetivos de desarrollo sostenible. El GTA propuso una lista de 19 áreas de enfoque.<sup>2</sup> Singer manifestó que ningún área cita explícitamente las iniciativas del DIT, aunque el DIT se incluye en el siguiente nivel de detalle de muchas

---

<sup>1</sup> En esta sección se resume información presentada por Peter Singer, Grand Challenges Canada.

<sup>2</sup> Consulte <http://sustainabledevelopment.un.org/owg.html> para obtener más información (visitado el 27 de abril de 2014).

de las 19 áreas. Como resultado, del DIT no se considera de manera holística y no se lo plantea como el gran reto que verdaderamente es.

Singer también describió el marco Cuenta regresiva para 2015, que es un trabajo realizado por la Comisión sobre Información y Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño de las Naciones Unidas.<sup>3</sup> Los indicadores principales del marco Cuenta regresiva para 2015 son el retraso del crecimiento y la supervivencia; estos están relacionados con el desarrollo infantil, pero ponen mayor énfasis en la biología y la nutrición. Comentó que la supervivencia es un elemento necesario y crucial en el bienestar infantil pero que solo es insuficiente. Las madres no quieren simplemente que sus hijos sobrevivan; quieren que crezcan plenamente. Singer sugirió girar la discusión sobre la salud de la mujer y los niños desde centrarse en la supervivencia a centrarse en el crecimiento: un mensaje más ambicioso.

Singer denominó a la ausencia de una visión holística sobre el DIT como falla de “perdido en la traducción”, y señaló que no se expone un argumento convincente centrado en niños en crecimiento pleno. A continuación, se presentan algunas de las razones que Singer citó como factores contribuyentes a esta falla:

- **Riesgos fragmentados:** Singer observó que los factores de riesgo en el desarrollo infantil son complejos y diversos, y que incluyen elementos tales como nutrición, vacunas y educación temprana. Planteó que, en lugar de centrarse en los riesgos, la comunidad debe adoptar una visión de riesgo holística e integrada para lograr una respuesta también integrada.
- **Resultados almacenados en oídos:** existen muchos resultados diferentes, incluidos económicos (tales como el PIB), sociales (tales como la violencia) o relacionados con la salud (tales como la depresión). Al centrarse únicamente en un solo elemento del total, el efecto de las intervenciones sobre los resultados se ve disminuido.
- **Criterios de medición:** Singer enumeró varias preocupaciones con respecto a los criterios de medición. Primero, indicó que no existen buenos criterios de medición para los primeros años (de 0 a 2 años), y señaló que la Fundación Bill & Melinda Gates se unió recientemente a Grand Challenge en la iniciativa Saving Brains, lanzando una llamada de exploración para propuestas sobre la medición del desarrollo infantil temprano (fase fetal/infantil) (Grand Challenges Canada, 2014). Por otro lado, Singer argumentó que hay muchas organizaciones, cada una con diferentes criterios de medición y se refirió a esto como “la inanición en medio de la

---

<sup>3</sup> Consulte <http://www.countdown2015mnch.org/about-countdown/accountability> para obtener más información (visitado el 27 de abril de 2014).

abundancia". Le planteó a la audiencia el reto de desarrollar seis criterios de medición que pudieran integrarse en un "tablero" que un creador de políticas se encargaría de controlar. Argumentó que estos criterios de medición deben tener un uso uniforme en los ámbitos de la salud, la economía y otros campos, y que la comunidad debe ser consciente del contexto cuando se utilizan los criterios de medición. Singer manifestó que los criterios de medición son el principio para la rendición de cuentas que impulsa las políticas mundiales.

- **Economía política:** Singer manifestó que mucha gente considera que la inversión en el desarrollo infantil mundial es "un gran gobierno" o "un gran gasto", lo que agrega el reto de los planteos políticos al debate del DIT. Propuso que la comunidad adopte un enfoque fiscalmente conservador, señalando que muchas mejoras básicas (tales como espacios seguros y juego mejorado) no son costosas. También propuso la utilización de mecanismos innovadores de financiación para aquellas situaciones en las que surge la necesidad de contar con dinero adicional. Por ejemplo, las corporaciones se benefician a partir del desarrollo de la fuerza laboral y podrían estar dispuestas a brindar su respaldo a programas si los beneficios que esto les reportaría se comprenden adecuadamente. Singer enfatizó la importancia de desarrollar programas que sean financieramente neutros o netos positivos, ya sea para una nación o para una corporación.
- **Falta de enlaces mundiales:** Singer argumentó que la lucha de los Estados Unidos contra la pobreza, incluidas las iniciativas en el DIT, no está vinculada adecuadamente a los retos mundiales del desarrollo internacional, del DIT y a la infraestructura de capital humano. Esta nación tiene una oportunidad de vincular los problemas nacionales con los problemas de la pobreza a nivel mundial.

Singer también le plantó a la audiencia el reto de sintetizar mejor la ciencia y los datos. Manifestó que los datos económicos sobre el desarrollo infantil pueden proporcionar evidencia traslativa convincente para los creadores de políticas. Sugirió abordar temas tales como el costo total de la falta de atención, el costo de descuidar el DIT sobre el PIB de un país individual, y el costo de descuidar un conjunto de factores de riesgos particulares.

Singer observó que el marco del GTA no puede implementarse a menos que se lleve a cabo primero un cambio. Ofreció dos posibilidades sobre cómo podría implementarse ese cambio. De acuerdo con la primera posibilidad, aparecerá un solo actor quién le dará forma a las metas y a quién la comunidad seguirá. Según la segunda posibilidad, se desarrollará una narrativa que unifica las metas y proporciona una historia coherente.

Singer sugirió que la narrativa se integre bajo un único tema, tal como “alcanzar el potencial” o “promesa humana”. Un tema semejante abarca todas las metas de una forma coherente.

Un participante del taller señaló que las partes individuales de un problema de tamaño grande son más fáciles de vender a los creadores de políticas que una gran perspectiva holística. Singer argumentó que ambos elementos son necesarios: un marco holístico que unifica todas las metas y una utilización basada en los hechos de programas o elementos individuales que apelan a un creador de políticas individual. El marco unificador puede servir para alinear y unificar a la comunidad y posibilitar las asociaciones de mejor forma.

En respuesta a una pregunta sobre cómo traducir la ciencia a política, Singer manifestó que esta conversión debe ser pensada desde el principio. Señaló que, en el modelo actual, la política se centra en el desarrollo económico nacional (inversión, infraestructura y estímulo) para estimular la prosperidad también nacional. La ayuda externa es considerada caridad y una pérdida de recursos escasos. En lugar de ello, la comunidad debe enmarcar nuevamente la inversión mundial en el DIT como la clave para la prosperidad nacional. Por ejemplo, Sudáfrica priorizó el desarrollo de su fuerza laboral y se dio cuenta rápidamente de que el DIT podría apoyar ese esfuerzo. Tal idea debe ser planteada en un marco internacional. Los participantes debatieron también la importancia de sintetizar la evidencia y conectarla con los retos y programas reales de los países.

## La ciencia del potencial de desarrollo

El foro enfatiza un enfoque basado en evidencia para explorar la ciencia nueva e innovadora que puede traducirse en políticas para mejorar las vidas de los niños. En consecuencia, el taller comenzó con un debate de la nueva ciencia en el potencial de desarrollo. Los oradores individuales se centraron en la ciencia del potencial de desarrollo y la discapacidad, y resaltaron y explicaron cómo diferentes factores tales como nutrición, estrés, enriquecimiento y contexto cultural afectan ese desarrollo.

### **LA SINCRONIZACIÓN DE LAS PRIMERAS INTERVENCIONES INTEGRADAS: NUTRICIÓN, ESTRÉS Y ENRIQUECIMIENTO AMBIENTAL<sup>1</sup>**

Michael Georgieff comenzó su presentación manifestando que se debe tener en cuenta el proceso de desarrollo del cerebro al diseñar intervenciones. Georgieff planteó que un enfoque integrado es esencial ya que la biología neuronal, nutricional, metabólica, fisiológica y del comportamiento conforman un sistema multidimensional conectado. Todos los comportamientos tienen su origen en el cerebro, y presentan una trayectoria de desarrollo bien descrita. Por esta razón, deben aplicarse reglas o normas para evaluar el desarrollo del cerebro y el impacto que los factores ambientales (tales como nutrición, estrés y enriquecimiento ambiental) tienen en el cerebro en desarrollo.

Georgieff manifestó que el cerebro carece de homogeneidad y está compuesto de múltiples subregiones; consta, además, de muchas áreas y tipos de células, cada una con una trayectoria de desarrollo diferente. Algunas áreas comienzan y terminan el desarrollo durante el período fetal, mientras que otras continúan desarrollándose hasta la adolescencia. Como resultado, la vulnerabilidad del cerebro a los factores ambientales depende de la interacción de (1) la sincronización de un déficit ambiental o enriquecimiento; (2) la necesidad de una región del cerebro de un nutriente, su receptividad al enriquecimiento o su vulnerabilidad al estrés; y (3) la dosis y la duración.

---

<sup>1</sup> En esta sección se resume la información presentada por Michael Georgieff, Universidad de Minnesota.

La vulnerabilidad cambia a lo largo de la vida de un niño, por ejemplo, diferentes regiones del cerebro tienen diferentes requisitos de hierro con el tiempo y entonces un niño no se encuentra igualmente en riesgo por deficiencia de hierro durante toda su vida. Las ocasiones de mayor riesgo ocurren cuando existe una demanda alta que se combina con una fuerte falta de disponibilidad. Además, Georgieff señaló que el estrés tóxico es siempre negativo y puede tener como resultado una estructura cerebral enferma o no saludable. En situaciones estresantes, las dendritas se contraen y los comportamientos se vuelven menos eficientes. Georgieff explicó que las variables están interrelacionadas: por ejemplo, las personas estresadas no absorben nutrientes de manera tan eficiente, y a su vez, una mala nutrición da lugar a respuestas de estrés.

Georgieff explicó que el cerebro es plástico y vulnerable, y sugirió que, en su conjunto, la vulnerabilidad supera la plasticidad. También señaló que puede ser posible restablecer la plasticidad en el cerebro y que el crecimiento menos rápido en regiones del cerebro no significa que el cambio sea inmutable. Los sistemas primarios, incluidos el aprendizaje y la memoria, la velocidad de procesamiento y recompensa, se desarrollan en los primeros 3 años de vida; estos sistemas primarios proporcionan el “andamiaje” para el desarrollo posterior de sistemas neuronales de orden superior. Georgieff propuso alinear la sincronización y la coordinación de las intervenciones en función de los períodos de sensibilidad diferencial. Esto podría ser particularmente útil en ambientes con recursos limitados, dado que la utilización de ventanas de aprendizaje sensibles para proporcionar intervenciones biológicas y psicosociales integradas será más eficiente en la promoción del desarrollo infantil.

Georgieff explicó la importancia que tiene sincronizar las intervenciones con niños pequeños, y utilizó el ejemplo de los suplementos nutricionales sobre la habilidad cognitiva. Indicó que los datos clínicos respaldan la importancia que revisten los suplementos nutricionales en momentos cruciales, y citó el ejemplo específico del hierro (Christian et al., 2010). El suplemento de hierro aplicado durante el período fetal mejoró la memoria, el control inhibitorio y las habilidades motrices finas cuando los niños tenían entre 7 y 9 años. El suplemento de hierro aplicado luego del período fetal no demostró tener efectos (Murray-Kolb et al., 2012).

Georgieff manifestó que, en general, la intervención temprana permite obtener mejores resultados. Citó resultados que demostraban que el período comprendido entre los 6 a 12 meses es un tiempo sensible para promocionar el apego seguro (Van Ijzendoorn y Juffer, 2006); los primeros años de vida son un período de tiempo crucial para intervenciones que mejoren la calidad de la crianza (Bakermans-Kranenburg et al., 2003); a su vez, las intervenciones durante los primeros años de vida tienen beneficios cognitivos y académicos a largo plazo (Barnett, 2011; Engle et al., 2011). Las intervenciones de seguimiento realizadas más adelante en la infancia también han demostrado ser efectivas (Reynolds y Robertson, 2003;

Reynolds et al., 2001). Señaló que la adolescencia se mantiene como un área relativamente inexplorada respecto del cambio cerebral, y ofrece una oportunidad para ponerse al día y consolidar el andamiaje establecido cuando niño.

En conclusión, Georgieff manifestó que el desarrollo temprano (prenatal hasta los 5 años) afecta el desarrollo de las estructuras primarias del cerebro y es difícil reconstruir este desarrollo posteriormente en la vida. También señaló que las intervenciones de seguimiento y las de seguimiento continuo son cruciales, particularmente en el caso de niños que tienen múltiples factores de riesgo. En el período de debate, Georgieff observó la importancia que reviste encontrar indicadores tempranos de resultados, tales como modelos probables para el éxito en educación, empleo y estructura social. Brindó el ejemplo del autismo y su diagnóstico tardío. Aunque existen indicadores tempranos, muchos niños, especialmente los varones, no son diagnosticados hasta los 3 años de edad, y se pierden intervenciones tempranas durante períodos cruciales del desarrollo cerebral.

## POTENCIAL DE DESARROLLO Y DISCAPACIDAD INFANTIL<sup>2</sup>

Maureen Durkin definió la discapacidad infantil, o discapacidad del desarrollo, como una limitación (o limitaciones) funcional que se manifiesta en la infancia debido a deficiencias en el desarrollo del sistema nervioso u otros sistemas corporales. Una discapacidad puede afectar muchos aspectos del desarrollo. Explicó las vías causales de las discapacidades del aprendizaje y desarrollo, mediante un esquema para la identificación de los factores de riesgo y las intervenciones, desde el período anterior a la concepción hasta el desarrollo temprano con pruebas de efectividad basadas en evidencia (Durkin et al., 2007).

La comunidad del desarrollo infantil temprano suele centrarse en la optimización de las condiciones para los niños sin discapacidades, lo que genera la exclusión de niños con discapacidades del desarrollo. Según Durkin, existe poca integración de las discapacidades del desarrollo en la investigación del desarrollo infantil temprano y en las agendas de desarrollo de programas. Es posible que la razón que motiva esto sea que, dados los recursos limitados disponibles, el financiamiento no debe “desperdiciarse” en niños que nunca alcanzarán el desarrollo óptimo. Durkin argumentó que los últimos avances en derechos humanos (tanto para niños como para individuos con discapacidades) apoyan la necesidad de incluir a los niños con discapacidades en trabajos relacionados con la educación y la salud infantil. Durkin señaló que los discapacitados están siendo reconocidos cada vez más como seres humanos con derechos, en

---

<sup>2</sup> En esta sección se resume la información presentada por Maureen Durkin, Universidad de Wisconsin.

lugar de objetos de caridad. Específicamente mencionó a la *Convención sobre los Derechos del Niño* de las Naciones Unidas (Naciones Unidas, 1989) y la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (Naciones Unidas, 2006) como dos actividades que reconocen explícitamente los derechos de los niños con discapacidades.

El Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 de las Naciones Unidas es reducir en dos tercios la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años desde 1990 hasta 2015.<sup>3</sup> Durkin explicó que se ha realizado un progreso significativo hacia ese objetivo; y que hasta el 2011, la mortalidad infantil había descendido casi la mitad mundialmente.<sup>4</sup> También indicó que la reducción en la mortalidad infantil conduce a un incremento de la prevalencia en la discapacidad, y proporcionó datos recogidos en Bangladesh para respaldar esta afirmación (Khan et al., 2013).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) desempeña un rol principal en el control y la evaluación internacional de las discapacidades infantiles. Los datos muestran que los niños de países de bajos y medianos ingresos se encuentran en mayor riesgo de sufrir discapacidades severas debido a la falta de acceso a la prevención primaria y la exposición a la pobreza. Sin embargo, hay muy pocos datos para confirmar la prevalencia de discapacidades del desarrollo en estos países debido a que faltan herramientas de evaluación, personal capacitado y financiamiento para poder recopilar y controlar esta información.

Durkin también señaló que el desarrollo económico no conduce a un descenso de la discapacidad, de hecho, la prevalencia de la discapacidad infantil ha aumentado con el desarrollo económico en los Estados Unidos (Halfon et al., 2012). Así como ha habido un aumento en la prevalencia de la discapacidad infantil, también aumentó la proporción de las discapacidades clasificadas como “mentales”. En los Estados Unidos, la mayor parte del aumento en la prevalencia de la discapacidad infantil en las últimas décadas es el resultado de aumentos en las discapacidades cognitivas y de comportamiento. Durkin advirtió que la inversión económica no reducirá necesariamente las cifras de discapacidad, al menos en el corto plazo.

Los estudios sobre la rentabilidad de las intervenciones apoyan el uso de intervenciones seleccionadas en niveles primarios, secundarios y terciarios (Durkin et al., 2006). Específicamente, Durkin explicó los resultados de un estudio que examinó los índices de rentabilidad y costo-beneficio de varias intervenciones que se realizaron centradas en diferentes aspectos de la discapacidad del desarrollo (Durkin et al., 2006). Una de estas intervenciones fue la fortificación con ácido fólico del suministro de alimentos para garantizar niveles de ácido fólico maternos óptimos antes

---

<sup>3</sup> Consulte <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/report-2013/mdg-report-2013-english.pdf> para obtener más información (visitado el 30 de abril de 2014).

<sup>4</sup> *Ibidem*.

de la concepción. La rentabilidad del ácido fólico presenta variaciones a nivel mundial debido a diferencias en el costo y la prevalencia, pero en todos los casos la fortificación con ácido fólico es altamente rentable: el costo por los años de vida ajustados por discapacidad (DALY<sup>5</sup>) evitado oscilaba entre USD 36 en Latinoamérica y USD 160 en Asia Oriental. Una segunda intervención resaltada por Durkin fue la realización de análisis neonatales para detectar el hipotiroidismo congénito acompañados por una terapia de reemplazo de la hormona tiroidea objetivo para prevenir el inicio de la discapacidad. El índice costo-beneficio de esta intervención oscilaba entre 2 y más de 5.

Por último, Durkin señaló que a nivel de la población, la discapacidad infantil es integral al desarrollo infantil y viceversa; la sociedad no puede progresar en ninguna de estas áreas sin unificarlas y plantearlas en la misma agenda. A pesar de la existencia de intervenciones efectivas, los niños en países de bajos y medianos ingresos tienen menos posibilidades de tener acceso a dichas intervenciones, lo que aumenta el riesgo de discapacidad a nivel mundial. Manifestó que, para que una condición se convierta en una prioridad de salud mundial, debe ser común, grave y cambiante. Argumentó que la discapacidad satisface las tres condiciones y que su prevención debería ser una prioridad internacional.

### **ALGUNAS BRECHAS CRÍTICAS EN LA BASE CIENTÍFICA ACTUAL DEL POTENCIAL DE DESARROLLO<sup>6</sup>**

Robert Serpell comenzó su presentación con una descripción de varias características del desarrollo de los seres humanos: son plásticos y resistentes; dependen mucho de las personas a cargo de su cuidado en los primeros años; están predispuestos a vivir en grupos sociales y a utilizar el lenguaje para la comunicación; tienen capacidad para la reflexión y la innovación; participan en la cultura y la sociedad y desarrollan culturas relacionadas con su comunidad. Serpell explicó que el nicho del desarrollo humano consiste en tres dimensiones a las cuales se adapta el ser humano: escenarios físicos y sociales, prácticas de crianza y teorías implícitas sostenidas por estas (Super y Harkness, 1986).

Según Serpell, los artículos del Grupo Directivo sobre el Desarrollo Infantil Internacional (ICDSG) publicados en *Lancet* (Engle et al., 2007; Grantham-McGregor et al., 2007; Walker et al., 2007) contienen un argumento político sobre justicia social y desigualdades económicas. El grupo también presentó un argumento técnico basado en la ciencia sobre los beneficios estratégicos de la prevención. Para fortalecer el argumento, Serpell planteó que el ICDSG exageró el grado de consenso dentro de

---

<sup>5</sup> DALY es la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura y los años perdidos por discapacidad en personas con una condición de salud particular.

<sup>6</sup> En esta sección se resume información presentada por Robert Serpell, Universidad de Zambia.

la comunidad sobre lo que constituye el potencial de desarrollo y cómo apoyar su realización.

El ICDSG respaldó un paquete de intervención similar a la estrategia de UNICEF de la década de 1980 que implicaba control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización (GOBI). Se defendió el argumento de que estos puntos eran universalmente efectivos para la supervivencia, el crecimiento y la salud de los recién nacidos. El ICDSG propuso que, en esta nueva era, la estimulación y la sensibilidad de la persona encargada del cuidado son causas universalmente efectivas de competencia social y emocional en la infancia. Sin embargo, Serpell señaló que no existe una política de estimulación cognitiva equivalente interculturalmente que sea análoga al GOBI, y que esta política se encuentra actualmente bajo examen crítico. Es difícil articular y poner en funcionamiento sus principios en todas las culturas, por tres razones principales:

1. Variaciones ambientales: las demandas y potencialidades son diferentes en todas las culturas.
2. Tendencias teóricas: los criterios de validación de los modelos explicativos en psicología evolutiva están influenciados por la cultura.
3. Retos de la medición: las evaluaciones dependen de prácticas culturalmente específicas.

Serpell observó que los niños pequeños de Zambia de familias de bajos ingresos tienen una rica tradición de música, danza y juegos, y crean sus propios juguetes. Reciben poco aporte de los padres, pero tienen un aporte significativo de parte de sus hermanos y pares, y obtienen el apoyo de un sistema de cuidados distribuido socialmente. Es posible que este contexto local no sea considerado adecuadamente en la política de ICDSG.

Si bien los modelos propuestos por la ciencia occidental son elegantes, comprobables y de bajo costo, tienen poca utilidad si no logran relacionarse con las realidades locales, dijo Serpell. No existen actualmente pruebas aportadas por investigaciones que respalden que las técnicas de estimulación cognitivas importadas y culturalmente ajenas ofrecen más apoyo para el desarrollo infantil que las técnicas de estimulación locales dominantes. Serpell propuso que el diseño de los servicios de DIT efectivos y adecuados para sociedades africanas incluyan no solo la consideración de las condiciones económicas adversas en zonas rurales y periurbanas, sino también las fortalezas y las limitaciones de las prácticas, los conocimientos y las actitudes sobre la crianza que existen a nivel local.

Los retos de la medición, según los identificó Serpell, incluyen la relevancia cultural de pruebas estandarizadas desarrolladas fuera del país o lugar de interés. Los instrumentos estandarizados tienen poca adaptación para poblaciones individuales. Si se aplica una prueba externa a una población para la cual no fue diseñada, la población tendrá un

pobre desempeño. Serpell manifestó que la mayoría de las pruebas se basan en prácticas occidentales, lo cual pone en desventaja a los examinandos africanos. Un ejemplo específico es la reproducción de un patrón de diseño en bloque, que es una prueba de origen occidental que implica la manipulación de rompecabezas y bloques. Los niños africanos suelen tener un pobre desempeño, a pesar de que las funciones cognitivas principales bajo evaluación (tales como discriminación visual, reproducción de patrones, transposición/rotación mental y planificación) suelen ponerse de manifiesto en el comportamiento cotidiano común de los niños africanos, según Serpell.

Un estudio comparó niños de bajos ingresos, que viven en zonas urbanas en Zambia e Inglaterra mediante la realización de tareas de reconocimiento de patrones en diferentes medios: papel y lápiz, modelado de plastilina y alambres. Tal como se esperaba por los ambientes ecoculturales, los niños ingleses obtuvieron puntajes más altos en la tarea de papel y lápiz, los niños de Zambia obtuvieron puntajes más altos en la tarea de modelado de alambres y los grupos no tuvieron mucha diferencia en el desempeño en la tarea de modelado de plastilina. La conclusión fue que se exhibían únicamente las mismas funciones cognitivas subyacentes cuando la prueba utilizaba un medio familiar. Como resultado, se desarrolló una prueba de modelado de plastilina para la evaluación del desarrollo cognitivo en niños africanos (Ezeilo, 1978; Kathuria y Serpell, 1998).

Serpell habló sobre tres brechas críticas en la ciencia del desarrollo:

1. El desarrollo del lenguaje en contextos multilingües: Serpell observó que hay pruebas aportadas por investigaciones de que el multilingüismo respalda el desarrollo cognitivo (Bialystok et al., 2009; Cummins, 2000; Heugh, 2000; SRCD, 2013), pero existen pocas pruebas de cómo los niños aprenden el lenguaje en un ambiente multilingüe.
2. Las interacciones de niño a niño como una fuente de desarrollo cognitivo: Serpell planteó que los niños que asumen la responsabilidad por un niño más pequeño no supone explotación sino que es una forma respetuosa y efectiva de otorgar responsabilidad a un niño en la preparación para roles adultos. Informó que hay resultados de investigaciones que demostraron que un sistema semejante de prácticas promovía los valores de interacción social de los niños, la cooperación con grupos afines, la igualdad de género y la ayuda para con los demás (Serpell et al., 2011). Sin embargo, un participante del taller advirtió que debe hacerse una distinción para situaciones en las cuales un niño es obligado a cuidar todo el día de sus hermanos menores y como resultado podría no recibir la educación apropiada. Otro participante observó que existe probablemente una diferencia de género relacionada con el cuidado, con más niñas que niños responsables de otros niños.

3. Cuidado distribuido socialmente y seguridad emocional: Serpell observó que la hipótesis del cuidado materno como mecanismo biológico de supervivencia (como Bowlby, 1971) es una posición popular. Las posiciones alternativas se han publicitado menos, por ejemplo, Keller (2006), quien demostró que los objetivos paternos en su relación con prácticas de cuidados difieren sistemáticamente en las sociedades rurales africanas de los escenarios industrializados como los Estados Unidos. Serpell advirtió contra la aplicación de un modelo de apego de una cultura a otra.

