

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

**FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**



PLAN EXCEPCIONAL DE TITULACIÓN PARA ANTIGUOS ESTUDIANTES NO GRADUADOS

MEMORIA LABORAL

**“ACCIONES EDUCATIVO PREVENTIVAS DEL PROYECTO PILOTO
DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO, DIRIGIDO A NIÑAS Y
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICO O
RIESGO DE DESNUTRICIÓN, EN CENTROS DE SALUD DE LAS
CIUDADES DE SUCRE Y POTOSÍ”**

Para optar el Grado de Licenciatura en Ciencias de la Educación

POSTULANTE: TATIANA SANDRA BUENO CAMACHO

TUTORA: DRA. MARÍA LOURDES FLORES LINARES PHD.

LA PAZ – BOLIVIA

Diciembre, 2023

DEDICATORIA

Memoria Laboral dedicada a mi mamita Betty, a mi compañero de vida Micky, a mis amadas hija y nieta Abril y Azulita, a mi familia entera, los que están y los que se adelantaron; todas y todos son regalos que Dios me dio.

A mis amigas y amigos, mis hermanos del alma y de la vida.

A las niñas y niños que conocí en mi vida laboral, por su alegría, solidaridad, sinceridad, desinterés y amor.

AGRADECIMIENTOS

A Jehová Dios, mi Señor, mi Padre, mi Amigo, mi Fortaleza, dueño de mi vida, que jamás suelta mi mano, aunque a veces yo sí; que abre caminos, que mueve montañas, que renueva fuerzas y objetivos. Que me enseña que la fe, esperanza, esfuerzo y amor, son el mejor camino para lograr metas.

A mi amada mamita Betty, por su amor y apoyo constante e incondicional, en todas las etapas de mi vida y en ésta, que por fin llegó.

A mi amada familia, Miguel, Abril y Azulita mi nieta y compañera de juegos; junto a ellos mis tías Mery y Amparo, mis hermanos de sangre y mis hermanos del alma, que me motivaron e impulsaron para continuar, que se alegraron por mi decisión de retomar lo que creía ya perdido y por estar presentes en mi vida.

A mis amigos y compañeros de trabajo, por las largas reflexiones y discusiones, por creer que es posible lograr que las niñas y niños pequeños de Bolivia, tengan mejores oportunidades.

A las/los directivos, responsables y plantel del PETAENG de la carrera de Ciencias de la Educación de la Universidad Mayor de San Andrés, por su apoyo y colaboración en la realización de esta memoria laboral.

INTRODUCCIÓN

La presente Memoria Laboral “ACCIONES EDUCATIVO PREVENTIVAS DEL PROYECTO PILOTO DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO, DIRIGIDO A NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICO O RIESGO DE DESNUTRICIÓN, EN CENTROS DE SALUD DE LAS CIUDADES DE SUCRE Y POTOSÍ” describirá la experiencia desarrollada en el Proyecto mencionado, el cual abordó multidisciplinariamente las secuelas y/o efectos de la desnutrición en esta población, además del desarrollo de acciones preventivas y promocionales.

El proyecto fue implementado con la finalidad de contribuir al desarrollo integral de niñas y niños menores de 5 años edad con antecedentes de desnutrición y/o anemia, considerando que esas patologías desencadenan rezagos en su desarrollo, especialmente en las áreas cognitiva y de lenguaje, afectando también a las otras.

Fue implementado en el marco del Programa Multisectorial Desnutrición Cero y de las atribuciones de la Unidad del Comité técnico del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición. Ambos forman parte de políticas y/o programas relacionados con la primera infancia, hacia el objetivo nacional “Erradicación de la desnutrición en niñas y niños menores de 5 años de edad”.

En ese contexto, describe y analiza la experiencia laboral, considerando los aportes de la postulante, en la implementación del proyecto, durante las etapas de planificación, desarrollo y evaluación.

Para comprender la dimensión de la experiencia desarrollada, expone los marcos legal, programático y teórico/conceptual, que justificaron la implementación del Proyecto Piloto de Desarrollo Infantil Temprano. También describe cada uno de los componentes y analiza la importancia que tuvo implementar esta estrategia con acciones educativo preventivas, para prevenir y abordar las secuelas de la desnutrición en el desarrollo integral de niñas y niños menores de 5 años de edad.

CONTENIDO

Introducción	iii
Capítulo I: MARCO METODOLÓGICO.....	1
1.1. Contexto laboral y descripción de la actividad laboral.....	1
1.2 Descripción de la actividad laboral.....	7
1.2.1 Proyecto Piloto de Desarrollo Infantil temprano (PPDIT), objetivos y componentes.....	7
1.2.2 Componentes del PPDIT.....	10
1.3 Descripción general de la empresa o Institución,	13
1.3.1 Nombre de la dependencia, institución o empresa.....	13
1.3.2 Objetivos institucionales.....	14
1.4 Área de desempeño profesional del sustentante.....	15
1.4.1 Características de las relaciones de dependencia.....	15
1.5 Objetivo de la memoria laboral.....	16
1.5.1 Objetivo General.....	16
1.5.2 Objetivos Específicos.....	16
1.6 Justificación.....	16
1.7 Estrategias Metodológicas – Metodología de la descripción.....	18
1.7.1 Tipo de investigación.....	18
1.7.2 Según el diseño.....	18
1.7.3 Según el propósito.....	19
1.7.4 Según el método.....	19
1.7.5 Instrumentos de investigación.....	20
1.8 . Las etapas o fases del proceso.....	21
Capítulo II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....	23
2.1 Desnutrición.....	23
2.1.1 Teoría De La Desnutrición.....	24
Enfermedades Infecciosas.....	24
Sistemas Políticos, Económicos, Culturales.....	24
Sociales.....	24
2.1.2 Teorías del aprendizaje.....	26
2.1.3 Neurodesarrollo.....	28
1.2. Primera Infancia y Los Primeros Mil Días De Vida.....	29

2.2.1	Desarrollo Integral De La Primera Infancia	29
2.2.2	Rezagos En El Desarrollo	30
1.3.	Desarrollo Infantil Temprano	32
1.3.1.	Estimulación temprana	32
1.3.2.	Enfoques	33
2.3	Educación y Formación con base en los enfoques social y de desarrollo	36
Capítulo III: MARCO NORMATIVO E INSTITUCIONAL		39
3.1	Bases normativas	39
3.2	Normativa internacional. Instrumentos internacionales en favor de la infancia. Ratificación del Estado Boliviano	39
3.3	Normativa nacional en favor del desarrollo integral de la primera infancia	43
3.3.1	Plan Nacional de Desarrollo	44
3.3.2	Constitución Política del Estado	45
3.3.3	Ley N°548 Código Niña, Niño y Adolescente del 17 de julio de 2014	46
3.3.4	Política de salud	47
3.3.5	Política educativa	48
3.3.6	Políticas de protección integral emitidas por el Ministerio de Justicia	49
3.3.7	Política de Alimentación y Nutrición	50
3.4	Marco programático	50
3.4.1	Programa Multisectorial Desnutrición Cero	51
3.4.2	Programa Bono Juana Azurduy	52
3.5	Contexto Institucional	54
3.5.1	Nombre de la dependencia, institución o empresa;	55
3.5.2	Datos de localización	55
3.5.3	Objetivos institucionales	56
3.6	Área de desempeño profesional del sustentante	56
3.6.1	Actividades requeridas para el cumplimiento de los objetivos del Área y del PPDIT: 56	
Capítulo IV: MARCO PRACTICO		58
4.1	Desarrollo del desempeño/ Experiencia académico Laboral	58
4.2	Etapa de conceptualización, planificación y organización de la ejecución operativa del Proyecto	58
4.2.1	Sensibilización a través del análisis reflexivo de la problemática	58
4.2.2	Diagnóstico de las capacidades locales e institucionales	59
4.3	Reconceptualización de los componentes del proyecto	63

4.4	Planificación estratégica del proyecto.....	64
4.5	Desarrollo del proyecto.....	65
	4.5.1. Asistencia técnica al componente de formación de recursos humanos de y en salud.....	65
	4.5.2 Asistencia técnica, basada en la psicopedagogía, al componente salas de estimulación temprana.....	67
5.1	Aprendizajes logrados.....	82
	5.1.1 Sobre los logros alcanzados y dificultades.....	84
	5.1.2 Desafíos éticos.....	87
Capítulo VI: MARCO CONCLUSIVO.....		89
6.1.	Conclusiones.....	89
	6.1.1 Conclusiones finales relacionadas con los objetivos de la memoria laboral:.....	89
6.2.	Recomendaciones.....	99
	6.2.1. Competencias recomendadas.....	99
Bibliografía.....		101
Webgrafía.....		104
Anexo general.....		106
	ANEXO1 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LA UNIDAD DE COORDINACIÓN DEL COMITÉ TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN.	106
	ANEXO 2.- PLAN DE FORMACIÓN.....	107
	ANEXO 3 : MATERIAL DE LAS SALAS DE ESTIMULACION TEMPRANA	116
	ANEXO 4 ORIENTACIONES PARA LA INTERVENCION.....	117
	ANEXO 5: MODELO PLAN DE INTERVENCIÓN.....	120
	ANEXO 6 MODELO ORGANIZACIÓN DE SALAS.....	124
	ANEXO 7 : ACTIVIDADES PROMOCIONALES CON OBJETIVOS PREVENTIVOS	126
	ANEXO 8 : ACTOS DE APERTURA DEL PPDIT	128
	ANEXO 9: SALA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA	130
	ANEXO 10: TALLERES DE DIAGNÓSTICO Y SENSIBILIZACIÓN	131
	ANEXO 11 SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DEL PPDIT	134

INDICE DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1	TEORIA DE LA DESNUTRICION, FUENTE UNICEF.....	24
ILUSTRACIÓN 2	MARCO PROGRAMATICO EN SALUD, FUENTE DOCUMENTO PPDIT.....	51
ILUSTRACIÓN 3	ESQUEMA COMPONENTE FORMACIÓN PPDIT, FUENTE PRESENTACIÓN UCCTCONAN	63
ILUSTRACIÓN 4	CRTERIOS DE ADMISIÓN , FUENTE GUÍA BÁSICA	69
ILUSTRACIÓN 5	FLUJO DE ATENCIÓN DE LAS SALAS DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA.....	72
ILUSTRACIÓN 6	EVALUACION DIAGNOSTICA, FUENTE GUÍA BÁSICA	74
ILUSTRACIÓN 7	FLUJO DE ATENCION DEL SERVICIO DE LA SALA DE ESTIMULACION TEMPRANA.....	82

CAPÍTULO I: MARCO METODOLÓGICO

1.1. Contexto laboral y descripción de la actividad laboral

En el mes de abril de la gestión 1986, la postulante inició su trayectoria laboral con actividades psicopedagógicas en el Centro Infantil del Sindicato Ferroviario, fue designada a trabajar en la Sala Maternal con niños de 1 a 2 años de edad en calidad de asistente de estimulación temprana; los objetivos principales de la actividad se dirigieron a la evaluación del desarrollo evolutivo y a la estimulación temprana. La actividad concluyó en diciembre de la gestión. Esta experiencia fue significativa en su vida laboral, debido a que, desde entonces, asumió que uno de los retos laborales de un profesional de educación, se dirige a la construcción de ambientes estimulantes y a la prevención del maltrato infantil.

La carrera Ciencias de la Educación dio a conocer distintos enfoques, escuelas, modelos educativos, metodologías, métodos, técnicas, estrategias y actividades para la educación infantil y el aprendizaje, propuestos por distintos pedagogos, educadores, psicólogos: Freinet, Montessori, Pestalozzi, Avelino Siñani - Elizardo Pérez con la Escuela Ayllu Warisata y Piaget, entre otros, conocimientos que coadyuvaron en su desempeño laboral, especialmente en las primeras experiencias laborales.

En la gestión 1987, otorgó apoyo pedagógico a escolares del nivel primario de la Escuela Agustín Aspiazú. Las actividades se dirigieron al tratamiento de niñas y niños con dificultades de aprendizaje, siguiendo el protocolo Evaluación diagnóstica, Plan y Tratamiento. Diferentes materias del proceso formativo coadyuvaron al desarrollo de las actividades laborales.

Desde junio de 1988, hasta agosto de 1996, se desempeñó laboralmente en el Centro de Multiservicios Educativos (CEMSE), obra de la Iglesia Católica. En los primeros años, se desempeñó laboralmente en el Programa Asesoría Mutidisciplinaria, que entonces era pionero en la atención de niñas y niños con dificultades de aprendizaje. El modelo consistía en un diagnóstico de tipo tamizaje, de niños del primer grado de primaria, con el objetivo de detectar la presencia de factores de riesgo para la aparición de una dificultad primaria o secundaria.

Estos niños, eran invitados a participar en el Aula Pankarita, que tenía la función de atender las dificultades de aprendizaje de niños y niñas hasta el 6to. Grado de primaria, bajo un protocolo clínico multidisciplinario y psicopedagógico.

Dentro del modelo, se ofrecía asesoramiento a las y los maestros para que realizaran adaptaciones curriculares y/o para compatibilizar el diagnóstico y el tratamiento; lo mismo con los padres de familia. Al ser un abordaje multidisciplinario, se realizaban semanalmente sesiones de Estudio de caso, mismas que tenían la función de seguir el caso desde las distintas atenciones que recibían los niños. De acuerdo a la evolución, el niño podía continuar en el aula y/o ser referido a alguna especialidad: neurología, psicología, fonoaudiología, psiquiatría, fisioterapia, oftalmología, con el propósito de completar el diagnóstico y, ojalá, el tratamiento integral. Durante cuatro gestiones, bajo la dirección de una psicóloga investigadora internacional, el programa realizó un estudio de la etiología de las dificultades de aprendizaje de niñas y niños de 1er. Y 3er. Grado.

Posteriormente, fue incorporada al equipo de Mejoramiento Docente, que tenía el objetivo de fortalecer las capacidades docentes en distintos temas. Fue un programa innovador porque ofrecía formación continua a través de distintas estrategias: círculos de intercambio, talleres, prácticas guiadas, asesoría en la práctica y otras.

En la misma institución formó parte del Programa Rincón de los Niños, basado en el método de rincones de aprendizaje, cuyo objetivo principal era ofrecer apoyo escolar a niños sin dificultades específicas de aprendizaje, pero con indicadores de deprivación cultural social y/o violencia intrafamiliar.

En los últimos años, fue responsable del eje prebásico – básico, y formó parte del equipo Padre a Padre.

Finalmente, en la última gestión (1996) fue responsable del “Programa de Escolarización para Niñas y Niños trabajadores de 7 a 12 años de edad”, implementando junto a 11 Organizaciones No Gubernamentales de La Paz y El Alto y otras en Santa Cruz y Cochabamba, cuya finalidad se dirigía a disminuir la población infantil en situación de trabajo, a través de un conjunto de prestaciones.

Esta experiencia laboral se constituyó en una gran posibilidad práctica en el campo educativo, complementando la formación recibida en la carrera, desde la filosofía

educativa, toda vez que la institución proponía un conjunto de principios, objetivos, misión y visión eminentemente educativos.

Desde septiembre de la gestión 1996, formó parte de la Fundación PRODEFA (Promoción de la Familia), en el equipo de coordinación nacional del “Programa de Escolarización para Niñas y Niños trabajadores de 7 a 12 años de edad”. La hipótesis del programa presumía que la otorgación de prestaciones a niñas y niños trabajadores, disminuiría la deserción y fracaso escolar de este grupo poblacional (Apoyo escolar, beca transporte, beca refrigerio, beca material escolar, beca uniforme escolar y deportivo, beca zapatos y vestuario apoyo). Le designaron tareas técnicas y de gestión de proyectos; entre las técnicas, coordinó la construcción del modelo pedagógico de las aulas de apoyo escolar; este modelo fue validado en un taller nacional, donde se determinaron las directrices operativas del aula, que tendrían como base un equipo de tutores que desarrollarían estrategias de apoyo escolar basadas en el constructivismo y la psicogénesis de la lectoescritura; en el área de matemáticas, con base en la pedagogía Montessori. En las aulas se organizaron rincones de aprendizaje. Junto a un equipo de tutores del área educativa, orientó la compra de material didáctico, de apoyo pedagógico y bibliográfico.

Entre las actividades de gestión, formó parte del equipo de supervisión nacional y del equipo de seguimiento a indicadores; apoyó el seguimiento y supervisión de los componentes del proyecto.

Posteriormente, en la misma institución, fue responsable del Proyecto Piloto de formación técnica de jóvenes trabajadores de 15 a 17 años de edad. Este proyecto, se insertó en el componente de educación productiva de Unidades Educativas de la ciudad de El Alto y de zonas periurbanas de la ciudad de La Paz, en el marco de la Ley 1594 de Reforma Educativa.. La finalidad era fortalecer competencias específicas de jóvenes en áreas técnicas para promover una inserción laboral en condiciones dignas y/o autoempleo a través de microempresas productivas. Los procesos formativos se desarrollaron en institutos técnicos que contaban con Resoluciones Ministeriales. Este proyecto concluyó en la gestión 2000 con excelentes resultados. Las experiencias laborales desarrolladas en esa institución, fortalecieron la formación recibida en la carrera, en el ámbito de la investigación acción y en gestión de proyectos

educativos; el aprendizaje en la práctica mejoró sus competencias para desempeñarse laboralmente en los siguientes proyectos y programas en los que participó.

En la gestión 2001, fue contratada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), para realizar un Estudio de factibilidad en municipios, con el objetivo de instalar un Centro Pedagógico Tutorial para niños y jóvenes de primaria y secundaria, con fines preventivos y educativos. Como resultado, se determinó que el municipio de Quime sería beneficiado, dados sus indicadores sociales: índice de pobreza, tasa de deserción escolar, tasa de repitencia escolar, porcentaje de desempleo. El proyecto fue evaluado externamente por un conjunto de instituciones, entre ellos el Ministerio de Educación a través de SIMECAL. La sistematización fue publicada.

En paralelo, fue contratada por el Gobierno Autónomo Municipal de La Paz, en una consultoría por producto, para desarrollar talleres con juntas escolares sobre temas educativos: Ley de Reforma Educativa, roles y funciones de las juntas escolares, apoyo familiar a niños con dificultades de aprendizaje.

Desde julio de 2001 a abril de 2005, fue contratada, de principio por el Gobierno Autónomo Municipal de El Alto y posteriormente con recursos europeos, como técnica del área pedagógica en el Programa de Apoyo a la Reforma Educativa (PAR El Alto), financiado por la Unión Europea. El objetivo del programa fue fortalecer la implementación de la Reforma en esa ciudad. Se implementó a través de 5 componentes educativos: Infraestructura educativa; Centros de recursos pedagógicos; Formación docente; Educación inicial y educación alternativa (alfabetización, educación especial); y Coordinación, Seguimiento, monitoreo y evaluación. El Programa fue muy valioso, impulsó la formación de maestros y directivos, desde la práctica, la reflexión, hasta retornar a la misma práctica, para ello se propuso el método hermenéutico reflexivo de formación docente. Los maestros obtuvieron su licenciatura y un diplomado en gestión de aula, bajo directrices de la Reforma Educativa. Los directivos obtuvieron además un diplomado en Gestión Directiva en Unidades Educativas. La coordinación con el Ministerio de Educación fue estrecha y permanente, de forma que al cierre del Programa, entre otros, se realizó la

transferencia del modelo de formación docente. El programa fue sistematizado, documento que fue publicado al cierre.

En la gestión 2002, fue contratada por Save The Children, para capacitar a docentes de la ciudad de Oruro, en el área de lenguaje. La consultoría de producto, incluía la producción de módulos formativos..

De octubre de 2005 a abril de 2006, fue contratada por Iniciativas Democráticas de USAID, como técnica educativa, con los objetivos de metodologizar y didactizar las capacitaciones y asistencia técnica a las autoridades municipales y técnicos de las alcaldías. Fue una etapa de capacitación intensa, toda vez que la Ley de Municipalidades y la Ley de Participación Popular eran relativamente desconocidas. De igual forma, las autoridades municipales no contaban o desconocían instrumentos que facilitaran su gestión.

En la gestión 2007, a través de un contrato con el Gobierno Autónomo Departamental de La Paz, formó parte del equipo que elaboró el Plan Departamental de Educación como responsable del área educación primaria y secundaria. La elaboración del Plan siguió una metodología participativa, desde el diagnóstico situacional, hasta la propuesta de lineamientos de gestión. Se realizaron talleres de capacitación y se organizaron distintos eventos para validar el documento. El documento fue publicado. Entre las gestiones 2007 y 2008, estuvo vinculada a la Fundación Ser Familia en el Programa para Jóvenes trabajadores. El Programa se financió con recursos de la Fundación FAUTAPO y del Ministerio de Trabajo - OIT, su objetivo era la formación por competencias para la inserción laboral o el emprendimiento. Fue capacitadora de la fase lectiva de las acciones, para ello desarrolló módulos de formación. Con esa entidad tuvo distintos contratos cortos, vinculados a la educación del joven y de la mujer.

En paralelo, tuvo contratos cortos con el Convenio Andrés Bello, para participar como facilitadora en cursos de capacitación a docentes.

Desde la gestión 2009 hasta la gestión 2022, se vinculó laboralmente con el Ministerio de Salud y Deportes, específicamente en la Unidad de coordinación del Comité Técnico de Alimentación y Nutrición (UCT CONAN). Posteriormente se describirá la

estructura de esta Unidad y su sinergia con el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición.

Para enmarcar la memoria laboral, se describen algunas de las actividades laborales realizadas en la U CT CONAN:

En la gestión 2009, fue contratada para organizar e implementar un Programa de Formación para lideresas comunitarias de organizaciones sociales en temáticas de Alimentación y Nutrición. El objetivo era lograr que fortalezcan sus conocimientos sobre nutrición, desnutrición y seguridad alimentaria nutricional, para que pudieran sensibilizar a las autoridades locales y municipales e impulsar acciones locales de lucha contra la desnutrición.

El programa de formación se justificó porque la línea de base del Programa Multisectorial Desnutrición Cero, expresó que al menos el 40% de las madres y/o principales cuidadores de niños menores de 5 años de edad, desconocían aspectos básicos de una alimentación adecuada y de los signos de riesgo de principales enfermedades infantiles que favorecen la desnutrición. Esta actividad se realizó hasta la gestión 2010.

En las gestiones 2010 y 2011, el contrato se dirigió a desarrollar un proceso de movilización social, que involucró a las redes de salud, los Consejos Municipales de Alimentación y Nutrición (COMAN) y las organizaciones sociales de mujeres y varones, por el objetivo nacional de erradicación de la desnutrición en el país. Las acciones comprendieron procesos de capacitación, actividades de promoción, acciones de sensibilización y abogacía con autoridades locales, municipales y departamentales; además de acciones de movilización social: ferias, talleres, encuentros, cumbres, intercambios y otros mecanismos.

En la gestión 2012, fue contratada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), para participar en la formulación del Programa Crecer Bien para Vivir Bien, dirigido a menores de 4 años de edad. Entonces, se creó la Unidad de Desarrollo Infantil Temprano en el Ministerio de Salud y Deportes. La formulación del programa comprendió la propuesta de los lineamientos técnicos del programa desde la base conceptual, diagnósticos situacionales, diseño de la encuesta inicial para la línea de base y el costeo del programa. Paralelamente se desarrollaron otras acciones

estratégicas con autoridades departamentales, municipales y locales: Capacitaciones, abogacías, acciones de sensibilización.

En la gestión 2013, fue contratada por el Ministerio de Salud y Deportes - U CT CONAN como técnica del Área de Desarrollo Integral Temprano, con el cargo “Responsable de capacitación continua de la aplicación de instrumentos operativos para la detección de rezagos en las ciudades de Potosí y Sucre”.

1.2 Descripción de la actividad laboral

La actividad laboral se desarrolló en el Área de Desarrollo Integral Temprano, de la Unidad CT CONAN del Ministerio de Salud y Deportes; a través de la implementación de distintas actividades, entre las que se destaca el Proyecto Piloto DIT.

1.2.1 Proyecto Piloto de Desarrollo Infantil temprano (PPDIT), objetivos y componentes

El Proyecto Piloto de Desarrollo Infantil Temprano se implementó desde la Unidad de Coordinación del Comité Técnico del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (U CT CONAN).

En el año 2011, el Programa Multisectorial Desnutrición Cero (PMDC), inicia el diseño del Proyecto Piloto Desarrollo Infantil Temprano (PP DIT) con el objetivo de “Contribuir a la vigilancia del desarrollo infantil y a la prevención de las secuelas y rezagos en el desarrollo, como efecto de la desnutrición crónica y la anemia nutricional, a través de la implementación de intervenciones en Desarrollo Infantil Temprano, en Centros de Salud de primer nivel, en las ciudades de Sucre y Potosí”.

El proyecto se implementó desde la gestión 2013 hasta la gestión 2018, en Sucre y Potosí, debido a que los departamentos de Chuquisaca y Potosí, registraban tasas elevadas de desnutrición infantil.

El Ministerio de Salud y Deportes, a través de la U CT CONAN, suscribió convenios interinstitucionales con los Gobiernos Autónomos Municipales de Potosí y Sucre, para el desarrollo y ejecución del proyecto, que comprendía, entre otros, la implementación de Salas de Estimulación Temprana en Centros de Salud de primer nivel de los municipios mencionados, con recursos del Fondo Canasta del Programa Desnutrición Cero.

Son varias las razones que justificaron la implementación de estos espacios en recintos de salud, entre ellas, la población atendida de menores de 2 años de edad, llegaba a un porcentaje cercano al 50%, por los beneficios que otorgaba el Bono Juana Azurduy a las madres que cumplían con el control de salud de sus niños. Experiencias similares de países vecinos, como es el caso chileno, reportaban que existía mayor acceso de la población infantil a un servicio de estimulación temprana en centros de salud pública, en comparación a la población atendida en Centros Infantiles municipales.

Otra de las razones, es propia del sector salud, considerando que estableció la vigilancia del desarrollo del menor de 2 años de edad dentro la estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI (hoy Continuo de la Atención, Módulo menor de 5 años), para detectar precozmente problemas en el desarrollo y la pesquisa de alteraciones fenotípicas.

Cabe hacer notar que la estrategia AIEPI, contemplaba en su protocolo, la vigilancia del estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años de edad.

Bajo ese marco, el propósito de los convenios fue afrontar multisectorialmente las secuelas de la Desnutrición Crónica, expresadas en rezagos del desarrollo de niños y niñas menores de 5 años, con antecedentes de desnutrición o factores de riesgo.

Los Convenios suscritos, también se dirigieron a la generación de condiciones institucionales para efectivizar una intervención multidisciplinaria con enfoque multisectorial.

El abordaje del Proyecto Piloto Desarrollo Infantil Temprano, respondió a los siguientes enfoques teóricos:

- a. Enfoque de Derechos
- b. Enfoque Multisectorial e Intersectorial
- c. Preventivo y de promoción

Objetivos del Proyecto

Los objetivos del Proyecto fueron los siguientes:

Objetivo general

“Contribuir a la vigilancia del desarrollo infantil y a la prevención de las secuelas y rezagos en el desarrollo, como efecto de la desnutrición crónica y la anemia nutricional,

a través de la implementación de intervenciones en Desarrollo Infantil Temprano, en las redes de salud urbanas y Centros de Salud de primer nivel, de las ciudades de Sucre y Potosí”.

Objetivos específicos

- a. Fortalecer institucionalmente las capacidades de gestión de las instituciones públicas de los municipios de Chuquisaca y Potosí para la implementación de servicios multidisciplinarios de Desarrollo Infantil Temprano, con enfoque multisectorial, para menores de 5 años, con énfasis en los que presentan factores de riesgo.
- b. Fortalecer la aplicación de los protocolos de atención del menor de cinco años de edad y de la madre embarazada, establecidos en la estrategia del Control del Niño Sano (antes AIEPI), para vigilar la salud, el desarrollo integral, el estado nutricional del niño menor de cinco años y la interrelación psicoafectiva madre – niño- familia, desde el embarazo.
- c. Impulsar en la red de salud urbana, la promoción del desarrollo infantil integral y el cuidado de la salud y nutrición de menores de 5 años de edad, enfatizando a los que presentan problemas o alteraciones en el desarrollo, con desnutrición y/o factores de riesgo.
- d. Fortalecer las competencias del recurso humano de salud para la implementación de servicios de desarrollo infantil temprano, dirigidos a niños y niñas menores de 5 años edad con desnutrición y/o factores de riesgo.
- e. Desarrollar un sistema de seguimiento de indicadores del desarrollo infantil temprano a nivel local, compatible con el Sistema Nacional de Indicadores de Salud (SNIS). (UCCT CONAN, 2012)

Los componentes del Proyecto fueron propuestos a las instituciones contraparte e involucradas en la promoción del desarrollo integral de la primera infancia, es decir, Ministerio de Salud y Deportes y Unidades correspondientes, Gobierno Autónomo Departamental y Secretarías correspondientes, Gobierno Autónomo Municipal y secretarías correspondientes, Coordinación municipal de la red de salud urbana, Centros de Salud, Centros de Desarrollo Infantil públicos y de convenio, Universidades y otros.

Junto a los principales involucrados, los componentes fueron re conceptualizados para su alcance. Los criterios para la reconceptualización fueron: Acceso y/o movilización de recursos, Sostenibilidad, Asistencia técnica y capacitación continuas.

1.2.2 Componentes del PPDIT

Componente 1. Fortalecimiento institucional y gestión pública para la primera infancia
Este componente se dirige a mejorar las capacidades de gestión de las instituciones públicas, con prioridad de las redes urbanas de salud, para promover un entorno institucional y social que apoye el desarrollo de la primera infancia y la implementación de Servicios de Desarrollo Infantil Temprano (DIT) en las ciudades de Sucre y Potosí. Se priorizaron las siguientes acciones:

- Diagnóstico situacional sobre acciones en favor de la primera infancia y de servicios DIT presentes en el municipio.
- Definición de la estrategia del PPDIT y de la ruta crítica para su implementación.
- Abogacía con las autoridades municipales, departamentales y nacionales para la atención prioritaria de la primera infancia a través de políticas públicas favorables.
- Organización de una red interinstitucional con enfoque multisectorial, para promocionar la primera infancia y atender el desarrollo infantil integral del menor de cinco años, a través de los servicios establecidos, de su fortalecimiento y de la instalación de nuevos servicios. Esta red, debería formar parte de los mecanismos de referencia y contra referencia para menores con problemas o alteraciones del desarrollo, detectadas en los centros de salud, en los centros infantiles municipales y en otros espacios con acciones específicas para la primera infancia y el desarrollo integral.
- Asesoría técnica especializada. A través de distintas modalidades (presencial y a distancia), mecanismos e instrumentos, la asesoría externa debía acompañar a las principales instituciones involucradas para la construcción de medidas favorables para la Infancia Temprana, para el entorno de Desarrollo Infantil Temprano y la promoción del desarrollo integral de niños y niñas menores de 5 años de edad, con énfasis en el menor vulnerable (que presente problemas en el desarrollo, factores de riesgo de desnutrición o desnutrición crónica).

