

# SALUD Y NUTRICIÓN



Protección Integral para la Primera  
Infancia

Fecha de actualización: 05/2019

**SITEAL** PRIMERA  
INFANCIA



Organización  
de las Naciones Unidas  
para la Educación,  
la Ciencia y la Cultura



Instituto Internacional de  
Planeamiento de la Educación  
IIPE-UNESCO Buenos Aires  
Oficina para América Latina

## Atención y educación de la primera infancia

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) impulsa a los países a construir un Sistema integral para la protección de los derechos de la primera infancia (SIPDPI) que sea capaz de garantizar el cumplimiento efectivo de los derechos de cada uno de los niños y niñas. Reconocer a los niños y niñas como sujetos de derechos es, desde la perspectiva de la política pública, constituirlos como sujetos destinatarios de un flujo regulado, robusto y constante de bienes, servicios y transferencias que generen, al interactuar, las condiciones de posibilidad para la realización de cada uno de los derechos que los estados se comprometieron a garantizar.

Los Servicios para la atención y educación de la primera infancia (AEPI) ocupan un lugar destacado en los SIPDPI. En la **Conferencia Mundial sobre Atención y Educación de la Primera Infancia**, realizada en 2010 en Moscú, Rusia, se estableció que esta red está conformada por:

“... los programas destinados a los padres hasta las guarderías comunitarias o familiares, los servicios de atención en centros institucionales y la enseñanza preescolar que se imparte frecuentemente en las escuelas [...] incluye medidas integrales de apoyo a las familias, por ejemplo salud materna e infantil, aportes de suplementos de micronutrientes, apoyo psicosocial a las familias, programas de promoción de la seguridad alimentaria de las familias, licencia por nacimiento de los hijos y prestaciones de infancia” (UNESCO, 2010, p. 2).

Las intervenciones orientadas a la atención de la salud y el estado nutricional de las mujeres gestantes y de los niños y niñas pequeños tienen una fuerte presencia en la red de servicios AEPI, durante todo el ciclo vital que contempla la primera infancia.

### Gestación

El primer control prenatal suele ser el inicio de un vínculo con el sistema de salud que se extiende, con intensidad variable, a lo largo de la primera infancia. Los controles prenatales son:

“... un conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico” ([Casini et al.](#), 2002).

Según datos de [UNICEF](#), la proporción de mujeres que se han realizado al menos cuatro controles durante el embarazo entre aquellas que fueron madres durante los últimos dos años al momento del relevamiento oscila entre el 98%, en el caso de Cuba, y el 75%, en el Estado Plurinacional de Bolivia. En la gran mayoría de los países de la región, entre 8 y 9 mujeres de cada 10 se realizaron

al menos cuatro controles durante el embarazo (WHO, 2011 2017). Por otra parte, se registran importantes brechas asociadas al área geográfica de residencia y al estrato social (UNICEF en línea, 2018).

La primera consulta al servicio de salud constituye el inicio de un conjunto de controles que serán claves para identificar tempranamente los puntos de vulnerabilidad sobre los cuales se deberá actuar. Para cumplir sus objetivos, la consulta debe realizarse precozmente –durante el primer trimestre del embarazo– a fin de establecer fehacientemente la edad gestacional, posibilitar acciones de prevención y promoción de la salud e identificar factores de riesgo. Deben realizarse periódicamente –al menos cuatro– y ser completos, es decir que durante los controles se debe evaluar en simultáneo el estado general de la mujer, la evolución del feto y los controles adicionales de acuerdo con la edad gestacional.

Las intervenciones están orientadas a atender la salud de las mujeres gestantes y de los niños y niñas por nacer, y a garantizar que el parto y los primeros meses después del nacimiento transcurran en entornos protegidos y saludables. Su propósito es prevenir, diagnosticar y tratar complicaciones del embarazo, vigilar el crecimiento y la vitalidad del feto y detectar enfermedades subclínicas.