Asimismo, indicó que la ciencia del desarrollo puede mejorar el diseño de las políticas sociales y las prácticas profesionales al resaltar las reducciones en la vulnerabilidad de los niños en presencia de una intervención con fines de mejoría; los factores individuales y sociales que protegen contra la pobreza y su impacto psicológico; las excepciones a la “trayectoria de desarrollo” posnatal dada la autonomía personal; y las estrategias efectivas para que la comunidad participe y se comprometa en la promoción del cambio sociocultural. Por último, Serpell sugirió varias formas en las que la comunidad puede avanzar desde el conocimiento provisional hasta la intervención responsable, entre ellas:

- Crear asociaciones para la capacitación en el DIT.
- Lanzar proyectos de viabilidad incorporando y adaptando recursos culturales autóctonos en el DIT.
- Incluir la relevancia cultural en los criterios aplicados por los organismos de acreditación para la aprobación de los servicios, las instituciones y los programas de capacitación del DIT.
- Desafiar la hegemonía occidental a través del estudio sistemático de la diversidad cultural.
- Integrar recursos culturales no occidentales en los recursos de enseñanza para la educación superior en países del norte, occidentales y de mayor industrialización.
- Disminuir la diferencia en los planes de estudios para educación superior entre prácticas ortodoxas, occidentales, de educación superior y las demandas de contextos socioculturales dominantes de todo el mundo.
- Institucionalizar la investigación del desarrollo infantil en las universidades fuera de los países del norte, occidentales y de mayor industrialización.
- Fomentar las asociaciones internacionales en el diseño y la entrega de capacitación profesional para los proveedores del DIT que enfatiza la utilización de recursos autóctonos, el fomento de la responsabilidad social y el respeto por los derechos humanos.

## El estado de los niños pequeños en el mundo

Los datos sobre el estado de los niños pequeños en el mundo resaltan varias cuestiones: la necesidad de pasar de la supervivencia al desarrollo de los niños pequeños; las conexiones entre educación, salud, nutrición y desarrollo cerebral; el rol de las personas encargadas del cuidado; las disparidades en el acceso a una infancia temprana de calidad así como a una educación primaria de calidad; las tasas de niños que son huérfanos de ambos padres; los niveles significativos de retraso en el crecimiento en muchas áreas y la presencia de violencia y conflicto en las vidas de los niños.

### **DESARROLLO INFANTIL DESDE UNA PERSPECTIVA MUNDIAL<sup>1</sup>**

Donald Bundy manifestó que los datos sobre mortalidad infantil dan cuenta de una historia de éxito: la mortalidad está disminuyendo de manera significativa en casi todas las regiones del mundo (Naciones Unidas, 2013). Mientras que la tendencia no es lo suficientemente fuerte como para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio,<sup>2</sup> Bundy sugirió que ahora es el momento para que el debate de la primera infancia viva una transición, de ser un relato de supervivencia a uno de desarrollo. También observó que las tasas de mortalidad infantil varían geográficamente de forma significativa; los niños en África subsahariana y Asia Meridional enfrentan un riesgo mucho mayor de morir antes de los 5 años de edad que en el resto del mundo.

El desarrollo no es un proceso continuo y Bundy enfatizó la importancia de comprender la trayectoria de edad y las etapas específicas de desarrollo. Por ejemplo, las intervenciones relativas a la nutrición en el período de 0 a 8 años de edad tienen un impacto mayor que una intervención en un período posterior. Sin embargo, Bundy recomendó a la comunidad considerar al niño de forma más amplia y simultánea con el período de la adolescencia, ya que también se caracteriza por un gran desarrollo físico y emocional. Las áreas tales como educación, escolaridad y nutrición pueden tener efectos significativos en el desarrollo infantil.

---

<sup>1</sup> En esta sección se resume la información presentada por Donald Bundy, Banco Mundial.

<sup>2</sup> Consulte <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/report-2013/mdg-report-2013-english.pdf> para obtener más información (visitado el martes, 22 de abril de 2014).

La educación puede en efecto cambiar la arquitectura cerebral. De hecho, la escolaridad mejora la inteligencia fluida hasta medio punto por año de educación. En general, Bundy señaló el efecto Flynn (Flynn, 1999), el cual, para decirlo de forma sencilla, plantea que la gente es cada vez más inteligente. Los datos demuestran que el promedio de coeficiente intelectual ha estado aumentando desde la década de 1930. Los datos más claros son del norte de Europa, los cuales muestran un aumento de 15 puntos en el coeficiente intelectual por generación. Bundy citó estudios que mostraron una conexión entre la educación y el desarrollo neurocognitivo (Baker et al., 2012). El resultado indica que varios años de educación básica hacen que las personas piensen y razonen de manera diferente.

Bundy habló también sobre las relaciones entre resultados de educación e intervenciones en salud, nutrición y educación. Las intervenciones en las áreas de salud y nutrición tienen el mismo nivel de impacto en el acceso a la escolaridad que las intervenciones en el área de educación. En otras palabras, los creadores de políticas deben tener en cuenta las áreas de salud y nutrición al momento de implementar mejoras en la educación. Bundy remarcó que en 2008, el Banco Mundial desarrolló un fondo de crisis para responder a la crisis financiera. Los países le pidieron financiamiento al Banco Mundial para los programas de alimentación en las escuelas. El análisis del Banco Mundial ha mostrado desde entonces la notable escala de los programas de alimentación en las escuelas: 368 millones de niños son alimentados todos los días a través de estos programas (Burbano de Lara et al., 2013). Bundy explicó que los programas de alimentación en las escuelas no deben ser considerados programas de nutrición sino programas de educación; son diseñados como una red de seguridad social y de respaldo a la educación. Esta es una plataforma ignorada que no es normalmente parte del debate del desarrollo infantil.

Al describir el rol de las personas encargadas del cuidado y los educadores de los niños pequeños en el mundo, Bundy manifestó que las personas encargadas del cuidado en el ambiente previo a la educación primaria suelen ser docentes, niñas adolescentes y padres. El número de docentes y cuidadores que han sido capacitados es pequeño (cerca de un total de 60 millones) con relación al número de niñas adolescentes y madres (alrededor de un total de 2,4 mil millones).<sup>3</sup> A pesar de que ciertos estudios dan cuenta de los beneficios de la educación temprana, el número de docentes preescolares se ha mantenido bastante constante en los últimos 25 años, entre los 20 y los 30 millones.<sup>4</sup>

Por último, Bundy señaló que los derechos humanos y los derechos del niño están implícitos en este debate. El Banco Mundial tiene también

---

<sup>3</sup> Consulte <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>, y las bases de datos desde <http://databank.worldbank.org> para obtener más información y estadísticas (visitado el 30 de abril de 2014).

<sup>4</sup> Consulte <http://databank.worldbank.org> para obtener más información y estadísticas (visitado el 30 de abril de 2014).

razones pragmáticas, basadas en el costo para actuar. El desarrollo infantil temprano tiene sentido no solo desde una perspectiva de los derechos humanos, sino también desde el punto de vista económico.

## EL ESTADO DE LOS NIÑOS PEQUEÑOS EN LA REGIÓN ÁRABE<sup>5</sup>

Maysoun Chehab se centró en la educación y la salud infantil en la región árabe, junto con las amenazas a las que se enfrenta el desarrollo infantil en la región. Explicó que las naciones árabes comenzaron a centrarse en el bienestar de los niños pequeños en la década de 1990, cuando la mayoría de las naciones árabes ratificaron la Convención sobre los Derechos del Niño. En el 2000, se lanzaron los objetivos de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y de la Educación para Todos (EFA)<sup>6</sup> y los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, la mayoría de las naciones árabes también adoptaron esos estándares. En ese momento, la mayoría de las naciones árabes desarrollaron comisiones para el cuidado de la primera infancia. La demanda de los servicios que proporcionan estas comisiones sigue siendo mayor de lo que se tiene disponible y hay grandes diferencias en los servicios de las 22 naciones árabes. El centro de atención de estos programas suele permanecer en el tratamiento más que en la intervención o la prevención.

En relación con el estado de la salud y nutrición infantil en el mundo árabe, Chehab enfatizó que la desnutrición sigue siendo un problema, con el 17 por ciento de los niños pequeños con un peso inferior al normal de moderado a grave. Mientras que todos los países árabes tienen un programa de inmunización para niños menores de 5 años de edad, solo unos pocos tienen programas de salud escolar en escuelas públicas para niños de entre 3 a 8 años (UNESCO, 2010).

El Objetivo 1 de EFA es expandir y mejorar el cuidado y la educación durante la primera infancia en forma integral, especialmente en el caso de los niños más vulnerables y desamparados. Chehab observó que la educación preprimaria en las naciones árabes aumentó un 8 por ciento de 1999 a 2011, pero siguen estando en el segundo lugar de los países con más baja matrícula (UNESCO, 2014). Explicó que las naciones árabes tienen un acceso marcadamente desigual a los servicios. De acuerdo con Chehab, parte de la razón es que la región tiene también la mayor cantidad de centros de enseñanza preescolar privados, con dos tercios del total de la matriculación en escuelas privadas. Observó la existencia de una gran brecha en la matrícula entre los hogares de mayores ingresos y los de menor ingreso. Algeria tiene la mayor cantidad de programas gubernamentales y alcanzó la mayor expansión en matriculación (del 2 por ciento en 1999 al 75 por ciento en 2011) como resultado de sus

---

<sup>5</sup> En esta sección se resume la información presentada por Maysoun Chehab, UNESCO.

<sup>6</sup> Consulte <http://www.unesco.org/new/en/education/themes/leading-the-international-agenda/education-for-all> para obtener más información (visitado el 1 de mayo de 2014).

reformas públicas (UNESCO, 2014). Por lo tanto, Chehab sugirió que Algeria puede considerarse como un modelo o estudio de caso para las otras naciones árabes.

Chehab explicó que el acceso a la educación varía en la región. Para las edades de 0 a 3 años, la educación funciona generalmente de forma privada y la matriculación tiene diferencias según la nación. Se proporcionan pocos servicios para niños menores de 3 años y los programas suelen ser de naturaleza de cuidados más que educativos. Observó que varias naciones tienen programas específicos cuyo objetivo son los niños de entornos socioeconómicos bajos, y hay ocho países involucrados con el desarrollo de estrategias para la primera infancia en colaboración con UNICEF y otras organizaciones.

El conflicto armado es un gran obstáculo para el bienestar de los niños pequeños y una de las necesidades más apremiantes en el área. Señaló que el conflicto no se encuentra simplemente en las fronteras de una nación, sino que actualmente es interno y afecta a más civiles. Doce naciones en la región árabe están en conflicto en estos momentos y, como resultado, un gran número de personas se encuentran en situación de desplazamiento. El Líbano, una nación con una población de 4 millones, tiene 1,5 millones de refugiados (UNESCO, 2011).

Como resultado del conflicto y del desplazamiento, las condiciones de vida de los niños se han degradado, con una realidad donde muchos refugiados viven en tiendas de campaña o al aire libre. La infraestructura escolar es un objetivo en sí misma, por ejemplo, el 25 por ciento de las escuelas en Siria han sido destruidas (UNICEF, 2013b). Muchos padres no envían a sus hijos a la escuela debido a que tienen preocupaciones relacionadas con la seguridad. Asimismo, el problema del niño soldado permanece, y las escuelas son un objetivo donde llevan a cabo el reclutamiento. El problema del niño soldado es particularmente grave en Sudán. El financiamiento discrecional, destinado a la educación, se está empleando para financiar las fuerzas armadas en estas naciones. Chehab enfatizó la necesidad de aumentar el financiamiento destinado a la educación. Actualmente, la educación constituye menos del 2 por ciento de la ayuda humanitaria (UNESCO, 2011).

Chehab concluyó con un llamado a la acción en tres áreas:

1. Hacer de los programas para la infancia temprana una fuerza para la paz; trabajar para aumentar la voluntad política y priorizar el desarrollo infantil temprano.
2. Aumentar la atención en los años de transición (de 6 a 8 años de edad). La información sobre los niños en este grupo de edad es limitada.
3. Desarrollar una base de datos, estadísticas precisas y estudios de laboratorio para proporcionar datos detallados que pueden comunicarse a los creadores de políticas.

## PROGRAMA DE ENCUESTAS DE DEMOGRAFÍA Y SALUD (DHS) Y NIÑOS<sup>7</sup>

Sunita Kishor explicó que el programa de Encuestas de Demografía y Salud (DHS) ha sido financiado sin interrupciones por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) desde 1984. Es un programa basado en encuestas que proporciona a los países la asistencia técnica para recopilar, analizar y presentar datos sobre la salud y nutrición de la población. Señaló que la misión de las DHS es más amplia que la misión de otros proyectos al proporcionar asistencia relacionada con la encuesta ya que entre sus objetivos se incluyen facilitar la utilización de datos y el desarrollo de capacidades, no simplemente la recopilación y presentación de los datos.

Para la operación de la encuesta de hogares por muestreo, la DHS utiliza un cuestionario doméstico, un cuestionario de mujer y (con frecuencia, pero no siempre) un cuestionario de hombre. Según Kishor, estos cuestionarios se adaptan al contexto y abordan las necesidades específicas del país. La DHS utiliza muestreos de hogares seleccionados científicamente en los cuales se entrevistan a todas las mujeres idóneas (y con frecuencia hombres) del hogar. Estas entrevistas generan datos representativos que pueden ser utilizados para identificar criterios de medición en las áreas de salud, demografía y nutrición para programas con fundamento de nivel nacional de forma que los creadores de políticas puedan comprender lo que está sucediendo en el país. Kishor planteó que las DHS son consideradas por mucha gente como el “patrón oro” para la proporción de datos y señaló que todos los datos de las DHS pueden descargarse de forma gratuita del sitio web con formato de archivos de datos recodificados que facilitan la realización de análisis comparativos, y en formatos que están listos para ser utilizados por la mayoría de los programas de software analíticos.

Kishor explicó que las DHS incluyen mediciones biológicas y físicas principalmente para mujeres y niños, incluidas lecturas de estatura y peso para calcular indicadores de nutrición tales como retraso del crecimiento, bajo peso y debilitamiento, y prueba de hemoglobina para medir la prevalencia de anemia. En algunos países a los niños se les hace la prueba de malaria. Las DHS incluyen con frecuencia la prueba de VIH pero rara vez para su realización en niños. Con el paso de los años, las DHS han incluido también otros biomarcadores, mayormente para adultos y en países específicos, se han incluidos criterios de medición sobre hepatitis, diabetes, plomo, sarampión, deficiencias vitamínicas, lípidos y enfermedades de transmisión sexual. Las DHS también obtienen indicadores básicos de los niños, tales como registro de nacimiento, estado de orfandad, matrimonio precoz, peso al nacer, uso de vacunas, prevalencia y tratamiento de diarrea, fiebre y síntomas de infección respiratoria.

En términos de los datos recopilados de las madres, el programa recopila información relacionada con la nutrición infantil, tales como

---

<sup>7</sup> En esta sección se resume información presentada por Sunita Kishor, Encuestas de Demografía y Salud.

la lactancia materna, y otras prácticas de alimentación y suplementos dietarios. El programa DHS recopila información sobre educación de todos los miembros del hogar, generalmente para los mayores de 5 años de edad, también se levanta información sobre índices de asistencia escolar y paridad de género. También recopila información general sobre el hogar, tal como higiene, acceso al agua potable, consumo de combustible, tabaquismo, bienes domésticos y uso de mosquiteros. Kishor indicó que las DHS no miden directamente la alfabetización ni las habilidades motrices en niños menores de 6 años. A veces, cuando no están disponibles los datos de las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), las DHS colaboran con UNICEF al implementar el módulo de las MICS sobre el desarrollo infantil temprano.

Mediante el uso de los datos recopilados por las DHS, Kishor identificó áreas de riesgo significativo para los niños. Primero mostró datos para el porcentaje de niños de 0 a 14 años que son huérfanos de ambos padres. La mayoría de los países del mundo tienen un número que es estable y generalmente menor a 1 por ciento. Sin embargo, varias naciones africanas, tales como Zimbabue o Lesoto, tienen tasas más elevadas, en el rango de 3 a 6 por ciento. En algunos países, una elevada proporción de niños no viven con ninguno de sus padres aunque estos estén vivos: en muchos países africanos, esta proporción es de más del 10 por ciento, y en Namibia y Sudáfrica es de más del 20 por ciento.

Mientras que ha habido un gran progreso en la asistencia a la escuela primaria, de acuerdo con Kishor, muchos países tienen menos del 30 por ciento de niños de 6 a 9 años que asisten a la escuela. Kishor también presentó datos sobre el retraso del crecimiento: el retraso del crecimiento presenta una disminución muy lenta en el tiempo, pero el nivel de retraso del crecimiento entre niños menores de 5 años sigue siendo elevado, particularmente en el África subsahariana donde en varios países más de la mitad de los niños menores de 5 años presentan retraso del crecimiento.

Por último, Kishor explicó que las DHS, cuyos datos pueden descargarse gratuitamente,<sup>8</sup> ayudan a responder preguntas sobre mortalidad infantil y materna, además de las siguientes preguntas que abordan nutrición, salud, educación y condiciones de vida:

- ¿Los niños de 0 a 4 años de edad son alimentados apropiadamente?
- ¿Los niños de 0 a 4 años de edad comienzan su vida desnutridos?  
¿Anémicos?
- ¿Cuál es el contexto en el cual viven los niños, cualquiera sea su edad?
- ¿Los niños viven con o sin sus padres?
- ¿Los niños viven en la pobreza?
- ¿Los niños viven en familias sin educación o alfabetización?
- ¿Los niños viven en hogares donde respiran humo?
- ¿Los niños van a la escuela de manera apropiada para su edad?
- ¿Los niños poseen todas las vacunas?
- ¿Qué tipo de cuidado de salud reciben los niños con fiebre o diarrea?

---

<sup>8</sup> Para más información, consulte <http://dhsprogram.com/data> (visitado el 1 de mayo de 2014).

## Desigualdad entre los niños en alcanzar su potencial de desarrollo

Mientras que la mortalidad infantil ha disminuido en todo el mundo, los niños no siempre pueden crecer plenamente. Esto puede atribuirse en parte a las desigualdades cada vez mayores entre niños de grupos socioeconómicos, geográficos y demográficos diferentes. Los oradores debatieron sobre las desigualdades entre los niños, junto con las oportunidades potenciales para mejorar las condiciones de los niños de todo el mundo, incluido un mayor énfasis en el fortalecimiento del lugar de la mujer.

### **DESIGUALDADES Y DOS ENFOQUES GENERACIONALES<sup>1</sup>**

Mickey Chopra describió el progreso notable realizado en todo el mundo en la reducción de la mortalidad infantil: los niveles de mortalidad infantil han descendido de 12 millones en 1990 a 6,6 millones en 2012 (UNICEF, 2013a). Este descenso ha ocurrido en todas las regiones del mundo, en mayor o menor medida, incluso en escenarios poco prometedores. África Occidental y Central experimentaron un descenso del 40 por ciento, el cual fue ligeramente inferior al promedio pero aun así representó un progreso significativo (UNICEF, 2013a). Sin embargo, advirtió que este progreso puede estar encubriendo ciertas desigualdades. Debido a que las tasas de nacimientos en África subsahariana se están disparando; el número total de niños que mueren es el mismo o aún mayor hoy de lo que era en 1990 en más de 30 países (UNICEF, 2013a),

---

<sup>1</sup> En esta sección se resume información presentada por Mickey Chopra, UNICEF.

incluso con tasas de mortalidad reducidas. El espaciado entre nacimientos también sigue estando por debajo de un nivel óptimo, particularmente en África subsahariana, lo que indica una necesidad no cubierta de contar con planificación familiar en países críticos. Chopra alentó un enfoque centrado más en el fortalecimiento del lugar de las mujeres y en la disponibilidad de la planificación familiar para mejorar la supervivencia y el desarrollo infantil.

Los países han realizado avances significativos en la lucha contra enfermedades infantiles tales como la malaria y la diarrea, pero Chopra señaló que ha habido menos progreso en relación con las condiciones neonatales, las cuales en 2013 representaron el 44 por ciento de las muertes en niños menores de 5 años de edad (OMS, 2012). Enfatizó que los hitos del desarrollo cruciales ocurren en los primeros años de vida y es necesario centrarse más en esta área.

Las brechas entre ricos y pobres son cada vez mayores, con las poblaciones más pobres con menos probabilidades de acceso a intervenciones y servicios cruciales (Barros et al., 2012). Esto es especialmente cierto en el caso de los servicios para la atención del recién nacido y la madre. Chopra indicó que las mayores desigualdades se encuentran en el acceso a los servicios, tales como contar con una partera calificada y acceder a visitas de atención prenatal. Incluso las intervenciones de carácter universal, tales como el consumo de sal con yodo, muestran disparidades económicas importantes, dado que los ricos tienen mucho más acceso.

La escolaridad es otra área de desigualdad en el acceso. Chopra resaltó datos de Nigeria para explicar la desigualdad existente. En Nigeria, los niños asisten un promedio de 6,7 años a la escuela (UNICEF, 2012a). Sin embargo, existen fuertes diferencias socioeconómicas entre las diferentes poblaciones que varían por los ingresos, el género, la ubicación geográfica o la etnia. Dentro de cada categoría, los niños de entornos con mayor poder adquisitivo tienen más años de escolaridad que los niños más pobres; los niños tienen más escolaridad que las niñas; y aquellas que tienen el menor acceso son las niñas pobres de ámbitos rurales de la tribu Hausa, quienes esencialmente no reciben ningún tipo de educación (UNICEF, 2012b).

Para comenzar a abordar algunas de estas desigualdades entre los niños, Chopra describió el paquete Cuidado para el Desarrollo Infantil creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF (Naciones Unidas, 2013). El programa se diseñó para enseñar a las personas encargadas del cuidado una serie de interacciones mejores con los niños. Mostró los resultados del ensayo de desarrollo temprano en gran escala de Pakistán (Yousafzki et al., 2012), el cual tuvo como resultado mejoras clave para la infancia, entre otras:

- Interacción madre-niño de mejor calidad
- Más ayuda para el bienestar psicosocial materno
- Mejor calidad del ambiente en el hogar para la crianza del niño
- Aumento del conocimiento y de las prácticas relacionadas con la salud, la alimentación y el desarrollo
- Mejores resultados cognitivos, lingüísticos y del desarrollo motriz

Chopra sugirió que las intervenciones comunitarias podrían tener un impacto significativo en poblaciones con acceso limitado a las intervenciones. Estas intervenciones podrían ser bastante sencillas e involucrar trabajadores de la comunidad, pero incluso así podrían mejorar de manera significativa áreas de desarrollo y estimulación infantil. Proporcionó el ejemplo de una red de movilización social en el norte de Nigeria, en la cual solo UNICEF emplea aproximadamente 9000 trabajadores de salud comunitarios para combatir la poliomielitis. Actualmente, hay más de 14 000 trabajadores de salud comunitarios de UNICEF en las regiones más carenciadas. Chopra indicó que estos trabajadores podrían ser empleados para proporcionar servicios que respaldan otras áreas del desarrollo infantil y brindar apoyo a las personas encargadas del cuidado de los niños. La rentabilidad de construir plataformas comunitarias puede ser bastante significativa.

### **SALUD INFANTIL Y NUTRICIÓN, Y LA PÉRDIDA DEL POTENCIAL HUMANO EN LA INDIA<sup>2</sup>**

Ramanan Laxminarayan explicó que la India se encuentra retrasada con respecto a otras naciones en cuanto al desarrollo infantil temprano, a pesar de las mejoras sorprendentes en el crecimiento económico y la tasas de supervivencia infantil. Comentó que cada año nacen 27 millones de niños en la India y un tercio de ellos están desamparados. La mortalidad infantil en la India era de 4,7 por ciento en 2010 (Banco Mundial, 2012), y 48 por ciento de los niños de 5 años de edad presentan retraso del crecimiento (Instituto Internacional de Ciencias de la Población y Macro Internacional, 2007), con gran variación en los diferentes estados de la India (UNICEF India, 2011). Mientras que este número representa una mejora significativa, Laxminarayan manifestó que esta mejora todavía se encuentra por debajo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas.

---

<sup>2</sup> En esta sección se resume la información presentada por Ramanan Laxminarayan, Centro para la Dinámica de la Enfermedad, Economía y Política.

Laxminarayan mostró también datos de un estudio realizado en 2012 (UNU-IHDP y PNUMA, 2012) que examinó la riqueza inclusiva<sup>3</sup> para diferentes naciones. Explicó que el estudio demostró que el capital humano domina la riqueza inclusiva de países tales como Japón y los Estados Unidos. Canadá tiene una proporción mayor del capital natural, aunque el capital humano todavía domina su riqueza inclusiva. En la India, por el contrario, el capital natural supera al capital humano. Laxminarayan procedió a explicar que el capital humano incluye indicadores y resultados, tales como población por edad y género, probabilidad de muerte por edad y género, empleo, nivel educativo, compensación por empleo y fuerza laboral por edad y género. El capital humano es una medida útil, ya que de otro modo puede ser difícil medir el nivel de crecimiento de una población. Laxminarayan argumentó que si se mejora el desarrollo infantil temprano, las medidas de capital humano mejorarán también.

La desnutrición infantil ha disminuido en la India, pero este proceso es a ritmo lento, apenas inferior a 1 por ciento por año. En contraste, Bangladesh ha disminuido sus tasas de desnutrición 3,5 por ciento por año en promedio (Gragnotati et al., 2005). Laxminarayan observó que un cuarto de los niños en el quintil más alto de ingreso están por debajo del peso (Instituto Internacional de Ciencias de la Población y Macro Internacional, 2007), lo que indica que la carencia de seguridad alimentaria no es siempre un factor principal. El rendimiento del cultivo ha aumentado en los últimos 40 años,<sup>4</sup> pero el consumo de calorías ha descendido simultáneamente como lo indican los datos de la Encuesta Nacional por Muestreo (Basu y Basole, 2012; Chandrasekhar y Ghosh, 2003; Deaton y Dreze, 2009); en otras palabras, aumentar la producción de alimentos tampoco es la respuesta.

Laxminarayan manifestó que las tasas elevadas de retraso del crecimiento y de estado nutricional deficiente representan una pérdida significativa del potencial de desarrollo infantil. Mostró resultados que indican que la estatura está correlacionada con calificaciones cognitivas mejoradas, salarios más elevados, mayor logro educativo y salud mejorada (Vogl, 2014). En otras palabras, la estatura es un indicador del ambiente de las primeras etapas de la vida. En este contexto, Laxminarayan notó que el uso del teléfono celular en áreas rurales de la India ha aumentado radicalmente en los últimos tiempos (Mehta, 2013). Preguntó por qué la gente pobre, cuando tiene la oportunidad, elige gastar su ingreso adicional en bienes duraderos de lujo, tales como teléfonos celulares, en

---

<sup>3</sup> En 2012, las Naciones Unidas desarrollaron un criterio de medición de riqueza inclusivo, que incluye una amplia gama de recursos, tales como capital manufacturado, humano y natural, para medir la riqueza de una nación y la sustentabilidad de su crecimiento (UNU-IHDP y UNEP, 2012).