- Dotación de equipamiento a los Centros de Salud que implementen las salas de estimulación temprana
- Estudio e implementación de la ruta crítica de la referencia y contrareferencia.
- Sistema de seguimiento de indicadores de DIT.

Componente 2: Fortalecimiento de competencias de los recursos humanos de y en salud

Su objetivo se dirige a generar conocimientos y competencias en el recurso humano, para incorporar gradualmente conceptos y prácticas clave para la prestación de servicios de DIT y de estimulación temprana a niñas y niños menores de 5 años de edad, con desnutrición y/o factores de riesgo.

Se establecieron las siguientes acciones:

- Acciones de organización curricular que comprenden: Diagnóstico de necesidades de formación/capacitación. Propuesta de programa de formación: Modalidades, ejes temáticos, malla curricular, cursos cortos de capacitación. Validación participativa de la propuesta de formación. Diseño curricular participativo. Organización de la logística. Invitación a expertos. Convocatoria. Organización y preparación de material de capacitación. Acompañamiento y seguimiento. Acuerdos para la certificación.

Componente 3: Promoción de la primera infancia y del Desarrollo Integral

La promoción, en el área de la salud, consiste en proveer a las personas de la información necesaria para mejorar su salud y adoptar un estilo de vida sano.

“La salud debe percibirse no sólo como objetivo, sino también como una fuente cotidiana de bienestar. Esta concepción positiva de la salud acentúa tanto los recursos sociales y personales como las habilidades físicas. La promoción de la salud, en consecuencia, no es dominio exclusivo del sector salud” (OMS, 1986).

En la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI, la estrategia de implementación es la promoción de la salud, se dirige a la prevención de la salud integral, a través de la acción social y la educación comunitaria “Es el proceso político de movilización social, mediante el cual los individuos y comunidades, ejercen un mayor control sobre las determinantes sociales de la salud, para mejorar su calidad de vida”. (Ministerio de Salud, 2018)

“Los medios de la Promoción de la Salud son: Educación para la vida, Reorientación de los servicios de salud, Alianzas Estratégicas, Movilización Social”. (Ministerio de Salud, 2018)

En ese marco, la estrategia de promoción de la salud del Proyecto Piloto DIT debía considerar diferentes dimensiones: sociales, culturales, educativas, organizacionales; con esas consideraciones planteó acciones prioritarias:

- Acciones de Promoción, Movilización social y Comunicación por la Infancia Temprana: Talleres, ferias, eventos de socialización, encuentros, intercambios.
- Acciones de sensibilización y capacitación a las familias sobre su rol en el desarrollo integral de sus niñas y niños menores de 5 años de edad, a través de una adecuada alimentación, ambientes estimulantes y afectivos, buen trato en las familias, instituciones y comunidad.
- Estrategia comunicativa intersectorial en favor de la infancia temprana y el desarrollo integral.

Componente 4. Salas de Estimulación temprana

Se determinó la implementación de salas de estimulación temprana en centros de salud y/o en las Unidades de Nutrición Integral, considerando distintos criterios: espacio, distancia del recinto para la red de referencia y contrareferencia y recursos humanos.

Se priorizaron las siguientes acciones:

- Asistencia técnica para la organización de la sala de estimulación temprana y para el desarrollo del servicio.
- Determinación de la Escala de Evaluación del desarrollo psicomotriz.
- Diseño y validación de los instrumentos de evolución y de referencia y contrareferencia.
- Determinación de la metodología del Estudio de caso.

Componente 5. Seguimiento y evaluación

Se estableció que el seguimiento sería un proceso continuo y sistemático de recolección de información, para verificar y analizar la implementación del proyecto.

La evaluación del proyecto permitiría formular las conclusiones y su impacto inmediato. Cabe aclarar que por la duración establecida para la implementación del

Proyecto, no se realizó una evaluación de medio término, tampoco la evaluación de impacto, debido a que se dio continuidad a las acciones del proyecto a través del Programa Crecer Bien para Vivir Bien.

Se priorizaron las siguientes acciones:

- Selección de indicadores
- Elaboración del cronograma de seguimiento
- Diseño y validación de instrumentos de seguimiento
- Diseño de la evaluación participativa del proyecto.
- Transferencia de los resultados y estrategia de implementación (UCCT CONAN, 2012)

1.3 Descripción general de la empresa o Institución,

El DS 28667, del 5 de abril del 2006, Artículo 3, definió la conformación del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN) a la cabeza del Presidente del Estado Plurinacional de Bolivia, fue constituido por ministerios del Órgano Ejecutivo, entre los que destacan el Ministerio de la Presidencia, Economía y Finanzas Públicas, Planificación del Desarrollo, Educación, Salud, Trabajo y Empleo, Desarrollo Rural y Tierras, Desarrollo Productivo y Economía Plural y Ministerio de Justicia, también se estableció la participación de la sociedad civil representada por sus organizaciones sociales. Así mismo, estableció la conformación del Comité Técnico del CONAN (CT CONAN), donde participan delegados técnicos de los nueve ministerios. El CONAN, delegó la responsabilidad de la Secretaría Técnica al Ministerio de Salud y Deportes. El Ministerio de Salud y Deportes, creó la Unidad de Coordinación (U CT-CONAN) en junio de 2007, esta instancia implementó el Programa Multisectorial Desnutrición Cero (PMDC) como un modelo ordenador y articulador de las acciones e intervenciones en el campo de la alimentación y nutrición.

El CT CONAN a través de sus instancias, realizó un trabajo de articulación multisectorial, que ha permitido la concertación de políticas, programas y proyectos de alimentación y nutrición, entre ellos el Proyecto Piloto de Desarrollo Infantil Temprano.

1.3.1 Nombre de la dependencia, institución o empresa

Unidad de Coordinación del Comité Técnico del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (U CT CONAN), el contrato de trabajo fue suscrito con el Ministerio de Salud

y Deportes por su rol de Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición.

1.3.2 Objetivos institucionales

Objetivo del CONAN

EL CONAN tiene por objeto “Impulsar y coordinar la participación de las instituciones del sector público y de la sociedad civil en la elaboración de la Política de Alimentación y Nutrición, así como la difusión, seguimiento e implementación de programas de alimentación y nutrición culturalmente apropiados para todo el ciclo de vida, orientadas a la realización del derecho a la alimentación adecuada”.

Objetivo CT CONAN

Promover la erradicación de la desnutrición en menores de 5 años de edad, desde acciones propias de salud y a través de acciones multisectoriales, considerando la estructura nacional y orgánica del CONAN en los diferentes niveles de gobierno (Consejo Departamental de Alimentación y Nutrición – CODAN y Consejo Municipal de Alimentación y Nutrición- COMAN). (Presidencia del Estado Plurinacional de Bolivia, 2006)

Responsabilidades de la Unidad de Coordinación del Comité Técnico del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (U CT CONAN)

Las responsabilidades de la Unidad CT CONAN (Ministerio de SALud y Deportes, 2008), son sinérgicas con los Objetivos del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN) y con los objetivos del CT CONAN, entre ellas: coordinar, supervisar, evaluar y apoyar técnicamente a las unidades e instancias responsables de la ejecución del Plan Estratégico del Programa Sectorial de Desnutrición Cero, a nivel nacional, departamental y municipal.

En ese sentido, la U CT CONAN, no es una institución en sí misma, sino una instancia de coordinación técnica operativa.

Como ya se mencionó, el Proyecto Piloto de Desarrollo Infantil Temprano se implementó desde la U CT CONAN, en coordinación con los Gobiernos Autónomos Municipales de Sucre y Potosí.

1.4 Área de desempeño profesional del sustentante

De acuerdo a la estructura organizativa de la UC CT CONAN el desempeño profesional se realizó al interior del Área de Desarrollo Integral Temprano (Anexo N° 1).

Objetivo general Área Desarrollo Integral Temprano

Implementar un programa modelo de Desarrollo Infantil Temprano, con identidad cultural, para coadyuvar al desarrollo integral de los niños y niñas menores de cinco años de edad, con énfasis en los menores de dos años de edad, con antecedentes o indicadores de desnutrición, a través del acceso a distintas acciones DIT y la calidad de servicios.

Objetivos Específicos del área

- a. Implementación de Salas de estimulación temprana para coadyuvar al desarrollo integral de niñas y niños menores de 5 años con desnutrición o indicadores de riesgo.
- b. Implementar mecanismos de articulación y coordinación multisectorial para favorecer sinergias institucionales, sociales y programáticas en favor de la infancia temprana, a nivel subnacional.
- c. Fortalecimiento de capacidades del recurso humano involucrado en DIT, a través de un programa de formación continua para el personal de salud.
- d. Fortalecimiento institucional para mejorar las capacidades de gestión e implementación de acciones de Desarrollo Infantil Temprano, de las instituciones involucradas.
- e. Investigación para la búsqueda de evidencias en los componentes temáticos del Área DIT y el PMDC.

1.4.1 Características de las relaciones de dependencia

El Ministro de Salud nombra al Coordinador Nacional del Comité Técnico del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición y de la Unidad CT CONAN.

Los coordinadores de área dependen del Coordinador Nacional; el coordinador del Área Desarrollo Integral Temprano fue el Dr. Edwin Rivero, quien a la fecha, continúa ejerciendo un cargo de funcionario público.

A su vez, el área tenía un cargo técnico : “Responsable de capacitación continua de la aplicación de instrumentos operativos para la detección de rezagos en las ciudades de Potosí y Sucre”, que recayó en la profesional del área educativa.

1.5 Objetivo de la memoria laboral

1.5.1 Objetivo General

Describir las acciones educativas-preventivas desarrolladas entre las gestiones 2013 a 2015, en el Proyecto Piloto de Desarrollo Infantil Temprano, dirigido a niñas y niños con diagnóstico o riesgo de desnutrición, en Centros de Salud de las ciudades de Sucre y Potosí.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Referir los marcos normativo, programático y conceptual del Proyecto Piloto, para sustentar la importancia de la implementación de acciones de desarrollo infantil temprano.
- Detallar los componentes del Proyecto, con énfasis en las acciones educativas y promocionales realizadas para el alcance de los objetivos.
- Describir el contenido de la asesoría psicopedagógica para la organización y funcionamiento de las salas de estimulación temprana.
- Identificar las lecciones aprendidas por el proyecto, con énfasis en las acciones educativas, para emitir recomendaciones que puedan incorporarse en intervenciones similares.

1.6 Justificación

Son varias las razones académicas y profesionales que justifican la realización de la presente memoria laboral, entre las razones académicas resalta la necesidad de comprender que el desarrollo integral de niñas y niños, es el resultado de la suma de condiciones que favorecen o desfavorecen su evolución.

Para que el niño desarrolle integralmente, deben establecerse un mínimo de condiciones favorables, entre ellas:

- Adecuados patrones de crianza;
- Óptimas nutrición y alimentación;
- Cuidado oportuno de la salud;

- Estimulación temprana, para que pueda potenciarse su inteligencia, generar las bases para aprendizajes exitosos y compensar los rezagos;
- Ambientes físicos estimulantes, higiénicos y seguros;
- La seguridad y afecto, a través de relaciones cálidas y adecuadas interacciones sociales.
- El nivel educativo y de conocimientos de los principales cuidadores.
- El acceso a servicios; el nivel económico de la familia y/o principales cuidadores, entre otros.

Estas condiciones se generan al interior de la familia, comunidad y ambientes en los que se desenvuelve el niño. Es deber de los Estados, proporcionar los medios para que las familias y comunidades puedan generarlas.

Otra de las razones, se orienta a la comprensión de que la etapa de la primera infancia es clave para sentar las bases del rendimiento futuro de las personas; en esta etapa, el niño necesita una estimulación especial para su desarrollo, entonces, el ambiente y las experiencias se convierten en factores preponderantes para que el potencial genético llegue a su máxima expresión, permitiendo su desarrollo integral y su éxito futuro; esto se observa en el rendimiento, en el desarrollo de capacidades y habilidades, los que determina en primera instancia el rendimiento escolar y luego en los distintos retos del resto de su vida.

La infancia temprana es el periodo de mayor desarrollo en la vida del ser humano, a pesar de que los niños se desarrollan individualmente y a su propio ritmo, todos transitan por secuencias identificables de cambio y desarrollo cognitivo, físico motor, emocional y psicosocial.

Otra de las razones académicas y profesionales que impulsan a la realización de este trabajo, es entender que la desnutrición es la expresión biológica de una enfermedad social que está íntimamente ligada a la pobreza y a problemas de exclusión social. Al respecto, Bolivia todavía reporta altas tasas de desnutrición infantil (16% nacional), de acuerdo a la EDSA 2016, con las consecuencias que ello implica. La desnutrición en los primeros años de vida afecta el crecimiento físico del individuo (talla), a la salud y al desarrollo cerebral y cognitivo.

Entre otras razones profesionales, el conocimiento del enfoque multisectorial de las intervenciones, que reconoce la importancia de la atención multidisciplinaria con acciones integradas, mismas que generan oportunidades para que las y los niños de la primera infancia, alcancen un adecuado desarrollo integral, lo que repercutirá en sus logros posteriores.

El valor y el rol de la asesoría psicopedagógica, misma que orientó la intervención de las acciones educativo preventivas en uno de los componentes centrales del proyecto, es otra de las razones profesionales que se dimensionará en este trabajo.

Finalmente, la memoria será de utilidad para evidenciar los roles y funciones de un profesional de educación en la gestión de proyectos sociales y de salud que incorporan acciones educativas, al respecto, es importante señalar que el participar en esta experiencia de trabajo repercutió favorablemente en el campo profesional vinculado al área de salud con enfoque multisectorial, toda vez que en las políticas sociales de la última década, el enfoque multisectorial se ha establecido en la gestión de programas y proyectos, debido a que las problemáticas sociales tienen orígenes multifactoriales, es el caso de la desnutrición crónica infantil, sus secuelas y efectos.

1.7 Estrategias Metodológicas – Metodología de la descripción

1.7.1 Tipo de investigación

Denominado también alcance de la investigación, determinándose el de tipo descriptivo, toda vez que los hechos se describen tal como se presentan en el ambiente real en el que ocurrieron, “Los estudios descriptivos buscan especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población”. (Hernandez Sampieri, 2014) En el presente estudio fueron descritas las acciones educativas – preventivas del Proyecto Piloto de Desarrollo Infantil Temprano, enfatizando en la etapa inicial (planificación y organización) que ocurrió entre los periodos 2013 a 2015. La implementación del proyecto bajo convenio, comprende la planificación, ejecución y cierre del proyecto, ocurrido entre las gestiones 2013 a 2018.

1.7.2 Según el diseño

De acuerdo con el tema de estudio, es una investigación No Experimental, porque no manipula intencionalmente las variables, más bien se las observan tal como se

presentaron en su contexto: “Son estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos”. (Hernandez Sampieri, 2014)

La naturaleza de la experiencia laboral, requirió de la descripción de las actividades realizadas en el Proyecto en el periodo 2013 - 2015, para comprender su alcance; por esta razón, asume el Diseño transeccional descriptivo porque éstos “ Indagan la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población, son estudios puramente descriptivos”. (Hernandez Sampieri, 2014)

1.7.3 Según el propósito

Es descriptivo observacional retrospectivo: “La investigación no experimental también se conoce como investigación ex post-facto (los hechos y variables ya ocurrieron), y observa variables y relaciones entre éstas en su contexto natural” (Hernandez Sampieri, 2014), toda vez que permitió la descripción de situaciones y eventos ocurridos en el proyecto, desde la etapa inicial de intervención. Por tanto, no existe ninguna posibilidad de medición o manipulación, toda vez que el proyecto en su totalidad ocurrió entre las gestiones 2013 a 2018.

1.7.4 Según el método

El método es el proceso a seguir con un orden establecido para llegar a un determinado resultado, fijado con anterioridad; así en el presente estudio, se refieren los métodos, descriptivo, deductivo e inductivo.

a. Método deductivo e inductivo

El método deductivo de razonamiento lógico, va de lo general a lo particular “El método deductivo permite determinar las características de una realidad particular que se estudia por derivación o resultado de los atributos o enunciados contenidos en proposiciones o leyes científicas de carácter general formuladas con anterioridad. Mediante la deducción se derivan las consecuencias particulares o individuales de las inferencias o conclusiones generales aceptadas” (Abreu, 2014) . En este sentido, la revisión de los marcos conceptual, normativo y programático, permitió comprender la propuesta y acciones desarrolladas en el Proyecto de Desarrollo Infantil Temprano. Así mismo, permitió deducir los aspectos teóricos y prácticos que pueden contribuir al desarrollo de las Ciencias de la Educación.

El método inductivo, que va de lo particular a lo general, “El método inductivo plantea un razonamiento ascendente que fluye de lo particular o individual hasta lo general. Se razona que la premisa inductiva es una reflexión enfocada en el fin“. (Abreu, 2014) permitió relacionar lo propuesto y sucedido en el proyecto, con los cambios que se produjeron en las instituciones involucradas, especialmente en cuanto a la propuesta de sostenibilidad del Proyecto que se daría a través de otro Programa que comenzaría casi inmediatamente.

b. Método descriptivo

Se adecúa mejor al propósito de aproximarse, conocer e interpretar las experiencias educativas desarrolladas en el Proyecto Piloto de Desarrollo Infantil Temprano , así como de los resultados alcanzados, comprendiendo que “El método descriptivo busca un conocimiento inicial de la realidad que se produce de la observación directa del investigador y del conocimiento que se obtiene mediante la lectura o estudio de las informaciones aportadas por otros autores. (Abreu, 2014)

1.7.5 Instrumentos de investigación

En referencia “Un instrumento de recolección de datos es cualquier recurso, dispositivo o formato (en papel o digital) que se utiliza para obtener, registrar, o almacenar información” (Arias, 2012, página 68)

Este método de recolección de datos consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos y situaciones observables, a través de un conjunto de categorías y subcategorías, según Hernandez Sampieri, los instrumentos de recolección de datos, además de los usualmente utilizados, son :

- “• Analisis de contenido cuantitativo
- Observación
- Pruebas estandarizadas e inventarios
- Datos secundarios (recolectados por otros investigadores)
- Aparatos y equipos
- Indicadores” (Hernandez Sampieri, 2014)

Para el presente estudio, se utilizó como instrumento la Observación, con el objetivo de “Recolectar información no obstrusiva respecto a conductas y procesos”. (Hernandez Sampieri, 2014)

La recolección de información documental y teórica, permitió revisar lo sucedido en la experiencia a través de la información contenida en documentos, sin alterar su propósito o naturaleza. La información recogida se analizó e interpretó.

Considerando que el documento es la fuente o referencia, se revisaron informes, documentos, publicaciones institucionales.

La información documental se obtuvo de archivos de la U CT CONAN, de archivos personales de responsables, técnicos vinculados al proyecto y de archivos personales de la postulante.

Cabe mencionar que la institución se encuentra en etapa de cierre del Programa Multisectorial Desnutrición Cero, de forma que parte de su documentación fue transferida o se prepara para su transferencia junto al Acta de cierre del Programa. Por otro lado, el cambio permanente de autoridades y personal de la institución, condujeron a que no exista un adecuado manejo de archivos, de forma que en la actualidad resulta difícil obtener la documentación original y en muchos casos las copias.

Esa razón condujo a la postulante a solicitar documentación personal, especialmente a los responsables del proyecto.

1.8. Las etapas o fases del proceso

La memoria académico laboral definió tres etapas o fases, para describir los procedimientos seguidos para su realización.

1. Etapa de planificación y delimitación. En esta primera etapa se seleccionó el ámbito institucional y la experiencia a ser descrita a través de la memoria académico laboral.

Forman parte de esta etapa tareas como la definición del método de investigación, técnicas e instrumentos de recolección de información.

2. Etapa de desarrollo del estudio. Misma que se realizó a través de las siguientes acciones para el alcance del primer documento borrador:
 - a. Búsqueda de información documental

- b. Búsqueda y recolección de información bibliográfica
- c. Elaboración del documento a través del índice propuesto:
 - Descripción del marco normativo
 - Descripción del marco teórico conceptual
 - Descripción del marco programático
 - Descripción de los componentes y alcances del Proyecto
 - Análisis de los resultados y aportes del profesional en educación en el proceso de implementación del Proyecto
 - Evaluación y conclusiones
- 3. Etapa de conclusiones finales

Se procederá a través del siguiente proceso:

- a. Revisión de parte de los tutores
- b. Ajuste del documento en el formato general, de acuerdo a recomendaciones
- c. Entrega documento final conclusivo

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1 Desnutrición

Existen varias definiciones sobre la desnutrición, en la mayoría es descrita como la falta de un aporte adecuado de energía y de nutrientes acorde con las necesidades biológicas del organismo.

Para el presente documento, se asume la definición de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define a la desnutrición como el desbalance celular entre el suministro de nutrientes y energía que el cuerpo demanda para asegurar su crecimiento, su mantenimiento y sus diferentes funciones específicas. (OPS, 2011)

La siguiente afirmación, permite entender con mayor claridad la problemática de la desnutrición:

“Cuando en una etapa tan crítica como en la infancia, se restringe el aporte de calorías y nutrientes en general, el organismo se adapta metabólicamente para sobrevivir, disminuye la velocidad del crecimiento físico lo que resulta en una menor talla y en una débil contextura física con disminución de la masa muscular.

Esta forma de desnutrición, muchas veces imperceptible para quienes la padecen

e invisible para la sociedad, se denomina desnutrición crónica.

El indicador baja talla para la edad no permite vislumbrar los daños y futuras implicaciones de esta enfermedad en la vida de los niños afectados. Ella esconde una patología global del desarrollo físico y funcional, con repercusiones en el desarrollo social”. (UNICEF, 2017, pág. 16)

2.1.1 Teoría De La Desnutrición

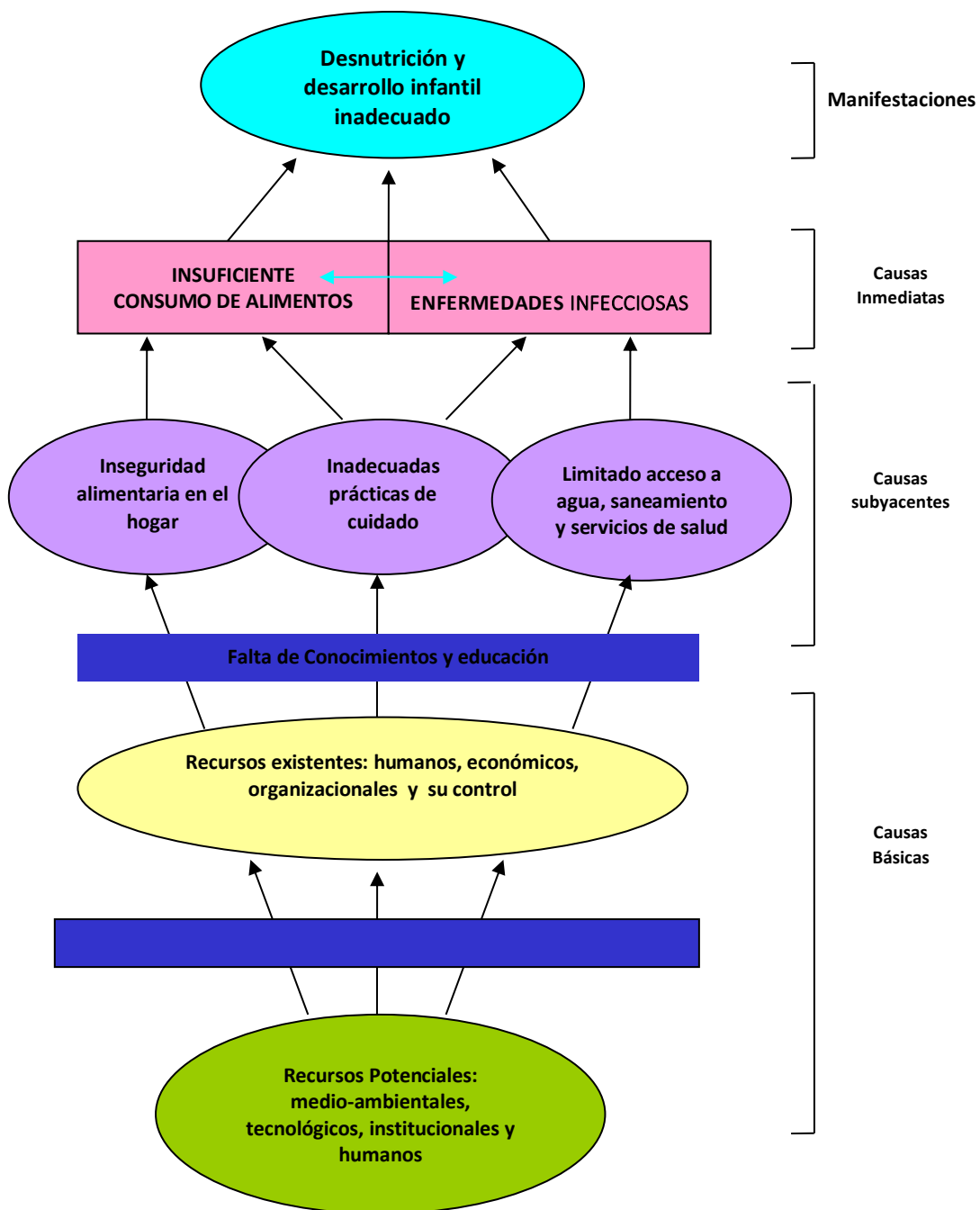


Ilustración 1

TEORIA DE LA DESNUTRICION, Fuente UNICEF

La teoría de la desnutrición asumida por el Proyecto, toma como referencia el marco conceptual del Programa Multisectorial Desnutrición Cero, que a su vez asume la teoría propuesta por UNICEF, misma que ha servido para el análisis de los factores que determinan la desnutrición, estableciendo una relación jerárquica entre las que se consideran causas inmediatas, subyacentes y básicas en relación a su efecto sobre el estado nutricional de la niñez.

De acuerdo a esta teoría, el consumo insuficiente de alimento y las enfermedades infecciosas como la diarrea, se encuentran entre los factores determinantes inmediatos de la desnutrición.

Entre las causas subyacentes de la desnutrición están la inseguridad alimentaria de los hogares, por la disponibilidad limitada a los alimentos, tanto física como económica. Por otro lado, las prácticas inapropiadas de atención y cuidado a los menores y la falta de acceso al agua potable, saneamiento básico y servicios de salud. A su vez, dichas causas son efecto de un bajo nivel de educación y conocimientos de los diferentes actores responsables del cuidado y protección de los menores, especialmente de los principales cuidadores (madres y otros). Las causas mencionadas son resultado de la influencia de las causas básicas, que son los factores estructurales del ambiente macroeconómico adverso. Todo ello, reproduce un círculo vicioso de la desnutrición y la pobreza que se inicia en el vientre materno de madres mal alimentadas o desnutridas, que dan a luz niños con bajo peso y alto riesgo de desnutrición y muerte. A pesar de los significativos avances logrados en la lucha contra la desnutrición en el país, la prevalencia nacional de la desnutrición crónica de niños y niñas menores de 5 años se ubica en 16%. Es probable que estos niños y niñas tengan un sistema inmunitario débil y deficiencias físicas y cognitivas durante toda su vida. La probabilidad de que un niño o niña menor de 5 años sufra desnutrición crónica es 1,8 veces mayor en las zonas rurales que en las zonas urbanas. La desnutrición se constituye en la principal barrera para lograr el desarrollo social y económico del país. Al respecto de lo último mencionado, un aspecto a considerar, es abordado en el Informe 2007 de la CEPAL, que señala como una grave situación de exclusión social a la reproducción intergeneracional de la desnutrición, asociada con la reproducción intergeneracional de la desigualdad y de la pobreza:

“Padecer desnutrición con efectos a lo largo de toda la vida y transmitirla a la generación siguiente, en una región excedentaria en producción calórica, indica problemas de cohesión social. Tal desventaja en la niñez, y con tantas consecuencias limitantes para el resto de la vida, es quizás el signo más elocuente de falta de pertenencia a una sociedad que proclama como derechos inalienables la vida, la alimentación, la nutrición y las oportunidades de desarrollo humano. Por lo mismo, la falta de inclusión social y la erosión del sentido de pertenencia a la sociedad como un todo, están tanto en la raíz como en el efecto de la desnutrición infantil en la región.. (CEPAL, 2007)

2.1.2 Teorías del aprendizaje

En función de los objetivos del proyecto, se asumen las teorías psicogenética de Piaget y social histórica de Vigostky:

La Teoría psicogenética, propuesta por Jean Piaget, explica la génesis de la formación de los aprendizajes a través de fundamentos. Papalia enfatiza el aporte de Piaget, en la siguiente síntesis:

- a. El conocimiento atraviesa estadios, que son construcciones progresivas, de acuerdo hitos que una vez asimilados, afectan la evolución y formación de las sucesivas estructuras.
- b. El conocimiento que el sujeto toma de sí mismo, se construye junto al conocimiento de los objetos sobre los cuales ejerce su actividad.
- c. El desarrollo de los procesos mentales se produce por etapas sucesivas, el paso a una etapa superior presupone que el proceso mental de la etapa precedente está asimilado.
- d. La inteligencia es la capacidad de comprender y resolver problemas para poder adaptarse, a través de un proceso de equilibrio-desequilibrio que permitirá luego un nuevo equilibrio. La adaptación se relaciona con la inteligencia que es la capacidad que permite interpretar, comprender la realidad y actuar frente al medio.
- e. El desarrollo cognitivo, es la adquisición de estructuras lógicas cada vez más complejas que subyacen a las distintas áreas y situaciones que

el sujeto es capaz de resolver a medida que crece. Ocurre en una serie de estadios secuenciales, cada uno caracterizado por formas únicas de pensamiento y razonamiento. Estos estadios son: el sensoriomotor (de 0 a 2 años), el preoperacional (de 2 a 7 años), el de operaciones concretas (de 7 a 11 años) y el de operaciones formales (a partir de los 11 años). Cada etapa representa una nueva capacidad cognitiva que se construye sobre las adquiridas en la etapa anterior.