Los programas de acompañamiento familiar son una de las formas como los estados se vinculan directamente y en forma personalizada con las y los cuidadores directos de los niños y niñas pequeños. Por lo general, estas intervenciones se apoyan en visitas domiciliarias y en talleres en entornos comunitarios. Su propósito central es contribuir al desarrollo de las habilidades parentales de crianza, al fortalecimiento de los vínculos intrafamiliares y a relacionar a las familias con los organismos estatales que brindan apoyos económicos y asistenciales.

“... una estrategia de entrega de servicios de salud realizada en el domicilio, dirigida a familias desde la gestación hasta los 6 años del niño o niña, basada en la construcción de una relación de ayuda entre el equipo de salud interdisciplinario y las madres, padres o cuidadores primarios, cuyo objetivo principal es la promoción de mejores condiciones ambientales y relacionales para favorecer el desarrollo integral de la infancia. La visita domiciliaria integral se enmarca en un plan de acción definido por el equipo de salud de cabecera, con objetivos específicos que comandan las acciones correspondientes, los que son evaluados durante el proceso de atención” ([Ministerio de Salud de Chile, s/f](#)).

Durante las visitas domiciliarias, la atención de la salud se combina con intervenciones educativas orientadas a las madres, sus parejas y otros cuidadores significativos. El foco del componente educativo está puesto en atender las vulnerabilidades no obstétricas, preparar emocionalmente a la embarazada y a su pareja y en particular fortalecer y promover los vínculos interpersonales que sostendrán la crianza de los niños y niñas pequeños.

El vínculo que las familias establecen con el servicio de salud durante el embarazo hace de esta etapa una oportunidad única para identificar y dar respuesta a situaciones de vulnerabilidad social y emocional. De ese modo, se espera que los agentes de salud aprovechen los encuentros prenatales no solo para atender las demandas que originan la consulta, sino también para derivar a madres, niños y niñas oportunamente a otros nodos de la red prestacional, en el caso de considerarlo necesario.

El trabajo interdisciplinar se concreta en el interior del sistema de salud o estableciendo canales con otras áreas del Estado, a través de mecanismos de derivación. Los profesionales de la salud derivan a los pacientes hacia trabajadores y trabajadoras sociales o profesionales de la salud mental, quienes atienden los casos de depresión de las embarazadas u otras vulnerabilidades emocionales frecuentes durante el embarazo, dentro del mismo establecimiento de salud en que se realiza la consulta o también por fuera. En algunos casos, incluso, la atención institucional del sistema de salud da lugar a otras formas de atención más adecuadas al problema que se pretende abordar, como las visitas domiciliarias. En algunos países, estos dispositivos de enlace entre profesionales de diferentes disciplinas y áreas del Estado se encuentran estandarizados.

En Chile, por ejemplo, los agentes de salud aplican la [Ficha psicosocial](#) a todas las embarazadas durante la primera consulta prenatal. Cuando se identifica un factor de riesgo –como embarazo adolescente, baja escolarización, control prenatal posterior a las 20 semanas de embarazo, rechazo al embarazo, violencia familiar, falta de apoyo, consumo de sustancias psicoactivas, entre otros–, se activan las visitas domiciliarias integrales, con el propósito de ofrecer apoyo concreto y efectivo.

La transferencia de recursos financieros hacia las mujeres gestantes provenientes de sectores socialmente vulnerables constituye otra de las formas como los Estados promueven el vínculo con el sistema de salud. Además, es frecuente que el acceso al incentivo económico esté sujeto a la certificación de controles prenatales y a la promoción del parto institucionalizado. En algunos países –Ecuador y Honduras, por ejemplo– a estos objetivos se suman otros relacionados con el mejoramiento del estado nutricional de la madre mediante la entrega de micronutrientes. También es frecuente que estas políticas incluyan entre sus condicionalidades la participación en programas de acompañamiento familiar ([Cechini, 2011](#), entre otros).