<sup>4</sup> Consulte <http://www.indiastat.com> para obtener más información sobre el tema y las estadísticas (visitado el lunes, 5 de mayo de 2014).

lugar de hacerlo en la nutrición para sus hijos. Sugirió que probablemente no están informados respecto de los beneficios económicos a largo plazo de la nutrición y el crecimiento infantil, o quizás las evaluaciones del costo económico de la hiponutrición o el desarrollo retrasado del niño en la India son incorrectas. En un período de debate posterior, un participante sugirió que los padres pueden no saber qué gastos realizar para reducir la desnutrición.

La India dedica bastantes recursos al desarrollo infantil, esfuerzos que dan sus frutos cuando se implementan correctamente, explicó Laxminarayan. El presupuesto de la India incluye USD 10 mil millones en subsidios alimentarios directos; USD 6 mil millones en gasto sanitario; USD 3,2 mil millones en servicios de desarrollo infantil integrados; USD 2 mil millones en programas de alimentación de mediodía; y USD 500 millones en agua potable e higiene.<sup>5</sup> Además, los servicios de desarrollo infantil integrados comenzaron en 1975 como un esfuerzo gubernamental concertado, un trabajo dedicado a la uniformidad en educación, nutrición salud e inmunización tempranas. Está compuesto por centros distribuidos en todo el país, aproximadamente 1 por cada 800 personas, con una tasa de penetración de 91,5 por ciento en las aldeas de la India. También comentó que la calidad de los programas de servicios de desarrollo infantil integrados puede variar. Mientras que la cantidad de personal es relativamente buena, muchos puestos de supervisión permanecen vacantes, y puede haber situaciones en las cuales los puestos se entregan al mejor postor. Laxminarayan sugirió que se necesitan intervenciones multisectoriales, bien implementadas, para alcanzar el potencial de desarrollo infantil.

### **CRECIMIENTO DESIGUAL: TENDENCIAS DE DESIGUALDAD MUNDIAL ENTRE LOS NIÑOS<sup>6</sup>**

Parfait Eloundou-Enyegue manifestó que el crecimiento de los niños es cada vez mayor a nivel mundial, pero, al mismo tiempo, de manera desigual. Declaró que hay muchas referencias mundiales sobre las normas esperadas, particularmente con el crecimiento de la comunicación internacional de masas e Internet. Como resultado, los niños experimentan un mayor contacto internacional directo, y las aspiraciones y expectativas de todo el mundo convergen.

Las desigualdades se encuentran en tres niveles concéntricos: entre países, dentro de los países y dentro de las familias, y Eloundou-Enyegue considera que los cambios demográficos son clave para los impulsores,

---

<sup>5</sup> Consulte <http://www.accountabilityindia.in> para obtener más información sobre el tema y las estadísticas (visitado el lunes, 5 de mayo de 2014).

<sup>6</sup> En esta sección se resume información presentada por Parfait Eloundou-Enyegue, Universidad de Cornell.

tales como la dependencia y el cuidado. Asimismo, las transformaciones experimentadas por las familias contribuyen con los impulsores. En primer lugar, describió la desigualdad entre países. Eloundou-Enyegue dijo que la desigualdad en el gasto dedicado a la educación entre los países experimenta una ligera disminución, pero el nivel de desigualdad sigue siendo más elevado que las desigualdades en el PIB per cápita entre los países. En otras palabras, la desigualdad entre los niños es mayor de la desigualdad existente para la población en general (Eloundou-Enyegue y Rehman, 2009). Existen enormes diferencias en recursos disponibles por niño. Por ejemplo, si suponemos hipotéticamente que Panamá gasta USD 100 por niño en educación, la República Democrática del Congo puede gastar USD 100 por niño. En relación con Panamá, la República Democrática del Congo distribuye esos hipotéticos USD 100 en gastos de educación entre 55 niños, y los países que gastan montos mayores en educación gastarían ese monto en una cuarta parte de niños (Eloundou-Enyegue y Rehman, 2009). Es aquí donde radica la desigualdad entre países, en la cantidad de dólares en educación gastados por niño.

En un análisis de descomposición, Eloundou-Enyegue mostró luego que la convergencia mundial entre las regiones ha sido impulsada exclusivamente por la productividad económica de Asia, que relega a segundo plano factores tales como el tamaño de la población y la estructura de edad. La falta de convergencia demográfica se aparta del fomento de la convergencia respecto del nivel de recursos asignados por niño, y de acuerdo con Eloundou-Enyegue, debe ser abordada. Se espera que la convergencia demográfica futura provoque más convergencia en el nivel de los recursos por niño.

Con respecto a la desigualdad dentro de un país, Eloundou-Enyegue señaló que los cambios demográficos influyen en la desigualdad. Examinó cuatro fuerzas demográficas:

1. Grupo familiar: existen grandes diferencias en la tasa de nacimiento entre el quintil más alto de ingreso y el más bajo. Los descensos en las tasas de fertilidad han ocurrido solo en los tramos de renta más altos. En Liberia, por ejemplo, la tasa de fertilidad oscila entre tres nacimientos por mujer en el quintil superior y ocho nacimientos por mujer en el quintil inferior.<sup>7</sup>
2. Estructura familiar: las diferencias de edad al contraer matrimonio, el empleo materno y la maternidad siendo soltera son todas características que contribuyen a la desigualdad en los niños (McLanahan, 2004). Estos factores están también relacionados con el nivel de ingresos de las mujeres.

---

<sup>7</sup> Eloundou-Enyegue calculó estos valores a partir de datos obtenidos por las DHS. Consulte <http://dhsprogram.com/data> para obtener más información sobre esos datos (visitado el 2 de mayo de 2014).

3. Núcleo: las familias extendidas y los niños adoptivos han proporcionado históricamente una barrera contra la desigualdad (Isiugo-Abanihe, 1985). Sin embargo, esa barrera puede erosionarse si se adoptan menos niños, si la familia sustituta se vuelve más selectiva (Case et al., 2004) o si la familia sustituta es menos efectiva (Eloundou-Enyegue y Shapiro, 2005). No conocen en su totalidad los impactos que estos factores tienen sobre la desigualdad, comentó Eloundou-Enyegue.
4. Emparejamiento selectivo: el emparejamiento selectivo es la tendencia de las personas a contraer matrimonio en función del ingreso o la educación; las personas con dinero se casan con otras personas con dinero, y quienes han recibido buena educación, lo hacen con otras personas de nivel educativo semejante (Schwarz y Mare, 2005). Los matrimonios selectivos conducen a una mayor desigualdad.

Dentro de las familias, un factor de desigualdad es la diferencia de género entre los niños: las niñas reciben típicamente menos educación que los niños. Los datos de educación sugieren que las diferencias de género convergen en todo el mundo, incluida el África subsahariana, donde estas diferencias habían sido las de mayor trascendencia, pero hoy convergen en el nivel primario y ligeramente en el secundario (Banco Mundial, 2014).

Eloundou-Enyegue explicó que hay tres oportunidades de actuar para reducir la desigualdad entre los niños:

1. Objetivos ambiciosos: los Objetivos de Desarrollo del Milenio Plus (ODM+) ofrecen una oportunidad para establecer objetivos incluso más ambiciosos para naciones que cumplan con los estándares de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En el área de la escolaridad, por ejemplo, el umbral mínimo podría trasladarse de la finalización de la educación básica a la finalización de la escuela secundaria y se podría prestar más atención a la educación temprana, como así también a la calidad de la educación.
2. Surgimiento: muchos países de África confían en pasar a un estado de surgimiento. Eloundou-Enyegue indicó que el año 2035 es la fecha comúnmente utilizada para describir el momento en que los países africanos surgirán de su estado actual. Sin embargo, aclaró que no existe relevancia particular asociada con esa fecha, y planteó que las personas deben enfocarse en los niños en el hoy y ahora.
3. Dividendo demográfico: en los próximos años, los países africanos entrarán en un período de transición con tasas de fertilidad reducidas, lo que permitirá una mayor inversión destinada al desarrollo social y económico de los niños.

Por último, Eloundou-Enyegue enfatizó diversas maneras de tomar medidas. Una de ellas es invertir en una perspectiva vital y centrada en el niño. Manifestó que la infancia no es Las Vegas, que lo que sucede en la infancia no se queda en la infancia, de hecho, lo acompaña a uno durante toda la vida. Estratégicamente, la creación de alianzas a través de las fronteras para fomentar el entrecruce de ideas puede generar nuevas formas de abordar los problemas presentes en el desarrollo infantil que puedan vincularse con el crecimiento en los países de bajos ingresos. Otra de las maneras es aprovechar la captación de dividendos e identificar medidas políticas para capitalizar los cambios que están ocurriendo. Las recompensas de disminuir la desigualdad infantil son reales, varios países africanos tienen la oportunidad de avanzar, si invierten más recursos en el cuidado de los niños y controlan las tendencias que tienen lugar dentro de las familias y en la manera en que se cuidan los niños.

## El contexto de las familias y las personas encargadas del cuidado

Mientras crecen y se desarrollan, los niños se ven afectados por numerosos factores contextuales, particularmente por la familia y las personas encargadas del cuidado que los rodean. La condición de las personas encargadas del cuidado, en especial su salud mental así como bienestar económico, pueden tener un impacto profundo en los resultados de crecimiento y desarrollo infantil. Los oradores examinaron la influencia que tienen la familia y las personas encargadas del cuidado sobre el potencial de desarrollo infantil, así como también las posibles formas de mejorar las condiciones para las familias y las personas encargadas del cuidado y, por lo tanto, para los niños.

### SALUD MENTAL MATERNA<sup>1</sup>

Atif Rahman explicó que la depresión es la segunda enfermedad más común en las mujeres a nivel mundial, seguida por las infecciones y la enfermedad parasitaria (Rahman, 2013), y afecta a aproximadamente una de cinco mujeres en el período perinatal (Parsons et al., 2011). La depresión se diagnostica por sus síntomas, entre los que se incluyen estado de ánimo bajo, pérdida del interés o del placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, sueño o apetito alterados, baja energía y falta de concentración; todos síntomas que afectan profundamente el funcionamiento materno. La depresión puede ser crónica, lo que lleva a

---

<sup>1</sup> En esta sección se resume la información presentada por Atif Rahman, Universidad de Liverpool.

la aparición de discapacidades sustanciales en la habilidad de la madre de cuidar de sus hijos. Asimismo, la depresión puede producir la muerte; el suicidio es una de las causas principales de mortalidad en mujeres en edad fértil.

Formuló el problema de la depresión materna a través de la eliminación de cuatro mitos o estados de negación (Rahman et al., 2013a):

- **Mito 1: La depresión materna es poco frecuente y ocurre solo en naciones con ingresos elevados.** Este mito se basa en la creencia de que los países desarrollados tienen mejores redes de apoyo social. Rahman disipó este mito, y comentó que la prevalencia media de depresión perinatal en países de bajos y medianos ingresos era de 18 a 23 por ciento (Fisher et al., 2012; Parsons et al., 2011). Aclaró que estas tasas, son realmente bastante altas.
- **Mito 2: La depresión materna no tiene impacto en los niños.** Rahman argumentó que este mito ha conducido al descuido de la salud materna. Explicó que existe evidencia sólida que vincula la depresión materna con la calidad del cuidado y los resultados en el niño, incluyendo cuidado prenatal menos adecuado, lactancia reducida, hiponutrición infantil, diarrea infantil, cuidado de la salud infantil menos apropiado, cuidado infantil menos receptivo, apego madre-recién nacido alterado, mayor nivel de severidad en la disciplina, capacidad de adaptación reducida y mayor estrés familiar (Rahman et al., 2013b; Wachs y Rahman, 2013).
- **Mito 3: No se puede hacer nada para la depresión materna.** Este mito se origina en el hecho de que existen muy pocos psiquiatras que respalden las poblaciones de bajos ingresos. Rahman citó evidencia de que las personas no expertas pueden llevar a cabo intervenciones exitosas a través de intervenciones comunitarias y visitas a domicilio. También mostró que las intervenciones sencillas son efectivas (Rahman, 2013a), con mejoras para la interacción madre e hijo, un mejor desarrollo cognitivo y crecimiento, una reducción de la diarrea y mayores tasas de vacunación.
- **Mito 4: Las intervenciones en la salud mental materna no pueden integrarse con otros programas, tales como programas infantiles y de salud materna.** Rahman citó evidencia del ensayo que llevó a cabo en áreas rurales de Pakistán (Rahman et al., 2008) según la cual los trabajadores de salud comunitarios continuaban utilizando técnicas para la intervención en la depresión materna luego de cierta cantidad de años, y las técnicas les resultaban útiles e intuitivas (Zafar et al., 2014). También citó trabajo que enfatizaba el enfoque de los “cinco pilares” implementado por los trabajadores de salud comunitarios: apoyo familiar, escucha empática, descubrimiento guiado a través de imágenes, activación de comportamiento y solución de problemas. Un estudio piloto

ha indicado que se pueden capacitar los trabajadores de salud comunitarios para que asistan en el abordaje de la depresión materna sin que esto implique demasiada carga adicional. La capacitación mejora el conjunto de habilidades de los trabajadores de salud comunitarios y las técnicas son viables y aceptadas (Zafar et al., 2014).

Rahman, por último, planteó lo siguiente:

- Los problemas de salud mental, particularmente la depresión, son comunes en mujeres en el período perinatal crítico.
- La depresión materna se asocia con resultados negativos en el niño, especialmente en el crecimiento y el desarrollo.
- Las intervenciones para el bienestar psicosocial materno pueden ser realizadas por personas no expertas, y por lo tanto, benefician tanto a la madre como al niño.
- Las estrategias para luchar contra la depresión materna deben integrarse en los programas de salud materna e infantil.

Un participante comentó que la salud paterna debe ser estudiada también.

### **EL CONTEXTO DEL CUIDADO Y SU INFLUENCIA EN LOS RESULTADOS DE DESARROLLO DE LOS NIÑOS AFECTADOS POR EL VIH<sup>2</sup>**

Amina Abubakar se centró en las condiciones de estrés crónico para los niños que resultan de estar infectados o afectados por VIH/SIDA. Explicó que el 90 por ciento de todos los niños que son VIH positivos viven en África subsahariana, lo que equivale a 2,3 millones de niños. Más de 16 millones de niños han quedado huérfanos, como resultado del VIH/SIDA y muchos otros viven con las personas encargadas del cuidado que son VIH positivo (Cluver et al., 2013). Abubakar explicó que, como resultado de los avances en medicaciones antivirales, los niños con VIH tienen vidas más largas. Ahora bien, enfatizó, esos niños deben crecer en plenitud, no simplemente sobrevivir.

Los niños infectados con VIH se encuentran retrasados en áreas de desarrollo, incluso cuando están con medicación y se encuentran médicamente estables. Abubakar explicó que los niños infectados con VIH suelen experimentar más retrasos neurocognitivos, quedar atrás en resultados educativos y pueden experimentar problemas de salud mental

---

<sup>2</sup> En esta sección se resume la información presentada por Amina Abubakar, Centro de Investigación de Medicina Geográfica-Instituto de Investigación Médica de Kenia.

(Abubakar et al., 2009; Devendra et al., 2013; Kamau et al., 2012). De manera similar, los niños afectados con VIH se encuentran también en riesgo de tener resultados deficientes (Sherr et al., 2014) y esta tendencia es más fuerte en áreas con recursos limitados (Le Doaré et al., 2012), probablemente como resultado de un acceso inadecuado a los recursos.

Abubakar explicó que existen muchas vías para la existencia de resultados deficientes en los niños afectados con VIH. Se centró en el cuidado y en las personas encargadas del cuidado, señalando que el VIH produce factores de riesgo múltiples en el cuidado. Primero, cuando están enfermos, los padres no pueden generar ingresos debido a las tasas de participación más bajas en actividades económicas, al mismo tiempo que tienen también gastos médicos altos. Esto puede conducir a la pobreza. Los niños también pueden estar a cargo del cuidado de un padre o una madre enfermos. En ciertas comunidades, el VIH ha destruido los sistemas de apoyo estándares, produciendo altos niveles de orfandad. Finalmente, los problemas de salud mental de las personas encargadas del cuidado, que pueden incluir depresión y ansiedad, probablemente se vean aumentados por la enfermedad, situación que probablemente se relaciona con el estigma asociado con la enfermedad.

Un estudio sobre niños de Uganda de 1 a 5 años de edad proporcionó evidencia sobre los efectos adversos del cuidado comprometido, incluyendo problemas de comportamiento en niños (Busman et al., 2013). Al describir este estudio, Abubakar señaló que existe una base de evidencia muy pequeña, mientras que otros han señalado que la evidencia sobre cómo intervenir es fragmentada (Sherr, 2011). Esto es especialmente cierto en el caso de los niños más pequeños. Sugirió que deben realizarse más investigaciones para comprender los entornos de cuidados de los niños infectados con VIH o afectados por el VIH.

La mejor solución, propuso Abubakar, es abordar los factores de riesgo modificables y centrarse en proporcionar entornos de protección para los niños. Abubakar explicó que en Kenia, los niños infectados con VIH están inscritos en su sistema de cuidado integrador. Por ejemplo, si una madre es VIH positivo, entonces se realiza una prueba a toda la familia. Si se comprueba que un niño no fue contagiado, entonces el niño ya no está dentro del programa de cuidado integrador. Sin embargo, la investigación muestra que los resultados de salud mental y de educación para esos niños se encuentran afectados adversamente (Abubakar, no publicado).

Abubakar enfatizó la habilidad para mejorar el potencial de las personas encargadas del cuidado a través del uso de la estimulación psicosocial (Potterton et al., 2010). Sugirió entrar en contacto con las familias a través de trabajadores de salud comunitarios. Si bien estos trabajadores no están generalmente capacitados en cuestiones de salud mental, pueden ser útiles. Con capacitación limitada, los trabajadores

de salud pueden enseñarles a los padres técnicas de juego sencillas para mejorar los resultados de desarrollo para sus hijos.

Los resultados de un programa en Intervención Mediacional para Sensibilizar a las Personas encargadas del cuidado (MISC) también condujeron a resultados mejorados en términos de la salud mental de los cuidadores y de las prácticas de cuidado mejoradas (Boivin et al., 2013). Abubakar sugirió examinar los factores que ayudan a los padres a tener éxito dentro de un contexto que presenta diversos retos (tal como la pobreza) e implementar esas estrategias exitosas con niños y familias infectadas y afectadas por el VIH. Abubakar declaró que la calidad de cuidado infantil se encuentra comprometida cuando la persona encargada del cuidado no está bien, ya sea física, mental o emocionalmente. Recomendó invertir en la mejora de las condiciones de las personas encargadas del cuidado, que podría luego promover el potencial de desarrollo de los niños afectados con VIH.

Un participante preguntó si las estrategias para los niños con VIH pueden también aplicarse a niños con autismo, discapacidades o problemas de salud mental. Abubakar dijo que las intervenciones para apoyar a los niños afectados con VIH pueden también aplicarse a niños con discapacidades u otros retos, ya que experimentan un estrés similar. Señaló que la salud mental de la persona encargada del cuidado puede verse desafiada en cualquiera de estas circunstancias. Asimismo, comentó que cualquier programa de intervención debe ser de naturaleza holística.

### **CUIDADO Y OTRAS INFLUENCIAS CONTEXTUALES EN EL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO<sup>3</sup>**

Patricia Kariger examinó el contexto en el que se desarrollan los niños, incluidas las interacciones que tienen lugar entre esos factores contextuales. Las influencias contextuales oscilan de proximales (familia y comunidad) a más distales (estado, nación, mundo). Mientras que las influencias más inmediatas son cruciales, los niveles distales establecen políticas que pueden tener una fuerte influencia, si bien indirecta. Kariger enfatizó la necesidad de fortalecer todos los niveles para que los niños puedan desarrollar todo su potencial. Citó evidencia que demuestra que los niños expuestos a múltiples factores de riesgo presentan una disminución del desarrollo (Sameroff et al., 1993).

Kariger ilustró la influencia de las diferentes variables por edad, como se muestra en la figura 6-1. En esta figura, la saturación de color indica el nivel de importancia. Explicó que las mediciones proximales, como las realizadas para la salud y el cuidado, son más cruciales en los primeros años (0 a 3 años de edad). La educación, el lenguaje y el

---

<sup>3</sup> En esta sección se resume información presentada por Patricia Kariger, Universidad de California, Berkeley.



FIGURE 6-1 Importancia de los indicadores en función de la edad. La saturación del color muestra la importancia de la variable. Los indicadores están organizados desde los más proximales (posición inferior en el eje y) hasta los más distales (posición superior en el eje y).

FUENTE: Kariger, 2014.

desarrollo cognitivo son más importantes en la infancia posterior (4 a 8 años de edad). Otras variables, tales como aquellas relacionadas con la pobreza y la protección social, son igualmente cruciales durante toda la infancia, y son estas variables las que suelen ser las más distales.

Kariger propuso varias formas en las que pueden mejorarse las medidas del contexto:

- Desarrollar medidas más integrales en toda la franja de edad.
- Medir el nivel de respuesta de los padres o las personas encargadas del cuidado.
- Medir la calidad del cuidado brindado en el hogar.
- Identificar una forma más desarrollada de realizar pruebas para detectar discapacidades específicas.
- Controlar la exposición infantil a la violencia y al abuso.
- Integrar medidas en todos los sectores.

## Indicadores y criterios de medición

La comunidad del DIT utiliza actualmente numerosos criterios de medición e indicadores, aunque los criterios de medición actuales pueden no ser aplicados regular y uniformemente. Los oradores plantearon diferentes tipos de indicadores y criterios de medición, así como también los retos asociados a su uso e implementación expandida.

### **DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA: MEDICIÓN DE LOS RESULTADOS MÁS ALLÁ DE 2015<sup>1</sup>**

Tarun Dua señaló que el DIT reside en varias áreas, incluidas salud, nutrición, educación, protección social e infantil, pobreza y entorno del hogar y la familia. Enfatizó la necesidad de contar con un marco uniforme para la acción que siga un enfoque intersectorial. Explicó que es necesario medir el DIT para (1) comprender la condición y el bienestar de los niños pequeños, (2) evaluar el nivel de las habilidades y competencias de los niños, y (3) determinar los servicios y apoyos necesarios para promover el desarrollo infantil. Dua también comentó que los criterios de medición son necesarios para comprender el crecimiento pleno, es decir, para saber si aquellas vidas salvadas en forma temprana tienen un buen desarrollo. Manifestó que lo que se mide se aborda; sin medición y consenso sobre el resultado, no pueden tomarse medidas.

Dua explicó que la medición y evaluación tienen lugar tanto a nivel de la persona como de la población. A nivel del individuo, se han desarrollado las herramientas de medición, mientras que a nivel de la población, también se han desarrollado varios instrumentos (consulte el cuadro 7-1 para ver algunos ejemplos).

Hay en uso determinada cantidad de indicadores, pero Dua señaló que los esfuerzos de medición están fragmentados y deben ser uniformados. Además, las evaluaciones actuales en el nivel de la población no están centradas en los niños más pequeños (de 0 a 3 años de edad) ni proporcionan información holística acerca de los factores contextuales. Sin una evaluación exhaustiva en el nivel de la población, es difícil implementar políticas de DIT, comentó. Dua también identificó

---

<sup>1</sup> En esta sección se resume la información presentada por Tarun Dua, Organización Mundial de la Salud, además de información de Patricia Kariger, Universidad de California, Berkeley.

### **CUADRO 7-1**

#### **Medidas e indicadores del desarrollo y el aprendizaje infantil presentados por Dua**

Algunos de los indicadores comunes del desarrollo infantil temprano son los siguientes:

- Las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) son un conjunto de cuestionarios desarrollados por UNICEF y cuya implementación es llevada a cabo por organismos gubernamentales en cada nación. Las preguntas de las encuestas están diseñadas para calcular los indicadores en las áreas de salud, educación, protección infantil y VIH/SIDA, y están adaptadas para el entorno local. Consulte [http://www.unicef.org/statistics/index\\_24302.html](http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html) para obtener más información.
- Los Indicadores del Desarrollo Infantil Temprano (DITI) es un conjunto de indicadores agregados a las MICS en 2005. Las preguntas de los DITI proporcionan información acerca de la escolaridad temprana, los materiales de aprendizaje, la asistencia para el aprendizaje y el cuidado adecuado. Consulte [http://www.childinfo.org/ecd\\_indicators\\_mics.html](http://www.childinfo.org/ecd_indicators_mics.html) para obtener más información.
- El Instrumento del Desarrollo Temprano (EDI) es una medida en el nivel de la población para evaluar el desarrollo de niños pequeños en comunidades de los EE. UU., a través de la medición de la salud física y el bienestar, la competencia social, la madurez emocional, las habilidades lingüísticas y cognitivas, las habilidades de comunicación, y el conocimiento general. Consulte <http://teccs.net/about-edi> para obtener más información.
- La Evaluación de Lectura Preescolar (EGRA) es una evaluación oral que mide los fundamentos básicos para la alfabetización, incluidos el reconocimiento de letras, la lectura de palabras simples, la comprensión de oraciones y escuchar con comprensión. Consulte <https://www.eddataglobal.org/reading> para obtener más información.

la necesidad de unir las evaluaciones del resultado de la supervivencia y el desarrollo infantil en un solo marco de control integrado.

También explicó que se están midiendo muchas variables como parte de un marco de rendición de cuentas para la Cuenta regresiva para 2015: Proyecto de la supervivencia materna, neonatal e infantil.<sup>2</sup> Mostró los perfiles de los países que se desarrollaron como parte del programa Cuenta regresiva para 2015 y planteó indicadores particularmente relevantes en diferentes áreas. Entre otros se incluyen indicadores de supervivencia infantil y nutrición, incluidos retraso del crecimiento, lactancia materna,

<sup>2</sup> Cuenta regresiva para 2015 es un proyecto que se estableció en 2005 a los fines de controlar las intervenciones del área de la salud demostradas que reducen la mortalidad materna, neonatal e infantil. Utiliza datos específicos del país para estimular y apoyar el progreso del país hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 para reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna. Consulte <http://www.countdown2015mnch.org/about-countdown/accountability> para obtener más información (visitado el lunes, 12 de mayo de 2014).