- f. Los esquemas son las estructuras mentales que el niño utiliza para organizar y comprender el mundo. En las primeras etapas del desarrollo, los esquemas son simples y centrados en acciones físicas. Con el tiempo, los esquemas se vuelven más complejos y abstractos, y los niños comienzan a organizarlos en estructuras cognitivas más amplias y coherentes. Este proceso de organización contribuye a la adquisición de habilidades cognitivas más avanzadas.
- g. A través del juego, los niños exploran, experimentan y ponen en práctica sus conocimientos en un entorno seguro. El juego también les permite probar nuevas ideas y resolver problemas, lo que fomenta su desarrollo intelectual y creativo. Para Piaget, el juego era una actividad crucial que reflejaba el nivel de desarrollo cognitivo de un niño.
- h. Los errores cognitivos de los niños no deben verse como fracasos, sino como oportunidades para el aprendizaje. Estos errores revelan los límites de su pensamiento en un determinado estadio y, al enfrentarlos, los niños pueden reevaluar y modificar sus esquemas mentales. El error es parte del proceso de construcción del conocimiento y es esencial para el desarrollo cognitivo.” (Papalia & Sally Wendkos, 2010)

Las mismas autoras (Papalia & Sally Wendkos, 2010), sobre el aprendizaje según la teoría socio histórica de Vygotsky, señalan que el niño aprende mediante la internalización de los resultados de la relación con el adulto (Zona de Desarrollo Próximo); empieza a construir desde lo intersubjetivo (en el contacto con los otros) y una vez hecho propio, aparece lo intrasubjetivo (la internalización, la apropiación). En síntesis, existen dos procesos en el desarrollo: 1) El proceso sociocultural a través de

las mediaciones llevadas a cabo por los mediadores culturales y por la construcción de representaciones de la realidad que realiza el sujeto 2) El proceso de interiorización, donde se produce la formación de la conciencia interna.

2.1.3 Neurodesarrollo

Se conoce como neurodesarrollo, también llamado desarrollo psicomotor, a los cambios ocurridos en el cerebro y en los sistemas sensoriales y motores por efecto de su maduración, los que se expresan en procesos psicológicos y en la adquisición de capacidades y destrezas para la vida. Comienza semanas después de la concepción, con la formación de la placa neural, previa a la formación del Sistema Nervioso Central, a partir de allí, se inicia un proceso multifactorial que surge de las interacciones, entre el niño y el ambiente sociocultural donde se desenvuelve.

El desarrollo cerebral está condicionado por las características definidas a nivel genético y por el ambiente sociocultural, esa interrelación favorece o limita el desarrollo del potencial genético de cada niño.

En el libro Primera Infancia de UNICEF (2014), se dice que el cerebro es el órgano que más rápidamente crece en los seres humanos, al momento de nacer el cerebro pesa alrededor de 350 gramos, a partir de allí su crecimiento es muy rápido, alcanzando a los dos años el 80% de su peso definitivo. Esto conduce a un aumento en las conexiones entre las neuronas y otros procesos, relacionados con su maduración, estructuración y diversificación determinarán su capacidad para aprender, razonar, tomar decisiones y comprender la realidad. Cualquier alteración bioquímica como la producida por la desnutrición, puede afectar el crecimiento y funcionamiento del cerebro. Así mismo, señala que un ambiente sociocultural con características normalizadas, produce mayores conexiones sinápticas en el cerebro, debido a la estimulación, en relación a un entorno precario que se caracteriza por carencias ambientales, afectivas y culturales.

La teoría de la desnutrición asumida por el Programa Multisectorial Desnutrición Cero, con base a estudios referidos por UNICEF, The Lancet y otros, afirma que la desnutrición en la infancia constituye un obstáculo con graves consecuencias para el desarrollo del potencial de los individuos y de las sociedades, por el daño que produce en el sistema nervioso central, produciendo deficiencias cognitivas y conductuales

debido a un neurodesarrollo inadecuado, las que podrían mantenerse a lo largo de la vida, si las condiciones no se modifican.

El déficit cognitivo, compromete el rendimiento intelectual, el aprendizaje, los procesos de interacción social y la adquisición de destrezas y habilidades para la vida.

Al respecto, el Informe del Programa Mundial de Alimentos sobre Hambre y Aprendizaje, sostiene:

“Sufrir hambre durante el período de la infancia puede provocar un retraso mental irreversible y una disminución del coeficiente de inteligencia (CI) y de la capacidad de aprendizaje” (CEPAL, 2007).

1.2. Primera Infancia y Los Primeros Mil Días De Vida

La delimitación de la primera infancia de acuerdo al Código Niña, Niño y Adolescente (CNNA) considera primera infancia a las niñas y niños comprendidos desde su nacimiento hasta los cinco años.

Existe una amplia y rigurosa evidencia relacionada con la primera infancia, ésta se fundamenta en la ventana de oportunidad que ofrecen los primeros años de vida, momento crítico para que su desarrollo alcance su máximo potencial.

La revista The Lancet publicó una serie sobre la problemática de la desnutrición materno-infantil en la que plantea el concepto de “los primeros mil días de vida”, (270 días del embarazo, 365 días del primer año de vida y 365 días del segundo año) periodo de gran importancia para el crecimiento y el desarrollo infantil en su máximo potencial, dado que el cerebro humano se desarrolla con mayor intensidad por la cantidad de interconexiones entre neuronas -conexiones sinápticas- las mismas que junto a las condiciones ambientales permiten la capacidad de aprendizajes y la generación de habilidades de niñas y niños, por tanto, los primeros 1000 días de vida se constituyen en “...una ventana única de intervención en desarrollo infantil temprano para la estimulación...” . (O, 2016)

2.2.1 Desarrollo Integral De La Primera Infancia

El Ministerio de Salud, a través de la Unidad de Desarrollo Infantil Temprano, considera importante entender que el “Desarrollo de la Primera Infancia (DPI) se refiere al proceso de cambios que se producen en una persona durante los primeros 5 años de vida, los mismos, que se reflejan tanto en el crecimiento (peso y talla) como

en el desarrollo humano a través de la adquisición de capacidades en las esferas del desarrollo: cognitiva, comunicacional, emocional, social y de la motricidad, producto de la interacción de factores genéticos y ambientales... expresados en el desarrollo cerebral...el desarrollo de la primera infancia es producto de determinantes sociales de la salud, así como el desarrollo infantil temprano es determinante de la salud para toda la vida de un ser humano..." (Ministerio de Salud, 2020).

Por otro lado, Pollit (2017) define como desarrollo psicobiológico al "proceso continuo que integra gradualmente —en un sistema dinámico— las múltiples influencias derivadas de la maduración biológica (cerebral), de varios subsistemas internos (físico, motor, mental y socioemocional), y de las relaciones recíprocas entre el organismo y su ambiente físico y social. Así, el curso del desarrollo depende en parte de las circunstancias que determinan la calidad de las influencias, tanto internas como externas, a las que ha estado expuesto el organismo. La exposición a algunos eventos (como el retardo del crecimiento intrauterino, la desnutrición o algunas infecciones) y experiencias (privaciones educativas, por ejemplo) crean una dinámica que, de facto, disminuye las probabilidades de que el desarrollo continúe el curso que se sigue en condiciones ordinarias". (Pollitt & León, Desarrollo Infantil y Rendimiento Escolar en el Perú, 2007)

2.2.2 Rezagos En El Desarrollo

Debemos considerar que el desarrollo psicomotor es individual, que es un proceso de cambio sistemático, gradual, adaptativo, donde no es posible saltar etapas, según la comprobada teoría de J. Piaget "es imposible caminar si no se aprendió a pararse, y menos correr, si no se sabe caminar", lo que es aplicable a la mayoría de las áreas del neurodesarrollo. (Papalia & Sally Wendkos, 2010)

El Rezago en el desarrollo, es el retraso total o parcial en la aparición y consolidación de las habilidades o hitos del desarrollo esperados para el rango de edad actual del niño o niña, indicando que su desarrollo se encuentra por debajo del desarrollo promedio de población del mismo sexo y edad; puede ser causado por factores, biológicos, psicosociales, la genética y el medio ambiente.

La relación entre desnutrición y rezagos del desarrollo, de acuerdo a la evidencia, indica que la desnutrición afecta profundamente el crecimiento y desarrollo de los

niños, compromete el desarrollo físico, mental y cognitivo. La desnutrición crónica tiene un abanico de consecuencias, provocando rezagos en el desarrollo psicomotor y afectando sus aprendizajes posteriores.

Por otro lado, si los niños y niñas en los períodos de alta potencialidad y vulnerabilidad no cuentan con familias, comunidades y atención multidisciplinaria, no sólo se pierden oportunidades de desarrollo, sino que corre el riesgo de generar daños permanentes en su desarrollo.

La baja escolaridad materna y la precaria calidad educativa del hogar, se constituyen en factores importantes de riesgo para el desarrollo infantil.

Al respecto, Figueiras, Neves de Souza, Ríos y Benguigui (2011) sostienen "...los grupos de poblaciones pertenecientes a las poblaciones vulnerables que viven en situaciones de pobreza, minorías, poblaciones indígenas e inmigrantes entre otras, carecen de condiciones y oportunidades para el desarrollo biológico, psicológico y social. Cerca de quince por ciento de la población infantil presenta retrasos significativos en su desarrollo y una proporción muy elevada presenta alteraciones que, al no ser diagnosticadas oportunamente, afectan tanto la salud como la calidad de vida, además de tener consecuencias sobre el desarrollo potencial. Se suman a lo anterior varios problemas como: alteraciones de la conducta, falta de adaptación al medio ambiente, fracaso escolar, situaciones y perfiles violentos, incapacidades, morbilidad aguda, crónica y las patologías emergentes de la esfera psico-afectiva y del comportamiento". (OPS, 2011)

De acuerdo a Fernando Pinto, dos aspectos importantes, en la prevención de rezagos, son la lactancia natural y el apego, que otorgan los nutrientes específicos y los estímulos ambientales necesarios para un adecuado y progresivo neurodesarrollo, afirmando que "Triste es, en el siglo XXI, constatar que pese a nuestra civilización y desarrollo científico logrado, el ser humano sea el único mamífero del planeta, que por razones sociológicas y políticas inadecuadas, no puede completar su neurodesarrollo como es debido, por no estar protegida con una adecuada lactancia materna y apego...está permitido y legalizado el abortar la lactancia natural y el apego, interrumpiendo el normal desarrollo psicomotor, a través de una licencia postnatal

insuficiente para los requerimientos biológicos del ser humano, en desacuerdo con las evidencias científicas claramente conocidas”. (Pinto, 2008)

1.3. Desarrollo Infantil Temprano

El Desarrollo Infantil temprano es una estrategia de intervención imprescindible para prevenir, atenuar y recuperar los distintos rezagos y retrasos que pueden producirse, como consecuencia de diversas causas o factores, en el transcurso del desarrollo infantil. Debe proporcionarse tempranamente a través de una atención integral y multidisciplinaria.

La intervención en DIT se inicia desde el nacimiento hasta los 5 años, es decir el período más significativo en la formación de las personas, a través de un conjunto de acciones planificadas, integrales e interdisciplinarias, dirigidas a la prevención, detección, diagnóstico y abordaje terapéutico de los trastornos de desarrollo del niño/a y de las situaciones de riesgo social y biológico que puedan alterar dicho proceso.

También es considerado como un proceso global, tendiente a conseguir el desarrollo armónico del niño y la integración en su entorno, en el medio familiar y social.

Los servicios y atenciones principales en DIT se encuentran en Salud, Servicios Sociales y Educación, éstos deben desarrollar de un modo complementario, coordinado y eficiente diferentes programas y acciones a nivel de la comunidad.

1.3.1. Estimulación temprana

Actualmente hay una gran cantidad de bases científicas, desde la biología, las ciencias de la salud, las neurociencias, la psicología, la antropología, la sociología, la pedagogía, etc., que explican el porqué de la intervención en la primera infancia, así como la relación de los diferentes factores o variables que intervienen en el desarrollo infantil y de cómo éstos pueden ocasionar el éxito o el fracaso en el proceso de desarrollo.

Uno de los recursos de intervención es la estimulación temprana, definida como “la intervención terapéutica necesaria y útil, encaminada a desarrollar al máximo el potencial psico biológico social de cualquier niño con alto riesgo ambiental y/o biológico, a través de un conjunto de acciones optimizadoras y compensadoras, que faciliten su adecuada maduración en todos los ámbitos y que les permita alcanzar el

máximo nivel de desarrollo personal y de integración social, evitando estados no deseados en el desarrollo”.

(Pollitt & León, Desarrollo Infantil y Rendimiento Escolar en el Perú, 2007)

A este último grupo pertenecen los niños con desnutrición, debido a que ésta puede causar retraso en los procesos de maduración del sistema nervioso y expresarse como un retraso del desarrollo global del niño.

La estimulación comprende desde el nacimiento hasta los 5 años, debería intervenir en el cien por cien de la población infantil de este rango, en su familia y su entorno, dando respuestas prontas a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños y niñas con rezagos y trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos, sin embargo, esa no es la realidad de nuestro país.

Se ha demostrado que solamente un porcentaje de las y los niños que tienen trastornos o señales de alerta necesitan intervención temprana especializada, de acuerdo a los siguientes parámetros:

1. Prevención primaria para evitar riesgo de sufrir rezagos y/o posibles alteraciones del desarrollo, esto es a través de un cuidado responsable de la salud, nutrición y desarrollo, basado en un entorno cariñoso y con el cumplimiento del esquema completo de salud. Este nivel se aborda a través de la familia.
2. Prevención secundaria en la que se trabaja para evitar que los niños y niñas con riesgo de sufrir rezagos y trastornos, lleguen a sufrirlos. La oferta de las salas de estimulación, se dirige a este nivel.
3. Prevención terciaria que se lleva a cabo con niños y niñas que tienen alguna discapacidad y se centra en el conseguir el mayor desarrollo posible y la mejor calidad de vida posible. El centro de salud, en el control del niño sano, debe realizar la referencia al nivel de atención superior y servicios que correspondan.

1.3.2. Enfoques

Papalia y otras (2010), proponen el análisis del Enfoque de Desarrollo del Ciclo Vital propuesto por Paul B. Baltes, que delimitaron siete principios fundamentales de un enfoque de desarrollo. Citamos los mismos por su compatibilidad con los enfoque asumidos por el Proyecto:

- a. El desarrollo dura toda la vida
- b. Es multidimensional
- c. Es multidireccional
- d. La influencia relativa de la biología y la cultura, cambian durante el ciclo de vida
- e. Desarrollo implica modificar la distribución de los recursos
- f. El desarrollo es plástico. Las capacidades mejoran con el entrenamiento y la práctica.
- g. El contexto histórico y cultural influyen en el desarrollo

1.3.2.1. Enfoque del Desarrollo Infantil Temprano (*Derechos*)

Todos los niños y niñas deben tener iguales oportunidades de desarrollo. La necesidad de avanzar hacia una mayor equidad de oportunidades, es un objetivo transversal en nuestro país.

A pesar de existir diferencias individuales, el potencial que todo niño tiene para desarrollar exitosamente, es similar en los distintos segmentos socioeconómicos de la población. Es injusto que la estratificación socioeconómica del hogar, determine la posición y situación que las niñas y los niños ocuparán en la vida adulta.

En la Observación general sobre la Primera Infancia, el Comité de los Derechos del Niño considera los derechos que tienen las niñas y los niños al nacer y alienta a los gobiernos a que adopten medidas y establezcan programas que mejoren las capacidades de los progenitores para promover el desarrollo de sus hijos.

En la observación inicial, se menciona que el Desarrollo Infantil Temprano incide directamente en la calidad de vida de la persona, es decir en su desarrollo futuro y en su rendimiento. Por tanto, la promoción del Desarrollo Infantil Temprano, toma como base la igualdad de oportunidades y la equidad.

Heckman (2006) afirma que “Se ha demostrado convincentemente que las políticas de intervención en la primera infancia pueden funcionar como herramienta para generar mayor igualdad de oportunidades entre los niños, y reducir el ciclo intergeneracional de pobreza y desigualdad. La inversión en la primera infancia permite un desarrollo temprano de capacidades, determinando la adquisición de habilidades en edades posteriores”. (Santibáñez, 2009)

En este marco, el Estado se constituye en garante de los derechos de niñas, niños y adolescentes, en corresponsabilidad con la familia y la sociedad.

1.3.2.2. Enfoque de Desarrollo Infantil Temprano (Multisectorial e Intersectorial)

El enfoque inicial de la multisectorialidad, se sustenta en la articulación de los sectores, en el desenvolvimiento de sus capacidades sociales y capacidades productivo económicas, con base en las condiciones del entorno, entre ellas, voluntad política, condiciones políticas, culturales, rectoría, liderazgo y coordinación, para el logro de fines comunes, en el caso del PMDC y de sus acciones, la finalidad se dirigió a la erradicación de la desnutrición en Bolivia y el abordaje de sus secuelas y efectos.

“La multisectorialidad es una política de gestión pública, basada en la generación de coordinaciones entre diversos actores, en la perspectiva de actuar sobre distintos factores que provocan una situación específica, en consecuencia, está orientada a construir equilibrios, evitar la dispersión de esfuerzos y maximizar los resultados, para que las personas tengan condiciones y oportunidades para el ejercicio del derecho a la alimentación” (UCCT CONAN, 2012)

Lo que se busca con la multisectorialidad es romper con esquemas meramente sectoriales, y favorecer un planteamiento integral en la conceptualización de políticas, en su instrumentación y en la definición de arreglos institucionales para su implementación.

La intersectorialidad es una herramienta para trabajar operativamente sobre temas específicos, en los que se involucran más de una institución u organización del sector público y/o privado. Es un área transversal, que genera ventajas, tanto en la organización del trabajo, como en los procesos y en sus resultados finales. La coordinación intersectorial es especialmente facilitadora de las tareas en materias de alta complejidad, como es el caso de la seguridad alimentaria.

1.3.2.3. Enfoque de Desarrollo Infantil Temprano (preventivo y de promoción)

El enfoque preventivo y de promoción enmarca las acciones multisectoriales que se realizan para promover el desarrollo de la primera infancia, previniendo factores que obstaculicen un desarrollo integral óptimo “La Organización Panamericana de la Salud, ha definido la Promoción de la Salud como el resultado de todas las acciones

estratégicas emprendidas por los diferentes sectores sociales, para el desarrollo de mejores condiciones de salud personal y colectiva para toda la población, en el contexto de la vida cotidiana.

La promoción de la salud consiste en proveer a las personas los medios necesarios para mejorar su salud y adoptar un estilo de vida sano. De esta manera, el foco de la promoción de la salud es la acción social y la educación comunitaria en favor de la salud.

La salud debe percibirse no sólo como objetivo, sino también como una fuente cotidiana de bienestar. Esta concepción positiva de la salud acentúa tanto los recursos sociales y personales como las habilidades físicas. La promoción de la salud, en consecuencia, no es dominio exclusivo del sector salud” (OMS, 1986).

La prevención en salud, se basa en distintas estrategias, entre ellas, acciones educativas para la familia y comunidad; al respecto, varios estudios han demostrado que la educación de la madre determina el estado nutricional de su familia, con las consecuencias que ello implica, por ejemplo, la aparición de la desnutrición y sus efectos negativos, como son los rezagos en el desarrollo. La línea de base del Programa Multisectorial Desnutrición Cero, demostró que alrededor del 40% de los casos de menores con desnutrición crónica, tenían madres con grado educativo no significativo y/o escasos conocimientos sobre alimentación adecuada y sobre las mejores prácticas de cuidado de los menores de 2 años de edad.

2.3 Educación y Formación con base en los enfoques social y de desarrollo

La educación centrada en lo social, afirma que ésta se produce en contextos sociales, familia, amigos, escuela, grupos de distinta índole, etc., que a su vez son influidas por la cultura de la sociedad a la que pertenecen y que influye en los individuos para desempeñar su función social; esas relaciones e influencias grupales generan un conjunto de valores y conocimientos que se transmiten y que son asimilados de distinta forma, de acuerdo a las propias características de la persona. Esos aprendizajes, pueden explicar los patrones de crianza de las familias, que conducen a buenas o malas prácticas en el cuidado y crianza de sus hijos pequeños.

Jaques Delours (1996), afirmaba que “De la educación depende en gran medida el progreso de la humanidad... hoy está mas arraigada la convicción de que la educación constituye una de las armas más poderosas de que disponemos para forjar futuro... Más que nunca, la función esencial de la educación es conferir a todos los seres humanos la libertad de pensamiento, de juicio, de sentimientos y de imaginación que necesitan para que sus talentos alcancen la plenitud y seguir siendo artífices, en la medida de lo posible, de su destino

...La educación durante toda la vida se presenta como una de las llaves de acceso al siglo XXI. Esta noción va más allá de la distinción tradicional entre educación básica y educación permanente...La educación durante toda la vida permite, sencillamente, ordenar las distintas etapas, preparar las transiciones, diversificar y valorizar las trayectorias. De esta forma, saldríamos del terrible dilema que se plantea entre seleccionar, y con ello multiplicar el fracaso escolar y los riesgos de exclusión, o igualar, pero en detrimento de la promoción de personas con talento...

La educación a lo largo de la vida se basa en cuatro pilares: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos, aprender a ser:

- Aprender a conocer, combinando una cultura general suficientemente amplia con la posibilidad de profundizar los conocimientos en un pequeño número de materias. Lo que supone además: aprender a aprender para poder aprovechar las posibilidades que ofrece la educación a lo largo de la vida.
- Aprender a hacer a fin de adquirir no sólo una calificación profesional, más generalmente una competencia que capacite al individuo para hacer frente a gran número de situaciones y a trabajar en equipo.
- Aprender a vivir juntos desarrollando la comprensión del otro y la percepción de las formas de interdependencia –realizar proyectos comunes y prepararse para tratar los conflictos– respetando los valores de pluralismo, comprensión mutua y paz.
- Aprender hacer para que florezca mejor la propia personalidad y se esté en condiciones de obrar con creciente capacidad de autonomía, de juicio y de responsabilidad personal. Con tal fin, no menos preciar en la educación ninguna

de las posibilidades de cada individuo: memoria, razonamiento, sentido estético, capacidades físicas, aptitudes para comunicar...” (Delors, 1996)

CAPÍTULO III: MARCO NORMATIVO E INSTITUCIONAL

3.1 Bases normativas

La existencia de un amplio marco normativo, basada en la Convención de los Derechos del Niño, la Constitución Política del Estado y el Código Niña, Niño y Adolescente, son la base formal que establece ampliamente el alcance de la intervención sobre primera infancia a nivel nacional y subnacional, definiendo directrices de políticas de atención, protección y acciones programáticas en salud, educación y otros sectores que intervienen. Este marco permite entender la importancia de la intersectorialidad, como estrategia de articulación, que impulsa el abordaje del desarrollo infantil integral de la primera infancia..

A partir de lo mencionado, también se identificará la normativa que las instancias y sectores involucrados, proponen en favor del Desarrollo Infantil temprano.

Sobre la Normativa internacional e Instrumentos internacionales en favor de la infancia, es importante considerar la existente, desde la Convención para los Derechos del Niño.

3.2 Normativa internacional. Instrumentos internacionales en favor de la infancia. Ratificación del Estado Boliviano.

Entre la normativa que respalda la intervención del Proyecto, es importante considerar la que corresponde a nivel internacional. En ese marco, mencionamos la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, llevada a cabo en 1990. Asimismo, la Cumbre Mundial para el Desarrollo Social, efectuada en Copenhague el año 1995, en la X Cumbre Iberoamericana, realizada en Panamá el año 2000, la “Sesión Especial en Favor de la Infancia de la Asamblea general de la ONU del 2002” y en los estatutos e instrumentos pertinentes de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se interesan en el bienestar del niño. En los distintos eventos, se reconoció la importancia del grupo de población comprendida entre los 0 a 5 años de edad y se hizo un llamamiento a realizar acciones para garantizar el cumplimiento de sus derechos.

Por su importancia se destacan textualmente las consideraciones y resoluciones relacionadas con la implementación del Proyecto, emitidas en la Resolución 44/25,

de 20 de noviembre de 1989 de la “Convención sobre los Derechos del Niño”, misma que expresa distintas consideraciones y resoluciones; cabe mencionar que uno de los aportes principales de la Convención, es haber posicionado los derechos de la infancia, promoviendo el Enfoque de Derechos en las políticas e intervenciones en favor de ese grupo etéreo:

“...Recordando que en la Declaración Universal de Derechos Humanos las Naciones Unidas proclamaron que la infancia tiene derecho a cuidados y asistencia especiales,

Convencidos de que la familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad,

Reconociendo que el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión,

Considerando que el niño debe estar plenamente preparado para una vida independiente en sociedad y ser educado en el espíritu de los ideales proclamados en la Carta de las Naciones Unidas y, en particular, en un espíritu de paz, dignidad, tolerancia, libertad, igualdad y solidaridad,

Teniendo presente que el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento,

Teniendo debidamente en cuenta la importancia de las tradiciones y los valores culturales de cada pueblo para la protección y el desarrollo armonioso del niño...

Los Estados parte en la Convención, han convenido en lo siguiente:

PARTE I

Artículo 2

1. Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la

religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales...

Artículo 24

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;

b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;

c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;

d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;

e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;

f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

Artículo 27

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

2. A los padres u otras personas encargadas del niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño.

3. Los Estados Partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda.

Artículo 28

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a la educación y, a fin de que se pueda ejercer progresivamente y en condiciones de igualdad de oportunidades ese derecho, deberán en particular:

d) Hacer que todos los niños dispongan de información y orientación en cuestiones educacionales y profesionales y tengan acceso a ellas;

Artículo 29 Observación general sobre su aplicación

1. Los Estados Partes convienen en que la educación del niño deberá estar encaminada a:

a) Desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades;

Artículo 30

En los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas o personas de origen indígena, no se negará a un niño que pertenezca a tales minorías o que sea indígena el derecho que le corresponde, en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión, o a emplear su propio idioma..." (Resolución 44/2, Convención sobre los derechos del Niño, 1989).

Los acuerdos de la Convención por los Derechos de la Infancia fueron ratificados por el Estado Boliviano, a través de Ley 1152 de mayo de 1990.

La Sesión Especial en Favor de la Infancia, realizada el año 2002 en el marco de la Asamblea General de la ONU, tuvo como objetivo evaluar la aplicación de la

Convención y reafirmar el compromiso de los Estados miembros para con la niñez, expresado en el documento de acuerdo de la Sesión Especial “Un mundo apropiado para los Niños”, mismo que incorpora los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los compromisos por la infancia, asumidos por los estados.

Los Objetivos del Milenio del año 2000 fueron acuerdos logrados por la comunidad internacional, que expresaron la voluntad de Naciones Unidas y los países miembros, para cumplirlos hasta el año 2015, con 8 metas fijadas en la Cumbre del Milenio, estrechamente vinculadas a las metas por la infancia.

El informe 2015 sobre la situación de los ODM en el mundo, reconoce a pesar del progreso y esfuerzo para alcanzar las metas establecidas , la siguiente situación:

En la actualidad unas 800 millones de personas viven en pobreza extrema y sufren hambre. Más de 160 millones de niños menores de 5 años tienen una altura inadecuada para su edad, debido a una alimentación insuficiente. Actualmente, 57 millones de niños en edad de asistir a la escuela primaria no lo hacen... Unos 16.000 niños mueren cada día antes de cumplir los 5 años, la mayoría por causas prevenibles. La tasa de mortalidad materna en las regiones en desarrollo es 14 veces mayor que en las regiones desarrolladas... En la actualidad, se estima que 880 millones de personas viven en condiciones marginales en las ciudades del mundo en desarrollo. (Informe Naciones Unidas, 2015, pág. 9)

En ese mismo informe, se señala que el retraso en el crecimiento afecta aproximadamente a uno de cada cuatro niños menores de 5 años o a 161 millones de niños en todo el mundo en el año 2013. “Esta forma crónica de nutrición insuficiente pone a estos niños en riesgo de un menor desarrollo cognitivo y físico”. (pág. 22)

Bolivia ha suscrito y ratificado los Acuerdos mencionados, a través de distintos instrumentos que los hacen vinculantes para el país, por lo que está obligado a respetar, proteger y garantizar el ejercicio de los derechos en favor de la infancia.

3.3 Normativa nacional en favor del desarrollo integral de la primera infancia

En Bolivia, existe una amplia normativa en favor del desarrollo integral de la primera infancia, iniciando esta con la promoción de los derechos de la niñez.

En el marco de los acuerdos internacionales, en abril de 1993, Bolivia presentó su “Plan Decenal de Acción por la Infancia” elaborado por el Ministerio de Planeamiento y Coordinación y la Junta Nacional de Solidaridad y Desarrollo Social. Su objetivo central se dirigía a la protección y el desarrollo del niño a través de acciones en los campos de salud, nutrición, educación, saneamiento básico y ambiental, así como proporcionar atención integral a los niños que se encuentran en circunstancias especialmente difíciles.

En Octubre de 1999 se promulga el Código del Niño, Niña y Adolescente, que enmarca sus postulados de forma coherente e integral con las normas internacionales y la doctrina de protección integral, concediendo al niño el status de ciudadano en desarrollo, profundizando sus derechos fundamentales y proponiendo mecanismos de control y exigibilidad de los mismos.

3.3.1 Plan Nacional de Desarrollo

El marco legal de país de las últimas décadas, que justifica la implementación de acciones (programas , proyectos, etc.) dirigidas a promover el desarrollo infantil temprano, se encuentra en los distintos instrumentos político-normativos como fueron el Plan Nacional de Desarrollo, la Agenda Patriótica, la Constitución Política del Estado, el Plan Estratégico de Salud, la Política educativa y la normativa específica de los distintos sectores que garantizan el derecho de los niños a su desarrollo integral y a sus distintos derechos relacionados con los sectores de Educación, Salud, Protección Social, expresando la responsabilidad del Estado.

El Plan Nacional de Desarrollo, aprobado por Decreto Supremo N° 29272, de 12 de septiembre de 2007 visiona “la construcción de una nueva sociedad y de un Estado plurinacional, donde prevalece lo comunitario; es un Estado promotor y protagonista del desarrollo, distribuidor de riqueza, de oportunidades, productor y socio e impulsor de la convivencia entre la economía comunitaria y privada”.