El estado nutricional de la madre es un determinante de la salud del niño y de la niña durante la gestación. Una gran proporción de las defunciones infantiles están asociadas con el retraso del crecimiento fetal, lo que conlleva a nacimientos de bebés con bajo peso. En América Latina, el 9,1% de los niños y niñas tienen bajo peso al nacer. En los países centroamericanos, junto con Brasil, Colombia y Ecuador, se presentan valores superiores al promedio

nacional, mientras que en Cuba y México se registran los valores más bajos (OPS en línea, 2018).

### **Parto, puerperio y primeros días de vida**

Lograr que el parto ocurra en establecimientos de salud acondicionados y atendidos por personal idóneo es una de las formas más eficaces de reducir el riesgo de mortalidad y morbilidad materno infantil.

La [Organización Panamericana de la Salud \(OPS\)](#) señala que, en 2015 alrededor del 94% de los partos de América Latina ocurrieron en establecimientos hospitalarios. Las brechas de acceso a los hospitales se encuentran asociadas fundamentalmente con el área de residencia y con la condición étnica de las mujeres gestantes, en perjuicio de las que residen en zonas alejadas de los centros urbanos y de las mujeres indígenas.

Algunos países de la región desarrollaron intervenciones puntuales para aumentar la proporción de partos institucionales entre las poblaciones rezagadas. En Panamá, por ejemplo, el equipo médico junto con la embarazada y su familia trazan el “Plan de parto”. Se trata de:

“... una innovación programática que contribuye a la reducción de la mortalidad materna y neonatal, a través de intervenciones que promuevan la participación de la pareja, la familia y la comunidad organizada para el acceso más oportuno a las redes de servicios de salud y la promoción del respeto a la cosmovisión de las poblaciones indígenas” ([Memoria de la Política Pública de Atención Integral a la Primera Infancia, Panamá](#), 2014, p.22).

Por otra parte, los “hogares maternos” –que constituyen una de las formas como los Estados impulsan la institucionalización del parto– son instalaciones de baja complejidad donde las mujeres que residen en zonas alejadas de los hospitales donde ocurrirán los partos permanecen bajo control prenatal hasta que este ocurra y luego durante el período de puerperio. [Cuba](#) fue pionera en la construcción de los “hogares maternos”. Luego se registraron experiencias similares en Colombia, Brasil, Honduras y Nicaragua ([Fescina, et al., 2011](#)).

El parto y los días posteriores al nacimiento constituyen dos momentos donde el vínculo con los servicios de salud se hace más intenso. Ante estos eventos, el sistema de salud, si bien no es el único, continúa siendo el entorno prioritario desde el cual el Estado se vincula con las mujeres gestantes, puérperas, con sus parejas, con los niños y niñas y con sus cuidadores. El foco, por lo tanto, está puesto en garantizar la supervivencia de la madre y del niño o la niña durante el parto y los primeros días posteriores al nacimiento, en la prevención de las enfermedades mediante la vacunación y en la detección de enfermedades y discapacidades de manera temprana y oportuna.

En América Latina, la mortalidad materna se redujo a la mitad durante el período 1990-2015. No obstante, continúa siendo elevada. Actualmente, 60 mujeres latinoamericanas mueren por causas asociadas con el embarazo, el

parto y el puerperio por cada 100 mil bebés nacidos vivos (OPS en línea, 2018). Además, la disparidad entre los países latinoamericanos también es considerable. Así, en Bolivia, Nicaragua, Paraguay y Honduras, la probabilidad de las mujeres de morir por estas causas duplica y triplica al promedio regional.