- La Evaluación Matemática Preescolar (EGMA) es una evaluación oral que mide los fundamentos básicos para la aptitud numérica y las habilidades matemáticas, incluidas la identificación de números, la discriminación de cantidades, la identificación del número faltante, la resolución de problemas, la suma y resta, el reconocimiento de formas y la extensión de patrones. Consulte <https://www.eddataglobal.org/math> para obtener más información.
- La Comisión Especial sobre Métricas de los Aprendizajes determinó la viabilidad de la identificación de metas de aprendizaje comunes para mejorar las oportunidades de aprendizaje de los niños y jóvenes, y los resultados obtenidos. Recomiendan medidas para evaluar las competencias generales de aprendizaje para los niños. Consulte <http://www.uis.unesco.org/Education/Pages/learning-metrics-task-force.aspx> para obtener más información.
- La iniciativa de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (ODIT) sobre el control de la calidad de la educación y el cuidado infantiles tempranos evalúa la calidad de la educación durante la primera infancia. Consulte <http://www.oecd.org/education/school/earlychildhoodeducationandcare.htm> para obtener más información.
- La Escala de Desarrollo Infantil Temprano para Asia Oriental y el Pacífico (EAP-DITS) es un instrumento regional para medir el desarrollo infantil temprano a nivel de la población de la región de Asia oriental y el Pacífico. Consulte [http://www.unicef.org/mongolia/activities\\_20597.html](http://www.unicef.org/mongolia/activities_20597.html) para obtener más información.
- Save the Children produjo un conjunto de indicadores de resultados de la protección infantil. Consulte <http://resourcecentre.savethechildren.se/library/child-protection-menu-outcome-indicators-save-children> para obtener más información.
- El Programa Regional de Indicadores de Desarrollo Infantil (PRIDI) proporciona datos de gran calidad, políticamente relevantes y comparativos a nivel regional sobre la situación de los niños pequeños y sus familias. Consulte <http://www.iadb.org/en/topics/education/without-data-there-is-no-action,7454.html> para obtener más información.

higiene y acceso al agua potable y alimentación complementaria, además de la educación materna y el acceso a la educación preescolar.

Indicadores adicionales que no forman parte del marco de la Cuenta regresiva para 2015 incluyen factores contextuales como violencia contra los niños, salud mental de las madres y las personas encargadas del cuidado, e impacto en las prácticas del cuidado, desarrollo conforme a la edad y discapacidad infantil.

Por último, Dua resumió sus puntos principales: (1) la necesidad de una evaluación holística del desarrollo infantil temprano, con un conjunto integrado de indicadores; (2) la necesidad de centrarse en los primeros años (de 0 a 3 años de edad), donde existen las brechas actuales; y (3) la necesidad de considerar la supervivencia y el desarrollo infantil (es decir, crecimiento) de forma integrada. Argumentó que se necesita un esfuerzo armonizado y conjunto para marcar la diferencia en el desarrollo infantil temprano.

Patricia Kariger planteó cuestiones similares en su presentación sobre el entorno del cuidado en relación a la medición y a los indicadores. Manifestó que los indicadores del DIT son actualmente un área activa de interés y que los esfuerzos en esta área deben estar coordinados y

compartidos para optimizar los esfuerzos individuales. Kariger propuso un único repositorio o depósito en línea para el almacenamiento de indicadores, junto con acuerdo y apoyo para un conjunto principal de indicadores. Espera que esto proporcione una mayor uniformidad en los resultados de aplicación en todos los niños y las áreas contextuales que predicen el desarrollo.

Kariger propuso que las medidas y los indicadores deben estar bien definidos, basados en evidencia, ser universalmente significativos, fáciles de medir, capaces de demostrar el cambio y en un formato que sea fácil de comprender. Señaló que la UNESCO recientemente revisó indicadores en diferentes sectores e identificó cientos de ellos,<sup>3</sup> pero sin embargo, estos indicadores aún se aplican irregularmente. Por ejemplo, Kariger observó una uniformidad razonable en la medición de salud y nutrición, pobreza y riqueza, y protección infantil, pero una uniformidad menor cuando se trató de la medición de la educación, los cuidados tempranos, el desarrollo cognitivo/social/lingüístico y el apoyo doméstico. Argumentó que se necesita un conjunto de indicadores para medir el contexto en todos los niveles y que se pueden recopilar los datos sobre variables contextuales a través de encuestas realizadas a los padres, los médicos clínicos, los docentes y los representantes del gobierno.

#### **MEDICIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO EN PAÍSES DE BAJOS Y MEDIANOS INGRESOS: ENCUESTAS DE INDICADORES MÚLTIPLES POR CONGLOMERADOS (MICS)<sup>4</sup>**

Claudia Cappa explicó que UNICEF apoya la recopilación de datos sobre niños y mujeres en países de bajos y medianos ingresos a través de las MICS.<sup>5</sup> Una encuesta de MICS estándar recopila datos sobre más de 100 indicadores en áreas tales como salud, nutrición, VIH, educación y discapacidad. Desde 1995, se han recopilado los datos de las MICS en más de 100 países. Las encuestas de MICS son llevadas a cabo por organizaciones gubernamentales con el apoyo técnico y financiero de UNICEF y otros colaboradores. Cappa observó que este es un esfuerzo de colaboración que ayuda a fortalecer la capacidad local mientras que promueve la posesión de datos y la uniformidad de las estadísticas entre los países. Los datos de las MICS pueden ser analizados para evaluar las disparidades entre diferentes características, tales como sexo, grupo étnico y quintil de riqueza. La quinta serie de MICS (MICS-5) se encuentra actualmente en curso en aproximadamente 40 países. Los resultados pueden utilizarse para evaluar si los países han podido alcanzar los

---

<sup>3</sup> Consulte <http://www.unesco.org/new/en/education/themes/strengthening-education-systems/early-childhood/monitoring-and-evaluation/holistic-ecdindex> para obtener más información (visitado el 8 de mayo de 2014).

<sup>4</sup> En esta sección se resume la información presentada por Claudia Cappa, UNICEF.

<sup>5</sup> Consulte [http://www.unicef.org/statistics/index\\_24302.html](http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html) para obtener más información (visitado el 8 de mayo de 2014).

Objetivos de Desarrollo del Milenio,<sup>6</sup> y pueden servir como punto de partida para los objetivos posteriores a 2015.

Cappa estableció una relación entre las MICS y el desarrollo infantil temprano, y explicó que el primer conjunto de preguntas sobre el desarrollo infantil temprano se presentaron en la segunda serie de las MICS (MICS-2) en el año 2000. Desde ese momento, se han incluido preguntas del DIT en cada serie de encuestas de las MICS. En las MICS-2 se incluyeron preguntas sobre la asistencia en los programas de educación de la primera infancia. A partir de la tercera serie de las MICS (MICS-3) en 2005, se agregaron algunas preguntas relacionadas con el desarrollo infantil temprano, incluyendo preguntas sobre la disponibilidad de libros y juguetes, el compromiso del adulto en el aprendizaje y la adecuación del cuidado infantil. En 2010, el índice de desarrollo infantil temprano (DITI)<sup>7</sup> se incluyó en las MICS-4.

Cappa presentó brevemente datos seleccionados de las MICS sobre el DIT. Los datos muestran, por ejemplo, que apenas más de la mitad de los niños están encaminados en su desarrollo en la mayoría de los países y Cappa aclaró que “encaminado” se limita a las medidas en el módulo de DIT de las MICS, que pregunta a las madres si sus hijos pueden realizar ciertas actividades y funciones; si el niño puede realizarlas en tres de los cuatro dominios encuestados, entonces se consideran encaminados. Ilustró que los niños de los hogares más ricos suelen tener más libros que aquellos de los hogares más pobres. Además, el porcentaje de niños que asisten a programas de educación en la primera infancia varía radicalmente entre los países, con menos de la mitad de los niños asistiendo a un programa en la mayoría de las naciones. En las naciones menos desarrolladas, alrededor del 12 por ciento de los niños asisten a un programa. Finalmente, Cappa señaló que la alfabetización, la aptitud numérica y el aprendizaje son los dominios en los cuales la mayoría de los niños se atrasan.

## PROYECTO DE EVALUACIÓN “DISPOSICIÓN PARA APRENDER”<sup>8</sup>

Abbie Raikes propuso que puede ser posible la identificación de un conjunto común de ítems que son constantes en las culturas y regiones para presentar informes sobre el seguimiento mundial del aprendizaje y el desarrollo infantil. Sin embargo, las medidas actuales a nivel nacional no contienen los mismos ítems para poder realizar una comparación global. Las mediciones a nivel nacional tienen un valor muy alto, dado que

---

<sup>6</sup> Consulte <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/report-2013/mdg-report-2013-english.pdf> para obtener más información (visitado el 27 de abril de 2014).

<sup>7</sup> El índice de desarrollo infantil temprano (DITI) es un índice de 10 ítems diseñado para evaluar el nivel de desarrollo de los niños de 3 a 5 años en cuatro áreas: alfabetización y aptitud numérica, física, social y emocional, y aprendizaje. Consulte [http://www.childinfo.org/ecd\\_indicators\\_mics.html](http://www.childinfo.org/ecd_indicators_mics.html) para obtener más información (visitado el 28 de abril de 2014).

<sup>8</sup> En esta sección se resume la información presentada por Abbie Raikes, UNESCO.

tienen una duración más extensa, son más frecuentes y están adaptadas al entorno local. Raikes introdujo el proyecto de evaluación “Disposición para aprender” como un esfuerzo para desarrollar mediciones prototípicas de aprendizaje y desarrollo para niños de 4 a 6 años, con el énfasis puesto en los países de bajos ingresos.

El proyecto de evaluación “Disposición para aprender” fue encargado por la Comisión especial sobre métricas de los aprendizajes de la UNESCO y los colaboradores incluyen el Banco Mundial, el Instituto Brookings y UNICEF. El proyecto se encuentra en sus primeras etapas y se espera su terminación para principios de 2016. La prioridad de este proyecto es una medida a nivel nacional que identifica la calidad del entorno de aprendizaje. Raikes explicó que la suposición principal del proyecto de evaluación “Disposición para aprender” es que la medición contribuye a la mejora. Cuando se comprende la calidad actual del entorno de aprendizaje, se pueden realizar mejoras a las políticas, al apoyo que recibe el docente y al conocimiento de los padres consecuentemente. Asimismo, los resultados de las mediciones pueden estimular a los ciudadanos a aumentar la atención que le dedican al DIT, y a defenderlo, para crear tanto presión nacional como internacional para mejorar las condiciones.

Raikes manifestó que, para construir un sistema de medición útil, se deben abordar dos ideas. Primero, en relación al contenido, uno debe asegurarse de que los ítems sean confiables, relevantes y técnicamente sólidos, con el énfasis puesto en los ítems que permiten tomar medidas. Segundo, con respecto a las cuestiones relacionadas con la utilización, es importante identificar cómo se diseñarán los sistemas de medición y cómo se recopilarán y compartirán los datos. Tercero, las pruebas de campo y la validación son cruciales. Raikes mencionó que los países han dedicado pocos recursos para la validación. Finalmente, la información que se ha compartido ha sido mínima debido a la preocupación por la privacidad de los datos y a los obstáculos técnicos.

Por último, Raikes manifestó que las mediciones nacionales de disposición a la educación pueden complementar los esfuerzos mundiales, mientras que reconoció los retos asociados con la comparación de ítems y el uso apropiado. Específicamente, explicó la existencia de retos potenciales en la identificación de un núcleo común de indicadores, mientras aún se adapta al contexto local.

### **INDICADORES DE DERECHOS DE LA PRIMERA INFANCIA (ECRI): ENFOQUE BASADO EN LOS DERECHOS PARA MEJORAR EL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO<sup>9</sup>**

Ziba Vaghri se centró en un enfoque basado en los derechos para el desarrollo infantil temprano. Comenzó su exposición mediante la

---

<sup>9</sup> En esta sección se resume la información presentada por Ziba Vaghri, Universidad de Columbia Británica.

explicación de que la expectativa de vida en Burundi es de 50 años, mientras que en Suecia es de 81 años y presentó datos que indican una correlación entre ingreso promedio y expectativa de vida. Argumentó que la salud debe ser un bien más equitativo.

Vaghri resaltó el esfuerzo realizado por parte de la OMS de estudiar los determinantes sociales de la salud desde el 2005 al 2008, llamado la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CSDH). Durante este tiempo, se lanzó otro esfuerzo, llamado el Modelo de Evaluación Global del Ambiente de DIT (TEAM-DIT). TEAM-DIT es un marco desarrollado por la Asociación de Aprendizaje Humano Temprano (HELP), que actuaba como el centro de conocimiento de DIT para la CSDH.

En 1990, entró en vigor un esfuerzo específico de promoción del desarrollo y la salud infantiles a nivel nacional, específicamente la *Convención sobre los Derechos del Niño*, que es un tratado internacional sobre derechos humanos, y hasta el día de hoy lo han ratificado 194 naciones (Naciones Unidas, 2014). Vaghri señaló que en virtud de la ratificación, los gobiernos tienen la obligación de enviar un informe sobre el estado de los derechos de sus niños al Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (el organismo de control de la CRC) cada 5 años (OHCHR, 2014).

Vaghri describió varios artículos de la convención. Por ejemplo, el artículo 6 establece el derecho del niño a la salud. El artículo 26 establece que el gobierno debe apoyar al niño si su familia no puede hacerlo. El artículo 31 garantiza la seguridad y la protección del niño. Desde el artículo 43 al 54 se debate cómo respetar y proteger los derechos del niño internacionalmente. Luego llevó la atención de la audiencia hacia la alineación entre TEAM-DIT y los artículos de la convención, ambos diseñados para promover el desarrollo infantil a través de la mejora de sus experiencias dentro de muchos estratos de los entornos que los rodean. Luego de más de una década de revisar los informes provenientes de diferentes gobiernos, el comité observó que la mayoría de los informes gubernamentales se centró principalmente en las cohortes de mayor edad y que a menudo se pasaba por alto a los niños menores. Los informes sobre niños pequeños se limitaban a un número de indicadores de la salud (como la tasa de mortalidad por debajo de 5 años) e indicadores de los derechos civiles (como el registro de nacimiento), dijo Vaghri. En respuesta a este descubrimiento, el *Comentario General 7 (CG7): La implementación de la CRC para niños pequeños* se lanzó como una guía integral destinada a ayudar a los gobiernos con sus informes. Sin embargo, continuó siendo subutilizada.

En 2007, después de un debate de un equipo internacional de expertos, el comité escribió una carta de invitación a HELP pidiéndole actuar como secretaria de un grupo especial de expertos internacionales para trabajar en la puesta en funcionamiento del CG7 en un intento de convertirlo en una guía fácil de usar para que los gobiernos faciliten la implementación. El resultado de esta colaboración de 7 años fue una herramienta titulada *Indicadores de Derechos de la Primera Infancia (ECRI, por sus siglas*

en inglés), que controla los derechos de los niños pequeños de forma integrada, mediante el uso de 17 indicadores. Los ECRI contienen tres categorías de preguntas: relacionadas con la estructura (como políticas y leyes), relacionadas con el proceso (programas e iniciativas) y relacionadas con el resultado (cómo han cambiado los niños y el progreso que se ha tenido a través del tiempo). A continuación se muestran los 17 indicadores<sup>10</sup>:

1. Diseminación del CG7
2. Elaboración e implementación de una agenda positiva
3. Capacitación en derechos humanos
4. Sistema de recopilación de datos
5. Desarrollo de la primera infancia
6. Registro de nacimiento
7. Participación en la toma de decisiones de la familia
8. Violencia contra niños pequeños
9. Necesidades materiales básicas
10. Lactancia materna y alimentación complementaria
11. Acceso a los servicios de la salud y uso de estos
12. Educación en salud apropiada para la edad
13. Provisión de servicios de educación y cuidado en la primera infancia
14. Provisión de educación para niños pequeños vulnerables
15. Conocimiento de los derechos y capacidad para respaldar su cumplimiento
16. Oportunidades de juego, recreación y descanso
17. Políticas de inclusión y provisiones para grupos marginalizados

Se lanzaron dos programas piloto de los ECRI en Chile y Tanzania. Ambos programas piloto demostraron la eficacia de los ECRI como una herramienta de control. El propósito de esta herramienta es realizar un seguimiento del progreso en de un país y no desarrollar comparaciones entre países. Vaghri explicó que los ECRI son una herramienta que controla y mejora el desarrollo de la primera infancia (1) mediante la realización de un inventario de capacidades existentes en el desarrollo infantil temprano y los derechos del niño; (2) defensa, mediante el llamado de atención de los creadores de políticas hacia las brechas; y (3) la planificación y la generación de capacidades que funcionan como un plan para la acción. Vaghri concluyó diciendo que esas herramientas diseñadas cuidadosamente y validadas metódicamente pueden facilitar la recopilación de datos y los planes de acción en el DIT, además de promover una buena gobernación.

---

<sup>10</sup> Adaptados de los Indicadores de Derechos de la Primera Infancia (ECRI): Consulte <http://crc-indicators.earlylearning.ubc.ca/index.php/content/overview> (visitado en septiembre de 2013).

## Invertir en los niños pequeños y en las personas a cargo de su cuidado

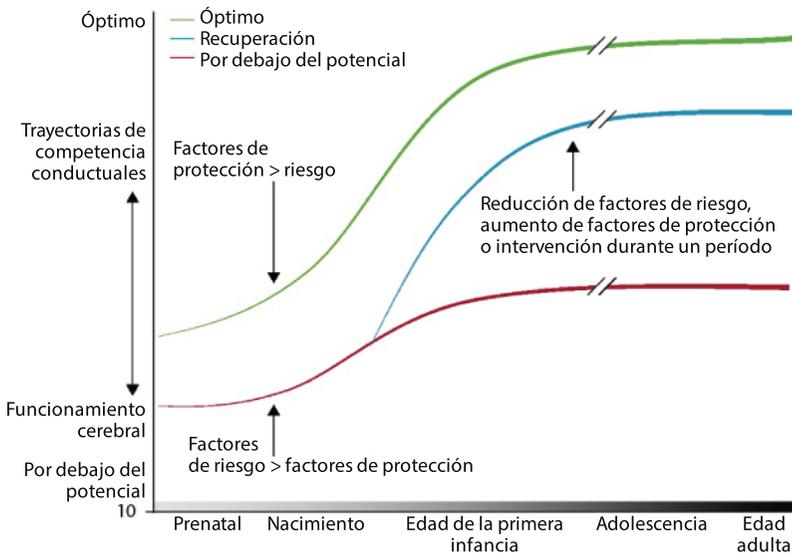
Las inversiones en la infancia en el mundo, desde el nacimiento hasta la escuela primaria, tienen la posibilidad de generar beneficios económicos y sociales a corto y largo plazo dado que mejoran la salud del niño y el bienestar de las personas encargadas del cuidado, fortaleciendo de este modo las habilidades, capacidades y la salud de la futura fuerza laboral. Los oradores exploraron temas específicos de inversión, tales como los programas de transferencia monetaria, las inversiones en programas de educación de la primera infancia y de nutrición así como de desarrollo docente, además de los beneficios potenciales a largo plazo de cada una de estas opciones y las potenciales consecuencias accidentales.

### **ENFOQUES POLÍTICOS PARA APOYAR EL DESARROLLO INFANTIL<sup>1</sup>**

Lia Fernald explicó que los factores de riesgo comienzan en una etapa temprana de la vida de las personas. Presentó un esquema (mostrado en la figura 8-1) que resume el desarrollo óptimo (mostrado en verde en la figura), el desarrollo en el cual los factores de riesgo sobrepasan los factores de protección (mostrados en rojo) y la curva de desarrollo cuando los factores de riesgo se reducen (mostrados en azul). Fernald está interesada en alcanzar esta curva azul a través de la reducción de

---

<sup>1</sup> En esta sección se resume la información presentada por Lia Fernald, Universidad de California, Berkeley.



**FIGURA 8-1** Diferentes trayectorias del desarrollo cerebral y conductual frente a la exposición a factores de riesgo y protección. El efecto acumulativo se ilustra por el fortalecimiento progresivo (líneas más oscuras) de las trayectorias con el tiempo. FUENTE: Walker et al., 2011.

los factores de riesgo por medio de la intervención durante períodos sensibles.

Fernald explicó que existe un gran número de posibilidades de realizar intervenciones: nutrición temprana e intervenciones del área de la salud, tales como lactancia materna y suplementos de yodo, programas de apoyo familiar para educación de los padres, programas preescolares (aunque observó que estos varían en calidad, lo cual afecta los resultados) y los enfoques del sector social. Las intervenciones son más eficientes cuando apuntan a las poblaciones más vulnerables, dijo.

En su presentación, Fernald se centró en los enfoques del sector social, particularmente en los programas de transferencia monetaria. Estos programas generalmente incluyen entregar dinero en efectivo a las madres y pueden aumentar el ingreso doméstico en un 30 por ciento (Fernald et al., 2011). El ingreso añadido puede ayudar a los padres a adquirir las necesidades básicas, invertir en la escolaridad de los niños y centrarse en el cuidado. Existen dos tipos de programas de transferencia monetaria:

1. **Condicionada:** en un programa de transferencia monetaria condicionada, se proporciona el dinero en efectivo a un hogar para estimular el cumplimiento de una acción preestablecida;

el dinero en efectivo también sirve como una forma de aliviar la presión económica a corto plazo que podría estar afrontando la familia. La acción requerida por el programa puede ser, por ejemplo, asistir al colegio (para los niños), realizarse exámenes médicos o consumir suplementos alimenticios. La calidad de estos programas varía y Fernald comentó que no todos los países tienen la infraestructura para sustentarlos.

2. No condicionadas: los programas de transferencias monetarias no condicionadas proporcionan dinero a un hogar, sin requisitos establecidos ni relacionados con la recepción del dinero.

En una sesión de debate posterior, un participante le preguntó a Fernald sobre las ventajas y desventajas de las transferencias monetarias, tanto las condicionadas como las no condicionadas. Fernald comentó que las transferencias monetarias no condicionadas son mucho más fáciles en cuanto a la logística que requieren, ya que no es necesario realizar un seguimiento del cumplimiento. Dijo que el programa de México es complejo y requiere registros detallados de cumplimiento. Afirmó que un 97 por ciento de los participantes sobre quienes se tienen datos cumplían con las condiciones (Fernald et al, 2008). También manifestó que los resultados pueden ser diferentes entre los programas de transferencia monetaria condicionada y no condicionada, pero que los estudios que comparan directamente los dos tipos de programa no han producido resultados claros. Una revisión de los efectos que las transferencias monetarias tienen en el crecimiento de los niños mostró resultados diversos cuando se comparan los programas condicionales y no condicionales (Manley et al., 2013), pero otro estudio mostró diferencias en la lactancia materna y las vacunas cuando se comparan las transferencias monetarias condicionadas y no condicionadas (Bassani et al., 2013). Esta comparación es un área abierta para la investigación.

Los programas de transferencia monetaria condicionada fueron los primeros implementados en Brasil y México en la década de 1990. Fernald explicó que los programas de transferencia monetaria tienen resultados inconsistentes para los niños (Fernald et al., 2011). En esta revisión con sus colegas, Fernald encontró que en general existen efectos positivos sobre el peso al nacer, enfermedad, morbilidad, desarrollo conductual, cuidado prenatal, depresión materna, control del crecimiento, suplementos de micronutrientes y consumo de alimentos en el hogar. Existen efectos diversos en lo que respecta a la estatura, el peso, el desarrollo cognitivo y lingüístico, la presencia de una partera calificada y la recepción de la vacunación infantil. No hay un efecto percibido en la concentración de hemoglobina. Fernald sugirió que diferentes cantidades de dinero efectivo, requisitos diferenciales, diferentes niveles de cumplimiento y diferentes tasas iniciales de pobreza o diferencias culturales pueden ser algunas de las razones por las que los resultados son heterogéneos.

Luego de 10 años, el programa de transferencia monetaria condicionada de México afectó positivamente la estatura, el comportamiento (Fernald et al., 2008, 2009a; Ozer et al., 2012) y los niveles de estrés (Fernald y Gunnar, 2009), pero no tuvo efecto sobre el índice de masa corporal, el desempeño verbal y cognitivo (Fernald et al., 2009b). Las transferencias monetarias sí estuvieron relacionadas con las reducciones de los síntomas depresivos maternos (Ozer et al., 2011) y las mejoras en el crecimiento infantil, el desempeño verbal y cognitivo (Fernald et al., 2008, 2009a). El programa también tuvo consecuencias accidentales. El aumento de efectivo también incrementó el índice de masa corporal, la obesidad y la hipertensión (Fernald et al., 2008). Aumentos en los niveles socioeconómicos se han asociado con un mayor consumo de refrescos y alcohol (Fernald, 2007), lo cual sugiere un mecanismo posible para los hallazgos.

Durante su trabajo, Fernald descubrió que no es suficiente reducir la pobreza y que el apoyo y la educación a los padres también son variables importantes para mejorar las condiciones de los niños. Por lo tanto, Fernald explicó que un nuevo programa mexicano ha añadido un elemento de estimulación infantil (esencialmente una clase grupal de apoyo a los padres) al programa de transferencia monetaria existente. La incorporación del elemento de estimulación infantil puede ser fundamentalmente importante para mejorar los resultados cognitivos de los niños. Durante el período de debate, un participante preguntó cómo comprometer a las familias en un programa. Fernald notó que la entrega de dinero en efectivo puede ser un potente motivador.

Luego, Fernald describió un programa en México en el que se reemplazaron los pisos de tierra en los hogares por pisos de cemento. Esta acción se correlaciona con las reducciones en la depresión materna y tuvo efectos positivos sobre el desarrollo infantiles (Cattaneo et al., 2009). Concluyó que la mayoría de los enfoques efectivos para el desarrollo infantil temprano utilizan enfoques integrales, incluyendo la promoción directa del desarrollo infantil temprano.

## INVERSIÓN TEMPRANA Y RENDIMIENTO DE LA INVERSIÓN<sup>2</sup>

Paul Gertler analizó los rendimientos económicos a largo plazo a partir de las inversiones en niños pequeños. Conectó la inversión en los niños pequeños con las habilidades de la fuerza laboral que son necesarias para la productividad económica, la productividad económica tanto a nivel individual como mundial. Enfatizó la necesidad de contar con capacidades que permitan sacar a las personas de la pobreza y que las habiliten para participar en forma más completa en la fuerza laboral. Planteó tres preguntas principales:

---

<sup>2</sup> En esta sección se resume la información presentada por Paul Gertler, Universidad de California, Berkeley.