La estrategia Bolivia Digna, es el marco del Sistema de Salud familiar, comunitario e intercultural: “genera capacidades humanas y comunitarias para el desarrollo de la economía, la propia sociedad, la cultura y la política, en este sentido forma y reproduce el factor más importante del desarrollo: las personas, que son individuo, familia, comunidad...”. El numeral 2.2.4 del Capítulo II, establece como parte de sus Políticas

Sociales, que las prioridades de inversión y ejecución de estrategias, programas y proyectos estarán orientadas a garantizar la atención y resolución de necesidades, expectativas y derechos de los grupos sociales con mayores niveles de exclusión. Estos grupos son: niñas y niños, mujeres, indígenas, adultos mayores, habitantes de áreas rurales, personas con capacidades diferentes, y adolescentes trabajadores.

Más específicamente, el inciso iv) del numeral 2.5.1 del Capítulo II del PND, determina que la recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y la calidad de vida se articulará al sector educativo, por ser el encargado de formar la mente de las y los niños, y producir recursos humanos para el desarrollo nacional, prioriza la formación y el desarrollo integral de los bolivianos y bolivianas, mediante la actividad física como un proceso que garantice la incorporación de estilos de vida activa y saludable y el desarrollo de una cultura de ganadores.

3.3.2 Constitución Política del Estado

La Constitución Política del Estado contiene distintos artículos que garantizan el derecho de los niños a su desarrollo integral, garantizando que cada niño y niña tengan las mismas oportunidades para el desarrollo de capacidades, protección de derechos e igualdad de oportunidades sin importar el nivel socioeconómico, su origen étnico-cultural o sus situación personal.

El Art. 59 inciso I, establece que “ toda niña, niño o adolescente tiene derecho a su desarrollo integral”, el Art. 14 ratifica los principios de equidad e igualdad de oportunidades promovidos por el Estado, toda vez que expresa “la prohibición y sanción toda forma de discriminación incluyendo en razón de edad”.

En correlación, el Art. 60 hace referencia a “los deberes del Estado, la sociedad y la familia para garantizar la prioridad del interés superior del niño, niña y adolescente, que comprende la preeminencia de sus derechos, la primacía en recibir protección y socorro en cualquier circunstancia, la prioridad en la atención de los servicios públicos y privados, y el acceso a una administración de justicia pronta, oportuna y con asistencia de personal especializado”.

Así mismo, en el Art. 62, el Estado reconoce y protege a las familias como “el núcleo fundamental de la sociedad, y garantizará las condiciones sociales y económicas

necesarias para su desarrollo integral. Todos sus integrantes tienen igualdad de derechos, obligaciones y oportunidades”.

La CPE ordena las responsabilidades de los diferentes niveles del estado hacia esa tarea:

El Art. 298, incisos 17,30,35,36 y otros, define como competencia privativa del nivel central del Estado, establecer las políticas del sistema de salud y educación, servicios básicos, desarrollo productivo, vivienda.

El Art. 299 define competencias que se ejercerán de forma compartida entre el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas, como la gestión del sistema de salud y educación.

El Art. 300, I,2 refiere como competencia exclusiva de los gobiernos departamentales, “Planificar y promover el desarrollo humano en su jurisdicción”, en correlación, el inciso I,30, establece la competencia “promoción y desarrollo de proyectos y políticas para niñez y adolescencia, mujer, adulto mayor y personas con discapacidad”.

El Art. 302. I, otorga como competencia a los Gobiernos Municipales: “Planificar y promover el desarrollo humano en su jurisdicción”, en correlación, el inciso I,30, establece la competencia “promoción y desarrollo de proyectos y políticas para niñez y adolescencia, mujer, adulto mayor y personas con discapacidad”.

Por otro lado, el Art. 16 Derecho Humano a la Alimentación Adecuada (DHAA) establece que el Estado tiene la obligación de garantizar la Seguridad Alimentaria para el conjunto del país.

3.3.3 Ley N°548 Código Niña, Niño y Adolescente del 17 de julio de 2014

Cuyo objetivo se dirige a “Reconocer, desarrollar y regular el ejercicio de los derechos de la niña, niño y adolescente, implementando un Sistema Plurinacional Integral, para la garantía de esos derechos, en corresponsabilidad del Estado en todos sus niveles, la familia y la sociedad” (ASMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL, 2014). Entre sus alcances establece:

- ✓ Artículo 6. (Primera infancia e infancia escolar). Se considera primera infancia a las niñas y niños comprendidos desde su nacimiento hasta los cinco (5) años, e infancia escolar a las niñas y niños comprendidos entre las edades de seis (6) a doce (12) años.

- ✓ Señala el conjunto de derechos del Niño / Niña
- ✓ Plantea once principios importantes: interés superior, prioridad absoluta, igualdad y no discriminación, equidad de género, participación, diversidad cultural, desarrollo integral, corresponsabilidad, papel de la familia en el desarrollo integral de los niños y niñas, ejercicio progresivo de derechos y especialidad.
- ✓ Incorpora directrices sobre modalidades, alternativas de cuidado en el Estado, familia y comunidad.
- ✓ Define políticas, programas, medidas de prevención, de asistencia, de protección especial y sociales Básicas, con especial atención en niñas y niños en la primera infancia.
- ✓ Diseñar e implementar programas de Desarrollo Infantil Integral para niñas y niños hasta cinco (5) años de edad;
- ✓ Diseñar e implementar el Plan Municipal de la Niña, Niño y Adolescente, en el marco de las políticas nacionales.

3.3.4 Política de salud

En el ámbito de la salud, se establece la política SAFCI (Salud Familiar Comunitaria Intercultural) con el propósito de “Contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria; reivindicar, fortalecer y profundizar la participación comunitaria efectiva en la toma de decisiones en la gestión participativa y control social y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona familia y comunidad...”. (Ministerio de Salud, 2018)

Por su parte, el Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020, “Hacia la Salud Universal” fundamentó su estrategia en los siguientes datos:

- “Siete niños de cada cien mueren antes de los cinco años, principalmente por enfermedades infecciosas prevenibles y curables; 26,5 por ciento de los sobrevivientes tiene desnutrición crónica y la mayoría de ellos tiene secuelas irreversibles en su capacidad intelectual y desarrollo; el 67 por ciento de los niños menores de tres años tiene anemia y el 19 por ciento déficit de vitamina A.

- El 44 por ciento de los niños nacidos de madres sin educación son desnutridos, lo que prueba una relación directa entre educación y desnutrición.
- Un tercio de la población de niños de áreas rurales menores de tres años e indígenas de la misma edad tiene desnutrición crónica, que equivale al doble de la población de niños de la misma edad que viven en la ciudad. Por otro lado, el país presenta una mortalidad materna de 320 por cada 100 mil nacidos vivos (ENDSA 2003), y es la más alta de Sudamérica”. (Plan Sectorial MSD, 2010)

Bajo el marco anterior, el Ministerio de Salud, como ente rector, se dirige a “Garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud, la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas...”.

En este ámbito se generan varias acciones a favor de la primera infancia, entre ellos los bonos que son transferencias monetarias condicionadas y subsidios, en favor de la madre embarazada y el menor de 5 años de edad. También se establece la prestación de servicios a través de la Ley N° 475 que plantea la gratuidad en la atención a mujeres embarazadas, así como a niñas y niños desde el nacimiento hasta los 5 años; por otro lado, fomenta la nutrición como uno de los pilares fundamentales del desarrollo de la primera infancia, a través de la protección a la lactancia y la promoción de alimentación saludable, entre otros.

En ese mismo marco, la estrategia “Continuo de atención en el curso de la vida”, sostiene entre sus principios, que la población debe tener acceso a servicios calificados durante el curso de la vida, sobre todo en salud reproductiva, embarazo y parto, atención al recién nacido, niña/niño, que incluye la evaluación del desarrollo y la estimulación.

3.3.5 Política educativa

La Ley Avelino Siñani - Elizardo Pérez (ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL, 2010), establece la educación regular como “la educación sistemática, normada, obligatoria y procesual que se brinda a todas las niñas, los niños, adolescentes y jóvenes, desde la Educación Inicial en Familia Comunitaria hasta el bachillerato,

permite su desarrollo integral, brinda la oportunidad de continuidad en la educación superior de formación profesional y su proyección en el ámbito productivo, tiene carácter intercultural, intercultural y plurilingüe en todo el subsistema educativo. (Art. 9). La educación infantil se estructura en Educación Inicial en Familia Comunitaria “no escolarizada” (para niñas y niños de 0 a 3 años de edad) y se desarrolla en centros infantiles. Y la “escolarizada”, para 4 y 5 años de edad, que se desarrolla en el primer y segundo grados del nivel inicial.

Establece que la educación “Es de responsabilidad compartida entre la familia, la comunidad y el Estado, orientada a recuperar, fortalecer y promover la identidad cultural del ambiente de la niña y el niño, el apoyo a la familia en la prevención y promoción de la salud y la buena nutrición, para su desarrollo psicomotriz, socio afectivo, espiritual y cognitivo. (Art. 12).

3.3.6 Políticas de protección integral emitidas por el Ministerio de Justicia

A lo largo del acápite se describieron las políticas que Bolivia emitió en favor de la primera infancia y su desarrollo integral. Entre otras, se destaca la promulgación de dos decretos supremos, el primero DS 012 de febrero de 2009 que ratifica la inamovilidad de padres y madres hasta el primer año después de nacido su hija o hijo y el segundo DS 1212 de mayo del 2012, que otorga la licencia de paternidad después del nacimiento de su hija o hijo, ambos, incluyen y consideran al padre como actor fundamental en la vida y la crianza de sus hijos

A nivel institucional, el rol de protección de la primera infancia es asumido por el Ministerio de Justicia, a través del Viceministerio de Igualdad de Oportunidades, al interior de la Dirección General de Niñez, Adolescencia, Juventud y Tercera Edad, responsabilidad que recae en el Área de la Niñez y Adolescencia.

Cuatro son los núcleos sustantivos de intervención operativa: i) Centros PAN, ii) adopciones, iii) trata y tráfico, y iv) Dinamización del sistema de protección subnacional en coordinación con SEDEGES y Defensorías.

La Política de infancia promovida por el sector, propone el desarrollo de cuatro programas:

- Desarrollo de medios de vida, capacidades y activo

- Alianza autonómica indígena, municipal, regional, departamental por la infancia
- Acción comunitaria urbana y rural por la infancia
- Sostenibilidad de las políticas públicas de infancia.

3.3.7 Política de Alimentación y Nutrición

En octubre de 2014, a través del DS N° 2167, se aprueba la Política de Alimentación y Nutrición, en coherencia con el Saber Alimentarse y la Agenda Patriótica (Pilar8), que establece en su Objetivo General: “En el marco del Saber Alimentarse para Vivir Bien, lograr que la población boliviana tenga un estado nutricional adecuado, asegurando el consumo de alimentos variados que cubra los requerimientos nutricionales en todo el ciclo de vida, mediante el establecimiento y fortalecimiento de programas de alimentación y nutrición culturalmente apropiados, acciones de información y educación a la población boliviana sobre los valores nutricionales de los alimentos y su preparación hasta el año 2025”.

3.4 Marco programático

En las últimas décadas, se emitieron medidas en favor de la primera infancia y de su desarrollo integral, sin embargo, la mayoría de ellas no se constituyeron bajo una perspectiva integral que permita su articulación y coordinación en favor de las niñas y niños.

Considerando ese antecedente y con la intención de lograr la erradicación de la desnutrición de menores de 5 años en el país, Bolivia emprende un conjunto de acciones, entre ellas el Programa Multisectorial Desnutrición Cero (PMDC), que surgió formalmente en junio de 2007 como un modelo ordenador y articulador de las acciones e intervenciones.

El marco programático en salud, se resume en el siguiente gráfico:

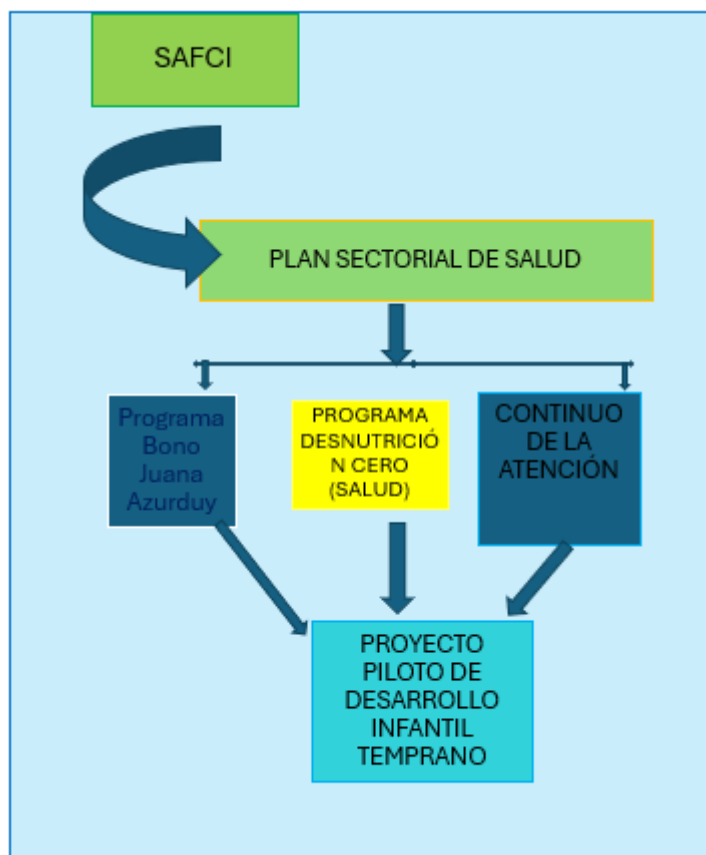


Ilustración 2 MARCO PROGRAMATICO EN SALUD, FUENTE DOCUMENTO PPDIT

3.4.1 Programa Multisectorial Desnutrición Cero

En el DS 28667, que reconfirma el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN), se considera “Que la persistencia de la desnutrición en niños bolivianos menores de cinco años es un hecho injusto, no ético e inaceptable, perpetuando el ciclo de la pobreza y subdesarrollo del país, por lo que, su eliminación es una necesidad y deber del Estado Boliviano”, así mismo “Que los daños nutricionales que se producen en los primeros dos años de vida, son irreversibles y determinan el retraso del crecimiento (peso y talla) y desarrollo psicomotor e intelectual, menoscaban la resistencia frente a las infecciones y dan como resultado muerte precoz; teniendo los sobrevivientes dificultades de aprendizaje escolar y en la vida adulta bajo rendimiento laboral”. (Presidencia del Estado Plurinacional de Bolivia, 2006)

El DS menciona que el Gobierno Nacional definió, como una de sus principales metas del desarrollo social, la eliminación de la desnutrición del menor de cinco años, a través del establecimiento y coordinación de políticas y estrategias multisectoriales.

En el marco del DS, el Ministerio de Salud define la implementación del Programa Sectorial de Desnutrición Cero (PDC), cuyo fin consiste en “Contribuir a la erradicación de la desnutrición en los niños y niñas menores de cinco años de edad, con énfasis en los menores de dos años”.

Considerando que las determinantes de la desnutrición son estructurales y de estrecha relación con la pobreza, escapa a la responsabilidad exclusiva del sector salud la erradicación de la desnutrición, por ello, se complementa la intervención con el Programa Multisectorial Desnutrición Cero (PMDC), que coordina ese objetivo con participación de diferentes sectores ya mencionados en el presente documento “implementando intervenciones integrales, fortaleciendo la estructura y funcionalidad multisectorial a niveles departamentales y municipales, estableciendo mecanismos transparentes de evaluación y monitoreo a las intervenciones multisectoriales y fortaleciendo la capacidad y participación comunitaria.

Los 4 objetivos específicos pretenden; a) ampliar el acceso de la población a los servicios de salud, nutrición, educación, agua y saneamiento, así como la disponibilidad de alimentos, fortaleciendo los activos sociales y productivos, b) Contribuir a la disponibilidad, acceso y uso de suficientes alimentos nutritivos, para reducir la desnutrición, a través del Programa Estratégico Nacional de Seguridad y Soberanía Alimentaria, c) Mejorar hábitos de alimentación y consumo, y prácticas de cuidado de la salud de niños y niñas menores de 5 años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia y d) contribuir a la realización del Derecho Humano a una Alimentación Adecuada (DHAA) de la población boliviana, impulsando la articulación interinstitucional y la formulación e implementación de instrumentos normativos legales”. (Comité Técnico del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición, 2008)

3.4.2 Programa Bono Juana Azurduy

El Bono Juana Azurduy, Decreto Supremo 0066, del 4 de Abril de 2009, fue implementado con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad materna e infantil y la

desnutrición crónica de los niños y niñas menores de 2 años, así como incentivar a la maternidad segura y su desarrollo integral . Su mecanismo consiste en la transferencia de recursos a las madres en estado de gestación y a las familias con niños menores de dos años. Estas transferencias están condicionadas a que la madre se realice los controles pre natales de la madre y luego, los controles de salud periódicos del niño.

3.4.3 Unidad de Nutrición Integral (UNI)

La Unidad de Nutrición Integral es un establecimiento de salud integral, parte estructural y funcional de la red de salud liderizar la promoción y prevención de la desnutrición en el área de jurisdicción o de cada municipio priorizado. Entre sus objetivos, destaca la importancia de promover “las mejores prácticas de alimentación y cuidado de los niños, niñas y mujeres embarazadas, a nivel de la familia y la comunidad”.

Las siguientes, son acciones de las UNI relacionadas con el desarrollo infantil temprano:

- Promoción de la lactancia materna.
- Alimentación complementaria suficiente y adecuada.
- Promoción del consumo de alimento complementario (Nutri-Bebe).
- Alimento complementario para mujeres embarazadas desnutridas y con anemia.
- Promoción de la suplementación de micronutrientes.
- Promoción del consumo de alimentos fortificados y de Hábitos alimentarios saludables.
- Evaluar el desarrollo psicomotriz y promover la estimulación temprana del menor de 5 años de edad.
- Promover la estimulación temprana en las familias y comunidades
- Capacitar al personal de salud en técnicas de estimulación temprana (Ministerio de Salud y Deportes, 2014)

En los municipios priorizados por el Programa Desnutrición Cero, la UNI se constituye en el servicio de referencia para el tratamiento de niños desnutridos agudos, moderados no complicado y talla baja. Por otra parte debe asegurar el traslado de los

niños con desnutrición aguda moderada complicada y desnutrición aguda severa al Hospital de referencia. Debe brindar apoyo apropiado a los niños con rezago en su desarrollo a través de personal cualificado para la aplicación de protocolos de atención e implementar, actualizar y fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica nutricional y generar indicadores para la toma de decisiones.

3.4.4. Estrategia Continuo de la Salud

La estrategia del continuo de atención en el curso de la vida “contribuye a brindar atención integral en salud a la población; según este principio, la población debe tener acceso a servicios calificados durante el curso de la vida, sobre todo en salud reproductiva, embarazo y parto, atención al recién nacido, niña/niño y adolescente, en diferentes ámbitos de atención, que incluye la evaluación del desarrollo y la estimulación”. (Plan sectorial xx

La estrategia , asume el protocolo del AIEPI para el control del niño sano, donde se incluye la evaluación del desarrollo, desde los 7 días. De acuerdo a protocolo, se establece la estimulación temprana desde la etapa neonatal hasta el menor de 5 años de edad; así mismo, la referencia del niño a evaluación especializada, en caso de clasificar como “Probable retraso del desarrollo”.

3.5 Contexto Institucional

El Proyecto Piloto de Desarrollo Infantil Temprano se implementó desde la Unidad de Coordinación Técnica del Comité Técnico del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (U CT CONAN), en coordinación con los Gobiernos Autónomos Municipales de Sucre y Potosí. Cabe mencionar que esta Unidad técnica fue creada por el Ministerio de Salud y Deportes, con la responsabilidad de coordinar, supervisar, evaluar y apoyar técnicamente a las unidades e instancias responsables de la ejecución del Plan Estratégico del Programa Sectorial de Desnutrición Cero, a nivel nacional, departamental y municipal.

En ese sentido, la U CT CONAN, no es una institución en sí misma, sino una instancia de coordinación técnica operativa. Por tanto no tiene objetivos, misión o visión institucionales, más bien es sinérgica con los objetivos del CONAN, descritos con anterioridad.

Por cuanto el Ministerio de Salud y Deportes, es la repartición superior, de la cual depende, se consideran sus objetivos institucionales:

Misión

El Ministerio de Salud y Deportes es la entidad responsable de generar políticas y acciones que permitan garantizar el derecho a la salud de las y los bolivianos, el acceso universal y gratuito a todos los servicios de salud, a la implementación y desarrollo pleno e integral de la Política Nacional de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) y del Sistema Único de Salud (SUS), promoviendo una vida saludable a través de la práctica deportiva, la articulación de la Medicina Tradicional y Ancestral con el sistema de salud y a la recuperación de nuestros saberes ancestrales bolivianos, ejerciendo las funciones de rectoría, organización, conducción y provisión de servicios de salud con calidad, para Vivir Bien.

Visión

El Ministerio de Salud y Deportes es una entidad eficaz, eficiente y transparente reconocida como la máxima autoridad sanitaria y del deporte nacional por su desempeño efectivo en las funciones de rectoría, que garantiza el ejercicio pleno del derecho y acceso universal y gratuito de la población boliviana a los servicios de salud y a una vida sana, con un Sistema Único de Salud (SUS) fortalecido y financieramente solvente, la Política Nacional de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) plenamente implementada, la Medicina Tradicional y Ancestral articulada al Sistema de Salud, con recursos humanos competentes y comprometidos con los principios de la ética y la solidaridad humana y la práctica deportiva incentivada.

3.5.1 Nombre de la dependencia, institución o empresa;

Unidad de Coordinación del Comité Técnico del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (U CT CONAN), el contrato de trabajo fue suscrito con el Ministerio de Salud y Deportes, por su rol de Secretaría Técnica del Consejo Nacional De Alimentación y Nutrición.

3.5.2 Datos de localización

Ministerio de Salud y Deportes: Plaza del Estudiante s/n

Unidad Comité Técnico Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición.

Calle Ballivián N° 1323, zona central. Teléfono 2117997 Fax 2118990

3.5.3 Objetivos institucionales

Las responsabilidades de la Unidad CT CONAN, son sinérgicas con los Objetivos del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN), igualmente con los de la Secretaría Técnica del CONAN que recae en el Ministerio de Salud y Deportes. Los objetivos de las instancias mencionadas, fueron descritos en el acápite 1.1.

3.6 Área de desempeño profesional del sustentante

La U CT CONAN, al ser una instancia de coordinación técnica, responde a una estructura organizativa, misma que fue incorporada en el acápite correspondiente. Dentro de esa estructura, hasta la gestión 2015, se encontraba el Área de Desarrollo Integral Temprano, cuyos objetivos fueron descritos en el mismo acápite. Las funciones y alcances de trabajo establecidas para la sustentante, se establecieron en los términos de referencia, cabe mencionar que estas no solo respondieron al área, sino también a la Unidad CT CONAN. A continuación, se detalla el alcance establecido:

- Coordinar con las Unidades involucradas del Ministerio
- Supervisión del Proyecto Piloto Desarrollo Infantil Temprano
- Diseño e implementación del Plan de capacitación de recursos humanos en DIT.
- Apoyar la elaboración de documentos y guías técnicas con pertinencia cultural, que apoyen la aplicación de las intervenciones previstas bajo el Programa u otras políticas de desarrollo infantil del sector a nivel nacional y regional.
- Supervisar las consultorías y servicios de no consultoría adjudicados bajo el Programa de Desarrollo Infantil Temprano – CT CONAN
- Apoyar acciones de incidencia y abogacía con las autoridades regionales y locales de las zonas del programa para priorizar la primera infancia en las políticas y movilizar recursos públicos para incrementar el acceso de los niños y niñas de 0 a 4 años a programas de atención integral de calidad.

3.6.1 Actividades requeridas para el cumplimiento de los objetivos del Área y del PPDIT:

- Apoyar en el fortalecimiento de las capacidades del recurso humano en temáticas relacionadas con la Estrategia de la Guía de Atención Integrada al

Continuo del Curso de la Vida, con énfasis en la estrategia dirigida al menor de cinco años de edad, coadyuvando en la organización de cursos y eventos de capacitación.

- Apoyar en la organización del Seguimiento y Monitoreo (SYM), posterior a la capacitación en la Guía de Atención Integrada al Continuo del Curso de la Vida, dirigida al menor de 5 años de edad, según instrumentos y metodologías.
- Apoyar en la adecuación del protocolo de supervisión capacitante de la Guía de Atención Integrada al Continuo del Curso de la Vida, dirigida al menor de 5 años de edad.
- Impulsar la evaluación del desarrollo evolutivo del menor de 5 años de edad, en el marco de la Guía de Atención Integrada al Continuo del Curso de la Vida.
- Apoyar la generación de espacios de intercambio de experiencias entre SEDES, que permitan identificar estrategias para reducir la prevalencia de desnutrición crónica.
- Apoyar acciones de incidencia y abogacía, mesas técnicas de trabajo, con las autoridades regionales y locales de las zonas del programa para movilizar recursos públicos para incrementar el acceso a servicios de salud integral de los niños y niñas de 0 a 5 años y de salud materna.

CAPÍTULO IV: MARCO PRACTICO

4.1 Desarrollo del desempeño/ Experiencia académico Laboral

El desempeño profesional se puede observar en el proceso de gestión del Proyecto Piloto DIT, con énfasis en los componentes 2 y 4. Por su importancia, se describen las acciones educativo preventivas desarrolladas en el proyecto:

4.2 Etapa de conceptualización, planificación y organización de la ejecución operativa del Proyecto

Esta etapa tuvo una gran importancia porque permitió aterrizar el proyecto para el alcance de sus objetivos, con participación de los principales actores involucrados. Este proceso se inició con una etapa de sensibilización y diagnóstico:

4.2.1 Sensibilización a través del análisis reflexivo de la problemática

Debido a que no existían acciones similares a la propuesta, en los municipios de Sucre y Potosí, era apremiante sensibilizar a las instituciones, autoridades y sociedad civil, para proponer su implementación toda vez que el porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición era alto, lo que permitía inferir que hubiera un impacto negativo en su desarrollo. Esto significaba iniciar un proceso de gestión, sensibilización y abogacía sobre el abordaje de la problemática.

En ese contexto, el equipo técnico realizó el diseño metodológico y la ruta crítica para organizar ese proceso, se organizó la abogacía, los eventos de capacitación y sensibilización dirigidos a autoridades e involucrados. Se realizaron encuentros interinstitucionales, eventos de presentación y otros mecanismos, para motivar y convencer a las instituciones y autoridades sobre la importancia de abordar la problemática.

Para la sensibilización, se propuso contenido que permitiera el análisis y la reflexión de la problemática planteada. Uno de los principales argumentos utilizados, se basó en la importancia de la etapa de la infancia temprana, donde se estructuran las bases fundamentales físicas, psicológicas y cognitivas de los niños, que influirán en el resto de su vida. En distintos estudios publicados por UNICEF, se sostiene que los primeros años de vida son un período crítico para el desarrollo integral. A nivel cognitivo, es importante considerar que en esta etapa se desarrolla el cerebro velozmente, por tanto, en ningún momento posterior de la vida, ocurre la intensidad de la plasticidad

cerebral por las conexiones sinápticas que se producen (Sección de Educación y Desarrollo de la Primera Infancia, UNICEF para América Latina y el Caribe, 2021).

Fue trascendental que los actores involucrados comprendan que es una responsabilidad del estado, impulsar que la primera infancia reciba la atención necesaria, por criterios de equidad e igualdad de oportunidades. Así mismo, que comprendan que la prevención de problemas y trastornos del desarrollo infantil, requiere de un abordaje multidisciplinario, donde la práctica educativa, coadyuva a interrumpir ciclos de deprivación socio cultural. (UNICEF, 2021)

Durante la formación en la carrera, se logró comprender la importancia del rol de la educación para lograr cambios en la sociedad y para impulsarlos. En la formación específica de la psicopedagogía, se entendió la razón del inicio temprano de entornos de aprendizaje, estimulantes y favorables al desarrollo integral del niño.

4.2.2 Diagnóstico de las capacidades locales e institucionales

En la etapa inicial del ciclo del proyecto, se realizó un diagnóstico situacional sobre las capacidades locales e institucionales que componen un entorno favorable a la primera infancia y a la implementación de servicios de Desarrollo Infantil Temprano; las autoridades definieron la realización del diagnóstico situacional que consistió en la recopilación de información, ordenamiento, interpretación y la obtención de conclusiones; este proceso fue conducido por una entidad externa, con participación de técnicos involucrados en el proyecto. Para la obtención de la información se aplicaron distintas técnicas, herramientas e instrumentos de investigación, entre ellos: revisión documental, entrevistas a profundidad, grupos focales, observaciones y cuestionarios. Estas técnicas e instrumentos fueron conocidos y practicados durante la formación de la carrera, especialmente en las materias relacionadas con investigación educativa.

En documentos técnicos revisados (U CT CONAN, 2013), como resultado del diagnóstico situacional, se logró establecer que la situación del Desarrollo Infantil temprano en las ciudades de Sucre y Potosí (Municipios) tenía avances sectoriales, se conoció que parte de las acciones estaban vinculadas al nivel central del Estado (Ministerios), otra parte a las Gobernaciones departamentales (SEDES, SEDUCA, SEDEGES) y otra parte a los propios Gobiernos municipales.

En salud, se constató la existencia de un conjunto de programas con objetivos y acciones que corresponden al 1er. Nivel de atención, referido a la prevención primaria en salud, mismo que se ubica en Centros de Salud y postas.

Estos programas preventivos se dirigían tanto a la fase prenatal como postnatal, uno de sus objetivos principales es proporcionar a las madres elementos de información para la detección precoz de posibles anomalías o signos de riesgo de la salud, con énfasis en las enfermedades prevenibles y la nutrición. Por otro lado, desarrollaban acciones directas sobre la población infantil a través del Control del Niño Sano, consistente en revisiones periódicas del crecimiento y desarrollo infantil; así mismo los subsidios y vacunaciones.

En los Hospitales de 2do. Nivel, los servicios de salud contaban con servicios semi especializados para la atención de los retrasos y trastornos del desarrollo, no existen equipos multidisciplinarios completos ni la infraestructura adecuada y suficiente.