En América Latina 157 mil niños y niñas de los 10 millones que nacen anualmente mueren antes de cumplir el primer año de vida, y entre ellos 95 mil mueren antes de cumplir el primer mes. A inicios de la década de 1990, la tasa de mortalidad infantil triplicaba la actual. Aunque en todos los países se registraron descensos en este indicador, se constatan importantes disparidades entre ellos. Al respecto, la probabilidad de morir que tiene un niño o niña al nacer es considerablemente mayor en Bolivia, República Dominicana y Guatemala en relación con, por ejemplo, la expectativa de vida en Chile y Cuba (OPS en línea, 2018).

Por otra parte, en América Latina los grupos sociales con alta acumulación de desventajas sociales y, en particular, los niños y niñas que forman parte de las comunidades indígenas y afrodescendientes presentan sobremortalidad a edades tempranas. Esto implica que la probabilidad que un niño o niña indígena tiene de morir antes de cumplir el primer año de vida es un 60% más alta que en el caso de sus pares no indígenas (CEPAL, 2007).

En América Latina, la CEPAL reportó que alrededor del 12,4% de la población latinoamericana vive con alguna discapacidad (CEPAL, 2013). Durante la primera infancia, las causas más frecuentes de discapacidades son los problemas de salud congénitos (CEPAL, 2013). Luego, el paso del tiempo aumenta la probabilidad de exposición a situaciones invalidantes, como los accidentes domésticos, de tránsito o las enfermedades. En virtud de ello, la prevalencia de las discapacidades es mayor en la población adulta, entre los grupos sociales más expuestos a entornos degradados y en aquellos con menor acceso oportuno a los servicios de salud.

El parto y los días posteriores al nacimiento son un momento donde la atención institucionalizada dentro del sistema de salud se combina con otro tipo de intervenciones. Por ejemplo, durante la estadía en el establecimiento de salud se realiza una batería de controles para la captación temprana de enfermedades del recién nacido y, a la vez, es una oportunidad para la transferencia de bienes hacia las familias. Entre ellos, la entrega de un kit de bienvenida para el recién nacido es una práctica generalizada en la región.

La internación en el marco de la atención institucionalizada del sistema de salud es una instancia privilegiada para promover la lactancia materna. Esta práctica proporciona una nutrición óptima a los bebés. Protege a los niños y niñas pequeños de enfermedades, fortalece el vínculo de apego entre las mamás y los bebés y se relaciona con un mayor desarrollo sensorial y cognitivo de los niños y niñas durante la primera infancia. A largo plazo, la bibliografía especializada señala que la lactancia materna tiene un efecto protector contra el sobrepeso y la obesidad. Estudios recientes señalan que el inicio de la

lactancia natural durante el primer mes de vida redujo el riesgo de muerte por todas las causas en un 44% y el riesgo de sufrir obesidad en un 12% ([SITEAL, 2017](#)).

Sin embargo, en la región, aún es baja la proporción de niños y niñas amamantados en forma exclusiva hasta el sexto mes de vida. En la mayoría de los países, la prevalencia de la lactancia exclusiva ronda un tercio del total. Respecto de esta práctica, se destacan Bolivia y Perú, donde la proporción de niños y niñas amamantados en forma exclusiva hasta el sexto mes de vida duplica al promedio regional ([SITEAL, 2017](#)).

Los bancos de leche materna son una iniciativa que desarrollan algunos hospitales para afrontar las dificultades que experimentan algunas madres al momento de alimentar al recién nacido. En prácticamente todos los países de la región, se registran bancos de leche humana y muchos de ellos se encuentran dentro de las maternidades. Estos dispositivos permiten que la alimentación natural sea posible, aun cuando las madres no se encuentren en condiciones de amamantar. Los bancos de leche materna son:

“... dispositivos sanitarios para la obtención de leche humana a fin de recogerla, procesarla, almacenarla y dispensarla con todas las garantías sanitarias a los niños y niñas que requieren de este producto biológico” (Asociación de Bancos de Leche Humana).