1. ¿Cuánto potencial humano se pierde si no se realizan las inversiones?
2. Si se realizan inversiones, ¿cuál es la edad adecuada para la intervención y cuándo es demasiado tarde?
3. ¿Cómo se puede reducir la desigualdad a largo plazo, si se comienza a una edad temprana?

Gertler afirmó que 200 millones de niños corren el riesgo de no alcanzar todo su potencial (Grantham-McGregor, 2007). Esto se traduce en una gran pérdida potencial en la calidad de vida, incluido el potencial perdido para el crecimiento económico si las personas son incapaces de participar activamente en la economía. Mediante la presentación de datos provenientes de India, Indonesia, Perú y Senegal, Gertler mostró que las diferencias comienzan desde un período muy temprano en la vida, alrededor de los 12 meses (Fernald et al., 2011). Específicamente, los datos indican que los niños del cuartil de ingresos más rico demostraron poseer ventajas estadísticamente significativas sobre los niños del cuartil de ingresos más pobre. También mostró que los niños pobres tuvieron un peor rendimiento en pruebas de lenguaje (Engle et al., 2011). Específicamente, los niños de 5 años en quintiles de ingresos mayores tienen un mejor desempeño lingüístico en relación a los quintiles de ingresos menores.

Las brechas tempranas pueden tener efectos que perduran durante toda la vida de una persona (NRC e IOM, 2000), de acuerdo con Gertler. Sugirió que las intervenciones que apuntan a la primera etapa de la vida (antes de los 2 o 3 años de edad) tendrán la mayor tasa de rendimiento, lo que permite mejorar la eficacia de intervenciones posteriores y elimina la necesidad de servicios de recuperación costosos en etapas posteriores en la vida. Además, la inversión en las poblaciones más pobres probablemente producirá el mayor rendimiento, ya que tienen el mayor potencial para mejorar. La inversión en la población más pobre también impulsa la economía y reduce la desigualdad a largo plazo.

Gertler luego planteó y debatió dos estudios de intervención específicos que proporcionaron evidencia de un rendimiento de la inversión en los primeros años:

1. Intervención psicosocial de estimulación de Jamaica, desde 1986 a 1987: esta intervención consistió en sesiones de juego en el hogar facilitadas por trabajadores de ayuda comunitaria y una clase semanal para mejorar la calidad de las interacciones madre-hijo. El programa encontró que hubo una mejora significativa en el desarrollo cognitivo sostenida hasta los 17 años de edad de los participantes, pero la intervención no pudo llevar al grupo estimulado hasta el nivel de un grupo normal (sin retraso del crecimiento) (Walker, 2010). Luego de los 20 años, el grupo con

intervención demostró un 25 por ciento de aumento en sus ingresos sobre aquellos que no recibieron la intervención, y este aumento incrementó los niveles de sus ingresos hasta el nivel de la población normal (Gertler et al., 2013).

2. Intervenciones de nutrición del Instituto de Nutrición de América Central y Panamá (INCAP), Guatemala, desde 1969 a 1977: este programa proporcionó un suplemento alimenticio conocido como Atole, una bebida energizante rica en proteínas, junto con Fresco, una bebida menos nutritiva, a grupos de niños pequeños. El grupo de tratamiento demostró significativamente menos retraso del crecimiento con el tiempo. De los 25 a los 42 años de edad, los investigadores descubrieron que hubo mejoras en los ingresos iguales o superiores a aquellas del estudio realizado en Jamaica. Las ventajas fueron más significativas cuando se dio el suplemento a niños de menos de 36 meses de edad. Luego de los 36 meses, no hubo en efecto ventaja económica alguna del suplemento (Hoddinott et al., 2008).

Gertler concluyó que una desventaja temprana conduce a una desventaja a largo plazo, una situación que es costosa y difícil de compensar posteriormente en la vida. También manifestó que las inversiones en niños pequeños y su desarrollo pueden mejorar habilidades futuras en el mercado laboral de una manera rentable, lo cual tiene un impacto positivo sobre los resultados económicos a largo plazo.

### CONTINUIDAD DE LAS INVERSIONES EN LA ESCUELA PRIMARIA<sup>3</sup>

Norbert Schady explicó que, en Latinoamérica, muchos estudiantes llegan a la escuela con déficits profundos en las áreas de nutrición, cognición y lenguaje (Schady et al., 2014). Estas disparidades han conducido a diferentes políticas sociales dirigidas incluso a los niños de menor edad a la escolar.

- Transferencias monetarias: estos programas se han implementado en muchos países y sus efectos sobre el desarrollo infantil se han evaluado en Ecuador (Fernald e Hidrobo, 2011; Paxson y Schady, 2010), México (Fernald et al., 2008, 2009a) y Nicaragua (Macours et al., 2012).
- Intervenciones con los padres: estos programas se han implementado en Colombia (Attanasio y Hernandez, 2014) y Jamaica (Gertler et al., 2013; Walker et al., 2011a). Un programa

---

<sup>3</sup> En esta sección se resume la información presentada por Norbert Schady, Banco Interamericano de Desarrollo.

para padres nacional se encuentra en vías de ser implementado en Perú.

- Cuidado en centros y preescolar: estos programas se han implementado en muchos países y las evaluaciones se encuentran en curso en Brasil (Barros, inédito), Colombia (Bernal, inédito) y Ecuador (Oosterbeek y Rosero, 2011).

Los párvulos/niños de jardín de infantes son una “audiencia cautiva”, según Schady. La mayoría de los niños de 5 años en Latinoamérica asisten a la escuela.<sup>4</sup> Observó un gran progreso en la matriculación y una brecha de matriculación que está disminuyendo entre los quintiles de menor y mayor ingreso. Preguntó “¿qué retrasos en el desarrollo se pueden revertir a los 5 años de edad?”

Schady presentó los resultados de un estudio realizado en 200 escuelas en Ecuador (Schady y Araujo, 2006). Los alumnos con niveles variados de preparación fueron expuestos de forma aleatoria a docentes de jardín de infantes de diferente preparación. Se filmó a más de 450 docentes durante todo un día y sus grabaciones se calificaron con una escala de puntuación del 1 al 7 en tres dominios generales: apoyo social, organización de clase y apoyo educativo, mediante el Sistema de Calificación para la Evaluación en el Aula, o CLASS (Pianta et al., 2007). Entre todos los docentes, la calificación del apoyo emocional fue media, con una distribución bastante limitada. La calificación de la organización de clase fue alta, con una distribución bastante amplia y el apoyo educativo fue muy bajo, con una distribución limitada.

A fin de año, se les entregó a los alumnos 12 pruebas en matemática, lenguaje y ejecución (inhibición de respuesta, memoria de trabajo, atención y flexibilidad cognitiva). Los efectos del docente sobre el desempeño de los alumnos luego se calcularon mediante la búsqueda del resultado promedio de aprendizaje por clase en relación a la media escolar y de la varianza de los efectos del docente, haciendo las correcciones del error de muestreo. En general, los datos muestran que los docentes hacen una gran diferencia. Si un docente calificó una desviación estándar superior en general en el CLASS, los niños en su clase calificaron un promedio de 0,6 desviaciones estándares superiores. Los niños en todos los niveles experimentaron este aumento; en otras palabras, mejores docentes son mejores para todos los alumnos, no solo para aquellos con el menor rendimiento. Luego de hacer las correcciones del error de medición, la calificación CLASS del docente representó el 34 por ciento de la variación en los resultados de aprendizaje dentro de la escuela y entre los docentes.

De acuerdo al estudio, los mejores maestros, según calificó el CLASS, no afectaron la tasa de asistencia o de deserción escolar; en cambio, sí

---

<sup>4</sup> Los cálculos de Schady se basan en encuestas domésticas.

aumentaron la cantidad de aprendizaje por día. Los mismos docentes mejoraron los resultados en todas las dimensiones evaluadas (matemática, lenguaje y ejecución). En respuesta a una pregunta posterior, Schady explicó que la calificación CLASS analizó 10 dimensiones en 3 dominios y existió una gran correlación entre las calificaciones en las 10 dimensiones para un docente individual. Schady indicó que no confiaba mucho en las medidas de las 10 dimensiones individuales, pero que sin embargo, la calificación total reflejó adecuadamente la calidad de la enseñanza.

Por último, Schady manifestó que lo que le sucede a un niño antes de comenzar la escuela es muy importante y actualmente existen grandes disparidades en la preparación de la escuela de acuerdo con la clase socioeconómica y el lugar de residencia. Un factor que contribuye puede ser que las diferencias en lenguaje, matemática y ejecución se correlacionan todas con el nivel de educación de la madre del niño. En todas las pruebas, los niños cuyas madres son desertoras de la escuela primaria tuvieron una calificación de alrededor de 0,5 desviaciones estándar por debajo de aquellos niños cuyas madres se graduaron de la escuela primaria, y cerca de 1 a 1,5 desviaciones estándar por debajo de los niños cuyas madres se graduaron de la escuela secundaria. Sin embargo, los buenos docentes en los años de la escuela primaria pueden ayudar a reducir estos déficits. Schady sugirió que los programas estén diseñados para seleccionar mejor a los docentes, proporcionar una capacitación en el trabajo más efectiva y compensar mejor a los docentes que tienen un desempeño eficaz.

## Análisis costo-beneficio de la falta de acción

En esta sección, los oradores debatieron cómo determinar el costo que tiene la falta de acción, incluido cómo determinar los índices costo-beneficio mediante el uso de herramientas y técnicas sistemáticas, incluidas decisiones respecto de los parámetros utilizados en dichos análisis; una perspectiva a nivel nacional sobre la voluntad política para involucrarse en las inversiones en la infancia a través de sectores; y una medida de la disposición de un país para invertir en la infancia y evitar los costos de la falta de acción.

### **LOS COSTOS DE LA FALTA DE ACCIÓN FRENTE A LOS COSTOS DE LA ACCIÓN PARA LA INVERSIÓN EN LA INFANCIA EN EL MUNDO<sup>1</sup>**

Jere Behrman explicó que al considerar los costos de la falta de acción en la inversión en la infancia también se deben considerar los costos de la acción. Enfatizó la necesidad de establecer un enfoque holístico que tenga en cuenta un marco del ciclo de vida, porque es probable que las inversiones tempranas resulten en rendimientos en un momento diferente (es decir, posteriormente) del ciclo de vida. Behrman afirmó que los índices costo-beneficio pueden ser una guía efectiva para el desarrollo de políticas y también observó que los pesos distribucionales pueden incluirse para cumplir con propósitos de políticas particulares. Por ejemplo, ciertos elementos del desarrollo infantil temprano pueden considerarse derechos humanos y los pesos distribucionales pueden utilizarse para incorporar esa perspectiva. Los retos a los enfoques del tipo costo-beneficio incluyen la idea de que es probable que los beneficios, tales como la mejora de la salud, la reducción de la mortalidad y el ahorro de los recursos, sean múltiples y puede ser desafiante sopesar diferentes beneficios para obtener una medida combinada. Behrman presentó evidencia de asociaciones entre dimensiones de los primeros años de vida y los resultados sobre el ciclo de vida. Por ejemplo, Victora y colegas (2008) mostraron asociaciones positivas entre las medidas antropométricas en los resultados de la infancia y la adultez, tales como

---

<sup>1</sup> En esta sección se resume la información presentada por Jere Behrman, Universidad de Pensilvania.

nivel de escolaridad, estatura en la etapa adulta, ingreso laboral y peso al nacer de los hijos. Los estudios analizados en Engle et al. (2007, 2011) indican una asociación positiva entre la asistencia en los programas del DIT y las habilidades cognitivas futuras.

Los beneficios de una intervención temprana quizá no se obtengan hasta que el niño sea un adulto, dijo Behrman. Advirtió que los beneficios futuros deben descontarse en términos actuales porque existe un costo de oportunidad de no poder ser capaz de usar los recursos para otros propósitos mientras que uno tiene esperar por los beneficios en el futuro. Por ejemplo, un beneficio tasado en USD 1000, si fuera percibido dentro de 10 años, valdría USD 744 hoy en día (suponiendo un 3 por ciento de tasa de descuento) o USD 386 hoy (suponiendo un 10 por ciento de tasa de descuento). Si el beneficio de USD 1000 fuera percibido dentro de 60 años, valdría USD 170 hoy en día (suponiendo un 3 por ciento de tasa de descuento) o solo USD 3 hoy (suponiendo un 10 por ciento de tasa de descuento).

Los valores de descuento pueden variar para cada uno de los siete grandes impactos que tiene sacar a un niño del estado de bajo peso al nacer en un país en desarrollo de bajos ingresos (Alderman y Behrman, 2006). Los siete grandes impactos presentados por Behrman fueron reducción de la mortalidad infantil, reducción del cuidado neonatal, reducción de los costos por enfermedades en los recién nacidos y los niños, aumentos de productividad a partir de la reducción del retraso del crecimiento, aumento de productividad a partir del aumento de la capacidad cognitiva, reducción del costo de las enfermedades crónicas y efectos intergeneracionales. Observó que los impactos relacionados con el aumento de la productividad mostraron el mayor valor debido a que el impacto se siente durante muchos años. También señaló que existe un desacuerdo en la comunidad acerca de cómo se debe valorar la mortalidad infantil. Si fuera lo suficientemente valorada, se convertiría en el valor dominante.

Behrman explicó que los costos de los recursos incluyen tiempo, materiales y esfuerzo humano, pero esto en general no es igual a los gastos que tiene el proveedor. Observó que a la sociedad le importan los costos de los recursos, no los gastos implicados. Por ejemplo, el programa de transferencia monetaria condicionada descrito en la presentación de Lia Fernald tiene costos asociados al funcionamiento del programa, pero esos costos son pequeños en relación a los gastos gubernamentales en sí, los cuales están dominados por las transferencias que no son costos de los recursos. Los costos de los recursos incluyen costos privados, los cuales pueden tener un efecto diferencial en las poblaciones. Behrman presentó un ejemplo de los costos para los programas de desnutrición aguda, estudiados por Levin y Brouwer (2014), en los cuales los costos varían en todo el territorio del país debido a los métodos empleados.

Behrman luego mostró datos para los cálculos aproximados del costo-beneficio para las intervenciones nutricionales (Behrman et al., 2004). Los índices de costo-beneficio varían entre las intervenciones, pero los resultados son alentadores. Para una sola intervención, el índice de costo-beneficio tiene un largo alcance debido a las diferentes tasas de descuento

posibles. Sin embargo, mientras que tiene un largo alcance, en general es mayor a 1 en la mayoría de los casos, lo cual le sugiere a Behrman que vale la pena comenzar estas intervenciones. También presentó índices de costo-beneficio muy grandes para reducir las tasas de retraso del crecimiento de los niños (Hoddinott et al., 2013), pero estos índices costo-beneficio varían significativamente entre los países.

Al mostrar los efectos positivos duraderos en el caso de niños en edad preescolar (Engle et al., 2011), Behrman señaló que existe una variación significativa por país. Por ejemplo, los países con mayor matriculación preescolar tienen una brecha menor en la escolaridad alcanzada entre los quintiles de mayores ingresos y otros quintiles. El aumento estimado en futuros ingresos proporciona un índice costo-beneficio que oscila de 6,4:1 a 17:1 como resultado de elevar las tasas de matriculación para los cuatro quintiles inferiores hasta niveles cercanos a las tasas del quintil superior. Behrman advirtió que es probable que estas sean estimaciones conservadoras, ya que la única dimensión considerada en el costo-beneficio es el nexo entre preescolar, escuela e ingresos. El índice de costo-beneficio probable podría ser incluso mayor. Behrman también presentó los resultados de un estudio en Uganda realizado sobre el índice de costo-beneficio de la asistencia en preescolar (Behrman y van Ravens, 2013) y advirtió que estas estimaciones son muy sensibles a los supuestos, tales como las tasas de costo base y de descuento.

Por último, Behrman manifestó que mientras los datos presentados muestran índices de costo-beneficios muy altos para los programas de intervención, hay dudas con esos índices debido a los diferentes supuestos utilizados. Notó que los índices de costo-beneficio descritos son sobre todo para intervenciones para las clases pobres. Si esto estuviera enmarcado como un tema de derechos humanos y el valor de los derechos humanos tuviera más peso, los índices serían aún mayores. También observó que es importante comprender el contexto e identificar cuáles son los datos específicos del mismo.

## UN ENFOQUE INTEGRAL A NIVEL NACIONAL PARA LA INVERSIÓN EN LA INFANCIA: COLOMBIA<sup>2</sup>

Constanza Alarcón observó que, en muchos países, la brecha entre la evidencia científica y el desarrollo de políticas es un asunto muy serio. Debido a la falta de datos de calidad en Colombia, es difícil tomar decisiones y desarrollar acciones que tengan un impacto sobre los programas de desarrollo infantil para apoyar a las familias, proporcionar apoyo nutricional y educar a los niños. Sin embargo, y a pesar de esto, Alarcón observó que Colombia se encuentra entre muchos países con acceso a la educación en la primera infancia, ya que un gran número de personas puede proporcionar estos servicios. Colombia ha ayudado a

---

<sup>2</sup> En esta sección se resume la información presentada por Constanza Alarcón, Presidencia de la República, Colombia.

generar habilidades, fortalecer instituciones y asegurar el desarrollo de servicios de calidad para apoyar los resultados positivos. Alarcón enfatizó la importancia que reviste medir la calidad. Manifestó que sin acciones de calidad, los servicios proporcionados no beneficiarán a los niños y cualquier inversión realizada se perdería. También explicó que se necesita una visión holística muy detallada para permitir la implementación de políticas. Por ejemplo, un programa sobre nutrición debe conectarse al cuidado emocional, la vinculación afectiva y al acceso a otros servicios. Al acercarse a un sistema integrado, Alarcón observó que no cuesta más tener una visión, pero que el costo de no tenerla puede ser muy alto.

Durante tres años, el gobierno de Colombia, según describió Alarcón, ha utilizado la voluntad política para trabajar a los fines de obtener la implementación de políticas de desarrollo infantil temprano, basadas en la Convención sobre los Derechos del Niño (Naciones Unidas, 1990). Antes de la realización de este esfuerzo, cada grupo de interés (tales como las autoridades locales, el sector educativo, el sector de cuidados de la salud, la sociedad en general y el sector privado) tenía objetivos que apuntaban a cierta parte de la población, lo que resultaba en políticas fragmentadas y diversas. La nueva estrategia de Colombia es reorganizar el marco institucional en un paradigma único e integrado.

Alarcón introdujo la Comisión de la primera infancia como un sistema que incluye diferentes sectores, ministerios y entidades. Explicó que Colombia tiene uno de los mayores grados de desigualdad social en el mundo. Según Alarcón, este nuevo marco es necesario para la protección de los 5 millones de niños que experimentan diversas condiciones de vida en Colombia.

Una doctrina central para el enfoque actual de Colombia es el cuidado integral. Alarcón describió la vía de cuidado integral como un marco que ayuda a comprender las diferencias en el desarrollo a lo largo de la vida, desde antes de la concepción hasta los 6 años de edad, además de cómo estas diferencias afectan las intervenciones de política. Este marco de políticas sintetiza aproximadamente 18 programas que tienden a enfoques integrados e integrales. Proporciona la base estructural para que las actividades promuevan un desarrollo saludable a lo largo de la vida de un niño. El desarrollo de la vía de cuidado integrado es un ejercicio complejo, con 170 tipos diferentes de actividades intersectoriales centradas en el niño.

Alarcón también definió cinco líneas de acción: gestión nacional, el desarrollo del conocimiento, cobertura y calidad, control y evaluación, y movimiento social. Enumeró dos estudios sobre calidad. El primer estudio se centró en el desarrollo de un punto de partida para determinar la calidad en los servicios de cuidado de la salud y en los centros de desarrollo infantil, lo que incluye la calidad de la información y las historias clínicas para mujeres y niños (Centro Nacional de Consultoría, 2013). La investigación apoya la importancia que reviste el período prenatal para las madres embarazadas y la primera infancia. Actualmente, las historias clínicas de mujeres embarazadas y niños no siempre son registradas o mantenidas. Colombia ha reconocido la importancia de mantener registros médicos, además de actuar con respecto a las medidas

de calidad ya que concierne a la salud del niño en desarrollo; no hacerlo es contraproducente para las comunidades a las que se presta servicio.

El segundo estudio que Alarcón citó es un análisis costo-beneficio de los servicios fundamentales a diferentes edades: crianza, alimentación, nutrición, vacunación, acceso a la cultura, actividades físicas y recreativas, aprendizaje, escolaridad, desarrollo, chequeos médicos, períodos de transición, prevención, recuperación y derechos humanos (Alarcón, 2013). Se pueden realizar comparaciones entre los diferentes tipos de servicios y cuidado. Por ejemplo, el costo del cuidado infantil para un niño de 1 año puede oscilar entre USD 800 y USD 2600 anualmente, según sean el escenario y los servicios provistos. Además, se debe considerar el contexto, ya que las condiciones dentro de un único país pueden variar. Alarcón observó que los servicios menos costosos no son necesariamente los mejores para el país, ya que siempre tendrán diversos niveles de impacto en los diferentes contextos y comunidades.

Por último, Alarcón explicó que Colombia toma en cuenta los costos directos tales como el cuidado del niño y los servicios que recibe, así como también los costos indirectos o potencialmente ocultos tales como la movilización social, las comunicaciones, la capacitación, el apoyo y las estructuras institucionales. Cuando se desarrolla un programa, deben tenerse en cuenta ambos aspectos del costo. Al reconocer la diversidad dentro de Colombia, incluidos los descendientes de africanos, grupos indígenas y grupos aborígenes, Alarcón puso énfasis en que, incluso dentro de un único país, un solo conjunto de programas es insuficiente. Los gobiernos deben identificar diferentes modalidades de servicio y costos diferenciales para responder mejor a las necesidades de sus poblaciones específicas.

En respuesta a una pregunta sobre la integración de las discapacidades al desarrollo infantil temprano, Alarcón observó que Colombia ha podido cambiar muchas modalidades de servicios para facilitar el trabajo con aquellas personas que tienen discapacidades. En consonancia con lo que manifestó previamente Maureen Durkin, Alarcón indicó que el centro de atención debe moverse hacia la prevención. Cierta cantidad de discapacidades que ocurren en Colombia son evitables con las intervenciones apropiadas (tales como las intervenciones nutricionales) durante la gestación. Alarcón recomendó mejorar la capacitación de los trabajadores del cuidado de la salud para comprender los factores de riesgo asociados con la nutrición y otros comportamientos evitables que pueden conducir a la discapacidad infantil.

### **INVERSIÓN EN LA INFANCIA PARA UN ALTO RENDIMIENTO<sup>3</sup>**

Quentin Wodon habló sobre tres recursos del Banco Mundial que se encuentran disponibles para la comunidad del DIT y las lecciones que se aprenden de ellos:

---

<sup>3</sup> En esta sección se resume la información presentada por Quentin Wodon, Banco Mundial.

1. Un informe sobre las tendencias en las inversiones en el DIT y las lecciones del trabajo operativo en el Banco Mundial durante los últimos 12 años;
2. Un documento de orientación sobre la inversión en la infancia mediante 25 intervenciones esenciales, rentables y de alto rendimiento para el DIT que recomienda el Banco Mundial; y
3. Un resumen sobre una parte del progreso logrado hasta la fecha con el módulo del DIT del Enfoque Sistémico para lograr Mejores Resultados en Educación (SABER), una herramienta para ayudar en la realización de un diagnóstico integral de las políticas en los países, con ejemplos de resultados específicos de la implementación de la herramienta en países en desarrollo.

Wodon explicó que en determinados documentos recientes del Banco Mundial se reconocen y se apoya la importancia que tiene el DIT. La estrategia del Sector Educativo 2020 (Banco Mundial, 2011) reconoce que la educación de los niños debe ser apoyada en los estadios más tempranos para permitir el éxito futuro. La estrategia de Protección Social 2012 (Banco Mundial, 2012) pone el énfasis en la necesidad de invertir en sistemas de protección social más fuertes para el beneficio de los niños; y un trabajo reciente sobre salud, nutrición y población también enfatiza la necesidad de invertir en la infancia y protegerla, incluso en el área de nutrición. En pocas palabras, las estrategias del Banco Mundial para el desarrollo humano adoptadas durante los últimos años han ubicado al desarrollo infantil temprano en un lugar central.

Luego, Wodon compartió los resultados de una carpeta reciente de intervenciones en el DIT en el Banco Central (Sayre et al., 2014) que incluye un análisis de tendencias en subvenciones y préstamos para la educación, nutrición y protección social que se centra específicamente en el DIT. La pregunta es si un mayor reconocimiento de la importancia que reviste el DIT ha resultado en más financiamiento destinado al desarrollo infantil temprano. Observó un aumento marcado en los compromisos operativos mediante subvenciones y préstamos relacionados con el DIT en los últimos años, además de un aumento en el trabajo analítico sobre el tema. También comentó que si bien este aumento marcado en los recursos destinados al DIT se ha observado durante pocos años, es muy alentador y es probable que continúe.