En educación se evidenció la existencia de Unidades Educativas del nivel inicial escolarizado, con diferencias en la calidad de los servicios (infraestructura, material didáctico, recurso humano, acciones de orientación a la familia), algunas Unidades Educativas, contaban con apoyo de ONGS o Fundaciones (IPTK, Plan Internacional, INTERVIDA, Aldeas SOS), para la detección y atención de dificultades de aprendizaje, rezagos en el desarrollo y estimulación temprana. Desde el nivel central, en el marco de la Ley Avelino Siñani – Elizardo Pérez, se estableció el desarrollo del nivel inicial no escolarizado, sin acciones en ambos municipios.

Entre los Servicios Sociales dirigidos a la primera infancia, se observaron los denominados Centros Infantiles, algunos con diferentes modalidades de atención, otros, especialmente los municipales, con servicios bajo la modalidad directa.

Entre otros datos, en Sucre, existía el Psicopedagógico, con intervención terapéutica especializada dirigida a niñas/os y familia. En Potosí, un Centro de Rehabilitación en etapa de organización, dependiente de los Ministerios de Salud y Presidencia. Así mismo, un Centro Infantil modelo de Aldeas SOS, cercano al Hospital Bracamonte.

En ambas ciudades, funcionan las Defensorías de la Niñez y Adolescencia, con objetivos de protección y defensa de los derechos de menores en situación de vulnerabilidad.

Concluido este periodo de valoración y de búsqueda de información relevante, se realizó un análisis global de la situación de DIT, reconociendo la importante labor que los profesionales e instituciones desarrollaban en favor de la primera infancia, desde las distintas experiencias con los niños/as y familias.

Los datos recabados permitieron obtener información de aspectos necesarios para la implementación del proyecto, entre ellos, la situación del desarrollo de niños y niñas menores de 6 años de edad. Como resultado de la revisión del documento "Evaluación Cuanti-Cualitativa del Programa de Atención a Niños y Niñas Menores de 6 Años (PAN) en Bolivia", realizada en la gestión 2008, se dimensionaron algunos datos clave que el Proyecto tuvo en cuenta:

"Para las evaluaciones de efecto en educación inicial, se utilizó la Escala Abreviada de Desarrollo (EAD), la que mide el desarrollo psicosocial de los niños que asisten a los centros en cuatro áreas de desarrollo...Las evaluaciones de la EAD se efectuaron en julio de 2001 y julio de 2002 en seis departamentos: Chuquisaca, Cochabamba, Oruro, Potosí, Santa Cruz y Tarija...Las valoraciones Alerta y Medio Bajo se entienden como déficit en el desarrollo y las valoraciones Medio Alto y Alto se entienden como normalidad del desarrollo...en 2001 el 63% de la población infantil se encontraba en déficit, el 2002 este porcentaje alcanzaba al 62%." (Lykke E. Andersen, Juan C. Arenas, Eduardo Pando*, 2009)

Otro indicador relevante, la formación del recurso humano para el Desarrollo Infantil Temprano y su abordaje. Un resultado importante, fue el mapeo de las instituciones presentes en ambos municipios, su oferta y capacidad técnica.

"Sobre las instituciones responsables de la formación superior de recursos humanos para los distintos ámbitos de DIT, la evaluación realizada por la entidad externa indica "En relación a la infraestructura existente para la formación de recursos humanos de DIT, en el nivel de formación a nivel licenciatura, siete (7) de los nueve departamentos de Bolivia cuentan con cursos universitarios en Medicina, estos son La Paz, Oruro, Potosí, Santa Cruz, Chuquisaca, Cochabamba y Tarija. Con niveles de licenciatura en Enfermería los nueve (9) departamentos cuentan con esa formación. A la lista anterior se añaden Pando y Beni. De la misma revisión se desprende que a nivel de

licenciatura también se cuenta con cursos universitarios de Nutrición y Dietética en Chuquisaca, La Paz y Cochabamba.

En grado de Técnico Superior y Auxiliar en el área de Salud, los cursos universitarios de formación en áreas vinculadas DIT se ofrecen en algunas de las universidades públicas de los departamentos, Chuquisaca, Cochabamba, Pando, La Paz.

Las Universidades Privadas de Bolivia cuentan con mayor oferta de formación en Salud que la Universidad Pública, así tenemos que se ofertan 74 cursos a nivel de licenciatura. Revisadas las mallas curriculares de las carreras de medicina y enfermería, se evidencia que no comprenden suficientemente las especificidades para abordar el desarrollo evolutivo, sus trastornos, abordaje, evaluación y seguimiento ...". (LABOSFOR, 2013)

Completando el análisis de la oferta universitaria, respecto a otras carreras vinculadas al abordaje de DIT, se estableció que algunas universidades públicas del sistema ofrecían las carreras de psicología, fisioterapia, Ciencias de la Educación; en La Paz, desde la gestión 2011, se ofertaban las carreras de fonoaudiología y terapia ocupacional y en la Universidad Salesiana, la carrera de psicomotricidad.

La misma entidad realizó el diagnóstico de las necesidades de formación, sin embargo, el documento completo no fue localizado. En archivo personal, se observó que los resultados permitieron precisar la estrategia de formación del proyecto:

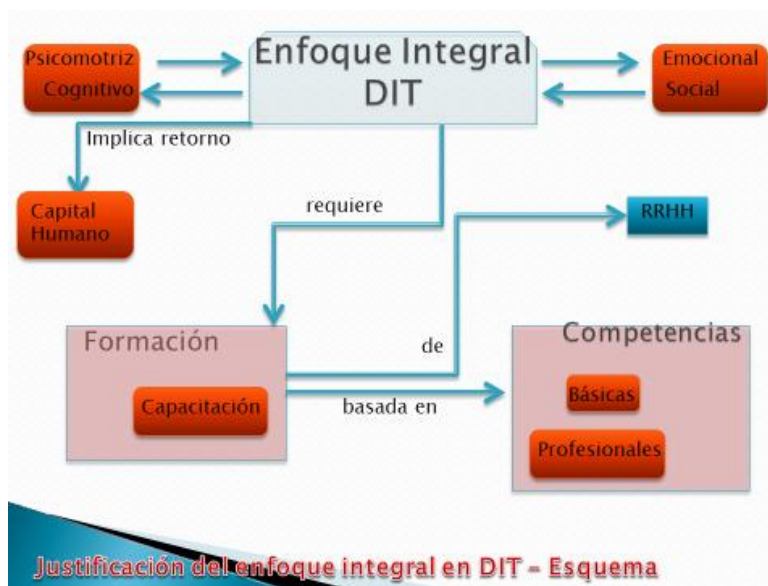


Ilustración 3 Esquema Componente Formación PPDIT, Fuente presentación UCCTCONAN

4.3 Reconceptualización de los componentes del proyecto

Con base a los resultados del diagnóstico, la postulante fue asignada para la elaboración de la propuesta metodológica para la reconceptualización de los componentes del proyecto, esto significó la identificación de la agenda, de los actores técnicos y sociales, de los instrumentos, de la organización de espacios participativos, considerando las responsabilidades y el nivel de competencias que cada una de las instituciones portaba por ley.

Como resultado de ese proceso, se reconceptualizaron los diferentes componentes del proyecto, y se establecieron los mecanismos legales y programáticos para su implementación. (U CT CONAN, 2013). Los componentes fueron descritos en el acápite 1.2.2.

En el componente 2, el Proyecto observó la necesidad de capacitar al personal de las instituciones vinculadas a DIT, en el ámbito de sus competencias. En la primera etapa, se enfatizaría la capacitación de autoridades institucionales, encargados de la gestión. Por otro lado, la capacitación del recurso humano de y en salud, en temáticas DIT, enfatizando la evaluación del desarrollo y el abordaje de las salas de estimulación temprana, cuyo servicio debería ser atendido por un equipo multidisciplinario para la

atención de los niños con posibles trastornos o rezagos del desarrollo, en prevención de rezagos permanentes y de la evolución negativa de trastornos del desarrollo.

Se asumió implementar el proceso de formación, con base a directrices de la Formación por competencias, del mismo, se asumieron principalmente parte de las estrategias propuestas por Tobón:

“ Las estrategias didácticas para formar competencias se diseñan e implementan

teniendo en cuenta los criterios de desempeño, los saberes esenciales, las evidencias requeridas y el rango de aplicación.

Estrategias docentes de sensibilización. La sensibilización en el aprendizaje consiste en orientar a los estudiantes para que tengan una adecuada disposición a la construcción, desarrollo y afianzamiento de las competencias, formando y reforzando valores, actitudes y normas, así como un estado motivacional apropiado a la tarea...

Estrategias pedagógicas para que los estudiantes canalicen su atención y concentración según los objetivos pedagógicos...

Estrategias docentes para favorecer la adquisición de la información...

Estrategias docentes para favorecer la cooperación...

Estrategias docentes para favorecer la actuación...

Estrategias docentes para favorecer la valoración...” (Tobón, 2010)

En el componente 4, Sala de estimulación temprana, se precisó que sería un servicio atendido por equipo interdisciplinar de expertos en DIT integrado por profesionales del área social, salud y educación, hacia donde se derivan menores que necesitan una evaluación profesional de posibles trastornos o rezagos del desarrollo y una propuesta de intervención especializada de carácter social, médico y psicopedagógico.

4.4 Planificación estratégica del proyecto.

La planificación estratégica tuvo un carácter participativo, fue orientada desde una perspectiva multisectorial, donde lo educativo se incorpora desde los objetivos de desarrollo, en los referentes conceptuales, metodológicos, en las acciones a

desarrollar en los diferentes componentes y en los criterios de seguimiento, monitoreo y evaluación.

Esta etapa fue importante porque se logró aunar criterios técnicos entre las instituciones y autoridades vinculadas al abordaje del DIT, para facilitar la gestión del proyecto. (U CT CONAN, 2013)

4.5 Desarrollo del proyecto

El proyecto fue implementado en sus cinco componentes, antes descritos; durante el desarrollo del proyecto, se desarrollaron acciones educativo preventivas en cada uno de ellos, desde el acompañamiento pedagógico y la asistencia técnica. Sin embargo, para fines de la presente memoria laboral, se enfatizará en la descripción de los componentes 2 y 4:

4.5.1. Asistencia técnica al componente de formación de recursos humanos de y en salud

Se había previsto la implementación del Programa de Formación Permanente (PFP) a través de dos fases: La primera fase, se iniciaría con la formulación del Programa de Formación Permanente Intersectorial, que incluyera las directrices pedagógicas, el diseño y organización curricular, así como la organización logística administrativa. Las acciones formativas tendrían como público principal al recurso humano vinculado al Proyecto de los Gobiernos Autónomo Departamentales, Gobiernos Autónomo Municipales, así como de otros ámbitos institucionales involucrados.

Esta etapa se desarrollaría a través de modalidades (presencial, semipresencial y virtual/a distancia); para ello, se desarrollará una plataforma que permita la aplicación de las modalidades semipresencial y virtual. También se previó un componente de monitoreo, seguimiento y evaluación, considerando el relevamiento de los resultados, de forma que al finalizar cada gestión del proceso de formación y capacitación, debería verificarse la cobertura, la oferta formativa implementada, los niveles de aprendizaje alcanzados; entre otros, su aplicación en el desempeño laboral.

La fase 2 correspondía a la transferencia del PFP a los Gobiernos Autónomos Departamentales, con recursos adicionales de la UC CT CONAN, que colaboraran a los GAD continuar sus procesos de formación. Sin embargo, después de la etapa de definición del componente, el Ministerio de Salud determinó que no se implementaría

el Programa de Formación Continua porque sería puesto en marcha con recursos del Banco Interamericano de Desarrollo al interior del Programa Crecer Bien para Vivir bien, que aún se encontraba en proceso de organización.

En ese sentido, se determinó que se desarrollaría un Plan de Formación y Capacitación, con base en itinerarios formativos en el formato de cursos cortos secuenciados. (U CT CONAN, 2014) Este Plan se estructura en dos tipos de itinerarios:

1. Acciones formativas de carácter básico. Definidas como aquellas que facilitarán la adquisición de las bases conceptuales y el fortalecimiento de competencias específicas.
2. Acciones formativas de carácter específico. Definidas como aquellas que facilitarán el desarrollo de competencias relacionadas con el desempeño de funciones o puestos de trabajo concretos.

El Proyecto asumió la definición de itinerario formativo, como la trayectoria de formación compuesta por diferentes actividades: cursos, jornadas, etc. que realiza una institución, para lograr determinadas competencias laborales en su personal, relacionadas con la gestión. Los itinerarios se dirigen a la organización y secuenciación planificada de la formación de los participantes institucionales, a través de diferentes estrategias pedagógicas. El proceso formativo de los itinerarios debe lograr aprendizajes que incidan en el desarrollo y desempeño profesional / laboral, en contribución a los objetivos institucionales, en este caso el Proyecto Piloto DIT.

Sobre esa base, con la asistencia técnica de la postulante, se diseñaron participativamente los itinerarios formativos anuales, a través de un conjunto programado y ordenado de cursos, seminarios talleres y cursos de capacitación, estructurados en Planes de Formación anuales.

Se partió del análisis de competencias laborales indispensables y necesarias de cada puesto laboral, para garantizar una gestión adecuada en el manejo del Proyecto. Para la primera etapa, se definió como público principal al recurso humano de y en salud de los Centros de Salud con salas de estimulación temprana: Médicos y médicas, enfermeras, enfermeros y auxiliares de enfermería, trabajadoras sociales, psicólogos, psicopedagogos.

Se determinó ofrecer itinerarios formativos para otros actores involucrados (otras instituciones, sociedad civil, etc.).

Como modalidad formativa principal, se determinó que sea el Curso, porque permite desarrollar una amplia gama de conocimientos y problemáticas de interés relacionadas con el contexto laboral; permite la participación de muchos cursantes en diferentes tiempos; permite su réplica en la misma gestión y también el abordaje de los contenidos combinando la práctica, la teoría y la valoración.

En consecuencia, la formación del recurso humano, debería posibilitar una interacción recíproca y complementaria entre los diferentes actores de la intervención: profesionales y técnicos, autoridades, madres y padres, las niñas, niños y la comunidad, a través del diálogo como recurso principal del proceso educativo, considerando que es un mecanismo que democratiza la reflexión y la acción.

Así, la formación se orientaría a la transformación de la realidad institucional, que significaría, mejor oportunidad para la primera infancia, mejores servicios para promocionar el desarrollo integral del menor de 5 años con desnutrición y/o factores de riesgo; mejores oportunidades de desarrollo para las niñas, los niños y sus familias. Entre algunos temas incorporados, se identificaron: importancia de la infancia temprana, la oportunidad de los primeros 1000 días, el enfoque del Desarrollo Infantil Temprano, escalas de evaluación del desarrollo evolutivo, técnicas de estimulación temprana, llenado de indicadores de desarrollo evolutivo y estimulación temprana del Cuaderno del Formulario “Atención Integral del Niño(a) menor de 5 años” (SNIS y SOAPS).

En Anexo, se encuentra la propuesta del Plan de formación y capacitación y un modelo de Programación de los itinerarios formativos.

4.5.2 Asistencia técnica, basada en la psicopedagogía, al componente salas de estimulación temprana

La intervención del componente central del proyecto “Salas de Estimulación Temprana”, se estableció en Centros de Salud de primer nivel de atención que se caracteriza por la prevención y promoción de la salud integral. Al respecto, en el protocolo de atención del “Control del Niño Sano del Continuo de la atención”, el

personal debe evaluar y seguir periódicamente el desarrollo y crecimiento, cuyos datos deberían ser registrados en el carnet de salud infantil, situación que no sucedía regularmente por el desconocimiento del personal de salud de la norma técnica y del protocolo de evaluación del desarrollo.

Dentro del protocolo, en caso de detectarse alteraciones en el desarrollo o factores de riesgo, el personal de salud remitía al niño a centros privados para el tratamiento correspondiente. En muchos casos, los niños eran remitidos al Instituto Departamental de Adaptación Infantil (IDAI) de la ciudad de La Paz; en la mayoría de los casos, la familia no podía asumir los costos, por tanto, el niño se quedaba sin intervención. Con el proyecto, los niños eran referidos a las salas, así mismo a otros servicios cuya capacidad de resolución tuviera un grado mayor de capacidad.

La implementación de las salas de estimulación temprana para la atención de los menores derivados, se hizo efectiva bajo directrices psicopedagógicas, considerando a la estimulación temprana como el conjunto de medios, técnicas, y actividades con base científica, aplicadas en forma sistemática y secuencial, con el objetivo de desarrollar al máximo las capacidades cognitivas, físicas y psicológicas de niñas y niños menores de 5 años de edad, para coadyuvar a evitar estados no deseados en el desarrollo y ayudar a los padres en sus prácticas de cuidado y crianza, respetando al máximo su bagaje de conocimientos.

Se establecieron criterios para la admisión, priorizando la atención de niñas y niños con factores de riesgo y con indicadores de rezagos, detectados en los centros infantiles y/o centros de salud:

CRITERIOS DE ADMISIÓN A LAS SALAS DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Caso 1	• Niñas y niños con desnutrición crónica, anemia o talla baja, sin rezagos o trastornos en el desarrollo
Caso 2	• Niñas y niños con signos de maltrato y violencia
Caso 3	• Niñas y niños con rezagos en el desarrollo de acuerdo a hitos
Caso 4	• Niñas y niños con signos de trastornos tratables, con referencia externa o a solicitud de principales cuidadores

Ilustración 4 CRTERIOS DE ADMISIÓN , Fuente Guía Básica

Se establecieron directrices generales y específicas para la intervención de las Salas de Estimulación Temprana (U CT CONAN AREA DIT, 2014). El siguiente, es un resumen de las principales directrices:

- “a. La intervención se desprende del marco del Continuo de la Atención para el menor de 5 años de edad AIEPI Nut Clínico y Neonatal.
- b. La intervención agrupa las actividades dirigidas hacia el niño y su familia, con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo. La modalidad y el programa de intervención individual se establecerán en función de la edad, características y necesidades del niño, del tipo y grado de rezago y/o trastorno del desarrollo, de la familia, del propio equipo y de la posible colaboración con otros recursos de la comunidad..
- c. La intervención debe atenuar y/o superar los rezagos en el desarrollo, prevenir trastornos secundarios y tratar de modificar los factores de riesgo en el entorno inmediato del niño. Se basa en un conjunto de medios, técnicas y actividades, aplicadas en forma sistemática y secuencial, a través de una serie de estímulos repetitivos, de manera que se potencien sus funciones cerebrales, reforzando aspectos cognitivos, aspectos físicos, sensoriales y sociales, es decir, las distintas áreas neuronales.

- d. Los programas son elaborados y aplicados por la/el responsable de la sala de estimulación temprana, cuya misión es evaluar y determinar el nivel de desarrollo alcanzado, la detección y despistaje de los rezagos, coordinando el programa de estimulación temprana a seguir.
- e. Otra acción fundamental de la intervención es conseguir que la familia conozca y comprenda la realidad de su hijo o hija menor de 5 años, sus capacidades y sus limitaciones, actuando como agente potenciador del desarrollo del niño, adecuando su entorno a sus necesidades físicas, mentales y sociales, procurando su bienestar y facilitando su integración social.
- f. Para la intervención se debe considerar el diagnóstico que establecerá el momento evolutivo, las necesidades y la globalidad del niño en todos los ámbitos, teniendo en cuenta los aspectos intrapersonales, biológicos, psico-sociales y educativos, propios de cada individuo y los interpersonales, relacionados con su propio entorno, familia, cultura y contexto social.
- g. La intervención se planificará y programará de forma global e individual, planteando pautas específicas adaptadas a las necesidades de cada niño y cada familia en cada una de las áreas del desarrollo.
- h. El programa individual debe incluir la temporalización de los objetivos, la modalidad metodológica y la evaluación de los objetivos propuestos o del resultado de la aplicación del programa.
- i. La intervención debe promover la alimentación y nutrición adecuadas en el ciclo de la vida, con énfasis en la infancia temprana y mujer embarazada.
- j. De acuerdo al caso, se prevé la referencia a instancias de mayor especialización.” (U CT CONAN AREA DIT, 2014)

En Potosí, las salas de estimulación temprana, fueron atendidas por psicopedagogas estudiantes del último año de la carrera de psicopedagogía de la Universidad Domingo Savio, bajo la supervisión de docentes. Este acuerdo surgió del relevamiento de las

capacidades locales para la implementación del Proyecto, de esa forma, se inició un proceso de coordinación interinstitucional con la Universidad mencionada.

En Sucre, las salas fueron atendidas por profesionales contratados por el GAM Sucre, en cumplimiento al convenio interinstitucional. Se contó con la participación de 2 psicólogas y 3 psicopedagogas. (Ver Anexo fotos Salas de Estimulación Temprana)

La organización pedagógica de las salas fue distinta, tanto en Sucre como en Potosí, varió especialmente por las condiciones del espacio, la capacidad del establecimiento de salud y la decisión técnica de cada profesional. Cabe aclarar, que las autoridades decidieron convocar a profesionales mujeres en ambas ciudades, para el cargo.

Con esos antecedentes, se desarrolló la asistencia técnica al recurso humano, en el abordaje psicopedagógico de las salas de estimulación temprana. Para ello, se elaboró la “Guía Básica de atención de las Salas de Estimulación Temprana”, por otro lado, con el objetivo de mejorar las competencias de las responsables de la atención de las salas, se implementaron itinerarios formativos específicos a sus necesidades y requerimientos. Dentro de las acciones de la asistencia técnica, se proporcionaron modelos de atención, métodos y técnica basadas en la psicopedagogía de la estimulación temprana, con enfoque multidisciplinario. En Anexo, se presenta un modelo para la organización de la sala, basado en los rincones de estimulación o de aprendizaje.

Con el objetivo de guiar la institucionalización de las salas, al interior de un establecimiento de salud, se construyó participativamente el flujo de atención de las salas, mismo que podría ser ajustado en cada ciudad, de acuerdo a directrices de las Direcciones Municipales de Salud.

El siguiente es el flujo de atención en las salas de estimulación temprana.

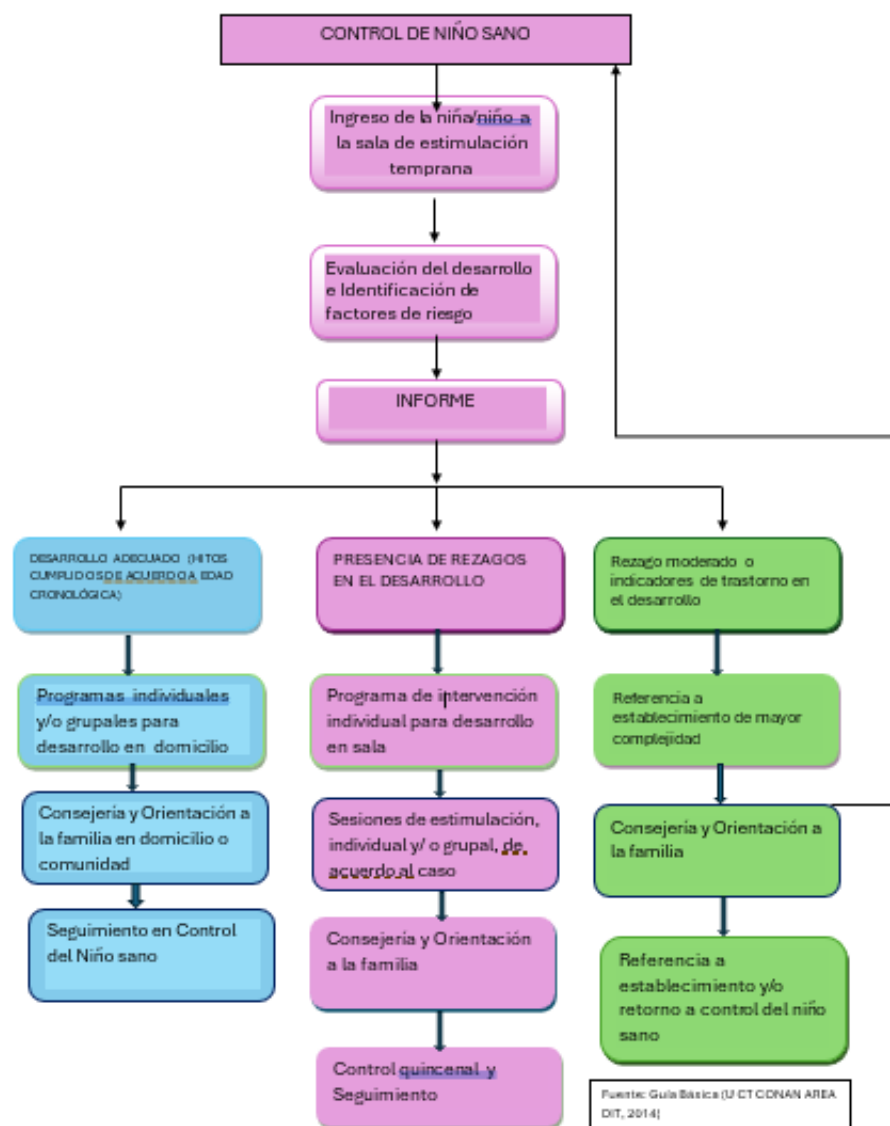


Ilustración 5 Flujo de atención de las salas de estimulación temprana

Ilustración 5 Flujo de atención de las salas de estimulación temprana

Para las tres primeras gestiones (2013 – 2015), se establecieron resultados a conseguir con la intervención:

- Estimulación integral de niñas y niños menores de 5 años de edad, con énfasis en el menor desnutrido crónico con rezagos en su desarrollo, de acuerdo a los hitos establecidos en la escala de evaluación.
- Orientación y capacitación a los padres y/o familiares, cuidadores de los niños, en las actividades de estimulación, bajo las directrices del cuidado cariñoso y estimulante.
- Conformación de la RED de Referencia y Contra referencia para la atención del menor con rezagos en su desarrollo y riesgo bio-psico-social.
- Generar, apoyar y participar en actividades de investigación relacionadas con el abordaje integral de los rezagos en el desarrollo en el entorno del DIT. (U CT CONAN AREA DIT, 2014)

➤ Evaluación diagnóstica

La vigilancia periódica del desarrollo integral se realizaría en los Establecimientos de Salud de primer nivel; la evaluación se dirige a la valoración del crecimiento (estado de salud y nutricional), la vigilancia del desarrollo y la evaluación social de la familia. La evaluación del desarrollo en las salas, se inicia con la escala propuesta en el “Cuaderno de la Atención Integrada al Continuo del Curso de la Vida (Cuadros de procedimientos para el primer nivel de atención” u otra de tamizaje, que permita la valoración de los hitos de desarrollo en las áreas: psicomotora, socioafectiva, cognitiva y lenguaje.

El protocolo del Control del Niño sano del Continuo de la Atención, estableció que el niño o niña detectado con factores de riesgo o rezagos en el desarrollo, talla baja, desnutrición, anemia y/o signos de peligro en la salud, sería referido respectivamente a la sala de estimulación temprana, UNI y/o Establecimiento de Salud de mayor complejidad.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

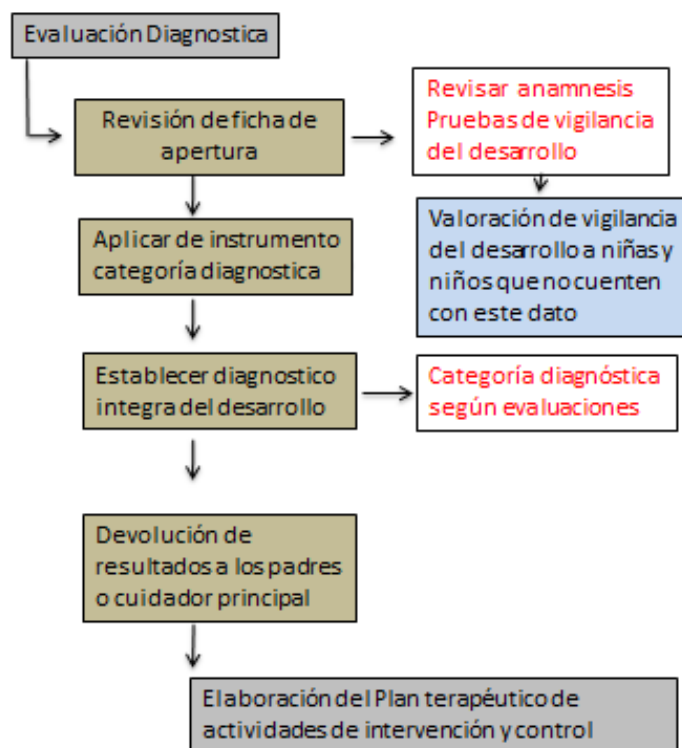


Ilustración 7 EVALUACION DIAGNOSTICA, Fuente Guía Básica

La entrevista de acogida y valoración sería realizada por el equipo multidisciplinario: médico, trabajo social y/o pedagogía, donde se explican el funcionamiento y metodología de la atención de las salas.

Durante este proceso, la familia o persona representante del menor sería informada sobre los aspectos relacionados con los servicios prestados en las salas. “En esta entrevista, se les haría entrega de una carpeta con documentación diversa, que debería incluir:

- Consentimiento informado
- Guía de Derechos y Obligaciones de las familias usuarias
- Tríptico de hábitos saludables y manual de estimulación temprana (AIEPI)
- Documento informativo sobre las normas de asistencia a las salas.
- Documento de compromiso con el Plan de Intervención.

En esta etapa, se utilizan escalas de evaluación completas, como:

- Screening EEDP
- Screeneg Battelle
- Denver
- TEPSI
- Otra , propuesta por la profesional de la sala

Se otorga la información inicial a la familia, acordando que se entregará el Informe de Evaluación Multidisciplinaria y el Plan de Intervención del niño/a en un tiempo máximo de 15 días” (U CT CONAN AREA DIT, 2014)

Con los resultados de la evaluación, se establecía un Plan de Intervención y cada uno de los niños era asignado a un grupo.

➤ Plan de intervención

Se estableció realizar un Plan de Intervención por cada niña y niño, que comenzaba en la etapa de diagnóstico, mismo que debería cumplir un proceso con tiempos definidos, establecidos en cada establecimiento de salud.

La elaboración del Plan de Intervención tenía como base los resultados del diagnóstico: “El Plan es el conjunto de decisiones técnicas que establecen el proceso de intervención, implica la definición de metas ajustadas a las necesidades de cada niño, de su contexto, de sus derechos, que sean posibles de lograr en un tiempo determinado y consensuado con todos los actores”. (U CT CONAN AREA DIT, 2014)

El Plan de Intervención considera las siguientes dimensiones para su diseño, en cada uno de los casos atendidos:

- a) Edad cronológica vs. Edad de acuerdo a hitos
- b) Tipo de rezago: Cuanto más pequeño el niño y mayor el tipo de rezago en el desarrollo, mayor frecuencia en las intervenciones.
- c) Riesgo Social / Nivel Económico: las familias con menor nivel sociocultural y económico deberán contar con un plan de trabajo específico.