### **El primer año de vida**

La presencia del sistema de salud durante el primer año de vida se da mayormente a través de los controles de salud. El contenido de estos controles se encuentra relativamente estandarizado. El agente de salud revisa la historia clínica, se realiza un examen físico, se diagnostica, se dan indicaciones en función del diagnóstico y luego se deriva en los casos en que se lo considere necesario. También se intensifican los mecanismos de derivación y los dispositivos de enlace con otros servicios de la red asistencial, fundamentalmente con aquellos que se apoyan en la transferencia de recursos financieros hacia las familias socialmente vulnerables.

En efecto, el foco está puesto en dar seguimiento al crecimiento de los niños y niñas, en vigilar y atender su estado nutricional y de salud general, en verificar el cumplimiento del calendario de vacunación obligatorio, en detectar problemas de salud tempranamente, en incentivar el sostenimiento de la lactancia materna y en fortalecer los vínculos intrafamiliares a través del juego, las actividades culturales y recreativas.

La prevalencia de la desnutrición entre las mujeres puérperas y entre los niños y niñas pequeños pone de manifiesto la persistencia de profundas desigualdades económicas, sociales y culturales en la región. En América Latina, la producción de bienes e insumos alimentarios es, según la fuente, entre un 30% y un 40% superior a los requerimientos energéticos de la población ([CEPAL, 2009](#)). Sin

embargo, alrededor de 53 millones de personas no acceden al volumen de alimentos que requieren para contar con un buen estado nutricional. La prevalencia de la desnutrición en la región, por lo tanto, no es consecuencia de la falta de alimentos sino de su inadecuada distribución entre la población. Esta situación configura lo que la CEPAL denomina un modelo nutricional de “exclusión social” ([CEPAL, 2009](#)).

Aun así, en América Latina, la prevalencia de la desnutrición durante la infancia se logró reducir a la mitad en las últimas tres décadas. No obstante, se estima que en la actualidad más de 7 millones de niños y niñas menores de 5 años padecen desnutrición crónica, en tanto, alrededor del 35% de los niños y niñas de entre 6 meses y 6 años presenta anemia por déficit de hierro. Las disparidades entre países son muy pronunciadas. En Guatemala, por ejemplo, el 46,5% de los niños y niñas menores de 5 años –es decir, alrededor de 900 mil– se encuentran en esta condición, mientras que en Chile la prevalencia de la desnutrición es menor al 3%. Luego, la probabilidad de que los niños y niñas indígenas padezcan desnutrición crónica es el doble que entre los niños y niñas no indígenas ([CEPAL en línea, 2018](#)).

En la región, los problemas nutricionales son consecuencia tanto de la carencia como del exceso de consumo de alimentos. A esta particularidad se la denomina “doble carga de la malnutrición”. Durante la última década, incluso, pudo constatarse un aumento de la prevalencia de sobrepeso en el tramo de edad de 0 a 4 años. La prevalencia de sobrepeso en este tramo de edad es del 7%, lo que significa que alrededor de 4 millones de niños y niñas sufren de sobrepeso u obesidad ([CEPAL, 2018](#)).

Durante el primer año de vida, al igual que en la etapa gestacional, la atención institucionalizada en el sistema de salud se combina con programas de acompañamiento familiar. El foco de intervención son las habilidades parentales de las madres, padres y otros cuidadores significativos. Los agentes se apoyan en cartillas o guías de trabajo, en algunos casos en material audiovisual, y en sistemas de registro que permiten dar seguimiento a los procesos de cambio de comportamiento dentro de las familias y a los logros asociados. Estos programas se basan en visitas domiciliarias y/o en talleres o consejerías en espacios institucionales o comunitarios. En el caso de las visitas domiciliarias, el técnico, profesional o un equipo interdisciplinario se reúne con los cuidadores y con el niño o la niña en la vivienda de residencia. En el caso de los talleres o consejerías, las actividades se desarrollan grupalmente en espacios comunitarios, donde varios cuidadores junto a sus hijos participan en talleres coordinados por los promotores del programa.