Luego, Wodon identificó 25 intervenciones rentables claves para niños pequeños y sus familias, que abarcan nutrición, educación y protección social (mostrado en la figura 9-1). Explicó que el Banco Mundial publicará un documento para desarrollar estas intervenciones claves (Denboba et al., 2014). Las intervenciones suelen tener un alto rendimiento y pueden ayudar en el debate y la priorización de las iniciativas para el DIT. Se le preguntó a Wodon cuáles de entre las 25 intervenciones citadas eran las más cruciales, y su respuesta fue que esto en realidad depende del contexto del país en el cual uno trabaja, pero idealmente se estimula a los países para que implementen la mayor cantidad de intervenciones que puedan. La combinación de colores en la figura 9-1 hace referencia a los

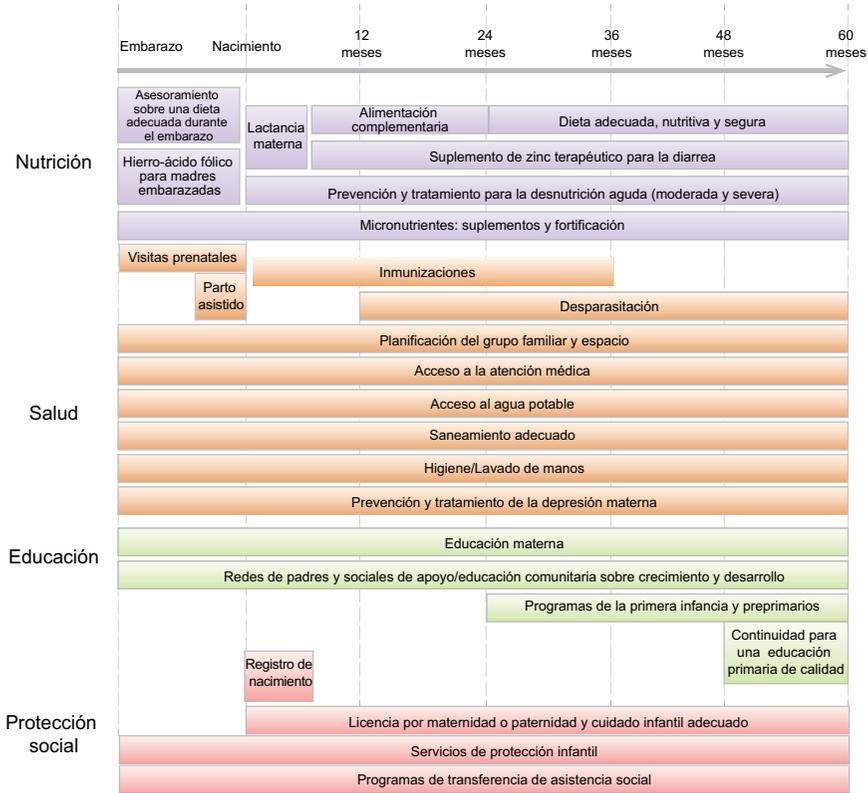
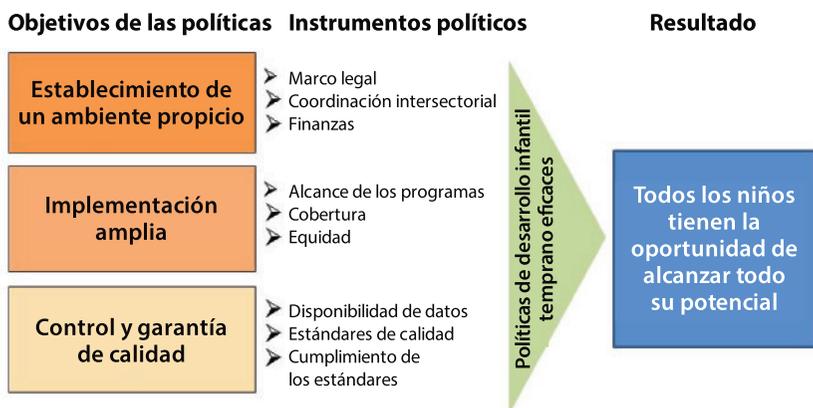


FIGURA 9-1 Intervenciones rentables clave para los niños pequeños y sus familias. FUENTE: Denboba et al., 2014.

sectores a los cuales pertenecen las diferentes intervenciones. Además, aunque esto no se muestra en la figura 9-1, también se pueden reunir las 25 intervenciones en cinco paquetes integrados de intervenciones y servicios por grupo de edad: un paquete para apoyo a la familia, un paquete para embarazo, un paquete para nacimiento, un paquete para salud y desarrollo infantil, y finalmente, un paquete para preescolar.

Después, Wodon comenzó un debate sobre una herramienta de diagnóstico que permita ayudar a comprender la calidad de las políticas del DIT en los países. La herramienta es parte del SABER, que ayuda a analizar holísticamente los sistemas de educación. La idea del enfoque es complementar los datos tradicionales sobre la matriculación y el aprendizaje con un análisis de las políticas implementadas por los países. En el SABER se incluyen una docena de módulos, uno de los cuales está dedicado a las políticas destinadas al DIT, y cubre no solo políticas de educación para niños pequeños, sino también políticas y programas en las



**FIGURE 9-2** Metas e incentivos de políticas clave del marco del DIT del SABER. NOTA: Wang et al. (2014) ha desarrollado un curso en línea de introducción al DIT de SABER además de otros temas relacionados.

FUENTE: Neuman y Devercelli, 2013.

áreas de salud, nutrición, población y protección social. Como con otros módulos del SABER, el módulo del DIT en el SABER identifica un número de metas e incentivos de políticas clave según los cuales se puede llevar a cabo el diagnóstico de las políticas en un país. Las metas e incentivos se muestran en la figura 9-2.

El marco del DIT del SABER ayuda a evaluar si los países tienen políticas implementadas que pueden ayudar a garantizar que todos los niños tengan la oportunidad de alcanzar todo su potencial. Wodon explicó que el DIT del SABER está implementándose en 50 países; sin embargo, advirtió también que no es necesariamente una herramienta útil para comprender estadísticamente el impacto que las políticas tienen en los resultados; más bien es una herramienta para ayudar a enmarcar un diálogo sobre políticas con ministerios, contribuyentes y otros accionistas del gobierno e identificar áreas donde un país podría estar mejor. El equipo del Banco Mundial actualmente está trabajando en un análisis de los datos recopilados hasta este momento, y el próximo paso será evaluar hasta qué punto los países están implementando las políticas que han adoptado.

Al finalizar, Wodon afirmó que el Banco Mundial está aumentando su centro de atención sobre el DIT. Enfatizó la importancia que tiene identificar intervenciones rentables y de alto rendimiento (tales como las 25 que presentó), además de identificar de forma sistemática las áreas de políticas claves, con el DIT del SABER una herramienta útil para llevar a cabo tal análisis sistemático del propósito y la implementación de políticas.

# Referencias

- Abubakar, A. Unpublished. *Executive functioning profiles of HIV positive children.*
- Abubakar, A., A. Van Baar, F. J. Van de Vijver, P. Holding, and C. R. Newton. 2008. HIV and neurodevelopment in sub-Saharan Africa: A systematic review. *Tropical Medicine & International Health* 13(7):880-887.
- Alarcón, R.D. 2013. *Cultural psychiatry.* Rochester, MN/Lima, Peru: Karger.
- Alderman, A., and J. R. Behrman. 2006. Reducing the incidence of low birth weight in low-income countries has substantial economic benefits. *World Bank Research Observer* 21(1):25-48.
- Attanasio, O., V. Oppedisano, and M. Vera-Hernandez. 2014. *Should cash transfers be conditional? Conditionality, preventive care, and health: Evidence from Colombia.* London, UK: University College London.
- Baker, D. P., D. Salinas, and P. J. Eslinger. 2012. An envisioned bridge: Schooling as a neurocognitive developmental institution. *Developmental Cognitive Neuroscience* 2(Suppl 1): S6-S17.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., M. H. Van Ijzendoorn, and F. Juffer. 2003. Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 129(2):195.
- Barnett, W. S. 2011. Effectiveness of early educational intervention. *Science* 333(6045):975-978.
- Barros, A. Unpublished. *Early determinants of cognitive ability in children at 6-7: Pelotas birth cohort from 2004.*
- Barros, A. J. D., C. Ronsmans, H. Axelson, E. Loaiza, A. D. Bertoldi, G. V. A. França, J. Bryce, J. T. Boerma, and C. G. Victora. 2012. Equity in maternal, newborn, and child health interventions in countdown to 2015: A retrospective review of survey data from 54 countries. *Lancet* 379(9822):1225-1233.
- Bassani, D. G., P. Arora, K. Wazny, M. F. Gaffey, L. Lenters, and Z. A. Bhutta. 2013. Financial incentives and coverage of child health interventions: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 13(Suppl 3):S30.
- Basu, D., and A. Basole. 2012. The calorie consumption puzzle in India: An empirical investigation. In *Working paper series No. 285.* Amherst: University of Massachusetts Amherst: Political Economy Research Institute.

- Behrman, J. R., and J. van Ravens. 2013. *Ex-ante benefit-cost analysis of individual, economic and social returns from proposed investment scenarios for pre-primary schooling in Uganda*. New Haven, CT: Edward Zigler Center in Child Development and Social Policy at Yale University.
- Behrman, J. R., H. Alderman, and J. Hoddinott. 2004. Hunger and malnutrition. In *Global crises, global solutions*, edited by B. Lomborg. Cambridge, UK: Cambridge University Press. Pp. 363-420.
- Bernal, R. Unpublished. *The aeioTU early education program longitudinal study in Colombia*.
- Bialystok, E., F. I. M. Craik, D. W. Green, and T. H. Gollan. 2009. Bilingual minds. *Psychological Science in the Public Interest* 10(3):89-129.
- Boivin, M. J., P. Bangirana, N. Nakasujja, C. F. Page, C. Shohet, D. Givon, P. S. Klein, J. K. Bass, and R. O. Opoka. 2013. A year-long caregiver training program to improve neurocognition in preschool Ugandan HIV-exposed children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 34(4):269-278.
- Bowlby, J. 1971. *Attachment and loss: Attachment*. Vol. 1. Harmondsworth, UK: Penguin.
- Burbano de Lara, C., D. Bundy, L. Drake, and A. Gelli. 2013. *State of school feeding worldwide 2013*. Rome, Italy: World Food Programme.
- Busman, R. A., C. F. Page, E. Oka, B. Giordani, and M. Boivin. 2013. Neuropsychology of children in Africa perspectives on risk and resilience. In *Neuropsychology of children in Africa*, edited by M. Boivin and B. Giordani. New York: Springer. Pp. 95-115.
- Case, A., C. Paxson, and J. Ableidinger. 2004. Orphans in Africa: Parental death, poverty, and school enrollment. *Demography* 41(3):483-508.
- Cattaneo, M. D., S. Galiani, P. J. Gertler, S. Martinez, and R. Titiunik. 2007. Housing, health and happiness. *American Economic Journal Economic Policy* 1(1):75-105.
- Centro Nacional de Consultoria. 2013. *Comunicados de prensa*. <http://www.centronacionaldeconsultoria.com> (accessed May 2014).
- Chandrasekhar, C. P., and J. Ghosh. 2003. The calorie consumption puzzle. *Hindu Business Line*, February 11, 2003.
- Christian, P., L. E. Murray-Kolb, and S. K. Khatri. 2010. Prenatal micronutrient supplementation and intellectual and motor function in early school-aged children in Nepal. *JAMA* 304(24):2716-2723.
- Cluver, L., M. Orkin, M. E. Boyes, L. Sherr, D. Makasi, and J. Nikelo. 2013. Pathways from parental AIDS to child psychological, educational and sexual risk: Developing an empirically-based interactive theoretical model. *Social Science and Medicine* 87:185-193.
- Cummins, J. 2000. *Language, power, and pedagogy: Bilingual children in the crossfire*. Clevedon, UK: Multilingual Matters.
- Deaton, A., and J. Drèze. 2009. Food and nutrition in India: Facts and interpretations. *Economic and Political Weekly* 44(7):42-65.
- Denboba, A., R. K. Sayre, Q. Wodon, L. Elder, L. Rawlings, and J. Lombard. 2014. *Stepping up early childhood development: Investing in young children for high returns* Washington, DC: World Bank.
- Devendra, A., A. Makawa, P. N. Kazembe, N. R. Calles, and H. Kuper. 2013. HIV and childhood disability: A case-controlled study at a paediatric antiretroviral therapy centre in Lilongwe, Malawi. *PLoS ONE* 8(12):1-9.
- Durkin, M. S., H. Schneider, V. S. Pathania, K. B. Nelson, G. C. Solarsh, N. Bellows, R. M. Scheffler, and K. J. Hofman. 2006. Learning and developmental disabilities. In *Disease control priorities in low- and middle-income countries*, 2nd ed., edited by D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, et al. New York: Oxford University Press and World Bank. Pp. 933-952.
- Durkin, M. S., N. Schupf, Z. A. Stein, and M. Susser. 2007. Mental retardation. In *Public health and preventive medicine*, 15th ed., edited by R. B. Wallace. Stamford, CT: Appleton & Lange. Pp. 1173-1184.

- Eloundou-Enyegue, P. M., and A. Rehman. 2009. Growing up global and equal?: Inequality trends among world children, 1980-2005. *Journal of Children and Poverty* 15(2):95-118.
- Eloundou-Enyegue, P. M., and D. Shapiro. 2005. *Buffering inequalities: The safety net of extended families in Cameroon*. Ithaca, NY: Cornell University.
- Engle, P. L., M. M. Black, J. R. Behrman, and M. Cabral de Mello. 2007. Child development in developing countries 3: Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet* 369(9557):229-242.
- Engle, P. L., L. C. H. Fernald, H. Alderman, J. Behrman, C. O'Gara, A. Yousafzai, M. Cabral de Mello, M. Hidrobo, N. Ulkuer, I. Ertem, and S. Iltus. 2011. Child development 2: Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *Lancet* 378(9799):1339-1353.
- Ezeilo, B. 1978. Validating Panga Munthu test and Porteus Maze test (wooden form) in Zambia. *International Journal of Psychology* 13(4):333-342.
- Fernald, L. C. H. 2007. Socio-economic status and body mass index in low-income Mexican adults. *Social Science and Medicine* 64(10):2030-2042.
- Fernald, L. C. H., and M. R. Gunnar. 2009. Poverty-alleviation program participation and salivary cortisol in very low-income children. *Social Science and Medicine* 68(12):2180-2189.
- Fernald, L. C., and M. Hidrobo. 2011. Effect of Ecuador's cash transfer program (Bono de Desarrollo Humano) on child development in infants and toddlers: A randomized effectiveness trial. *Social Science and Medicine* 72(9):1437-1446.
- Fernald, L. C., P. J. Gertler, and L. M. Neufeld. 2008. Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: An analysis of Mexico's Oportunidades. *Lancet* 371(9615):828-837.
- Fernald, L. C., P. J. Gertler, and L. M. Neufeld. 2009a. 10-year effect of Oportunidades, Mexico's conditional cash transfer programme, on child growth, cognition, language, and behaviour: A longitudinal follow-up study. *Lancet* 374(9706):1997-2005.
- Fernald, L. C., P. Kariger, P. Engle, and A. Raikes. 2009b. *Examining early child development in low income countries: A toolkit for the assessment of children in the first five years of life*. Washington, DC: World Bank.
- Fernald, L. C. H., M. Hidrobo, and P. Gertler. 2011. Policy approaches to helping children reach their developmental potential. In *Presentation for the forum on investing in young children globally*. Washington, DC.
- Fernald, L. C., P. Kariger, M. Hidrobo, and P. J. Gertler. 2012. Socioeconomic gradients in child development in very young children: Evidence from India, Indonesia, Peru, and Senegal. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 109(Suppl 2):17273-17280.
- Fisher, J., M. Cabral de Mello, V. Patel, A. Rahman, T. Tran, S. Holton, and W. Holmes. 2012. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization* 90:139-149.
- Flynn, J. R. 1999. Searching for justice: The discovery of IQ gains over time. *American Psychologist* 54(1):5.
- Gertler, P., J. Heckman, R. Pinto, A. Zanolli, C. Vermeersch, S. Walker, S. M. Chang, and S. Grantham-McGregor. 2013. *Labor market returns to early childhood stimulation: A 20-year followup to an experimental intervention in Jamaica*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Gragnotati, M., M. Shekar, M. Das Gupta, C. Bredenkamp, and Y. Lee. 2005. *India's undernourished children a call for reform and action: Health, nutrition, and population series*. Washington, DC: World Bank Group.
- Grand Challenges Canada. 2014. Grand Challenges Canada welcomes The Bill & Melinda Gates Foundation to Saving Brains initiative. Toronto, ON: Grand Challenges Canada.

- Grantham-McGregor, S., Y. B. Cheung, S. Cueto, P. Glewwe, L. Richter, and B. Strupp. 2007. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet* 369(9555):60-70.
- Halfon, N., A. Houtrow, K. Larson, and P. W. Newacheck. 2012. The changing landscape of disability in childhood. *Future of Children* 22(1):13-42.
- Heugh, K. 2000. *The case against bilingual and multilingual education in South Africa*. University of Cape Town, South Africa.
- Hoddinott, J., J. A. Maluccio, J. R. Behrman, R. Flores, and R. Martorell. 2008. Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults. *Lancet* 371(9610):411-416.
- Hoddinott, J., H. Alderman, J. R. Behrman, L. Haddad, and S. Horton. 2013. The economic rationale for investing in stunting reduction. *Maternal & Child Nutrition* 9:69-82.
- International Institute for Population Sciences, and Macro International. 2007. *National family health survey (NFHS-3), 2005-06*. Maharashtra, India: International Institute for Population Sciences.
- Isiugo-Abanihe, U. C. 1985. Child fosterage in West Africa. *Population and Development Review* 53-73.
- Kamau, J. W., W. Kuria, M. Mathai, L. Atwoli, and K. R. 2012. Psychiatric morbidity among HIV-infected children and adolescents in a resource-poor Kenyan urban community. *AIDS Care* 24(7):836-842.
- Kariger, P. 2014. Measuring contextual influences on early childhood development. In *Presentation for the forum on investing in young children globally*. Washington, DC.
- Kathuria, R., and R. Serpell. 1998. Standardization of the Panga Munthu test—A nonverbal cognitive test developed in Zambia. *Journal of Negro Education* 228-241.
- Keller, H., B. Lamm, M. Abels, R. Yovsi, J. Borke, H. Jensen, Z. Papaligoura, C. Holub, W. Lo, and A. J. Tomiyama. 2006. Cultural models, socialization goals, and parenting ethnotheories: A multicultural analysis. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 37(2):155-172.
- Khan, N. Z., H. Muslima, A. B. Shilpi, D. Begum, M. Parveen, N. Akter, S. Ferdous, K. Nahar, H. McConachie, and G. L. Darmstadt. 2013. Validation of rapid neurodevelopmental assessment for 2- to 5-year-old children in Bangladesh. *Pediatrics* 131(2):e486-e494.
- Le Doaré, K., R. Bland, and M. L. Newell. 2012. Neurodevelopment in children born to HIV-infected mothers by infection and treatment status. *Pediatrics* 130(5):e1326-e1344.
- Levin, C. E., and E. Brouwer. 2014. *Saving brains: Literature review of reproductive, neonatal, child and maternal health and nutrition interventions to mitigate basic risk factors to promote child development*. Seattle: University of Washington.
- Macours, K., N. Schady, and R. Vakis. 2012. Cash transfers, behavioral changes, and cognitive development in early childhood: Evidence from a randomized experiment. *American Economic Journal: Applied Economics* 4(2):247-273.
- Manley, J., S. Gitter, and V. Slavchevska. 2013. How effective are cash transfers at improving nutritional status?" *World Development* 48(August):133-155.
- McLanahan, S. 2004. Diverging destinies: How children are faring under the second demographic transition. *Demography* 41(4):607-627.
- Mehta, B. S. 2013. *Capturing the gains*. Working paper 2013/29. <http://www.capturingthegains.org/publications/workingpapers> (accessed June 24, 2014).
- Murray-Kolb, L. E., S. K. Khatri, J. Katz, B. A. Schaefer, P. M. Cole, S. C. LeClerq, M. E. Morgan, J. M. Tielsch, and P. Christian. 2012. Preschool micronutrient supplementation effects on intellectual and motor function in school-aged Nepalese children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 166(5):404-410.
- Naudeau, S., N. Kataoka, A. Valerio, M. J. Nueman, and L. K. Elder. 2011. Investing in young children: An early childhood development guide for policy dialogue and project preparation. Washington, DC: World Bank.

- Neuman, M. J., and A. E. Devercelli. 2013. What matters most for early childhood development. In *SABER Working paper series, No. 5*. Washington, DC: World Bank.
- NRC (National Research Council) and IOM (Institute of Medicine). 2000. *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*, edited by J. P. Shonkoff and D. A. Phillips. Washington, DC: National Academy Press.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights). 2014. Convention on the rights of the child: OHCHR. Geneva, Switzerland: United Nations.
- Oosterbeek, H., and J. Rosero. 2011. Trade-offs between different early childhood interventions: Evidence from Ecuador. *Tinbergen Institute Discussion Paper*.
- Ozer, E. J., L. C. Fernald, A. Weber, E. P. Flynn, and T. J. VanderWeele. 2011. Does alleviating poverty affect mothers' depressive symptoms? A quasi-experimental investigation of Mexico's Oportunidades programme. *International Journal of Epidemiology* 40(6):1565-1576.
- Ozer, E. J., L. C. H. Fernald, J. Manley, and P. J. Gertler. 2012. Conditional cash transfer programs: Effects on growth, health and development in young children. In *Oxford handbook of poverty and child development*, edited by V. K. R. B. Maholmes. New York: Oxford University Press.
- Parsons, C. E., K. S. Young, T. J. Rochat, M. L. Kringelbach, and A. Stein. 2011. Postnatal depression and its effects on child development: A review of evidence from low- and middle-income countries. *British Medical Bulletin* 101(1):57-79.
- Paxson, C., and N. Schady. 2010. Does money matter?: The effects of cash transfers on child development in rural Ecuador. *Economic, Developmental, and Cultural Change* 59(1): 187-229.
- Pianta, R., K. La Paro, and B. Hmare. 2007. Classroom assessment scoring system-class. Baltimore, MD: Brookes.
- Potterton, J., A. Stewart, P. Cooper, and P. Becker. 2010. The effect of a basic home stimulation programme on the development of young children infected with HIV. *Developmental Medicine & Child Neurology* 52(6):547-551.
- Rahman, A. 2013. Integrated approaches to global maternal and child mental health. Liverpool, UK: University of Liverpool.
- Rahman, A., A. Malik, S. Sikander, C. Roberts, and F. Creed. 2008. Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: A cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 372(9642):902-909.
- Rahman, A., J. Fisher, P. Bower, S. Luchters, T. Tran, M. T. Yasamy, S. Saxena, and W. Waheed. 2013a. Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization* 91:593-601.
- Rahman, A., P. J. Surkan, E. Claudina, C. E. Cayetano, P. Rwagatare, and K. E. Dickson. 2013b. Grand challenges: Integrating maternal mental health into maternal and child health programmes. *PLoS Medicine* 10(5):e1001442.
- Reynolds, A. J., and D. L. Robertson. 2003. School-based early intervention and later child maltreatment in the Chicago longitudinal study. *Child Development* 74(1):3-26.
- Reynolds, A. J., J. A. Temple, D. L. Robertson, and E. A. Mann. 2001. Long-term effects of an early childhood intervention on educational achievement and juvenile arrest: A 15-year follow-up of low-income children in public schools. *JAMA* 285(18):2339-2346.
- Sameroff, A. J., R. Seifer, A. Baldwin, and C. Baldwin. 1993. Stability of intelligence from preschool to adolescence: The influence of social and family risk factors. *Child Development* 64(1):80-97.
- Sayre, R. K., A. E. Devercelli, M. J. Neuman, and Q. Wodon. 2014. *Investing in early childhood development: Review of the World Bank's recent experience*. Washington, DC: World Bank.

- Schady, N., and M. C. Araujo. 2006. Cash transfers, conditions, school enrollment, and child work: Evidence from a randomized experiment in Ecuador. Washington, DC: World Bank.
- Schady, N., J. R. Behrman, M. C. Araujo, R. Azuero, R. Bernal, D. Bravo, F. Lopez-Boo, K. Macours, D. Marshall, and C. Paxson. 2014. *Wealth gradients in early childhood cognitive development in five Latin American countries*. Washington, DC: Inter-American Development Bank.
- Schwartz, C. R., and R. D. Mare. 2005. Trends in educational assortative marriage from 1940 to 2003. *Demography* 42(4):621-646.
- Serpell, R., P. Mumba, and T. Chansa-Kabali. 2011. Early educational foundations for the development of civic responsibility: An African experience. *New Directions for Child and Adolescent Development* 2011(134):77-93.
- Sherr, L. 2011. *Distinct disadvantage: A review of children under 8 and the HIV/AIDS epidemic*. Save the Children, Care, The Consultative Group on Early Childhood Care and Development, Child Fund, Centers for Disease Control and Prevention, Conrad N. Hilton Foundation.
- Sherr, L., N. Croome, K. Parra Castaneda, and K. Bradshaw. 2014. A systematic review of psychological functioning of children exposed to HIV: Using evidence to plan for tomorrow's HIV needs. *AIDS and Behavior* 1-16.
- SRCD (Society for Research in Child Development). 2013. *Social policy report brief: Ensuring that multilingual children benefit from best practices*. SRCD.
- Super, C. M., and S. Harkness. 1986. The developmental niche: A conceptualization at the interface of child and culture. *International Journal of Behavioral Development* 9(4):545-569.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization). 2010. *Arab states*. Paris, France: UNESCO.
- UNESCO. 2011. *The hidden crisis: Armed conflict and education*. Paris, France: UNESCO.
- UNESCO. 2014. *Teaching and learning: Achieving quality for all*. Paris, France: UNESCO.
- UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund). 2012a. *Child info: Monitoring the situation of children and women*. [http://www.childinfo.org/breastfeeding\\_status.html](http://www.childinfo.org/breastfeeding_status.html) (accessed April 30, 2014).
- UNICEF. 2012b. *The state of the world's children 2012*. In *Children in an urban world*. New York: UNICEF.
- UNICEF. 2013a. *APR progress report 2013*. New York: UNICEF.
- UNICEF. 2013b. *Children of Syria updates report: Syria mission underlies humanitarian needs*. New York: UNICEF.
- UNICEF India. 2011. *Exploring trends and patterns of nutritional status among children in India*. New Delhi, India: International Food Policy Research Institute, Asia Office.
- United Nations. 1989. *Convention on the rights of the child*. New York: United Nations.
- United Nations. 2006. *Convention on the rights of persons with disabilities*. New York: United Nations.
- United Nations. 2013. *The millennium development goals report 2013*. New York: United Nations.
- United Nations. 2014. *Treaty collection chapter IV: Human rights*. New York: United Nations.
- UNU-IHDP and UNEP (University of the United Nations International Human Dimension Programme and United Nations Environmental Programme). 2012. *Inclusive wealth report 2012*. In *Measuring progress toward sustainability*. Bonn, Germany: UNU-IHDP.
- Van, M. H., and F. Juffer. 2006. The Emanuel Miller memorial lecture 2006: Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47(12):1228-1245.