Esquema general del Plan de Intervención:

- a) Objetivo general basado en la evaluación de necesidades realizada en el diagnóstico y en las potencialidades del niño.
- b) Áreas de intervención.
- c) Objetivos por áreas.
- d) Actividades concretas de intervención a partir de conductas logradas y destrezas no logradas tipificadas en escalas de desarrollo.
- e) Pautas de estimulación para ser implementadas en el hogar por los padres o cuidadores del niño según el Manual de Intervención para rezago, tomando en cuenta el contexto socio cultural y las pautas propias de crianza del hogar.
- f) Organización de cada sesión de estimulación.
- h) Material de estimulación necesario para la realización de las actividades.
- i) Calendario de visitas prescrito a la familia
- i) Seguimiento y evolución (En Anexo, un modelo de programación concertado con la Unidad de Desarrollo Infantil Temprano).

Criterios de atención por grupos:

El abordaje de las salas de estimulación temprana, diferenció la atención de acuerdo a grupos:

- 1) Niños y niñas con desarrollo normal, sin presencia de signos de alteración, rezago o trastorno en su desarrollo; con desnutrición crónica, anemia o talla baja.

Enfoque de la atención: Preventivo y promocional

Considerando que este grupo de niños NO presenta rezagos o retrasos en su desarrollo pero si tiene factores de riesgo, se establece una modalidad de atención INDIRECTA , a través de la orientación a la familia, realizada a través de sesiones de pequeños grupos de madres o principales cuidadores, cuyo objetivo es comprometer el rol de la familia en el desarrollo integral del niño.

La orientación a las familias se programó en sesiones, utilizando el diálogo y el modelado como estrategias de capacitación. Entre los contenidos, se orientó sobre la

importancia de cuidar adecuadamente a los hijos de esta etapa, la necesidad de afecto, protección, explicando los hitos de desarrollo de acuerdo a la franja etaria del niño, el cuidado de la alimentación adecuada y la observación del estado nutricional, se practican actividades de estimulación (modelado), entre otros. Esta modalidad comprendía un procedimiento:

- Agrupamiento de madres, padres y/o principales cuidadores, con hijos de una franja etaria aproximada. Ej. 4 a 6 meses. Se estableció el trabajo con grupos de 5 a 8 madres o principales cuidadores, para lograr un aprendizaje significativo. Si la cantidad de familias es menor, se podía organizar el grupo ampliando el rango etáreo de los niños.
- Apertura de carpetas de cada uno de las niñas y niños, que comprendía el Plan de intervención, la programación de tareas mensuales a ser realizadas por las familias en sus domicilios, la Ficha de evolución y seguimiento y la Ficha de alta y/o referencia.
- Desarrollo de sesiones prácticas de actividades de estimulación, grupales, participativas, dialógicas, con indicaciones prácticas y pautas claras.
- Estudio de caso con recomendación de alta y/o referencia.

✓ 2) Niños y niñas que presentan grados de rezago en áreas del desarrollo de acuerdo a hitos. Presencia de talla baja, desnutrición y/o anemia. Presencia de factores de riesgo: signos de maltrato y/o violencia.

Enfoques: Preventivo y de desarrollo

A través de INTERVENCIÓN DIRECTA, los niños y las niñas con rezagos temporales e indicadores de trastornos del desarrollo, son atendidos en la sala, en coordinación con los diferentes profesionales y con participación de las familias.

Con este grupo, se orientó el desarrollo de la siguiente ruta:

- ✓ Evaluación del desarrollo de mayor profundidad, en base a una escala complementaria, se han considerado las escalas DENVER, TEPSI, EEDP, otras sugeridas por las profesionales.
- ✓ Programación de atención individualizada en el Plan de intervención.

- ✓ Apertura de carpetas de cada uno de las niñas y niños, que comprendía el Plan de intervención, la programación de tareas mensuales a ser realizadas por las familias en sus domicilios, la Ficha de evolución y seguimiento y la Ficha de alta y/o referencia.
- ✓ Orientación específica a padres de familia y/o principales cuidadores, para promover buenas prácticas de crianza y cuidado, para la continuidad del tratamiento, para el seguimiento del tratamiento de la desnutrición, anemia o talla baja.
- ✓ Observación no invasiva de signos de maltrato.
- ✓ Seguimiento multidisciplinario a la evolución.
- ✓ Estudio de caso con recomendación de alta y/o referencia

Se motivó la participación de la familia, especialmente de la madre y/o principal cuidador durante la intervención; las sesiones con los niños y niñas fueron un mecanismo para que los cuidadores puedan aprender técnicas y prácticas para potenciar el desarrollo del niño o la niña y sus habilidades.

Se estableció que el periodo de atención de un niño en la sala de estimulación finalizaría cuando la evolución fuera favorable, con la respectiva evaluación de control. Si el niño excedía la edad y no había superado el rezago o el signo de trastorno, la continuidad de su tratamiento sería definida en estudio de caso: si la evolución no era favorable, podría ser remitido a un servicio especializado.

Por otra parte, se coadyuvó con el seguimiento de niñas y niños con desnutrición crónica, talla baja o factores de riesgo, en coordinación con la UNI. Las acciones de la UNI incluyen detección, orientación, sensibilización, prevención e intervención terapéutica en el niño y familia.

En casos necesarios, se realizaron visitas domiciliarias a familias, en coordinación con las Defensorías y Trabajo Social del Establecimiento de salud.

- ✓ Niños y niñas con signos de trastornos tratables, con referencia externa o a solicitud de principales cuidadores, con o sin desnutrición o factores de riesgo.

Enfoque rehabilitación multidisciplinaria

- ✓ Evaluación multidisciplinaria
- ✓ Evaluación del desarrollo de mayor profundidad, en base a una escala complementaria.
- ✓ Programación de atención individualizada en el Plan de intervención, con base a recomendaciones multidisciplinarias.
- ✓ Apertura de carpetas de cada uno de las niñas y niños, que comprendía el Plan de intervención, la programación de tareas mensuales a ser realizadas por las familias en sus domicilios, la Ficha de evolución y seguimiento y la Ficha de alta y/o referencia.
- ✓ Orientación específica a padres de familia y/o principales cuidadores, para promover buenas prácticas de crianza y cuidado, para la continuidad del tratamiento, para el seguimiento del tratamiento de la desnutrición, anemia o talla baja.
- ✓ Seguimiento multidisciplinario a la evolución.
- ✓ Estudio de caso con recomendación de alta y/o referencia
- ✓ Seguimiento de las niñas y niños referidos.

Se motivó la participación de la familia, especialmente de la madre y/o principal cuidador durante la intervención; las sesiones con los niños y niñas fueron un mecanismo para que los cuidadores puedan aprender técnicas y prácticas para potenciar el desarrollo del niño o la niña y sus habilidades.

Se estableció que el periodo de atención de un niño en la sala de estimulación finalizaría cuando la evolución fuera favorable, con la respectiva evaluación de control. Si el niño no había superado el signo de trastorno en el tiempo establecido en el Plan de intervención, la continuidad de su tratamiento fue definida en estudio de caso: en caso de evolución no favorable, cursaba la remisión a un servicio especializado.

Se coadyuvó con el seguimiento de niñas y niños con desnutrición crónica, talla baja o factores de riesgo, en coordinación con la UNI.

En casos de negligencia comprobada del cuidado o seguimiento al tratamiento, se realizaron visitas domiciliarias a familias, en coordinación con las Defensorías y Trabajo Social del Establecimiento de salud.

La red de referencia y contrareferencia propuso incorporar a Establecimientos de Salud de mayor complejidad e instituciones con servicios BioPsico sociales y legales de mayor resolución como las Defensorías del niño/niña y adolescente, SLIM, Asistencia social y legal, ONGs, etc. instituciones con capacidad de atención a problemáticas de salud de mayor complejidad, atención de retrasos o alteraciones en el desarrollo, desnutrición aguda, violencia, maltrato infantil y otros.

Con el objetivo de formar la red de promoción y atención de la primera infancia, cada una de las profesionales realizó un mapeo de las instituciones presentes en la zona. Como resultado, en algunas zonas, las defensorías participaron activamente en la resolución de casos especiales, realizándose acuerdos sobre el abordaje, todo ello previo consentimiento de la familia.

✓ Capacitación a padres y principales cuidadores

La capacitación se basó en la metodología del “Par experto” que apoya la formación y /o capacitación del grupo de padres o principales cuidadores. Consiste en lograr el intercambio de saberes, conocimientos, experiencias, prácticas de crianza y de cuidado, estrategias de resiliencia y otros, el objetivo es promover aprendizajes que fortalezcan las habilidades de crianza, estimulación, de vigilancia del estado nutricional y del desarrollo. Otro de los objetivos, fue promover redes de apoyo entre los participantes de las capacitaciones.

Las sesiones grupales contenían actividades que modelaban la estimulación en las diferentes áreas de desarrollo, por ejemplo: estimulación del gateo, de la bipedestación.

“El diseño de las actividades incorpora activamente a los padres o cuidadores, con el propósito de dar herramientas concretas en estimulación, que puedan ser reforzadas posteriormente en el hogar.

Parte de los objetivos del proyecto considera aumentar los conocimientos y habilidades de madres/padres y cuidadores respecto al desarrollo integral de sus hijos/as y la dedicación de éstos a la estimulación del niño; otro de los objetivos es mejorar el autoestima de madres y cuidadores en relación a la crianza de sus hijos/as”. (U CT CONAN, 2013)

Las capacitaciones se apoyaron con material promocional, de sensibilización y capacitación: Guía, manual del AIEPI Nut Comunitario, dípticos y otros, diseñados para ser leídos y consultados por los padres. Se los distribuía con una semana de anticipación a la sesión.

Por la importancia de la participación de las familias, se ampliaron las estrategias de acompañamiento:

“ Modelaje y acompañamiento. Se busca ampliar el repertorio del cuidador en su rol de mediador educativo, en el uso de los materiales de la sala, en el manejo de conductas y disciplina.

- Recoger periódicamente los aprendizajes en la práctica de actividades de estimulación en casa.
- Muros de aprendizaje con actividades de estimulación del desarrollo, salud, nutrición, información interesante, convocatorias y espacio abierto para que madres y/o cuidadores se expresen”. (U CT CONAN AREA DIT, 2014)

El siguiente es el flujo del servicio establecido para las salas de estimulación temprana:

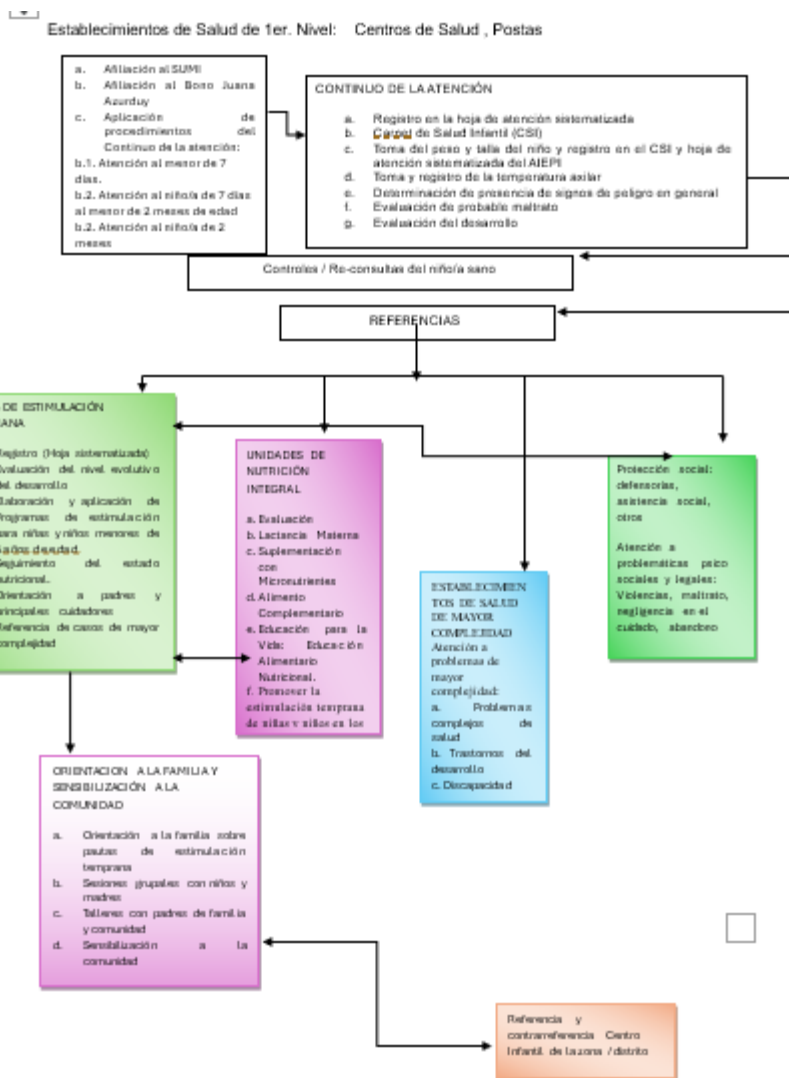


Ilustración 8 FLUJO DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE LA SALA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA
Fuente Guía Básica Salas Estimulación Temprana

5.1 Aprendizajes logrados. Sobre los conocimientos y destrezas exigidos para el desarrollo de la consultoría

Los conocimientos exigidos para el desarrollo de la consultoría se establecieron en los términos de referencia, sin embargo, ante las necesidades surgidas en las etapas de implementación del proyecto, otros conocimientos apoyaron el desempeño profesional de la postulante:

Durante la formación de la carrera, se recibieron conocimientos relacionados con el desarrollo infantil, sus etapas, los principales trastornos y problemas del desarrollo

evolutivo, la neuropedagogía, el ciclo de la intervención psicopedagógica (diagnóstico, plan de intervención, evolución), test psicopedagógicos, escalas de desarrollo infantil, estimulación temprana (métodos, técnicas, modalidades). Estos conocimientos fueron base de lo requerido, para el desarrollo de las actividades educativo-preventivas, desde la psicopedagogía de la estimulación temprana.

Por otro lado, también fueron requeridos conocimientos relacionados con implementación de procesos formativos: detección de necesidades, diseño y desarrollo curricular, modalidades de formación, planes de formación.

Así mismo, durante la carrera, se tomó posición en la educación y su rol, se asumió que la educación es el principal motor de cambio y de desarrollo, porque es inherente a las personas y a su entorno, a su desarrollo, a sus aprendizajes, a sus relaciones, a su calidad de vida, por tanto, se entendió que el rol del profesional de la educación en el ámbito de la psicopedagogía, es facilitar que las niñas y niños en situación de vulnerabilidad (como los que presentan desnutrición, factores de riesgo bio psico social, rezagos en su desarrollo, indicadores de trastornos o problemas del desarrollo), tuvieran oportunidades educativas, coadyuvando a la mejora de su calidad de vida y su pronóstico de desarrollo integral.

Otro ámbito de la formación del psicopedagogo es participar en el diseño e implementación de proyectos educativos con alcance psicopedagógico; así como la coordinación de programas de intervención educativa y la propuesta de soluciones. Así mismo, ser partícipes de procesos investigativos y docentes. En ese sentido, el proyecto requirió que parte del desempeño profesional, se dirigiera a otorgar asistencia técnica en las siguientes acciones:

- ✓ Evaluación del desarrollo infantil de los niños y niñas remitidos a las salas, detectar problemas y o trastornos para su abordaje y/o referencia.
- ✓ Coadyuvar y supervisar la elaboración de los planes de intervención multidisciplinarios para el tratamiento de los rezagos.
- ✓ Facilitar la inclusión y adaptación de los niños y niñas con rezagos, en las familias y centros infantiles.
- ✓ Desarrollar metodologías y herramientas para integrar a la familia y las educadoras de los centros en la intervención.

- ✓ Asesorar a centros infantiles con un enfoque inclusivo, con orientaciones para adaptaciones curriculares.
- ✓ Crear y seleccionar materiales y actividades, de manera oportuna y pertinente.
- ✓ Implementar el mecanismo de los estudios de caso en los Centros de Salud, con el objetivo de seguimiento a la evolución de niñas y niños con indicadores de riesgo alto y riesgo moderado, involucrando al personal involucrado de los Centros de Salud.
- ✓ Fortalecer conocimientos y competencias que coadyuven a formar entornos saludables en las familias y comunidades, a través de actividades educativo-preventivas y promocionales.

Entre los conocimientos adquiridos por la experiencia y estudios complementarios, se requirió del conocimiento teórico de la desnutrición, malnutrición y sus efectos, la profundización del conocimiento de las neurociencias y de los problemas y trastornos del desarrollo. Del conocimiento de los objetivos del Programa Multisectorial Desnutrición Cero, sus enfoques, sus redes y mecanismos multisectoriales. Por otro lado, se requirió del conocimiento del sector salud, su modelo e institucionalidad. Así mismo, se requirió del conocimiento de versiones más actuales de escalas de evaluación del desarrollo.

5.1.1 Sobre los logros alcanzados y dificultades

A través de la implementación de las actividades educativo preventivas del proyecto, se alcanzaron distintos logros, producto de los conocimientos adquiridos durante la formación de la carrera, los conocimientos acumulados y la experiencia laboral previa a la experiencia.

Entre los principales logros, se resaltan:

- Organización de los servicios de estimulación temprana en los Centros de Salud o Unidades de Nutrición Integral.
- Organización curricular del Curso Taller Internacional en Neuropsicopedagogía de Estimulación Temprana, a través de un Convenio entre el Ministerio de Salud y Zenith (ONG alemana . austriaca)
- Organización e implementación de los itinerarios formativos, desarrollados a partir de temas clave:

- ✓ Capacitación en la estructura, normativa, organización y funcionamiento de los servicios de Desarrollo Infantil Temprano, Estructura de Desarrollo Infantil Temprano en organización, de acuerdo a normativa del Ministerio de Salud y Deportes.
 - ✓ Capacitación en procedimientos técnicos de la atención de las salas de estimulación temprana, metodologías y modalidades de atención de las salas de estimulación temprana.
 - ✓ Evaluación del desarrollo psicomotor de los niños y niñas, atendidos en Centros de Salud de 1er. Nivel, en Potosí y Sucre, en base a la escala establecida en el protocolo. Otros.
- Coordinación interinstitucional para la referencia a las instituciones correspondientes, a niños y niñas con retrasos permanentes en su desarrollo y/o presencia de riesgo psicosocial.
 - Generación de materiales informativos, de formación y comunicación para sensibilizar a la población sobre la importancia del cuidado del estado de nutrición y la estimulación temprana.
 - Conformación de la Red de Referencia y Contra referencia para la atención del menor con trastornos en su desarrollo y/o riesgo bio-psico-social.
 - Coordinación intersectorial, entre los distintos programas y proyectos que abordan la problemática de la infancia en los municipios de Sucre y Potosí.
 - Sistematización de la base teórica conceptual y construcción del proceso metodológico para la implementación de servicios de Desarrollo Infantil temprano En la base conceptual, prevalecen contenidos revisados en la carrera, especialmente en cuanto a la justificación de la estimulación temprana y al tratamiento de rezagos en el desarrollo, como medidas preventivas de probables dificultades en el aprendizaje.
 - Asistencia técnica al recurso humano de las salas, en temas psicopedagógicos relacionados a la estimulación temprana, las técnicas, la evaluación del desarrollo a través de las escalas establecidas, así como a las acciones de promoción del DIT. Se orientó sobre la organización pedagógica del espacio físico de las salas: el uso del material didáctico, el mobiliario, de las salas

- Entre otras acciones educativas, se realizaron itinerarios formativos específicos para el personal de las salas, para ello, se realizó el diseño curricular formativo.
- Se orientó y planificó junto al personal, el conjunto de actividades de promoción del Desarrollo Infantil, para la prevención de la aparición de rezagos en el desarrollo de niños y niñas menores de 5 años. Se desarrollaron varias actividades guiadas y supervisadas para la promoción de la infancia temprana y su desarrollo en las familias y comunidades. Las acciones fueron implementadas en el entorno de los centros de salud, se coordinaron con las UNI y con ONGs del medio.
- Orientación a los padres y/o familiares de niñas y niños menores de 5 años de edad, a través de acciones de capacitación en prevención y promoción de la salud, nutrición y desarrollo, a través de métodos participativos y dialógicos.
- Generación de materiales informativos, de formación y comunicación para sensibilizar a la población sobre la importancia del cuidado del estado de nutrición y la estimulación temprana, en el marco del Proyecto Piloto de Desarrollo Infantil Temprano.
- Coordinación intersectorial, entre los distintos programas y proyectos que abordan la problemática de la infancia en los municipios de Sucre y Potosí.
- Elaboración de Informes técnicos que expresaron los resultados alcanzados gradualmente. Entre los contenidos del Informe de avance de la implementación (meses septiembre 2013 a abril de 2014), se pudo corroborar que en Sucre, aproximadamente el 38% de 246 niñas y niños evaluados presentaron rezagos en el desarrollo, junto a un 2,8% de niños y niñas que presentaron desarrollo normal con factores de riesgo.

El tamizaje se realizó con la Hoja de Evaluación del Desarrollo del Continuo de la Atención y la evaluación complementaria con la Escala Denver.

En Potosí, se realizó la evaluación con la Escala de Desarrollo EEDP, de 250 niñas y niños evaluados, el 24,8% presentó rezagos en el desarrollo, sumado al 14,8% que presentó desarrollo normal con factores de riesgo.

Cabe mencionar que las funciones desempeñadas en el proyecto, coadyuvaron en el desarrollo profesional de la postulante, toda vez que tuvo la oportunidad de resolver problemas que emergieron de la puesta en marcha del proyecto.

Entre las dificultades, fueron varias circunstancias de orden logístico, administrativo y técnico, como la ausencia de facilitadores de cursos, la falta o retraso en el material de contraparte, el incumplimiento de las evaluaciones multidisciplinarias, el rote de personal y otros, que tuvieron que resolverse a través de abogacía ante autoridades y responsables contraparte del proyecto.

En cuanto a lo técnico, la solicitud constante de asistencia técnica, especialmente en salas atendidas por los estudiantes del último curso, en Potosí. Sumado a ello, la inasistencia o asistencia poco frecuente o retrasada de familias a las sesiones de estimulación. Como medidas de solución, se abrió un chat abierto grupal en cada ciudad, para coadyuvar en la respuesta oportuna. En algunos Centros de Salud, se ampliaron las acciones de promoción y educativo preventivas, dirigidas a las familias. Así mismo, se implementó la modalidad de estimulación en domicilios, ampliando la responsabilidad de la estimulación a otros principales cuidadores: abuelos, hermanos adolescentes, tíos.

5.1.2 Desafíos éticos

También tocó afrontar algunos desafíos éticos, el proyecto estableció la firma de convenios interinstitucionales con los Gobiernos Autónomo Departamentales y Autónomo Municipales, hecho que no sucedió inmediatamente por diferencias políticas entre las instituciones nacionales y las subnacionales, retrasando la ejecución del proyecto. Por esa situación, a través de acciones de formación, sensibilización y abogacía, se logra la voluntad política de las autoridades no vinculadas al gobierno y la firma de los convenios interinstitucionales, respaldando su implementación.

Un desafío fue el de sumar agentes técnicos/ profesionales, comprometidos con la primera infancia y sus oportunidades de desarrollo.

Un desafío importante fue reencauzar el Proyecto ante el cambio de autoridades y personal de los establecimientos de salud, este hecho motivó a que se retomaran las abogacías y las reuniones técnicas con principales autoridades, en varias ocasiones.

Finalmente, un gran desafío fue el desarrollo de las acciones de capacitación, promoción y prevención, que involucraron a las familias y comunidad; inicialmente éstas tuvieron alcances por debajo de lo esperado, por razones inherentes a la metodología de abordaje, de capacitación y razones propias de las familias (trabajo, negligencia, recursos económicos, enfermedad, etc.).

CAPÍTULO VI: MARCO CONCLUSIVO

6.1. Conclusiones

Las conclusiones refieren el alcance de los objetivos planteados en la presente Memoria Laboral, para lograr ese propósito, la memoria académico laboral definió tres etapas o fases, para describir los procedimientos seguidos para su realización.

- Etapa de planificación y delimitación. En esta primera etapa se seleccionó el ámbito institucional y la experiencia a ser descrita a través de la memoria académico laboral.

Forman parte de esta etapa tareas como la definición del método de investigación, técnicas e instrumentos de recolección de información.

- Etapa de desarrollo del estudio. Misma que se realizó a través de las siguientes acciones para el alcance del primer documento borrador:
 - Búsqueda de información documental
 - Búsqueda y recolección de información bibliográfica
 - Elaboración del documento a través del índice propuesto:
 - ✓ Descripción del marco normativo
 - ✓ Descripción del marco teórico conceptual
 - ✓ Descripción del marco programático
 - ✓ Descripción de los componentes y alcances del Proyecto
 - ✓ Análisis de los resultados y aportes del profesional en educación en el proceso de implementación del Proyecto
 - ✓ Evaluación y conclusiones
- Etapa de conclusiones finales

6.1.1 Conclusiones finales relacionadas con los objetivos de la memoria laboral:

OG. Describir las acciones educativo - preventivas desarrolladas entre las gestiones 2013 a 2015, en el Proyecto Piloto de Desarrollo Infantil Temprano, dirigido a niñas y niños con diagnóstico o riesgo de desnutrición, en Centros de Salud de las ciudades de Sucre y Potosí.

- ✓ Las acciones desarrolladas de abogacía, asistencia técnica, alianzas estratégicas, capacitación y formación en Desarrollo Infantil Temprano, han sido efectivas para incidir en la definición de acciones públicas para la primera infancia, en ambos municipios.
- ✓ Las acciones educativas preventivas descritas en los distintos componentes de la experiencia, con énfasis en los componentes 2 y 4, se enmarcan en objetivos multidisciplinarios que incluyeron la asistencia psicopedagógica, la formación de recursos humanos, la implementación de salas de estimulación temprana, la promoción de la salud integral, como estrategia para el abordaje interdisciplinario de la prevención y tratamiento de rezagos en el desarrollo infantil.
- ✓ Las acciones educativas preventivas descritas en el componente 4, describen el flujo de la atención de las Salas de estimulación temprana, cuyos procedimientos y contenidos mínimos, fueron dimensionados desde la psicopedagogía.
- ✓ El componente 2, Formación de Recursos Humanos para Desarrollo Infantil Temprano, fue conceptualizado por el proyecto, como una acción educativa preventiva, considerando el rol de los profesionales en la detección oportuna y tratamiento de rezagos y trastornos de menores de 5 años de edad, con énfasis en los menores desnutridos, con talla baja y factores de riesgo.
- ✓ La formación de recursos humanos en Desarrollo Infantil Temprano fue un desafío, por el objetivo de alcanzar mejores estándares en la atención a la primera infancia. Por el enfoque de competencias asumido, parte de la formación se realizó en los espacios laborales, con resultados óptimos en el personal que expresó compromiso e interés constante.
- ✓ El tiempo asignado a la formación en sitio laboral, no permitió el acompañamiento permanente de los tutores, hecho que determinó la imposibilidad de medir los cambios en el desempeño laboral de los cursantes.

- ✓ La descripción permite dimensionar las capacidades prácticas y conceptuales de los profesionales de ciencias de la educación en contextos institucionales diversos, en este caso, el contexto de la salud.

OE1. Referir los marcos normativo, programático y conceptual del Proyecto Piloto, para sustentar la importancia de la implementación de acciones de desarrollo infantil temprano.

- ✓ Bolivia tiene un marco normativo bastante amplio, que justifica el establecimiento de acciones en favor del desarrollo infantil temprano de menores de 5 años. El Código del Niño y Niña establece las competencias que
- ✓ Revisando el marco normativo existentes, se concluye que las políticas, por sí mismas no pueden producir los resultados esperados, aunque sean técnicamente bien diseñadas y que el alcance de los resultados dependerá de la apropiación de los diversos sectores que coadyuvan al desarrollo de la primera infancia (educación, salud, justicia, trabajo, entre otras), de diversas instituciones (nacionales, departamentales, municipales, privadas y públicas) y personas (padres, cuidadores de niños, docentes); depende de su empoderamiento que la implementación de las políticas, programas y proyectos, favorezcan a los beneficiarios objetivo, en este caso las niñas y los niños de esta etapa, con énfasis en los más vulnerables (por desnutrición, factores de riesgo, rezagos en su desarrollo, condiciones sociales).
- ✓ El marco conceptual descrito, nos permite comprender que el niño es un ser integral, único e irrepetible, por tanto, la estimulación de su desarrollo, requiere de intervenciones integrales e integradas, bajo enfoques multisectoriales e interdisciplinarios, tomando como base a la familia y la comunidad.
- ✓ La revisión de la literatura sobre desarrollo infantil temprano y la etapa de la primera infancia, nos permitieron comprender que en los primeros cuatro

años de vida, el desarrollo cerebral es especialmente significativo ya que el cerebro de los niños se transforma rápidamente, a través de las experiencias, construyendo las estructuras que necesita para el aprendizaje, de forma que su potencial de aprendizaje puede ser estimulado a través de un entorno favorable.

- ✓ Bajo ese marco, se comprendió que el propósito de las políticas dirigidas a motivar el Desarrollo Infantil Temprano de la infancia temprana (0 a 5 años de edad), se dirige a la "Protección integral de los derechos de la niñez, para lograr su completo desarrollo cognitivo, emocional y el máximo desarrollo de su potencial social y físico", a través de un conjunto de estrategias y programas dirigidos a esta etapa; involucrando a los padres, principales cuidadores, autoridades, instituciones, población y Estado en general.
- ✓ La atención y promoción de Desarrollo Infantil Temprano, en los diferentes ámbitos que intervienen, amerita contar con un equipo multidisciplinario. En el sector salud se han implementado desde hace décadas, distintos programas que atienden la salud, nutrición y crecimiento saludables del menor de cinco años, esas medidas tienen estrecha relación con DIT, sin embargo, el abordaje del desarrollo del menor se ve comprometido por la ausencia de espacios específicos que atiendan la estimulación temprana del niño normal o con retrasos en su desarrollo, de igual manera, no existen equipos multidisciplinarios que traten los trastornos del desarrollo.
- ✓ Por otro lado, los servicios de salud que cuentan con atención especializada a los retrasos y trastornos del desarrollo, son escasos a nivel municipal, no existen equipos multidisciplinarios ni la infraestructura adecuada, ni la cantidad suficiente.