## Intervenciones y servicios AEPI con énfasis en salud y nutrición. América Latina, 19 países

Seguros de salud y programas de atención de la salud de mujeres gestantes, niños y niñas
Programa Materno Infantil (Argentina)
Programa "Sumar" (Argentina)
Programa de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (Bolivia)
Seguro Universal Materno-Infantil (SUMI) (Bolivia)
Programa "Mi salud" (Bolivia)
"Red cigüeña" (Brasil)
"La casa de la gestante bebé y puérpera" (CGBP) (Brasil)
Programa de Tamizaje Neonatal (América Latina)
Programa Nacional de Inmunizaciones (América Latina)
"Ajuar de bienvenida al recién nacido" (Colombia, Chile, Argentina, Panamá, entre otros)
Equipos básicos de atención integral de la salud (EBAIS) (Costa Rica)
Consultorios del médico y la enfermera de la familia (Cuba)
Programa Nacional de Atención Materno Infantil (Cuba)
Programa de Apoyo al Recién Nacido (Chile)
Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (Chile)
Unidades de atención primaria de la salud (UNAP) (República Dominicana)
Atención de la salud de la mujer gestante y el niño y niña recién nacido y durante el primer año de vida (Ecuador)
Equipos de salud familiar (Honduras)
"Caravanas de salud" (México)
Seguro popular (México)
Estrategia Nacional de Casas Maternas (Nicaragua)
Programa de Salud Integral de la Mujer (Panamá)
Unidades de salud para la atención de la salud de la mujer gestante y el niño y niña recién nacido y durante el primer año de vida (Paraguay)
"Primero la infancia" (Perú)
Seguro Integral de Salud (Perú)
Programa Nacional de Salud en la Niñez (Uruguay)
Programa "Aduana" (Uruguay)
Programa Seguimiento al Recién Nacido de Alto Riesgo (Uruguay)
"Misión Barrios adentro" (Venezuela)

Prevención y atención a la desnutrición
Centros de prevención y recuperación de la desnutrición (Argentina)
"Subsidio alimentario nutribebé" (Bolivia)
Programa Multisectorial "Desnutrición cero" (Bolivia)
Banco de leche humana (América Latina)
Estrategia Amamanta y Alimenta Brasil (Brasil)
Programa Nacional de Suplementación de Vitamina A (Brasil)
Programa Nacional para la Prevención y la Reducción de la Anemia Nutricional en la Primera Infancia (Colombia)
Recuperación Nutricional para la Primera Infancia (Colombia)
Programa de Atención Integral en Salud y Nutrición con Enfoque Comunitario (Colombia)
Programa de Alimentación y Nutrición (Costa Rica)
Programa para la Reducción del Bajo Peso al Nacer (Cuba)
Programa de Apoyo a la Lucha contra la Anemia en Grupos Vulnerables (Cuba)
Programa de Apoyo Alimentario de Embarazadas y Niños (Cuba)
Estrategia de Atención en Nutrición y Desarrollo en la Primera Infancia (El Salvador)
Programa Mundial de Alimentos (PMA) (Honduras)
Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria (México)
Programa de Atención Alimentaria a Menores de 5 años en Riesgo y No Escolarizados (México)
Programa de Comedores Comunitarios (México)
Estrategia Nacional de Lactancia Materna (América Latina)
Programa Nacional de Erradicación de la Desnutrición Crónica (Nicaragua)
Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional PSAN (Nicaragua)
Programa Qali Warma (Perú)
Programa de Alimentación Complementaria (Perú)
Sistema Nacional de Comedores (Uruguay)
Servicios de Educación y Recuperación Nutricional (Venezuela)



Organización  
de las Naciones Unidas  
para la Educación,  
la Ciencia y la Cultura



• Instituto Internacional de  
Planeamiento de la Educación  
• IIPE-UNESCO Buenos Aires  
• Oficina para América Latina

# SITEAL

PRIMERA  
INFANCIA