- Victora, C. G., L. Adair, C. Fall, P. C. Hallal, R. Martorell, L. Richter, and H. S. Sachdev. 2008. Maternal and child undernutrition: Consequences for adult health and human capital. *Lancet* 371(9609):340-357.
- Vogl, T. S. 2014. Height, skills, and labor market outcomes in Mexico. *Journal of Development Economics* 107:84-96.
- Wachs, T., and A. Rahman. 2012. The nature and impact of risk and protective influences on children's development in low income countries. In *Positive agenda for global development: Making research evidence useful for early childhood policies*, edited by P. Britto, P. Engle, and C. Super. Oxford, UK: Oxford Publishing.
- Walker, S. P., T. D. Wachs, J. M. Gardner, B. Lozoff, G. A. Wasserman, E. Pollitt, and J. A. Carter. 2007. Child development: Risk factors for adverse outcomes in developing countries. *Lancet* 369(9556):145-157.
- Walker, S. P., S. M. Chang, N. Younger, and S. M. Grantham-McGregor. 2010. The effect of psychosocial stimulation on cognition and behaviour at 6 years in a cohort of term, low-birthweight Jamaican children. *Developmental Medicine & Child Neurology* 52(7):e148-e154.
- Walker, S. P., S. M. Chang, M. Vera-Hernandez, and S. Grantham-McGregor. 2011a. Early childhood stimulation benefits adult competence and reduces violent behavior. *Pediatrics* 127(5):849-857.
- Walker, S. P., T. D. Wachs, S. Grantham-McGregor, M. M. Black, C. A. Nelson, S. L. Huffman, H. Baker-Henningham, S. M. Chang, J. D. Hamadani, B. Lozoff, J. M. M. Gardner, C. A. Powell, A. Rahman, and L. Richter. 2011b. Inequality in early childhood: Risk and protective factors for early child development. *Lancet* 378(9799):1325-1338.
- Wang, Y., M. Neuman, R. K. Sayre, A. Denboba, M. McLin, and Q. Wodon. 2014. Early childhood development for policymakers and practitioners Washington, DC: World Bank.
- WHO (World Health Organization). 2007. *International classification of functioning, disability and health: Children & youth version (ICF-CY)*. Geneva, Switzerland: WHO.
- WHO. 2012. *Children: Reducing mortality*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en> (accessed April 30, 2014).
- World Bank. 2010. *World Bank development indicators 2010*. Washington, DC: World Bank.
- World Bank. 2011. *Education sector strategy 2020*. Washington, DC: World Bank.
- World Bank. 2012. *World Bank development indicators 2012*. Washington, DC: World Bank.
- World Bank. 2014. *Resilience, equity, and opportunity: World Bank social protection and labor strategy*. Washington, DC: World Bank.
- Yousafzki, A. K., M. A. Rashhed, A. Rizvi, R. Armstrong, and Z. A. Bhutta. 2012. *The Pakistan early child development scale up trial*. Agha Khan University, UNICER ROSA, UNICEF Pakistan.
- Zafar, S., S. Sikander, Z. Haq, Z. Hill, R. Lingam, J. Skordis-Worrall, A. Hafeez, B. Kirkwood, and A. Rahman. 2014. Integrating maternal psychosocial well-being into a child development intervention: The five-pillars approach. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1308(1):107-117.



# Apéndice A

## Acrónimos

CI	Coficiente intelectual
CLASS	Sistema de Calificación para la Evaluación en el Aula
DHS	Encuestas de Demografía y Salud
DIT	Desarrollo infantil temprano
ECDI	Índice de desarrollo infantil temprano
ECRI	Indicadores de derechos de la primera infancia
EDI	Instrumento del desarrollo temprano
EFA	Educación para todos
EGMA	Evaluación de matemática preescolar
EGRA	Evaluación de lectura preescolar
GOBI	Control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización
GTA	Grupo de Trabajo Abierto
ICDSG	Grupo Directivo sobre el Desarrollo Infantil Internacional
INCAP	Instituto de Nutrición de América Central y Panamá
IOM	Instituto de Medicina
MICS	Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados
MISC	Intervención Mediacional para Sensibilizar a las Personas encargadas del cuidado
NRC	Consejo de Investigación Nacional

ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
OECD	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIB	Producto interno bruto
PRIDI	Programa Regional de Indicadores de Desarrollo Infantil
SABER	Enfoque Sistémico para lograr Mejores Resultados en Educación
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo Internacional de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

# Apéndice B

## Programa del taller

Día 1 – Jueves 17 de abril de 2014

SALA DE CONFERENCIAS

- 8:00            **DESAYUNO**
- 8:30            **Bienvenida, misión de iYCG, metas, objetivos, miembros del foro, patrocinadores, transmisión vía Internet**  
Zulfiqar Bhutta (copresidente, iYCG)
- 9:30            **Panel 1: La ciencia del “potencial de desarrollo”**
- Moderador:** Kofi Marfo, Universidad del Sur de Florida
- Oradores:**
- Michael Georgieff, Universidad de Minnesota
  - Maureen Durkin, Universidad de Wisconsin
  - Robert Serpell, Universidad de Zambia
- 10:15           **Preguntas y debate**
- 10:45           **RECESO (15 minutos)**

- 11:00 **Panel 2: ¿Cuál es el estado de los niños pequeños en el mundo y de las personas a cargo de su cuidado?**
- Moderador:** Andy Shih, Autism Speaks
- Oradores:**
- Donald Bundy, Banco Mundial
  - Parfait Eloundou-Enyegue, Universidad de Cornell
  - Mickey Chopra, UNICEF
  - Maysoun Chehab, UNESCO
- 12:00 **Preguntas y debate**
- 12:30 **ALMUERZO**
- 13:00 **Panel 3: ¿Qué medidas/indicadores existen para realizar un seguimiento del progreso hacia el apoyo del potencial de desarrollo infantil?**
- Moderador:** Joan Lombardi, Fundación Bernard van Leer
- Oradores:**
- Tarun Dua, Organización Mundial de la Salud
  - Abbie Raikes, UNESCO (vía WebEx)
  - Patricia Kariger, Universidad de California, Berkeley
  - Claudia Cappa, UNICEF
- 14:00 **Preguntas y debate**
- 14:30 **RECESO (15 minutos)**
- 14:45 **Panel 4: ¿Cuáles son las condiciones esenciales/ los apoyos para promover que los niños alcancen su potencial de desarrollo?**
- Moderador:** Chloe O’Gara, Fundación William y Flora Hewlett
- Oradores:**
- Atif Rahman, Universidad de Liverpool
  - Amina Abubakar, Universidad de Tilburg
  - Lia Fernald, Universidad de California, Berkeley
- 15:45 **Preguntas y debate**

- 16:15           **Resumen del panel 1 al 4**
- Kofi Marfo
  - Andy Shih
  - Joan Lombardi
  - Chloe O’Gara
- 16:45           **Comentarios de cierre y anticipo del día siguiente**  
Zulfiqar Bhutta, copresidente, iYCG
- 17:00           **Cierre del día**
- Día 2 – Viernes 18 de abril de 2014                      SALA DE CONFERENCIAS**
- 8:00            **DESAYUNO**
- 8:30            **Bienvenida y reflexiones del Día 1**  
Zulfiqar Bhutta y Ann Masten (copresidentes, iYCG)
- 8:45            **Discurso de apertura: Conectar el potencial del desarrollo infantil con el potencial del desarrollo de una nación**  
Peter Singer, Grand Challenges Canada
- 9:30            **Panel 5: Dadas las tendencias actuales entre múltiples dominios de salud y desarrollo infantil, incluido su entorno de cuidado, ¿cuáles son las consecuencias previstas para los niños del mundo? ¿Cómo se vincula esto al desarrollo mundial y las inversiones actuales?**
- Moderador:** Gillian Huebner, USAID
- Oradores:**
- Sunita Kishor, Encuestas de Demografía y Salud (DHS)
  - Paul Gertler, Universidad de California, Berkeley
  - Ramanan Laxminarayan, Centro para la dinámica de la enfermedad, economía y política
  - Norbert Schady, Banco Interamericano de Desarrollo
- 10:30            **Preguntas y debate**
- 11:00            **RECESO (15 minutos)**

11:15 **Panel 6: Utilización de los estudios de costo-beneficio existentes, ¿cuál se espera que sea el costo de la falta de acción (o de la acción) hacia la inversión en la infancia en el mundo?**

**Moderador:** Hirokazu Yoshikawa, Universidad de Nueva York

**Oradores:**

- Jere Behrman, Universidad de Pensilvania
- Ziba Vaghri, Universidad de Columbia Británica
- Constanza Alarcón, Presidencia de la República, Colombia
- Quentin Wodon, Banco Mundial

12:15 **Preguntas y debate**

12:45 **Resumen de los paneles 5 y 6**

- Gillian Huebner
- Hiro Yoshikawa

13:00 **ALMUERZO**

# Apéndice C

## Biografías de los participantes

**Dra. Amina Abubakar, Ph.D.**, estudió psicopedagogía en la Universidad Keniata en Kenia, antes de continuar sus estudios en Psicología Evolutiva Intercultural en la Universidad de Tilburg donde obtuvo su Ph.D. en 2008. Actualmente trabaja en el Instituto de Investigación Médica de Kenia/ Programa de Investigación de Wellcome Trust, en Kenia. También es académica invitada en la Universidad de Tilburg, Holanda y Universidad de Oxford, Reino Unido. Su investigación abarca tres áreas generales: examinar las secuelas de varias enfermedades infantiles, trastornos en el desarrollo neurológico, específicamente trastornos del espectro autista (TEA) e indicadores contextuales de salud mental entre adolescentes a través de los contextos culturales. Sus intereses principales se encuentran en el estudio de retrasos y discapacidades de desarrollo entre los niños expuestos a varios problemas de salud tales como HIV, desnutrición y malaria. Su centro de atención principal al respecto está puesto en el desarrollo de estrategias culturalmente apropiadas para identificar, controlar y rehabilitar niños en riesgo. Junto a sus colegas, la Dra. Abubakar ha sido fundamental en el desarrollo de varias medidas culturalmente apropiadas del desarrollo infantil actualmente en uso en casi 10 países africanos. También ha participado en varios proyectos dirigidos a examinar los factores de riesgo psicológicos (es decir, depresión materna, calidad del entorno del hogar y estado socioeconómico de los padres) que anticipan los resultados deficientes del desarrollo entre niños y adolescentes HIV positivo infectados verticalmente. Además, también está interesada en examinar la prevalencia y los factores de riesgo de los trastornos en el desarrollo neurológico, específicamente TEA, dentro del contexto africano. Como parte de su trabajo posdoctoral en psicología intercultural, ha completado recientemente un estudio que incluye más de 7000 adolescentes y jóvenes adultos de 24 países, donde investiga cómo varios factores contextuales (familiar, escolar, de pares y cultural) impactan sobre el bienestar (salud mental y formación de una identidad satisfactoria en la vida). La Dra. Abubakar ha dictado clases como invitada

y en talleres, centrándose principalmente en métodos de investigación interculturales en varios países, incluidos Camerún, Alemania, Indonesia, Kenia, Holanda, Nueva Zelanda, Sudáfrica y España. Ha sido coautora en varios artículos de periódicos y capítulos de libros revisados por colegas.

**Dra. Constanza Alarcón**, es psicóloga en la Universidad Nacional de Colombia y tiene un título en Educación Especial y Atención Social e Integral en Salud Mental. También recibió su M.A. en Desarrollo Social y Educativo y recibió un certificado de Educación en la Primera Infancia en el Centro Internacional de Capacitación Golda Meir Mount Carmel de Israel.

La Dra. Alarcón actualmente trabaja en la Presidencia de la República de Colombia en la Alta Consejería Presidencial para los Programas Especiales como coordinadora nacional de la Comisión Intersectorial de Primera Infancia. Actuó como subdirectora del Departamento de Atención a la Infancia de la Secretaría Distrital de Integración Social y trabajó como consultora en asuntos de cooperación y fortalecimiento de organizaciones sociales de la Alcaldía Mayor de Bogotá. En el campo académico, ha sido Decana de facultades de educación además de profesora de niveles de pregrado y grado para un número de universidades en Colombia. Durante más de 15 años, ha trabajado en capacitación docente para la educación infantil. La Dra. Alarcón también ha coordinado programas de protección, adopción y atención para poblaciones con discapacidades.

**Dr. Jere R. Behrman, Ph.D.**, es profesor de Economía y Sociología, W.R. Kenan, e investigador asociado del Centro de Estudios de Población en la Universidad de Pensilvania. Su investigación se encuentra en las áreas de microeconomía, desarrollo económico, desarrollo infantil temprano, economía del trabajo, recursos humanos (educación, capacitación, salud, nutrición), demografía económica, conductas dentro del ámbito del hogar, relaciones del ciclo vital e intergeneracionales, y evaluación de políticas. Ha publicado más de 370 artículos profesionales (principalmente en periódicos económicos generales y específicos líderes en su ámbito, también en de periódicos demográficos, sociológicos, nutricionales y biomédicos líderes en su ámbito) y 34 libros. Ha sido consultor investigador con numerosas organizaciones internacionales, ha estado involucrado en la investigación profesional y en la presentación de conferencias en más de 40 países, ha sido investigador principal (PI) en más de 75 proyectos de investigación y recibió varios honores por su investigación, incluida su admisión como Miembro de la Sociedad Econométrica, Miembro Fulbright en su 40 aniversario, Premio bienal Carlos Diaz-Alejandro 2008 por sus contribuciones destacadas a la investigación en Latinoamérica, Doctor Honoris Causa 2011 de la Universidad de Chile y miembro del Consejo Asesor de los Institutos Nacionales de Salud y Desarrollo Infantil (NICHD) de EE. UU. Actualmente es investigador principal en la

Fundación Bill & Melinda Gates, becario en Grand Challenges Canada e investigador en dos proyectos de los NICHD que estudian el desarrollo infantil temprano.

**Dr. Zulfiqar A. Bhutta, MBBS, FRCPCH, FAAP, Ph.D.**, es el presidente inaugural, Robert Harding, en Salud Infantil Mundial en el Hospital para Niños Enfermos, Toronto, codirector del centro de Niños Enfermos para Salud Infantil Mundial y director fundador del Centro de Excelencia en Salud de la Mujer y el Niño, en la Universidad de Aga Khan, designaciones combinadas únicas. También tiene cátedras adjuntas en las Facultades de Salud Pública en Johns Hopkins (Baltimore), Universidad Tufts (Boston), Universidad de Alberta y la Facultad de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Es profesor nacional distinguido designado del Gobierno de Pakistán, y fue presidente fundador del Comité Nacional de Ética en la Investigación del Gobierno de Pakistán de 2002 a 2014. Los intereses de investigación del Dr. Bhutta incluyen supervivencia infantil y neonatal, hiponutrición materna e infantil y deficiencias de micronutrientes. El Dr. Bhutta es uno de los siete miembros del Grupo de Examen de Expertos Independientes (iERG) establecido por la Secretaría General de la ONU en septiembre de 2011 para controlar el progreso mundial del Objetivo de Desarrollo del Milenio en salud materna e infantil. Representa a las organizaciones mundiales académicas y de investigación en la Junta de la Alianza Global para Vacunas e Inmunización (GAVI), es copresidente del comité de supervisión de salud materna e infantil de la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental (EMRO) de la OMS además del Grupo Directivo Mundial de la Cuenta Regresiva 2015. Actuó como miembro del Comité Consultivo Global de Investigaciones en Salud de la OMS, la Junta del Niño y la Iniciativa de Nutrición del Foro Mundial para la Investigación Sanitaria, y fue miembro fundador de la Alianza Mundial para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (PMNCH). Actuó en varias juntas editoriales internacionales. Actualmente, el Dr. Bhutta es miembro del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico para Vacunación (SAGE) de la OMS, Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico para Investigación sobre Vacunación, Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico para la Investigación Sanitaria de la OMS, la EMRO, y copresidente de su cúspide, el Comité Regional para la Salud Materna e Infantil. Ha ganado varios premios, incluido el Premio a la Investigación de la Universidad Aga Khan (2005), miembro del Cuerpo Docente Distinguido (2012) y el Premio a la Salud Familiar de la OMS (2014). El profesor Bhutta recibió su Ph.D. del Instituto Karolinska, Suecia, y es miembro del Real Colegio de Pediatría y Salud Infantil, de la Academia Estadounidense de Pediatría y de la Academia Pakistání de Ciencia.

**Dr. Donald A. P. Bundy, Ph.D.**, es experto en salud, nutrición y población en la región de África del Banco Mundial y actúa como coordinador del Programa Africano de Lucha contra la Oncocercosis (APOC). Antes de unirse al Banco Mundial, fue profesor de epidemiología en la Universidad de Oxford y actualmente es profesor invitado en la Universidad George Washington, la Escuela Imperial (Londres), y la Facultad de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Trabajó en el campo de la salud y el desarrollo infantil internacional durante 30 años y fue fundador de la Asociación para el Desarrollo Infantil, organización de la sociedad civil que promueve la salud y la educación en más de 50 países. Es editor de *Disease Control Priorities*, Tercera Edición, y también es editor jefe del Volumen 3 sobre Desarrollo Infantil y Adolescente. Ha sido autor de más de 350 publicaciones, incluidos 3 libros que han sido éxito de venta, y ha sido premiado dos veces con el prestigioso Águila Real del Consejo sobre Acontecimientos Internacionales no Teatrales (CINE) por su trabajo en la filmación de documentales, lo cual incluye la premiada serie de PBS *Behind the Crisis*.

**Dra. Claudia Cappa, Ph.D.**, actualmente trabaja como Especialista en Estadística en la Sección de Datos y Análisis, División de Políticas y Prácticas, en las oficinas centrales de UNICEF. Es el punto focal de la recopilación de datos, el análisis de datos y el trabajo metodológico sobre desarrollo infantil temprano, la discapacidad infantil y protección infantil contra la violencia, la explotación y el abuso. El respaldo para estas actividades incluye la elaboración de cuestionarios de encuestas y herramientas de recopilación de datos, análisis de datos, producción de informes, además del envío y la difusión de los resultados finales. En este aspecto, ha sido responsable de la preparación de un número de publicaciones impulsadas por los datos, incluidos los informes recientes de UNICEF sobre registro de nacimiento (*Every Child's Birth Right: Inequities and Trends in Birth Registration*) y sobre mutilación genital femenina (*Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Overview and Exploration of the Dynamics of Change*). Antes de unirse a UNICEF, trabajó en la Universidad de Ginebra y en el Instituto de Estudios Sociales de la Organización Internacional del Trabajo. La Dra. Cappa tiene una M.A. y un Ph.D. en Estudios del Desarrollo del Instituto Universitario de Estudios Internacionales y del Desarrollo, Suiza.

**Maysoun Chehab** es especialista en educación y líder mundial para la infancia. Tiene una M.Ed. en Educación Especial y una B.A. en Asesoría Infantil y Familiar de la Universidad de Michigan y está certificada como Especialista de Inclusión. Chehab es consultora del Programa de Educación Básica de la UNESCO, Oficina Regional de Beirut y coordinadora regional de Líderes Mundiales en los Estados Árabes. En 2014 se unió a la Red Internacional para la Educación en Situaciones de Emergencia como

facilitadora lingüística de la comunidad árabe. Maysoun ha desarrollado y gestionado programas de educación en muchos países, incluidos Egipto, Iraq, Jordania, Líbano, Sudán, Siria, Túnez y Yemen. Su interés profesional se encuentra principalmente en la planificación de programas y políticas y en la defensa de una educación de calidad.

**Dr. Mickey Chopra, Ph.D.**, asumió su actual puesto como jefe de Salud y director adjunto de programas en las oficinas centrales de UNICEF en Nueva York en agosto de 2009, conduciendo el trabajo de la agencia en salud materna, neonatal e infantil, inmunización, HIV/AIDS pediátrico y fortalecimiento, políticas e investigación de los sistemas sanitarios. Antes de su nombramiento en UNICEF, el Dr. Chopra era director del Grupo de Investigación de los Sistemas Sanitarios del Consejo de Investigaciones Médicas de Sudáfrica.

El Dr. Chopra está calificado como doctor en medicina además de tener un título en sociología médica de la Universidad de Southampton en Inglaterra. Luego de finalizar su residencia, trabajó como funcionario médico de distrito en el distrito sanitario rural de Hlabisa, Sudáfrica. Durante ese período, se centró particularmente en programas de salud infantil y nutrición y recibió su Diploma en Salud Infantil.

Luego de recibir una M.A. en salud pública (salud primaria en los países en desarrollo) en la Facultad de Higiene y Medicina Tropical de Londres en 1997, se unió al emergente Colegio de Salud Pública de la Universidad del Cabo Occidental en Sudáfrica. En 2008 obtuvo su Ph.D. de la Facultad de Medicina, Universidad de Upsala en Suecia.

El Dr. Chopra ha publicado más de 120 artículos revisados por colegas internacionales y contribuyó a un gran número de capítulos de libros dedicados a la salud y nutrición infantil internacional.

**Dra. Tarun Dua, Ph.D.**, actualmente es directora médica en la OMS, contribuyendo a muchos de los trabajos del departamento en el área de trastornos neurológicos. Fue gerente de proyectos para muchas de las publicaciones clave del departamento, tales como *mhGAP Intervention Guide for Management of Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Settings* (incluidos los trastornos de desarrollo y conducta). Se centró en el desarrollo de guías mhGAP sobre trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias y guías para el manejo de convulsiones neonatales mediante el uso de la metodología GRADE. También es editora del volumen de trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias de la última edición de *Disease Control Priorities in Developing Countries*, actualmente en elaboración para su publicación en 2015.

Luego de completar su capacitación de posgrado y su residencia, la Dra. Dua trabajó como oficial principal de investigación en el Instituto All India de Ciencias Médicas, India, donde fue una de las editoras para

una revista de informes editados e inéditos de programas relacionados con la salud neonatal e infantil en India. Durante su permanencia como investigadora principal asociada en Neurología Infantil en el Instituto All India de Ciencias Médicas, Nueva Dheli; estableció la Clínica para el Desarrollo Infantil y estuvo involucrada con el funcionamiento de la Clínica Neurológica y la Clínica Neuromuscular. La Dr. Dua organizó la Reunión del Grupo de Expertos de la Asociación Sudasiática para la Cooperación Regional (SAARC) para la Reducción de la Morbilidad Neurológica Infantil en India. Fue una de las editoras para el *Training Module for Childhood Neurological Disorders*, que circuló ampliamente en la región de SAARC. Trabajó como profesora titular en la Universidad de Delhi, India, desde 2001 hasta 2004. La Dra. Dua también fue responsable por el trabajo y la investigación clínicos además de enseñar a estudiantes de pregrado y posgrado en pediatría con el enfoque especial en neurología infantil. Completó un proyecto de investigación para establecer normas de reflejo plantar en bebés indios. Fue supervisora de la beca de investigación del Consejo Indio de Investigación Médica para el proyecto titulado "Etiología de Convulsiones Neonatales en un Centro de Cuidado de Salud Terciaria". Además, fue coinvestigadora en una prueba de suplementos de múltiples micronutrientes para embarazadas desnutridas para ver el efecto sobre el peso al nacer y el resultado neonatal temprano.

**Dra. Maureen Durkin, Ph.D., Dr.P.H., M.P.H.**, es Profesora de Ciencias de la Salud Poblacional y Pediatría e investigadora del Centro Waisman de la Universidad de Wisconsin–Madison. También es vicepresidente del departamento y directora del programa de posgrado en ciencias de la salud poblacional. La Dr. Durkin recibió su título de grado y su Ph.D. en antropología de la Universidad de Wisconsin–Madison y sus títulos como M.P.H. y Dr.P.H. de la Universidad de Columbia. Sus intereses investigativos incluyen la epidemiología, prevención, antecedentes y consecuencias de las discapacidades del desarrollo neurológico y lesiones en la infancia, mundialmente y dentro de los Estados Unidos. Ha colaborado en el desarrollo de métodos interculturales para realizar pruebas para detectar discapacidades del desarrollo y métodos de control de lesiones en la infancia y ha dirigido estudios internacionales del predominio y las causas de las discapacidades en el desarrollo neurológico en países de bajos ingresos. También ha dirigido un estudio de cohorte de resultados neuropsicológicos de lesiones cerebrales neonatales asociadas con el nacimiento prematuro y con trastornos metabólicos detectados en el chequeo de recién nacidos y actualmente es la principal investigadora del Sistema de Vigilancia del Autismo y Otras Discapacidades en el Desarrollo de Wisconsin.

**Dr. Parfait Eloundou-Enyegue, Ph.D.**, es profesor de Sociología del Desarrollo, Universidad de Cornell. Sus áreas de interés investigativo

abarcen cuestiones amplias relacionadas con los niños, la escolaridad, la desigualdad y el desarrollo africano, incluidas las transiciones contemporáneas en los sistemas de educación y la familia y el rol del cambio poblacional en estas transformaciones. Está interesado en los estudios de micronivel y los análisis de macronivel de los impactos del cambio de entorno familiar sobre el desarrollo de los niños africanos. Ha publicado un trabajo científico sobre estos temas y actualmente conduce un panel internacional de investigadores que estudian las consecuencias del cambio demográfico contemporáneo en África subsahariana. Es editor asociado de *Demographic Research*, y es miembro de la Junta Directiva de la Oficina de Referencia Poblacional, el Instituto Guttmacher, la Asociación Americana de Población y la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población.

**Dra. Lia Fernald, Ph.D., MBA**, es profesora adjunta en Salud Comunitaria y Desarrollo Humano de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de California, Berkeley. El trabajo de la Dra. Fernald se ha centrado principalmente en cómo las desigualdades en la posición socioeconómica contribuyen a los resultados del crecimiento y desarrollo en madres, recién nacidos y niños, y en cómo las intervenciones pueden abordar las disparidades socioeconómicas y de la salud. Gran parte de su trabajo durante la última década se ha centrado en estudiar los efectos de las intervenciones (p. ej. programas de transferencia monetaria condicionada, programas para los padres, e intervenciones de nutrición comunitarias) sobre el desarrollo infantil y la salud mental materna, centrándose especialmente en países de bajos y medianos ingresos. La Dra. Fernald ha publicado más de 70 artículos académicos y capítulos de libros en revistas tales como *Lancet*, *Pediatrics*, *International Journal of Epidemiology*, *Journal of Health Economics*, *Social Science and Medicine*, *American Journal of Public Health*, y *Developmental Science*; también actúa como editora asociada de *Public Health Nutrition*.