OE2. Detallar los componentes del Proyecto, con énfasis en las acciones educativas y promocionales realizadas para el alcance de los objetivos.

- ✓ La formación en Desarrollo Infantil Temprano al público con poder de decisión (autoridades municipales, autoridades departamentales, líderes de organizaciones sociales) , impulsó, reforzó y complementó las

estrategias existentes para mejorar la comprensión de la Primera Infancia, al tiempo de contribuir a mejorar el posicionamiento del DIT.

- ✓ La formación del recurso humano, basada en directrices del enfoque de competencias, permite conjuncionar los objetivos personales-profesionales de los participantes, con los objetivos organizacionales, en este caso, vinculados al proyecto. Sin embargo, las instituciones deben considerar la formación permanente dentro de su gestión, para lograr la participación eficiente del recurso humano.
- ✓ Bajo la modalidad implementada de Itinerarios formativos para la formación de recursos humanos, se destaca la importancia de aperturar cursos de formación desde el saber hacer, vinculados a la actividad laboral, participativos, vivenciales y dialógicos, que tengan potencial para ser ampliados a escala. Obviamente, la reflexión sobre la actitud del profesional es una condición insoslayable en la formación.
- ✓ Bajo lo descrito, se observa la necesidad de capacitar al personal de y en salud, en temáticas de Desarrollo Infantil Temprano, actualmente, los servicios de DIT todavía son insuficientes, especialmente en el abordaje de las salas de estimulación temprana, cuyo servicio debería ser atendido idealmente por un equipo multidisciplinario, que ofrezca una evaluación multidisciplinaria de los posibles trastornos o rezagos del desarrollo y una propuesta de intervención especializada de carácter social, médico y psicopedagógico.
- ✓ Los procesos del Proyecto, implementados en ambos municipios, contribuyeron a establecer alianzas entre la Universidad y el sector público, demostrando la importancia de la articulación para el desarrollo de políticas públicas.
- ✓ Los espacios y ámbitos que generan coordinación multidisciplinaria, precisan de personal técnico muy bien formado e innovador, es el caso de las rutas establecidas para la referencia y contrareferencia. Con la formación, se necesita transitar desde el saber especializado hacia un saber que, sin perder la experiencia de cada sector, sume conocimientos y

herramientas de gestión más transversales, que no sean propios de una disciplina o sector específico.

- ✓ Las actividades de promoción del desarrollo infantil temprano, realizadas con la población, escalaron en cantidad y calidad, por las estrategias educativas que utilizaron las responsables de las salas de estimulación temprana: par experto, charlas, talleres prácticos.
- ✓ El proyecto tuvo un despliegue de acciones educativas preventivas que sobrepasó lo planificado, en respuesta al contexto y sus demandas.

OE3. Describir el contenido de la asesoría psicopedagógica para la organización y funcionamiento de las salas de estimulación temprana.

- ✓ El Proyecto Piloto de Desarrollo Infantil Temprano, implementado por la UCTCONAN se constituyó en una experiencia piloto, que permitió en los municipios de Sucre y Potosí, movilizar actores institucionales y sociales y técnicos por la primera infancia, por la importancia de su desarrollo y la necesidad de abordar integralmente ante el surgimiento de factores de riesgo que vulneren a grupos poblacionales de esta etapa.
- ✓ La importancia de evaluar e intervenir con acciones oportunas para revertir rezagos en el desarrollo de menores de 5 años, especialmente si presentan el gran factor de riesgo que es la desnutrición, radica en que hasta los 5 años de edad, se pueden revertir algunas condiciones, especialmente los rezagos temporales. Esto se explica por la plasticidad del cerebro, en ese sentido, la estimulación temprana es una acción preventiva, dado que ayuda a evitar que los rezagos tratables se tornen en retrasos que posteriormente requieran de un tratamiento más largo y costoso para la familia.
- ✓ La descripción de las acciones educativas preventivas de las salas de estimulación temprana, permiten dimensionar el ciclo de abordaje de una intervención en psicopedagogía: diagnóstico, intervención, evolución.
- ✓ La psicopedagogía tiene un carácter amplio en su intervención, desde lo académico, puede insertarse en diferentes ámbitos. En el caso de la salud, el

profesional utiliza sus conocimientos clínicos relacionados con los déficits en el aprendizaje y el desarrollo, por causas primarias, secundarias y terciarias. Así mismo, su capacidad para desenvolverse en un equipo multidisciplinario.

- ✓ La descripción del contenido, permitió observar como la psicopedagogía organiza la prevención a través de un proceso que parte del estudio del niño, sus capacidades y potencialidades, así como sus déficits, en ese sentido, posibilita la detección precoz de un trastorno, del riesgo, a través de un conjunto de intervenciones basada en evidencias (diagnóstico). De lo contrario, la ausencia de un diagnóstico y de una correcta intervención pueden conducir a fracasos escolares en primera instancia.
- ✓ Una lección del proyecto, en relación con la planeación psicopedagógica, es que debe ser flexible y participativa, debe considerar el entorno real en el que vive el niño. Con esa condición, se asegura que los procesos educativos, puedan ser desarrollados. Al respecto, fue preciso que las psicopedagogas, revisen sus planes de intervención con las familias, especialmente para establecer las tareas, las fechas de realización, la comprensión de los contenidos y el alcance del material. En todas las salas se abrió la estrategia de la “Mochila viajera”, que consistía en un conjunto de materiales que era prestado a la familia que lo requería. Fue muy difícil que las madres pudieran realizar su propio material, con esa estrategia, mejoraron resultados.
- ✓ Fue preciso observar el desarrollo de las visitas domiciliarias, cuyo objetivo se dirigía a fortalecer las habilidades y capacidades de cuidado de las familias, por los resultados incipientes en la primera gestión del proyecto. Cada una de las profesionales de las salas, confeccionó un Plan de capacitación por familia, de acuerdo al diagnóstico del niño, se observó que un impedimento fue el lenguaje técnico y los contenidos. Como resultado, se ajustaron los planes, se graduaron contenidos, materiales, metodología, incluyéndose lo dialógico como estrategia principal de la capacitación de las familias. Ese cambio, logró mejorar la cobertura de las familias participantes.
- ✓ El informe psicopedagógico contiene información que es decisiva para asumir la conducta frente al niño y su familia, toda vez que tiene en cuenta las distintas

variables del caso y elabora un plan de acción considerando las necesidades educativas y su potencial.

- ✓ Los itinerarios dirigidos al personal de las salas de estimulación temprana, lograron (a) crear espacios de aprendizaje para la recuperación de rezagos y la organización de actividades que estimulen el descubrimiento y permitan un aprendizaje autónomo; (b) trabajar cooperativamente con padres y cuidadores; (c) comunicarse con los niños afectivamente y con respeto; (d) fortalecer sus conocimientos en la detección temprana de necesidades especiales, (e) la gestión y manejo de comportamientos, las prácticas de disciplina positiva; (f) la detección temprana e intervención ante signos de abuso o negligencia.
- ✓ Si bien la teoría del desarrollo es revisada y actualizada, la propuesta por Piaget, tiene una influencia duradera en las escalas de evaluación y en los programas de estimulación, asumidos en el Proyecto. Su enfoque en los estadios del desarrollo, la asimilación y la acomodación, los esquemas y la importancia del juego son la base que permite comprender cómo los niños adquieren conocimientos y desarrollan habilidades cognitivas, como construyen y organizan su conocimiento a medida que crecen y se desarrollan.

OE4. Identificar las lecciones aprendidas por el proyecto, con énfasis en las acciones educativas, para emitir recomendaciones que puedan incorporarse en intervenciones similares.

- ✓ El diseño de una Estrategia y un Plan de fortalecimiento de Recursos Humanos, como agentes de cambio para el Desarrollo Infantil Temprano, debe tener en cuenta distintos ejes: la Atención temprana y oportuna de la primera Infancia, con base en la evidencia presentada, no es posible pensar en la prevención de las dificultades de aprendizaje y el fracaso escolar, si no se empieza la estimulación y tratamiento de rezagos, durante la etapa de la Educación Infantil No Escolarizada (0 a 3 años), especialmente en la población vulnerable; otro eje importante, es la Atención educativa a la diversidad, que incluye a niñas y niños con necesidades educativas especiales.

- ✓ La línea de base del Programa Desnutrición Cero indica que alrededor del 40% de las causas de la desnutrición, giran alrededor de la deficiente educación de la madre o principal cuidadora, ratificándose que uno de los obstáculos principales de la carrera del desarrollo, gira alrededor del nivel educativo de los padres de familia y/o principales cuidadores. Es comprensible entonces que el Proyecto sostenga que el papel fundamental de la crianza y cuidado de los niños y niñas lo cumple la familia, es allí donde se debe intervenir desde servicios educativos de orientación y formación de las familias.
- ✓ Datos del Proyecto Piloto de Desarrollo Infantil Temprano, indican que el 46,57% de los padres y/o principales cuidadores solo tienen educación primaria, el 21,46% han vencido algunos grados de educación secundaria, el 21,91% es bachiller, el 3,2% tiene algún nivel de educación superior (no se especifica el mayor nivel alcanzado) y el 6.84% reporta no haber accedido a ningún grado de la educación formal. El panorama del nivel educativo de la familia, podría explicar la situación de desnutrición y rezago en el desarrollo de los niños evaluados en las salas de estimulación temprana. (UC CT CONAN, 2019 - 2020)
- ✓ Datos del Informe Final del Proyecto, refieren que una intervención multisectorial para DIT, requiere de contar con un Programa permanente de Formación y Capacitación al recurso humano de salud y de instituciones involucradas. El proyecto lo planteó inicialmente, pero, decisiones superiores decidieron que otro programa lo desarrollaría.
- ✓ La educación en el contexto de la salud, debe considerar las determinantes de la salud, particularmente las consideraciones políticas, económicas, sociales y culturales, considerando los enfoques de Integralidad, Intersectorialidad e Interculturalidad. Esas dimensiones, permitirán diversificar las acciones formativas, especialmente en las orientadas en el enfoque por competencias.
- ✓ Es urgente impulsar la educación de la familia, respecto al cuidado sensible, a la prevención de la salud y la estimulación temprana de sus niños. En el proyecto se vio que la participación de las familias tiene avances y retrocesos, en perjuicio del propio niño y su futuro. Inicialmente, solo el 26% de 242

principales cuidadores, se adhirió a las capacitaciones, posteriormente, con el cambio de estrategia, el porcentaje llegó al 68% en la gestión 2015 y al 65% en la gestión 2016: En la evaluación final, las madres entrevistadas, afirmaron cumplir con las recomendaciones del personal de las salas de estimulación temprana, gracias a su participación en esos espacios. (UC CT CONAN, 2019 - 2020)

- ✓ La implementación permitió evidenciar que existen desigualdades en el acceso a oportunidades para optimizar el desarrollo de niñas y niños. Si bien existe oferta de servicios y atenciones privadas en los centros urbanos, muchos de ellos son inaccesibles para la mayoría de la población, por los costos. Las universidades deben abrir servicios extensivos a niñas y niños de esta etapa, especialmente en zonas rurales.
- ✓ El proceso de cambio para la promoción de la primera infancia, requiere que los Cientistas de la Educación del área psicopedagógica, conduzcan acciones preventivas para la aparición de dificultades de aprendizaje, considerando que este es el periodo crítico o el periodo de oportunidades, que los estímulos cognitivos, emocionales, afectivos, motores y sensoriales, posteriormente permitirán mejores condiciones para el aprendizaje
- ✓ Es importante considerar que la formación continua basada en un enfoque de competencias, acompañada con un formato de seguimiento capacitante, ayuda a mejorar el servicio, la actitud del recurso humano. Es el caso de personal de las salas de estimulación temprana y de los Centros de Salud con intervención.

6.2. Recomendaciones

Es evidente que hay escasez importante de datos cuantitativos, que son fundamentales para todo proceso de toma de decisiones, incluyendo la elaboración de Políticas Públicas, procesos de planificación e inversión, por ello la necesidad de continuar realizando e incentivando futuros estudios en esta temática.

Diseñar programas educativos que promuevan la primera infancia, es vital para reducir riesgos en el desarrollo, contribuyendo al desarrollo integral y coadyuvando al éxito escolar.

Entre las recomendaciones, en la formación del estudiante de la Carrera, con énfasis en el área de la psicopedagogía:, se recomienda fortalecer contenidos de Atención oportuna, que comprende la estimulación temprana. Al respecto, la formación en educación inicial y en el área psicopedagógica, debe ser orientada por competencias, de esa forma, el estudiante tendrá la capacidad de resolver y enfrentar los retos multifactoriales que se presentan en el desempeño laboral de esta área.

6.2.1. Competencias recomendadas

- ✓ En el caso de la gestión de proyectos educativos, se requiere del análisis crítico de la realidad por parte del estudiante, que exprese una actitud problematizadora y cuestionadora de la realidad.
- ✓ Que a través de la lectura de la problemática de la realidad, el estudiante logre identificar y priorizar las soluciones más adecuadas.
- ✓ Desarrollar programas de estimulación temprana con niños que presentan rezagos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, para que puedan potenciar sus capacidades de desarrollo, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar y social así como la evolución de su autonomía personal.
- ✓ Manejo de técnicas para reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño, optimizando, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño.
- ✓ Evaluar con precisión los déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo en el desarrollo, bajo un enfoque multidisciplinario.

- ✓ Conocer e identificar el protocolo adecuado para la atención de niños y niñas con trastornos o problemas en el desarrollo, considerando la multifactorialidad del desarrollo.
- ✓ Elaboración de planes de intervención acordes a las necesidades detectadas en el diagnóstico integral, y la detección de distintas necesidades de aprendizaje.
- ✓ Aplicación de técnicas y estrategia para interactuar con los padres de familia, para orientar sobre el cuidado , adecuado y a estimulación en el hogar.
- ✓ Conocimiento y aplicación de procesos pedagógicos formativos, dirigidos a los involucrados en la primera infancia.
- ✓ Conocer con mayor profundidad la teoría del neurodesarrollo que demuestra que las etapas tempranas del desarrollo afectan a la función de billones de neuronas del cerebro a través de las múltiples sinapsis.

BIBLIOGRAFÍA

- Lykke E. Andersen, Juan C. Arenas, Eduardo Pando*. (2009). *Evaluación Cuanti-Cualitativa del Programa de Atención a Niños y Niñas Menores de 6 Años (PAN) en Bolivia*". (B. I. BI, Ed.) Bolivia, Bolivia. Recuperado el 4,5,6 de noviembre de 2023
- Abreu, J. (2014). *www.spentamexico.org*. Recuperado el 30 de Octubre de 2023, de A17.9(3)195-204.pdf
- Araujo, M. F.-B. (2013). *Panorama sobre desarrollo infantil en América Latina y el Caribe*. Washintong Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo.
- ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL. (20 de diciembre de 2010). *www.gacetaoficaldebolivia.gob.bo*. (G. O. Bolivia, Ed.) Recuperado el 11 de mayo de 2023
- ASAMBLEA PLURINACIONAL DE BOLIVIA. (Abril de 2006). *www.gacetaoficial de bolivia.gob.bo*. Recuperado el 16 de mayo de 2023
- ASMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL. (17 de Julio de 2014). *www.gacetaoficial de bolivia*. (G. O. Bolivia, Ed.) Recuperado el 8 de julio de 2023
- CEPAL, F. P. (2007). *Hambre y Cohesión Social en América Latina*. Recuperado el 19 de agosto de 2023, de Repositorio: *www.smye.info/gia mexico/wp content/uploads*
- Colombo, J. (2007). *Pobreza y Desarrollo Infantil. Una contribución multidisciplinaria*. Argentina: PAidós.
- Colombo, J. y. (2005). *. .Hacia un programa público de estimulación cognitiva infantil*. Argentina: PAidós.
- Comité Técnico del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición. (Diciembre de 2008). Programia Multisectorial Desnutrición Cero. *Programa Multisectorial Desnutrición Cero*. Bolivia. Recuperado el 15 de Mayo de 2023
- Delors, J. (1996). *La Educación encierra un tesoro nforme a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo xx1*. UNESCO. Recuperado el 30 de noviembre de 2023
- FAO. (2006). Obtenido de *www.urgei.org/resources/files/WFP*
- Hernández Sampieri, F. C. (14 de junio de 2013). *www.FreeLibros.com*. (M. G. Hill, Ed.) Recuperado el 26 de octubre de 2023, de *www.FreeLibros.com*.
- Hernandez Sampieri, F. C. (2014). *www.FreeLibros.com*. (S. D. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, Ed.) Recuperado el 14 de Junio de 2023, de *www.FreeLibros.com*.
- INSTITUTO NACONAL DE ESTADISTICA. (11 de Enero de 2021). *https://nube.ine.gob.bo/index.php/s*. Obtenido de *https://nube.ine.gob.bo/index.php/s*.
- Jorge Bacallao, M. P. (Agosto de 2012). *https://iris.paho.org*. (OPS, Editor) Recuperado el 4 de junio de 2023, de *https://iris.paho.org/handle/10665.2/9278*
- LABOSFOR. (2013). *Estudio de Capacidad Institucional para DIT en los departamentos de Chuquisaca y Potosí de Bolivia*. Recuperado el 7 de mayo de 2023

- Ministerio de Salud. (2018). *www.minsalud.gob.bo*. Recuperado el 15 de julio de 2023
- Ministerio de Salud. (2020). *www.minsalud.gob.bo*. Recuperado el 12 de junio de 2023
- Ministerio de SALud y Deportes. (17 de Noviembre de 2008). Resolución Ministerial 1020. *Resolución Ministerial 1020*. LA PAZ, Bolivia: GAceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia.
- Ministerio de Salud y Deportes. (31 de Julio de 2014). *www.minsalud.gob.bo*. Recuperado el 8 de Mayo de 2023
- O, P. L. (2016). *Los primeros mil días de vida. Una mirada rápida*. Anales Médicos. 2016. Recuperado el 18 de julio de 2023
- OPS. (2011). *ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD*. Recuperado el 23,24 de septiembre de 2023, de MANUAL PARA LA VIGILANCIA DEL DESARROLLO INFANTIL EN EL CONTEXTO AEPI: <https://iris.paho.org/handle>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. (2018). <http://www.fao.org/publications/es>. (O. W. FAO, Productor) Recuperado el 18 de JULIO de 2023, de <https://iris.paho.org/community-list>: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49616>
- Papalia, D. E., & Sally Wendkos, R. D. (2010). *Desarrollo Humano* (11 ed.). Mexico: MC Graw Hill Companies Educación. Recuperado el 14, 15, 16,17 de mayo de 2023
- Pinto, F. (2008). *Lo maravilloso y mágico del neurodesarrollo humano* (Vol. 79). (R. P. Chilena, Ed.) SANTIAGO de Chile, Chile. Recuperado el 21 de julio de 2023, de <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062008000700003>
- Pollitt, E. (1984). *La nutrición y el rendimiento escolar*. Perú: Unesco. Recuperado el 20 de junio de 2023
- Pollitt, E., & León, J. y. (2007). *Desarrollo Infantil y Rendimiento Escolar en el Perú*. Lima: Grade. Recuperado el 20 de mayo de 2023
- Presidencia del Estado Pluinacional de Bolivia. (5 de Abil de 2006). Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. *Decreto Supremo 28667*. La Paz, Bolivia: Gaceta Oficial del Estado PLurinacional de Bolivia. Recuperado el 10 de mayo de 2023
- Santiago, C. P. (2022). *ojs.uv.es/rase*. doi:doi: <http://dx.doi.org/10.7203/RASE.16.1.24777>
- Santibáñez, E. V. (2009). <https://unicef.org>. Recuperado el 2 de Abril de 2023
- Sección de Educación y Desarrollo de la Primera Infancia, UNICEF para América Latina y el Caribe. (2021). *Cuidado para el desarrollo infantil. Estudio de caso: La experiencia de Perú*. Panamá: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- THE LANCET. (2016). *Apoyando el desarrollo en la primera Infancia: De la ciencia a la aplicación a gran escala*. Recuperado el 5 de Junio de 2023
- Tobón, S. (2010). *Formación basada en competencias. Pensamiento compejo, diseño curricular y didáctica* (Segunda ed.). Madrid, España. Recuperado el 14, 15, 16 de noviembre de 2023
- U CT CONAN. (2013). *Documentos técnicos*. Proceso. Recuperado el 26 de Septiembre de 2023

- U CT CONAN. (2014). *Informe anual*. Informe de gestion. Recuperado el 2 de Septiembre de 2023
- U CT CONAN. (2014). *Informe Técnico*. Informe de avance, Ministerio de SALud, Bolivia. Recuperado el 21 de mayo de 2023
- U CT CONAN AREA DIT. (2014). *GUIA BÁSICA DE IMPLEMENTACION OPERATIVA DE LAS SALAS DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA*. Bolivia. Recuperado el 30 de octubre de 2023
- UC CT CONAN. (2015). *Informe*. Informe externo. Recuperado el 21 de Agosto de 2023
- UC CT CONAN. (2019 - 2020). *INFORME FINAL PROYECTO PILOTO DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO. BOLIVIA*.
- UCCT CONAN. (2012). *Informe Documento Proyecto Piloto Desarrollo Infantil Temprano*. La Paz: UCCT CONAN.
- UNICEF. (2009). <https://unicef.org>. Recuperado el 4 de agosto de 2023, de <https://www.unicef.org/ecuador/educacion>
- UNICEF. (2017). Obtenido de [Yhttps://www.unicef.org/spanish/publications/index_100862.html](https://www.unicef.org/spanish/publications/index_100862.html) a primera infancia importa para cada niño.
- UNICEF. (Diciembre de 2021). <https://unicef.org>. Obtenido de <https://unicef.org:https://www.unicef.org/lac/media/32196/file>
- Unidad CT CONAN. (2012). Guía técnica del Proyecto Piloto de Desarrollo Infantil temprano. *Guía técnica del Proyecto Piloto de Desarrollo Infantil temprano*. La PAz, Bolivia. Recuperado el 28 de octubre de 2023

Webgrafía

- Abreu, J. (2014). *www.spentamexico.org*. Recuperado el 30 de Octubre de 2023, de A17.9(3)195-204.pdf
- ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL. (20 de diciembre de 2010). *www.gacetaoficaldebolivia.gob.bo*. (G. O. Bolivia, Ed.) Recuperado el 11 de mayo de 2023
- ASAMBLEA PLURINACIONAL DE BOLIVIA. (Abril de 2006). *www.gacetaoficial de bolivia.gob.bo*. Recuperado el 16 de mayo de 2023
- ASMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL. (17 de Julio de 2014). *www.gacetaoficial de bolivia*. (G. O. Bolivia, Ed.) Recuperado el 8 de julio de 2023
- CEPAL, F. P. (2007). *Hambre y Cohesión Social en América Latina*. Recuperado el 19 de agosto de 2023, de Repositorio: www.smye.info/gia_mexico/wp_content/uploads
- FAO. (2006). Obtenido de www.urgei.org/resources/files/WFP
- Hernández Sampieri, F. C. (14 de junio de 2013). *www.FreeLibros.com*. (M. G. Hill, Ed.) Recuperado el 26 de octubre de 2023, de www.FreeLibros.com.
- Hernandez Sampieri, F. C. (2014). *www.FreeLibros.com*. (S. D. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, Ed.) Recuperado el 14 de Junio de 2023, de www.FreeLibros.com.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA. (11 de Enero de 2021). <https://nube.ine.gob.bo/index.php/s>. Obtenido de <https://nube.ine.gob.bo/index.php/s>.
- Jorge Bacallao, M. P. (Agosto de 2012). <https://iris.paho.org>. (OPS, Editor) Recuperado el 4 de junio de 2023, de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9278>
- Ministerio de Salud. (2018). *www.minsalud.gob.bo*. Recuperado el 15 de julio de 2023
- Ministerio de Salud. (2020). *www.minsalud.gob.bo*. Recuperado el 12 de junio de 2023
- Ministerio de Salud y Deportes. (31 de Julio de 2014). *www.minsalud.gob.bo*. Recuperado el 8 de Mayo de 2023
- OPS. (2011). *ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD*. Recuperado el 23,24 de septiembre de 2023, de MANUAL PARA LA VIGILANCIA DEL DESARROLLO INFANTIL EN EL CONTEXTO AEPI: <https://iris.paho.org/handle>

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. (2018). <http://www.fao.org/publications/es>. (O. W. FAO, Productor) Recuperado el 18 de JULIO de 2023, de <https://iris.paho.org/community-list>: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49616>

Santibáñez, E. V. (2009). <https://unicef.org>. Recuperado el 2 de Abril de 2023

UNICEF. (2009). <https://unicef.org>. Recuperado el 4 de agosto de 2023, de <https://www.unicef.org/ecuador/educacion>

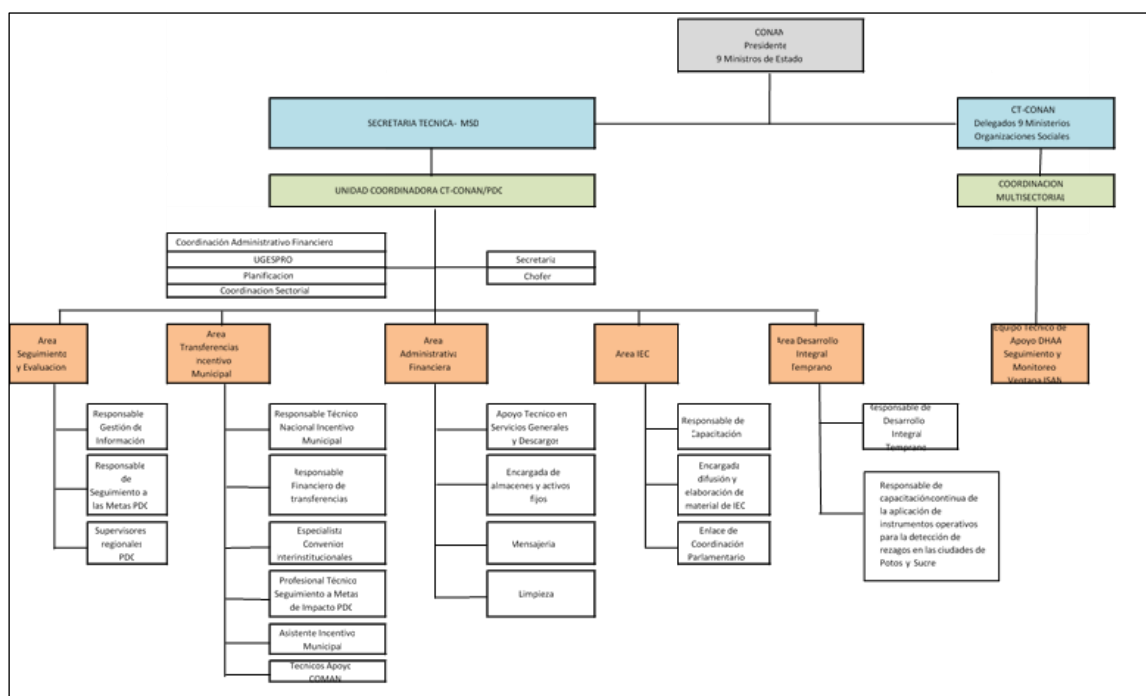
UNICEF. (2017). Obtenido de [Yhttps://www.unicef.org/spanish/publications/index_100862.html](https://www.unicef.org/spanish/publications/index_100862.html) a primera infancia importa para cada niño.

UNICEF. (Diciembre de 2021). <https://unicef.org>. Obtenido de <https://unicef.org>: <https://www.unicef.org/lac/media/32196/file>

Anexo general

ANEXO1 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LA UNIDAD DE COORDINACIÓN DEL COMITÉ TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN.

La siguiente, es la estructura organizativa de la Unidad de Coordinación del Comité Técnico del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición. El Proyecto Piloto DIT se desarrolló en el Área de Desarrollo Integral Temprano.



Fuente : Informe de gestión del PMDC, 2012

ANEXO 2.- PLAN DE FORMACIÓN



UNIDAD COORDINADORA CT CONAN
ÁREA DESARROLLO INTEGRAL TEMPRANO

PROYECTO PILOTO DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO
PROPUESTA DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

I. INTRODUCCIÓN

La Convención para los Derechos del Niño suscrita en 1990 por todos los países iberoamericanos, significa para la región de América Latina y el Caribe la máxima referencia de orientación de las políticas educativas y sociales para la población infantil. Estas políticas se sustentan en argumentos refrendados por la Cumbre Mundial de Educación para Todos celebrada en Dakar en el año 2000 que plantea como objetivo esencial la extensión y mejora de protección y educación integral a la primera infancia y, especialmente, a la población infantil más vulnerable y desprotegida. “La Convención de los Derechos del Niño es un tratado internacional que reconoce los derechos humanos de los niños y las niñas, definidos como personas menores de 18 años. La Convención establece en forma de ley internacional que los Estados Partes deben asegurar que todos los niños y niñas —sin ningún tipo de discriminación— se beneficien de una serie de medidas especiales de protección y asistencia; tengan acceso a servicios como la educación y la atención de la salud; puedan desarrollar plenamente sus personalidades, habilidades y talentos; crezcan en un ambiente de felicidad, amor y comprensión; y reciban información sobre la manera en que pueden alcanzar sus derechos y participar en el proceso de una forma accesible y activa”. 1

La Convención refleja una nueva perspectiva sobre la infancia en la que los niños y niñas son seres humanos y titulares de sus propios derechos, el niño es un individuo y un miembro de

1 Convención de los derechos del niño, UNCEF,

una familia y una comunidad, con derechos y responsabilidades apropiados para su edad y su madurez. Bajo esa perspectiva, reconocer los derechos de la infancia permite concentrarse en el niño como un ser integral.

Por su parte, la OEI, reconoce que la estimulación cognitiva temprana en el ser humano afecta tanto a la salud mental y física como al comportamiento por el resto de la vida.

Estos objetivos y metas que orientan las políticas sociales de atención a la infancia en la primera década del siglo XXI, se han basado tanto en las evaluaciones realizadas de las experiencias DIT desarrolladas en la región y en el resto del mundo (Heckman y otros 2010, 2011), como en los resultados de la investigación multidisciplinar sobre efectos educativos, neurológicos, sociales y económicos de la estimulación infantil temprana (Cunha y Heckman, 2009; Almlund y otros, 2011).

En resumen, las evaluaciones de experiencias y los resultados de investigación determinan que: la inversión en DIT es decisiva para el desarrollo ulterior de la persona, debido a que se sientan las bases de las capacidades cognitivas, sociales y afectivas que preparan para la vida en sociedad, así mismo, que la inversión económica en políticas públicas de DIT tiene un fuerte retorno en términos de formación de capital humano y ahorro en políticas de remediación social.

En ese marco, la importancia de formar recursos humanos para atender el DIT en Bolivia, es un reto que debe iniciarse con la sensibilización y la comprensión de la importancia de invertir y promover la primera infancia, de atenderla y proveerle servicios bajo estándares de calidad;

II. JUSTIFICACIÓN

La atención y promoción de Desarrollo Infantil Temprano, en los diferentes ámbitos que intervienen en él, amerita contar con un equipo multidisciplinario que cuente con las competencias necesarias para atender y promocionar el desarrollo del de menor de 5 años de edad. En el sector salud se han implementado distintos programas que atienden la salud, nutrición y crecimiento saludables de este grupo etáreo, esas medidas tienen estrecha relación con DIT, sin embargo, el abordaje del desarrollo del menor se ve comprometido por la ausencia de espacios específicos que atiendan la estimulación temprana del niño normal o con retrasos en su desarrollo, de igual manera, no existen equipos multidisciplinarios que traten los trastornos del desarrollo.

Los servicios de salud que cuentan con atención especializada para los rezagos, retrasos y trastornos del desarrollo son escasos a nivel nacional, no existen equipos multidisciplinarios ni la infraestructura adecuada en cantidad suficiente en algunos departamentos (Oruro, Potosí, Chuquisaca, La Paz, Cochabamba, Santa Cruz), en otros no existen (Beni, Pando, Tarija).

La poca atención que se le otorga al control del desarrollo infantil, se expresa en todos los niveles de atención, se ha observado que el personal de salud no otorga la atención debida a la evaluación y al control del desarrollo, este hecho se refleja en los vacíos existentes en el llenado de los ítems correspondientes a la evaluación del desarrollo del cuadernillo 4 del AIEPI y del carnet de control del niño.

III. PROPUESTA DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

3.1. PERFIL DEL RECURSO HUMANO EN DIT

El perfil que debería alcanzar el recurso humano que proporciona cuidado y atención a los menores, en particular en el ámbito de la salud, debería estar enmarcado bajo los principios de la calidad y calidez:

- Conocimientos suficientes de la neurociencias, psicología evolutiva, neurodesarrollo, salud y nutrición, familia, comunidad y cultura, investigación
- Una cálida, firme y agradable disposición a la atención.
- Atención a los niños y niñas con igualdad y justicia, en respeto a sus derechos
- Buenas destrezas comunicativas y de relación interpersonal.
- Habilidad para el trabajo en equipo.
- Tolerancia y aceptación de las diferencias individuales.
- Energía, flexibilidad y creatividad.
- Conocimiento y comprensión de: (a) las políticas, estándares y normativa DIT; (b) los acuerdos internacionales y recomendaciones sobre DIT; (c) las características del desarrollo infantil y la planificación de actividades adecuadas para estimularlo.
- Habilidad para: la detección temprana de necesidades especiales, la detección temprana e intervención ante signos de abuso o negligencia, la detección temprana de los retrasos - rezagos en el desarrollo y los trastornos del desarrollo.

OBJETIVOS

a. Objetivo general

Implementar un proceso de formación permanente, con lineamientos curriculares, abiertos, flexibles, contextualizados y diversificados acordes a los contextos socio-culturales, tanto

referente a metodologías de atención, diagnóstico y estrategias de abordaje del DIT, en una permanente dialéctica teoría-práctica y reflexión..

b. **Objetivos Específicos**

- Sensibilizar a los participantes sobre la importancia de la aplicación de estrategias que promueven el Desarrollo Infantil Temprano en nuestro país.
- Fortalecer las competencias del recurso humano en estrategias de diagnóstico, atención y abordaje del desarrollo evolutivo, retrasos y trastornos.
- Fortalecer el abordaje de las salas de estimulación temprana.
- Promover la actualización de conocimientos de los profesionales sobre los ámbitos teóricos que respaldan el DIT.
- Promover el desarrollo de actitudes y prácticas favorables hacia DIT, en los ámbitos de competencia profesional.
- Promover acciones interinstitucionales e intersectoriales en la formación permanente.

IV. PROGRAMA DE FORMACIÓN.

4.1. ESTRATEGIA

La estrategia de formación/capacitación de los recursos humanos en Desarrollo Infantil temprano, se expresa en los siguientes aspectos:

Nivel 1:	Formación
----------	-----------

Programa de formación, en el marco de la formación continua, dirigido a personal de y en salud, es decir, médicos, enfermeras, auxiliares, nutricionistas, psicólogos, pedagogos y otros que atienden directamente a niñas y niños menores de 5 años en los servicios de salud. El acuerdo con el Ministerio de Salud y Deportes, determinó que este nivel será iniciado en el marco del Programa Crecer Bien para Vivir Bien, se prevé articular la malla curricular.

Nivel 2 :	Itinerarios formativos
-----------	------------------------

Programas de capacitación, basados en talleres y/o cursos cortos, dirigido al personal de salud y a otros actores inmersos en DIT: Madres, mujeres jefas de hogar, padres de familia y principales cuidadores del niño. Se realizarán en base a temáticas clave que permitan la práctica inmediata.

El Propósito pedagógico es “Restituir y/o actualizar conocimientos sobre las temáticas de desarrollo, salud y nutrición.”

2.1. Sub Nivel: Perfeccionamiento

Talleres cortos y/o itinerarios formativos, para actores relacionados con DIT, promoción de prácticas saludables en salud y nutrición.

Nivel 3:	Seguimiento capacitante y participativo
----------	---

Su propósito pedagógico se dirigen al “Mejoramiento del rendimiento y de las competencias del recurso humano involucrado en el PPDIT” a través del seguimiento en sitio de los procesos emprendidos, incluyendo sesiones prácticas y de reflexión, de acuerdo a necesidades surgidas de la experiencia.

4.2 SELECCIÓN DE LOS NIVELES DE FORMACIÓN.

Los niveles a ser aplicados para el fortalecimiento de competencias, en temas de desarrollo, salud y nutrición, son:

- a. Itinerarios formativos cortos: Destinados a actualizar o restituir los conocimientos y las habilidades del personal de y en salud, padres de familia y principales cuidadores.
- b. Seguimiento capacitante. Dirigido al personal de las salas de estimulación temprana..

V. METODOLOGÍA

El enfoque metodológico de la formación, sigue las orientaciones propias de la educación de adultos, se centra en el desempeño, es fundamentalmente práctica y conlleva un proceso sistemático de reflexión y/o problematización.

El proceso formativo se implementará bajo directrices del “Método Interactivo de Enseñanza (MIE)”, implementado en el área, que es un proceso de enseñanza de conocimientos, habilidades y destrezas, con objetivos integrales, a través de la participación activa y permanente del participante. Se caracteriza por ser activo, participativo, constructivo y propositivo.

VI. PLAN DE FORMACIÓN y CAPACITACIÓN

El Plan se estructura en base a ejes temáticos y/o temas generadores, a continuación se propone la programación de ejes temáticos a implementarse en el último trimestre de la gestión actual y la siguiente gestión, en fechas a convenir.

El diseño fue trabajado en coordinación con ambos equipos técnicos DIMUSA (Sucre y Potosí) y se compatibilizó con la Unidad de Desarrollo Infantil Temprano.

PÚBLICO: INSTITUCIONAL

N°	EJES TEMÁTICOS Y TEMAS GENEADORES
1	<p>DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO</p> <ul style="list-style-type: none"> a. La importancia de la primera infancia b. Desarrollo Infantil Temprano. Conceptos generadores y evidencias científicas c. Derechos del niño. Su exigibilidad. d. Definición de acciones que permitan construir un entorno institucional y social favorable a la realización de los derechos de la primera infancia e. Intervenciones eficaces multisectoriales para el Desarrollo Infantil Temprano
2	<p>ESTRUCTURA INSTITUCIONAL DE DIT EN SALUD Y NORMATIVA VIGENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Convención de los derechos de la niñez b. Ratificación del Estado Boliviano c. Principal normativa nacional sobre DIT d. El modelo de Salud SAFCI e. Estrategia del Continuo de la atención – MSyD f. El Programa Multisectorial Desnutrición Cero
3	<p>SALUD, NUTRICIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Desnutrición y anemia: Conceptos, causas, prevalencia e incidencia b. Vigilancia del crecimiento y estado nutricional c. Lactancia materna. Concepto e importancia. d. Suplementación con micronutrientes. Su importancia e. Alimentación complementaria f. Requerimientos nutricionales del niño, de 6 meses a 5 años de edad g. Alimentación perceptiva
4	<p>DESARROLLO INFANTIL: REZAGOS Y TRASTORNOS</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Desarrollo infantil.: Conceptos, principios b. Neurodesarrollo

	<ul style="list-style-type: none"> c. Evaluación del desarrollo. Tests, pruebas de tamizaje d. Vigilancia del desarrollo e. Salas de estimulación temprana. Organización pedagógica y funcionamiento f. Modelos e intervención g. Prevención y promoción del desarrollo
5	<p>GESTIÓN INSTITUCIONAL PARA DIT</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Políticas públicas en favor de la infancia temprana b. Multisectorialidad en DIT c. Programas DIT de alcance nacional: PMDC d. Programas presupuestales para DIT e. Competencias departamentales y municipales para DIT f. Entornos institucionales favorables para DIT g. Programa de formación de recursos humanos para DIT h. Estrategias de abogacía e incidencia para lograr presupuestos favorables y Alianzas estratégicas i. Sistema unificado de información



UNIDAD COORDINADORA CT CONAN
ÁREA DESARROLLO INTEGRAL TEMPRANO
PROYECTO PILOTO DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

**NOMBRE DEL ITINERARIO FORMATIVO: NORMATIVA Y LINEAMIENTOS DEL
 DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO**

Propósito pedagógico

Restituir y/o actualizar conocimientos sobre temáticas de DIT

Participantes

Personal de y en salud de las Redes urbanas de salud de Sucre y Potosí

Fechas

2 al 6 de septiembre de 2014

N°	TEMAS GENERADORES Y CONTENIDOS
1	<p>DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO</p> <ul style="list-style-type: none"> f. Conceptos generadores g. Multisectorialidad en DIT h. Derechos del niño. Su exigibilidad. i. Definición de acciones que permitan construir un entorno institucional y social favorable a la realización de los derechos.
2	<p>ESTRUCTURA INSTITUCIONAL DE DIT EN SALUD Y NORMATIVA VIGENTE EN DIT</p> <ul style="list-style-type: none"> j. Convención de los derechos de la niñez k. Ratificación del Estado Boliviano l. Principal normativa nacional sobre DIT m. El modelo de Salud SAFCI n. Estrategia del Continuo de la atención – MSyD o. El Programa Multisectorial Desnutrición Cero

3	SALUD, NUTRICIÓN Y DESARROLLO a. Desnutrición y desarrollo b. Lactancia materna. Concepto e importancia. c. Requerimientos nutricionales del niño, de 6 meses a 5 años de edad d. Suplementación con micronutrientes. e. Alimentación complementaria f. Alimentación perceptiva g. Desarrollo infantil, Etapas e hitos h. Aplicación de la norma de vigilancia del Desarrollo 2. SOAPS – Indicadores y variables de desarrollo. Calificación y llenado.

ANEXO 3 : MATERIAL DE LAS SALAS DE ESTIMULACION TEMPRANA

SALAS DE ESTIMULACION TEMPRANA EN LA CIUDAD DE POTOSI										
CENTROS DE SALUD										
Nº	DESCRIPCION ITEM	CS POTOSI	CS SAN PEDRO	CS DIBUCIAS	CS PAROQUIA PABO CIRCOLO	HOSPITAL	CS VILLA	U/NI URBANA	CANTIDAD TOTAL	OBSERVACIONES
1	TELEVISOR LCD 32"	1	1	1	1	1	1		6	Entregado Convenio firmado
2	LECTOR DVD	1	1	1	1	1	1		6	Entregado Convenio firmado
3	DATA SHOW	1	1	1	1	1	1	1	7	Entregado Convenio firmado
4	RESBALIN NIÑOS	1	1	1	1	1	1	1	7	Entregado Convenio firmado
5	JUEGO DE MESITA CON CUATRO SILLAS INFANTILES	2	2	2	2	2	2		12	Para entregar Convenio firmado
6	ESTANTE DE MADERA	1	1	1	1	1	1	1	7	Para entregar Convenio firmado
7	SILLA DE MADERA	2	2	2	2	2	2	2	14	Para entregar Convenio firmado
8	ESCRITORIO DE MADERA	1	1	1	1	1	1	1	7	Para entregar Convenio firmado
9	ESPEJO DOBLE DE PARED	2	2	2	2	2	2	2	14	Para entregar Convenio firmado
10	SILLON SUJET P/BEBE	5	3	3	3	3	3	3	23	Par entregar. Convenio firmado
11	CORRALITO DES/ESPO	1	1	1	1	1	1	1	7	Para entregar Convenio firmado
12	JUEGOS P/ESTIMULACION	1	1	1	1	1	1	1	7	Para entregar Convenio firmado
13	COLCHONETA	6	6	6	6	6	6	6	42	Para entregar Convenio firmado
14	PISCINA DE BALONES	1	1	1	1	1	1	1	7	Para entregar Convenio firmado
15	BALONES DE PLASTICO	15	15	15	15	15	15	15	105	Para entregar Convenio firmado

ANEXO 4 ORIENTACIONES PARA LA INTERVENCION

AREA MOTORA				
0-12 meses				
AREA MOTORA	LOGROS ESPERADOS	SEÑALES DE ALERTA	INTERVENCION	CONSEJOS PARA LA FAMILIA
1ER MES	BOCA ABAJO:	Observar	Estimular al niño colocándolo boca abajo en una superficie firme y estable (Mejor sobre el suelo sobre una frazada)	Colocar al niño de barriga durante unos minutos con supervisión, para que poco a poco se acostumbre a esta posición. Preferentemente recostado en el regazo de la madre, apoyada la cabeza sobre el pecho.
	El niño gira la cabeza a ambos lados, pero aun no puede incorporarse, Encoge los brazos junto al cuerpo, Levanta la pelvis, Encoge las piernas en caderas y rodillas. No se apoya, sino que reposa sobre los brazos yacentes a los lados, el pecho y la mejilla correspondiente	Si el niño no gira la cabeza hacia un lado, cuando se lo coloca boca arriba	Boca arriba estimular al niño mostrando un juguete que llame su atención e intentar que el niño haga seguimiento visual.	
	BOCA ARRIBA:	Si el niño no hace contacto visual, y si no reacciona al escuchar la voz de su madre	Estimular movilizándolo brazos y piernas de forma coordinada, favoreciendo el movimiento de brazos y piernas.	Hablarle y cantarle con canciones de la region mientras lo amamanta o lo cambia
	Mueve brazos y piernas de forma espasmódica, sin embargo durante unos segundos intenta mantener centrada la cabeza para			

	mirar de frente a su madre o a objetos.			
	Reacciona a su entorno con movimientos descoordinados del cuerpo			
2DO MES	Levanta la cabeza por minutos por lo menos 45°, Se apoya brevemente en los antebrazos. El peso del cuerpo se desplaza hacia el esternón, mientras la pelvis se acerca al lecho. Disminuye el fuerte encogimiento de las piernas	Observar si el niño tiene las manos empuñadas o cerradas todo el tiempo Además si no logra sostener por unos minutos la cabeza estando boca abajo	Promover durante más tiempo la posición boca abajo del niño para que se sienta estimulado a levantar la cabeza por más tiempo.	Poner atención si el bebé sigue con la vista rostros de personas.
	Cada vez percibe más su entorno		Boca arriba estimular al niño con juguetes (preferiblemente de blanco y negro) que emitan algún sonido. Hacer sonar el juguete a un lado y el otro esperando que el niño trate de buscar el origen del sonido. Estimular movilizando brazos y piernas de forma coordinada, con masajes en brazos y piernas.	Mostrarle al bebé objetos que atraigan su atención, y moverlos de la mitad de la frente a la izquierda y a la derecha para que el bebé los siga con la vista.
	El lactante despierto, patalea con fuerza. Se trata de un pataleo primitivo, todas las articulaciones están bien flexionadas o bien extendidas		Colocar al bebe boca abajo durante más tiempo	

	Realiza mayores movimientos de brazos y piernas, mostrando mayor interés en su entorno o en algún objeto que aún no puede coger sus manos se abren en el marco de los movimientos integrales del cuerpo			
--	---	--	--	--

Control de las actividades para el hogar	Asistió el niño:	Asistió el niño:	Asistió el niño:	Asistió el niño:
	Si () / No ()	Si () / No ()	Si () / No ()	Si () / No ()
Psicomotriz Observaciones:				
Cognitiva Observaciones:				
Lenguaje Observaciones:				
Socio Emocional Observaciones:				
Control de las actividades grupales				
PROGRAMACION DE ACTIVIDADES	ACTIVIDADES REALIZADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
Firma del personal de Sala				
Firma de la Familia				

SEGUIMIENTO DE AVANCES DE LA NIÑA – NIÑO				
Sala de Estimulación:			Nombre del Profesional Responsable:	
Nombre y Código del niño:			Fecha de Ingreso al Programa:	Fecha de Egreso del Programa:
Grado de avance en las Áreas en las que se han detectado necesidades de estimulación:	MOTRIZ Satisfactorio No satisfactorio	COGNITIVA Satisfactorio No satisfactorio	LENGUAJE Satisfactorio No satisfactorio	SOCIOEMOCIONAL Satisfactorio No satisfactorio
Nuevos factores de riesgo detectados:	SOCIOFAMILIAR (indicar)		NUTRICIONAL (indicar)	
Modificaciones de los objetivos por áreas:	MOTRIZ	COGNITIVA	LENGUAJE	SOCIOEMOCIONAL

PROGRAMA DE CAMBIOS DE INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADO

PROGRAMA DE CAMBIOS DE INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADO	
Sala de Estimulación:	Nombre del Profesional Responsable:

Nombre / Código del niño:		Fecha de Ingreso al Programa:	de	Fecha de alta del Programa:				
MOTIVOS DEL CAMBIO DE INTERVENCION:								
CALENDARIO DE SESIONES (incluir tantas hojas como sean necesarias)	SESION 1		SESION 2		SESION 3		SESION 4	
	Día	Hora	Día	Hora	Día	Hora	Día	Hora
Control de las actividades para el hogar	Asistió el niño:		Asistió el niño:		Asistió el niño:		Asistió el niño:	
	Si () / No ()		Si () / No ()		Si () / No ()		Si () / No ()	
Psicomotriz Observaciones:								
Cognitiva Observaciones:								
Lenguaje Observaciones:								
Socio Emocional Observaciones:								
Control de las actividades grupales								
PROGRAMACION DE ACTIVIDADES	ACTIVIDADES REALIZADAS		ACTIVIDADES REALIZADAS		ACTIVIDADES REALIZADAS		ACTIVIDADES REALIZADAS	
Firma del personal de Sala								
Firma de la Familia								

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADO	
Sala de Estimulación:	Nombre del Profesional Responsable:

Seguimiento a las pautas para el hogar	Psicomotriz Observaciones:	Cognitiva Observaciones:	Lenguaje Observaciones:	Socio Emocional Observaciones:
Modificación en las Actividades concretas a realizar (Indicar el material necesario para cada una de ellas):	PSICOMOTRIZ ()	COGNITIVA ()	LENGUAJE ()	SOCIOEMOCIONAL ()

Fuente MANUAL (Ministerio de Salud y Deportes, 2014) UDIT

ANEXO 6 MODELO ORGANIZACIÓN DE SALAS

RINCÓN DE ESTIMULACIÓN		POBLACIÓN OBJETIVO	MATERIALES
Rincón sensorial Visual Olfativa Táctil Auditiva		Niños con rezago perceptivo visual y alteraciones en la integración sensorial	Reflectores, lámparas, luces de colores, imágenes proyectadas, dibujos, objetos y material didáctico, espejos
		Niños con rezago perceptivo olfativo y alteraciones en la integración sensorial	Aceites en su uso terapéutico, dispersadores de olores, esencias, comida
		Niños con rezago en la coordinación óculo manual y alteraciones en la integración sensorial	Diferentes texturas, vibraciones, diferentes formas y figuras, masajes
		Niños con rezago perceptivo auditiva y alteraciones en la integración sensorial	Música, plataforma vibratoria, instrumentos musicales, juguetes sonoros
Lenguaje y cognitivo		Niños con rezago cognitivo y/o del lenguaje y alteraciones en la	Libros, títeres, material didáctico variado, juegos de razonamiento,

		integración sensorial	juegos de interés y otros
Vestibular, Propioceptiva y Motora		Todos los niños con cualquier rezago	Piscina de pelotas, columpios, saltarines, plataformas de equilibrio

ANEXO 7 : ACTIVIDADES PROMOCIONALES CON OBJETIVOS PREVENTIVOS

**V FERIA MULTISECTORIAL DE SALUD, NUTRICIÓN, MEDICINA TRADICIONAL,
TACKY TINKUY, PLATOS TÍPICOS**

STAND

DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

FECHA	14 y 15 /11/2014
LUGAR Y HORA	POTOSÍ, Hrs. 9:30 AM. Inmediaciones de la Plaza principal de la ciudad de Potosí;
INSTITUCION ORGANIZADORA	UNIDAD DE ATENCIÓN A LA NIÑA/NIÑO, AIEPI NUT – SEDES POTOSÍ
JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	
<p>El Proyecto Piloto de Desarrollo Infantil Temprano promueve la implementación de servicios de estimulación temprana para niñas y niños menores de dos años de edad, con actividades extensibles a los cinco años. El proyecto forma parte de las acciones del CT CONAN- PMDC, en promoción del desarrollo integral de las niñas y los niños.</p> <p>Bajo ese marco, los siguientes son los objetivos a alcanzarse a través de la feria:</p> <p>OBJETIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promocionar el servicio de estimulación temprana de los Centros de Salud. • Sensibilizar a la población asistente sobre los beneficios de la estimulación temprana en el niño menor de 5 años, con énfasis en los menores de 2 años. • Promover prácticas alimentarias saludables para niñas y niños menores de cinco años de edad , para prevención de la desnutrición. • Dar pautas de estimulación para niñas y niños menores, a realizarse en el hogar. 	
MATERIALES	
<ul style="list-style-type: none"> - 1 banner (Servicio DIT en Centros de Salud) - Tríptico Desarrollo Infantil Temprano, con temas de estimulación temprana - Trípticos CT CONAN: Quinoa, Recomendaciones nutricionales, etc. - Televisor 	

- Video (sobre Estimulación Temprana)
- Premios o incentivos para niños participantes
- Material para el desarrollo de actividades para niños
- Data
- Juego de mesa y sillas para niño
- Guía de Embarazo, Estimulación temprana.

CARACTERÍSTICAS DEL STAND

El stand tendrá una dimensión de xm2, permitirá caracterizar la organización de una sala de estimulación temprana, para ello, se implementarán los siguientes espacios:

- a. Evaluación del desarrollo evolutivo con una escala de Evaluación del desarrollo.
- b. Estimulación de la psicomotricidad gruesa, a través de juegos psicomotores en colchonetas y piscina de pelotas.
- c. Estimulación de la psicomotricidad fina, a través de material para el objetivo.
- d. Estimulación cognitiva y del lenguaje, a través de material para el objetivo.
- E. Orientación a madres, padres y principales cuidadores acerca del cuidado integral de los niños

ANEXO 8 : ACTOS DE APERTURA DEL PPDIT





ANEXO 9: SALA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA



ANEXO 10: TALLERES DE DIAGNÓSTICO Y SENSIBILIZACIÓN







ANEXO 11 SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DEL PPDIT



La Paz, 15 de septiembre de 2015
MS/CTCONAN/CE/285/2015

Señores

Lic. Willma Durán Benavides
**SECRETARIA MUNICIPAL DE DESARROLLO
 HUMANO Y SOCIAL**
 Dr. Víctor Salazar Torrico
DIRECTOR MUNICIPAL DE SALUD
GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE SUCRE
 Presente

Ref.: Envío documentación e Informe Proyecto Piloto DIT/CTCONAN

A tiempo de saludarlos, reciban nuestros deseos de mayor éxito al iniciar su gestión, así mismo, expresamos la seguridad de nuestro apoyo. La presente tiene como objetivo, enviar documentación relativa al Proyecto Piloto Desarrollo Infantil Temprano CT CONAN, para fines consiguientes.

Como es de su conocimiento, el CT CONAN impulsa acciones hacia la meta desnutrición cero, a través del Programas Nacionales, Departamentales y Municipales, entre ellos el Programa Multisectorial Desnutrición Cero (PMDC). Las distintas estrategias se dirigen a "Potenciar el desarrollo integral de niñas y niños menores de cinco años de población vulnerable, de los Municipios intervenidos".

En ese marco, considerando el impacto negativo de la desnutrición en el desarrollo integral del menor de 5 años de edad, en la pasada gestión se suscribió el Convenio Interinstitucional entre el Gobierno Autónomo Municipal de Sucre (GAMS) y el Ministerio de Salud, para la implementación del "Proyecto Piloto Desarrollo Infantil Temprano". De acuerdo al Convenio, el proyecto debe ser implementado en 5 Centros de Salud de la red urbana de Sucre. Adjuntamos copia simple del Convenio Inter gubernativo.

Entre los términos, se estableció que el CT CONAN/PMDC haría la entrega del equipamiento para las salas de estimulación temprana, consistente en mobiliario, material didáctico, módulos de psicomotricidad gruesa y equipos audiovisuales. Así mismo, coadyuvaría en la formación del recurso humano para la aplicación de estándares y protocolos de atención, a través de un proceso de capacitación continua. En base a lo convenido, el GAMS adecuó los primeros establecimientos de salud e instaló 4 salas de estimulación temprana. Así mismo, contrató al personal en base a términos de referencia proporcionados por el Ministerio de Salud.

Tel: Edif. Central 2497079 - 2495086 - 2495054 - 2495053
 Tel: Viceministerio de Salud 2492848 - 2491702 Sitio Web: www.minsalud.gob.bo
 Tel: Viceministerio de Medicina Tradicional 2990294






Las salas fueron inauguradas en acto público, por autoridades máximas del Ministerio de Salud y del Gobierno Autónomo Municipal de Sucre, en fecha 29 de julio de 2014. Adjuntamos copia simple de un artículo de la revista Mi Salud y de las Actas de entrega del equipamiento.

Prosiguiendo los términos del Convenio, es esencial para el desarrollo del Proyecto PPDIT, la continuidad del recurso humano y la instalación del total de las salas de estimulación temprana, en cumplimiento de los términos y el objetivo del Convenio Interinstitucional.

Mucho agradecemos al Gobierno Autónomo Municipal de Sucre, considerar que este proyecto es una respuesta efectiva a la situación de vulnerabilidad del menor de cinco años, con énfasis en el desnutrido, fortaleciendo su abordaje y tratamiento con el servicio de estimulación temprana, en promoción del derecho a la salud y desarrollo integrales.

Sin otro particular saludo a usted con las atenciones más distinguidas.


Tatiana S. Bueno C.
Profesional de Apoyo al
Continuo de la Atención


Dr. Juan Pablo Montaña
Responsable Coordinación Sector Salud
CT-COAN/PMDC

NCHL, Coord. Nal. CT CONAN
JPM, Resp. Salud CTCANAN
TSBC, Coord. Nal. ai. CTCANAN
Cc. Arch.

Tel: Edif. Central 2497079 - 2495086 - 2495554 - 2495853
Tel: Viceministerio de Salud 2492848 - 2491702
Tel: Viceministerio de Medicina Tradicional 2902294

Sitio Web: www.minsalud.gob.bo



**MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO PILOTO "DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO"
PARA NIÑOS Y NIÑAS <DE CINCO AÑOS
MUNICIPIO DE CONVENIO SUCRE
GESTIONES 2017-2018**


GESTIÓN	TOTAL NIÑOS CON REZAGO EN EL DESARROLLO		AREAS DE REZAGO				TOTAL NIÑOS CON FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO		TOTAL NIÑOS CON DESARROLLO NORMAL		ESCALA APLICADA	POBLACIÓN ATENDIDA		TOTAL MADRES CAPACITADAS	BRHH CAPACITADO	
	M	F	M	L	C	PS	M	F	M	F		M	F		SI	NO
	2017	25	21	11	16	8	9	21	19	40		33	Norma para la vigilancia de DIT		86	73
2018	38	34	18	25	14	15	28	24	58	41	Norma para la vigilancia de DIT	124	99	72	X	
TOTAL	63	55	29	41	22	24	49	43	98	74		210	172	118		

Lic. Pilar F. Eysela Zambrana
Nombre y Apellido

Pilar F. Eysela Zambrana
Firma

Lic. Lidia Diaz Cuiza
Sello del Profesional y Centro de Salud

Lic. Pilar F. Eysela Zambrana
PSICOLOGA
CENTRO DE SALUD VILLA ROSARIO,
Distrito IV



**MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO PILOTO "DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO"
PARA NIÑOS Y NIÑAS <DE CINCO AÑOS
MUNICIPIO DE CONVENIO SUCRE
GESTIONES 2017- 2018**

GESTION	TOTAL NIÑOS CON REZAGO EN EL DESARROLLO		AREAS DE REZAGO				TOTAL NIÑOS CON FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO		TOTAL NIÑOS CON DESARROLLO NORMAL		ESCALA APLICADA	POBLACIÓN ATENDIDA		TOTAL MADRES CAPACITADAS	BRHH CAPACITADO	
	M	F	M	L	C	PS	M	F	M	F		M	F		SI	NO
	2017	4	1	1	2	1	1	0	0	3		2	EAD		25	23
2018	5	2	1	5	3	1	1	0	22	14	AIEPI EAD BATTLE	27	16	30		
TOTAL	9	3	2	7	4	2	1	0	25	16		52	39	50		

OBSEVACIONES
1.- DOS NIÑOS CON PROBLEMAS DE CONDUCTA Y LENGUAJE, UN NIÑO PREMATURO QUE SE LE BRINDA APOYO EN TODAS LAS AREAS DE DESARROLLO (GESTIÓN 2018).

Lic. Lidia Díaz Cuiza
Nombre y Apellido

Lidia Diaz Cuiza
Firma

Lic. Lidia Diaz Cuiza
PEDAGOGA FORMADORA

Centro de Salud Alemania
Sello del Profesional y Centro de Salud

Lic. Lidia Diaz Cuiza
PEDAGOGA FORMADORA