**Michael Georgieff, M.D.**, es un experto reconocido internacionalmente en factores de riesgo nutricionales fetales y neonatales para el desarrollo cerebral. Su carrera en esta área abarca más de 25 años e incluye investigaciones de las funciones de la memoria en humanos y en modelos de roedores. Sus enfoques científicos varían de modelos de ratones de inactivación de genes al comportamiento humano. Recibió su Licenciatura en Psicología en la Universidad de Yale en 1975 y su título en medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington en San Luis. Realizó su trabajo posdoctoral en la Universidad de Pensilvania y el Hospital de Infantil de Filadelfia. Se unió al cuerpo docente de Pediatría de la Universidad de Minnesota en 1985 y al Instituto de Desarrollo Infantil en 1997. Actualmente es profesor de Pediatría de Land Grant Martin Lenz Harrison, jefe de la Sección de Neonatología y Vicepresidente

del Departamento de Pediatría. Es cofundador y dirige el Centro de Desarrollo Neuroconductual de la Universidad de Minnesota, un centro de investigación interdisciplinaria con 40 miembros de cuerpos docentes de 11 departamentos y 5 escuelas. Actúa como consultor para la Rama de Nutrición Pediátrica del NICHD. Ha publicado más de 160 artículos de investigación y ha tenido un financiamiento continuo de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) durante 20 años.

**Dr. Paul Gertler, Ph.D.**, es profesor de la Fundación Li Ka Shing en la Universidad de California, Berkeley, donde ocupa cargos en la Facultad de Negocios Haas y la Facultad de Salud Pública. El Dr. Gertler fue economista principal de la Red de Desarrollo Humano del Banco Mundial de 2004 a 2007 y Presidente Fundador de la Junta Directiva de la Iniciativa Internacional sobre la Evaluación de Impacto (3ie) de 2009 a 2012. Recibió su Ph.D. de la Universidad de Wisconsin y ha tenido puestos en los cuerpos docentes en la Universidad de Harvard y RAND. Se le otorgó el Premio Kenneth Arrow en economía de la salud en 1996, un Premio de Liderazgo por parte de los NIH en 1998, una Medalla de Investigación en Desarrollo Económico por la Red de Desarrollo Global en 2002 y la Medalla Juan José Bobadilla para la Salud Mundial en 2013. Ha sido IP de un gran número de evaluaciones de impacto, incluido el programa de transferencias monetarias condicionadas (CCT) PROGRESA/OPORTUNIDADES de México, el esquema del Pago para el Desempeño del Cuidado de la Salud de Ruanda y el Plan Nacer de Argentina. Ha publicado ampliamente en revistas científicas y de políticas sobre el desarrollo infantil temprano, educación, salud, HIV/AIDS, energía y cambio climático, vivienda, capacitación laboral, reducción de la pobreza, mercados laborales y agua potable e higiene.

**Gillian Huebner** es asesora principal para el Desarrollo y la Protección Infantil del Centro de Excelencia para Niños en Adversidad de la USAID. Trabajó con un equipo interagencia para desarrollar y coordinar la implementación del Plan de Acción sobre Niños en Adversidad del Gobierno de EE. UU. el cual fue lanzado desde la Casa Blanca en diciembre de 2012. El enfoque global y unánime a nivel gubernamental para niños del gobierno de EE. UU. es exigido por la Ley de Aplicación General 109-95: Ley de asistencia a huérfanos y otros niños vulnerables en países en desarrollo del 2005. Su experiencia previa incluye trabajo en las Naciones Unidas además de trabajo en organizaciones no gubernamentales e instituciones académicas en seis países de África, la antigua Unión Soviética, Europa occidental y los Estados Unidos. Actuó como funcionaria de asuntos humanitarios de la ONU en Angola durante los últimos 3 años de la guerra civil y ha diseñado programas de resolución de conflictos y derechos del niño con Search for Common Ground y Save the Children. La Sra. Huebner ha dictado cursos en

investigaciones de campo y comunicación intercultural con la Escuela de Capacitación Internacional de World Learning en Rusia y ha estado involucrada en un grupo de trabajo sobre apoyo psicosocial en escenarios de crisis. Recibió su B.A. del Bard College y una maestría en ciencias sociales de la Universidad de Ámsterdam.

**Dra. Patricia Kariger, Ph.D.**, es consultora independiente e investigadora en la Universidad de California, Berkeley, con más de 15 años de experiencia en la medición del desarrollo infantil temprano en el contexto de grandes estudios sobre salud, nutrición y preescolar. Como parte de un equipo de la Universidad de Cornell/UNICEF, ayudó a realizar una medición breve, a nivel encuesta, de factores domésticos importantes para el desarrollo infantil (ahora parte de las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados). Tiene experiencia en la adecuación de medidas de desarrollo temprano y de entornos domésticos para su utilización en Latinoamérica, Asia y África. La Dra. Kariger ha trabajado como consultora con el Banco Mundial, la USAID, la Fundación Aga Khan, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Alianza Global para una Nutrición Mejorada y Acción contra el Hambre. Tiene un Ph.D. en Desarrollo Humano de la Universidad de California, Davis.

**Dra. Sunita Kishor, Ph.D.**, es directora del Programa DHS, el programa representativo destacado nacionalmente de encuestas domésticas para países en desarrollo desde 1984. Además de otros indicadores demográficos y de salud, el programa fundado por la USAID también recopila información sobre salud, nutrición y bienestar infantil. La Dra. Kishor tiene experiencia en el desarrollo de cuestionarios y en la implementación de encuestas. Fue codirectora de las DHS en India, las mayores encuestas de todas las DHS. También es una famosa especialista en cuestiones de género con más de dos décadas de experiencia en la conducción de investigaciones sobre la interrelación entre género y salud en los países en desarrollo. La Dra. Kishor ha trabajado para el Programa DHS desde 1993 y ha apoyado el desarrollo de módulos especiales sobre violencia de género y la condición de las mujeres.

**Dr. Ramanan Laxminarayan, Ph.D.**, es vicepresidente de investigaciones y políticas en la Fundación de Salud Pública de India. Es economista y epidemiólogo de formación. Su trabajo de investigación se ocupa de la integración de modelos epidemiológicos de enfermedades infecciosas y resistencia farmacológica en el análisis económico de los problemas de la salud pública. Mediante su trabajo sobre el proyecto *Extending the Cure* en los Estados Unidos y la Alianza Mundial Contra la Resistencia a los Antibióticos, ha trabajado para mejorar la comprensión de la resistencia antibiótica como un problema de administrar un recurso mundial compartido. Ha trabajado ampliamente en la OMS, el Banco Mundial y

otras organizaciones internacionales evaluando la política de tratamiento de la malaria, las estrategias de vacunación, la carga económica de la tuberculosis y el control de enfermedades no transmisibles. El Dr. Laxminarayan es editor de *Disease Control Priorities for Developing Countries*, 3.<sup>a</sup> edición. Ha formado parte de un número de comités asesores en la OMS, Centro para el Control y Prevención de Enfermedades y la Academia Nacional de Ciencias/IOM de EE. UU. En 2003–2004, actuó en el Comité del IOM sobre la Economía de las drogas antipalúdicas y a continuación ayudó a crear el Servicio de Medicamentos Asequibles contra la malaria, un mecanismo de financiamiento novedoso para los antipalúdicos. Fue coautor y editor de 5 libros, y publicó más de 80 artículos en revistas revisados por colegas. El Dr. Laxminarayan también dirige el Centro para la dinámica de la enfermedad, economía y política en Washington DC, y es investigador académico y profesor en la Universidad de Princeton.

**Dra. Joan Lombardi, Ph.D.**, experta internacional en desarrollo infantil y políticas sociales. Actualmente actúa como asesora principal del Fondo Buffett para la Primera Infancia sobre iniciativas nacionales y de la Fundación Bernard van Leer sobre estrategias mundiales de desarrollo infantil. También dirige Early Opportunities, LLC, centrándose en la innovación, las políticas y filantropía. Durante los últimos 40 años, la Dra. Lombardi ha realizado contribuciones significativas en las áreas de políticas infantiles y familiares como líder innovadora y asesora de políticas para organizaciones y fundaciones nacionales e internacionales y como funcionaria pública. Actuó en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. como primera subsecretaria auxiliar para el Desarrollo Infantil Temprano (2009-2011) en la gestión de Obama y como subsecretaria auxiliar para políticas y asuntos externos en Administración para Niños y Familias y primera oficial del Buró de Cuidado Infantil entre otras posiciones (1993–1998) durante la gestión de Clinton. Fuera de la función pública, fue presidente fundadora de la Alianza de la Política del Nacimiento hasta los Cinco Años (ahora Alianza para el Éxito Temprano) y como fundadora de Global Leaders for Young Children. Actualmente es miembro del Consejo de Administración de Save the Children y del Directorio para la Colaboración para el Aprendizaje Académico, Social y Emocional.

**Dr. Kofi Marfo, Ph.D.**, es profesor de Psicopedagogía en la Universidad del Sur de Florida, Tampa, y recientemente designado Director del Instituto para el Desarrollo Humano de la Universidad de Aga Khan (Pakistán-África Oriental, efectivo en junio de 2014). Fue director fundador del Centro para la Investigación sobre el Desarrollo y Aprendizaje Infantil en la Universidad del Sur de Florida de 2000 a 2007. Con intereses actuales en ciencia del desarrollo e intervenciones en la infancia, el avance de una ciencia mundial del desarrollo humano y asuntos filosóficos

en ciencias del comportamiento e investigaciones en educación, ha publicado ampliamente en las áreas de desarrollo infantil temprano, eficacia de la intervención temprana, interacción padre-hijo, desarrollo del comportamiento en niños adoptados de China y discapacidad infantil en países de bajos y medianos ingresos. Su erudición ha sido citada en varias disciplinas en más de 180 revistas diferentes en todo el mundo. Es colíder de una iniciativa para apoyar el fortalecimiento de la capacidad de investigación en el desarrollo infantil en África y es comediador de los Profesores africanos en la serie de talleres sobre el desarrollo infantil temprano/infantil. Es miembro de la Sociedad para la Investigación del Desarrollo Infantil, la Sociedad Internacional para el Estudio del Desarrollo del Comportamiento y la Asociación Americana de Investigación Educativa. Fue miembro de la Academia Nacional de Educación Spencer de EE. UU., miembro del programa de liderazgo de mitad de carrera de cero a tres de Irving B. Harris, y más recientemente miembro local del Centro de Estudios Avanzados en Ciencias del Comportamiento en la Universidad de Standford. Durante 4 años, fue miembro del subcomité de biocomportamiento y ciencias del comportamiento del NICHD. Es miembro del Consejo de Gobierno de la Sociedad de Investigación en Desarrollo Infantil y actúa en un Comité Asesor de ELMA Philanthropies, EE. UU. Se graduó de la Universidad de Alberta, Canadá (M.E. y Ph.D.) y la Universidad de Cape Coast, Ghana (B.Ed., Honors).

**Dra. Ann S. Masten, Ph.D., LP**, profesora de Desarrollo Infantil, Irving B. Harris, y profesora catedrática distinguida de McKnight en el Instituto de Desarrollo Infantil en la Universidad de Minnesota. Completó su capacitación doctoral en psicología clínica en la Universidad de Minnesota y realizó una residencia en la Universidad de California, Los Ángeles. En 1986, se unió al cuerpo docente del Instituto de Desarrollo Infantil de la Universidad de Minnesota, donde fue presidente del departamento de 1999 a 2005. La investigación de la Dra. Masten se centra en comprender los procesos que promueven las competencias y previenen problemas en el desarrollo humano, con la atención puesta sobre los procesos y las vías adaptativos, las tareas de desarrollo y la repercusión, y las resiliencias en el contexto de alto riesgo acumulado, la adversidad y el trauma. Dirige los estudios *Project Competence* de riesgo y resiliencia, incluidos estudios de poblaciones normativas y gente joven de alto riesgo expuesta a guerras, desastres naturales, pobreza, desamparo y migración. El fin último de su investigación es informar acerca de las ciencias, prácticas y políticas que aspiran a promover un desarrollo positivo y un mejor futuro para los niños y las familias cuyas vidas se encuentran amenazadas por la adversidad. La Dra. Masten actualmente es miembro de la Junta sobre Niños, Jóvenes y Familias (BCYF) y el Comité Nacional de Psicología de EE. UU. de IOM/Academias Nacionales, y previamente fue miembro del

Comité del BCYF sobre el Impacto de la Movilidad y el Cambio en las Vidas de Niños Pequeños, en las Escuelas y los Vecindarios, y el comité de planificación sobre la Inversión en la infancia en el mundo. También fue presidente de la Sociedad para la Investigación en Desarrollo Infantil y presidente de la División 7 (Desarrollo) de la Asociación Americana de Psicología (APA). Es destinataria 2014 del Premio Urie Bronfenbrenner para las Contribuciones de por vida para la Psicología Evolutiva a Servicio de la Ciencia y Sociedad de APA. La Dra. Masten ha publicado y presentado extensamente sobre los temas de riesgo y resiliencia en el desarrollo humano. Su libro *Ordinary Magic: Resilience in Children* se publicará en 2014 por Guilford Press.

**Dra. Chloe O’Gara, Ph.D.**, es funcionaria de programa en el Programa de Desarrollo Mundial y Población en la Fundación William and Flora Hewlett, responsable de las becas de la Fundación para reforzar el Fortalecimiento Económico de las Mujeres. La carpeta incluye un énfasis en las personas encargadas del cuidado, remuneradas y no remuneradas, y los impactos que tiene el cuidado infantil en la vida de mujeres y niños. Antes de unirse a la Fundación, la Dra. O’Gara actuó como vicepresidenta asociada para la educación y el desarrollo en Save the Children International, donde era responsable de programas, defensa e inversiones para mejorar la educación básica y el desarrollo humano de niños marginados de todo el mundo.

**Dr. Atif Rahman, Ph.D.**, es profesor de psiquiatría infantil en la Universidad de Liverpool y preside la unidad académica de salud mental infantil en el Hospital de Niños Alder Hey en Liverpool. Es profesor invitado en el Instituto de Psiquiatría, Rawalpindi, Pakistán y director honorario de la ONG de Investigación, la Fundación para la Investigación del Desarrollo Humano, Pakistán. El Dr. Rahman conduce el grupo de investigación Salud Mental Mundial en el Instituto de Psicología, Salud y Sociedad en la Universidad de Liverpool. La investigación del Dr. Rahman, financiada a través de sucesivas membrecías de la Fundación Wellcome Trust, se ha centrado en la epidemiología de la salud mental materna, el impacto de la depresión materna sobre la salud y el desarrollo infantiles, e intervenciones psicosociales comunitarias para la salud mental materna e infantil en escenarios de bajos ingresos. Conduce actualmente tres pruebas de múltiples sitios en el Sur de Asia que se centran en la prestación integrada de las intervenciones de salud mental a través de legos. Es IP con Vikram Patel, del Centro Sudasiático para Investigación, Defensa y Educación en Salud Mental, un programa de 5 años financiado por los Institutos Nacionales de Salud (NIH) en los Estados Unidos. Divide su tiempo entre el Reino Unido y el sur de Asia, donde se basa la mayor parte de su investigación.

**Dra. Abbie Raikes, Ph.D.**, es especialista del programa en el cuidado y la educación de la primera infancia en UNESCO, París. Antes de unirse a la UNESCO, la Dra. Raikes fue funcionaria principal de planificación y mejora en la Fundación Bill & Melinda Gates en Seattle, Washington, donde su trabajo se centraba en el desarrollo y la medición de estrategias en la salud y educación mundial, incluida infancia temprana. Los antecedentes de la Dra. Raikes en primera infancia son amplios y abarcan programas de primera infancia, investigación y política. Su experiencia incluye posiciones como evaluadora de mejoras de calidad para los programas de primera infancia, visitadora a domicilio para bebés y niños pequeños, y varios años en investigación y enseñanza universitarias. Tiene un Ph.D. en psicología evolutiva y una maestría en población y salud familiar.

**Dr. Norbert Schady, Ph.D.**, es asesor económico principal para el Sector Social en el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Tiene un pregrado de la Universidad de Yale y un Ph.D. de la Universidad de Princeton. Además del BID, el Dr. Schady ha trabajado en el Banco Mundial y en UNICEF y ha sido profesor en las universidades de Georgetown y Princeton. Sus áreas principales de investigación incluyen el desarrollo infantil temprano, los programas de transferencias monetarias y el impacto de crisis económicas sobre la acumulación de capital humano. El Dr. Schady ha publicado dos libros y más de 25 artículos en revistas académicas en economía, ciencias políticas y salud y tiene amplia experiencia asesorando a gobiernos en Latinoamérica, Europa, Asia y África.

**Dr. Robert Serpell, Ph.D.**, ha pasado la mayor parte de su vida adulta en Zambia. Nacido y criado en Inglaterra, en 1965 se graduó de Oxford y se unió al personal fundador de la Universidad de Zambia. En 1979 se convirtió en ciudadano de Zambia, donde nacieron y se criaron todos sus hijos.

Anteriormente director del Instituto de Estudios Africanos de la Universidad de Zambia (1977–1983), director, programa de Estudios de Grado en Psicología Evolutiva Aplicada, Universidad de Maryland, Condado de Baltimore, Estados Unidos (1989–2001) y vicerrector de la Universidad de Zambia (2003–2006), es actualmente profesor de Psicología de la Universidad de Zambia y coordinador del Centro de Promoción de Alfabetización en África subsahariana.

Sus publicaciones incluyen contribuciones de una amplia gama de revistas académicas y volúmenes editados y cuatro libros: *Culture's Influence on Behaviour* (1976), *Mobilizing Local Resources in Africa for Persons with Learning Difficulties or Mental Handicap* (1984), *The Significance of Schooling: Life-Journeys in an African Society* (1993), y *Becoming Literate in the City: The Baltimore Early Childhood Project* (2005). Sus principales intereses son los aspectos culturales del desarrollo humano, la inteligencia, el multilingüismo, la alfabetización, la evaluación y la intervención para

niños con discapacidades y sus familias, y el desarrollo curricular, con especial atención al contexto cultural, y a la región de África subsahariana.

**Dr. Andy Shih, Ph.D.**, vicepresidente principal de Asuntos Científicos en Autism Speaks. Trabaja con miembros de la Junta de Autism Speaks, el Comité Consultivo Científico, personal directivo y liderazgo voluntario para desarrollar e implementar el programa de investigación de la organización. Supervisa la carpeta de etiología, que incluye genética, ciencias ambientales y epidemiología, así como también el programa Tecnología innovadora para el autismo, el cual apoya la investigación y el desarrollo de tecnología de asistencia innovadora. El Dr. Shih también conduce los esfuerzos de desarrollo científico internacional de Autism Speaks, incluida la Iniciativa de Salud Pública en Autismo Mundial, un esfuerzo internacional actualmente activo en más de 45 países de todo el mundo que integra conciencia, investigación y desarrollo de servicio. Su equipo actúa como facilitador y asesor técnico para accionistas comunitarios, incluidos ministerios de gobierno, sociedades profesionales y organizaciones de defensa. El Dr. Shih se unió a la Alianza Nacional para la Investigación del Autismo (NAAR) en 2002, una organización científica sobre autismo que se fusionó con Autism Speaks en 2006. Antes de unirse a NAAR, se desempeñó como consultor de industria y fue miembro del cuerpo docente de la Universidad Yeshiva y en el Centro Médico de la Universidad de Nueva York. Los antecedentes en investigación del Dr. Shih incluyen estudios publicados en identificación y caracterización de genes, interacción entre virus y célula y regulación del ciclo celular. Obtuvo su Ph.D. en biología celular y molecular en el Centro Médico de la Universidad de Nueva York.

**Dr. Peter A. Singer, OC, M.D., M.P.H., FRSC**, ha dedicado la última década a avanzar la ciencia y la innovación para enfrentar los retos de la salud de las personas más pobres del mundo. Es muy conocido en todo el mundo por sus soluciones creativas para algunos de los problemas de salud mundiales más apremiantes. El Dr. Singer es director general de Grand Challenges Canada. Es también director del Centro Sandra Rotman en la Red de Salud Universitaria, profesor de Medicina en la Universidad de Toronto y Secretaría de Asuntos Externos de la Academia Canadiense de Ciencias de la Salud. El Dr. Singer presidió la evaluación de la Academia Canadiense de Ciencias de la Salud sobre el Rol Estratégico de Canadá en la Salud Mundial. Ha aconsejado a la Fundación Bill & Melinda Gates, la oficina de la Secretaría General de la ONU, el Gobierno de Canadá, Pepsico, Fondo Capital de Riesgo BioVeda China y varios Gobiernos Africanos sobre salud mundial.

El Dr. Singer fue designado Oficial de la Orden de Canadá en 2011 por sus contribuciones a la investigación en salud y bioética, y por su dedicación para mejorar la salud de las personas en países en desarrollo.

En 2007, el Dr. Singer recibió el Premio Michael Smith como Investigador de Salud del Año en la Salud de la Población y Servicios de Salud. Es miembro de la Real Sociedad de Canadá, la Academia Canadiense de Ciencias de la Salud, el Instituto de Medicina y la Academia de Ciencias para el Mundo en Desarrollo.

El Dr. Singer ha publicado más de 300 artículos de investigación, recibió más de USD 50 millones en becas de investigación y fue tutor de cientos de estudiantes universitarios. Fue el coautor, junto con el Dr. Abdallah Daar, de *The Grandest Challenge: Taking Life-Saving Science from Lab to Village*. Estudió medicina internista en la Universidad de Toronto, ética médica en la Universidad de Chicago, salud pública en la Universidad de Yale y gestión en la Escuela de Negocios de Harvard.

**Dra. Ziba Vaghri, Ph.D.**, es directora y cofundadora del Programa Internacional de Asociación de Aprendizaje Humano Temprano en la Universidad de Columbia Británica. Su interés actual reside en controlar la implementación de la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC) y el Desarrollo Infantil Temprano en todo el mundo. Apoya la idea de que este tipo de control tiene el potencial para informar nuevas iniciativas en un contexto internacional y proporciona indicaciones a las naciones que desean formular políticas futuras sobre el DIT.

La Dra. Vaghri ha estado involucrada activamente en el desarrollo de los ECRI, diseñados para facilitar el control de la CRC. Ha sido la autora del Manual de Indicadores de Observación General 7, encabezó el desarrollo de los ECRI computarizados y dirigió proyectos pilotos de los ECRI en Chile y Tanzania.

La Dra. Vaghri es miembro y cosecretaria del Grupo de Referencia Mundial para la Responsabilidad por los Niños, respaldada por el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (el Comité). Tiene una historia de trabajo sólida con las agencias de las Naciones Unidas tales como UNICEF, OMS, UNESCO, el Comité, y se desempeña en un número de comités internacionales, grupos de trabajo, entidades de grupos de expertos que trabajan en el desarrollo infantil y cuestiones relativas a los derechos del niño.

**Dr. Quentin Wodon, Ph.D.**, es asesor/economista líder en el Departamento de Educación de la Red de Desarrollo Humano del Banco Mundial donde actúa como líder del grupo para la equidad, la resiliencia y el desarrollo infantil temprano. Previamente, dirigía la unidad del Banco Mundial que trabaja en la fe y el desarrollo, se desempeñó como especialista líder en Pobreza para África y como economista/economista principal para Latinoamérica. Antes de unirse al Banco Mundial, trabajó como asistente de gerente de marca para Procter & Gamble Benelux, fue miembro del cuerpo voluntario y director adjunto del Movimiento Internacional ATD Cuarto Mundo y profesor adjunto titular de Economía en la Universidad

de Namur. Es miembro del Instituto para el Estudio del Trabajo, en Bonn, Alemania y del Centro Europeo para la Investigación Avanzada en Economía y Estadística en Bruselas, Bélgica y ha enseñado en la Universidad Georgetown y en la Universidad Americana además de la Universidad de Namur.

El Dr. Wodon se desempeña en varios consejos consultivos, como editor asociado de revistas y fue presidente de la Sociedad de Economistas de Gobierno. Está también involucrado activamente en trabajo de servicio en Rotary y a través de consultorías voluntarias para organizaciones sin fines de lucro. Su trabajo se centra en mejorar las políticas que pueden contribuir con la reducción de la pobreza y el desarrollo. Tiene más de 350 publicaciones y recibió el Premio de la Secretaría de Estado de Comercio Exterior belga, una beca Fulbright y el Premio Dudley Seers. Tiene títulos de grado en ingeniería de empresas, economía y filosofía (Université Catholique de Louvain), así como también un Ph.D. en Economía (Universidad Americana) y en Estudios de Teología y Religiosos (Universidad Católica de América).

**Dr. Hirokazu Yoshikawa, Ph.D.**, es profesor universitario, Courtney Sale Ross, de la cátedra Globalización y Educación en la Facultad Steinhardt de la Universidad de Nueva York, Departamento de Cultura, Educación y Desarrollo Humano. También es copresidente del grupo de trabajo de la red de soluciones sobre desarrollo sostenible de la ONU sobre Desarrollo Infantil Temprano, Educación y la Transición hacia el Trabajo y se desempeña en el Consejo de Liderazgo de la Red. Es psicólogo comunitario y de desarrollo, estudia los efectos de las políticas públicas y los programas relacionados con la inmigración, la infancia temprana y la reducción de la pobreza en el desarrollo infantil. Realiza investigación en los Estados Unidos y en países de bajos y medianos ingresos, incluidos estudios sobre desarrollo infantil temprano y política en Camboya, Chile, Colombia y otros países. Entre sus últimos libros se incluye *Immigrants Raising Citizens: Undocumented Parents and Their Young Children* (2011, Russell Sage). Se desempeñó en la Junta sobre Niños, Jóvenes y Familias de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos, el Comité Asesor de Infancia Temprana del Banco Interamericano de Desarrollo y el Comité Asesor del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en la Investigación y Evaluación Head Start para las administraciones de Clinton y Obama. En 2011 fue designado por el presidente Obama y confirmado por el Senado como miembro del Consejo Nacional de Ciencias de la Educación de los Estados Unidos. En 2013 fue elegido miembro de la Academia Nacional de Educación. Obtuvo su Ph.D. en psicología clínica en la Universidad de Nueva York.