

EL VALOR BIOPSIICOSOCIAL DE LA PRIMERA INFANCIA: ARGUMENTOS A FAVOR DE SU PRIORIZACIÓN

BIOPSYCHOSOCIAL VALUE OF EARLY CHILDHOOD: ARGUMENTS FOR PRIORITIZATION

Rocío de los Ángeles Peredo Videá²

“Somos culpables de muchos errores y muchas faltas, pero nuestro peor crimen es el abandono de los niños, dejar de lado labase de la vida. Muchas de las cosas que necesitamos puedenesperar. Los niñosno pueden. Ahoraes el momento enque sus huesosse están formando, susangreseestá preparando ysusentidos se están desarrollando. Para ellos, no podemos responder”Mañana”. Su nombre es”Hoy”.”Gabriela Mistral, 1948

RESUMEN

Los primeros años de la infancia constituyen el periodo más importante de la vida de las personas porque se sientan las bases de su desarrollo integral físico, psicológico y social. Así también, las posibilidades educativas de los niños y niñas pequeños se forjan mucho antes de que ingresen en la escuela primaria. Las capacidades cognitivas, lingüísticas y sociales se desarrollan desde los primeros meses de vida y constituyen las bases para el aprendizaje posterior y durante toda la vida. El presente trabajo es resultado de una investigación teórica a favor de la priorización de la atención y educación de la primera infancia, justificando la importancia vital de esta etapa de la vida, más que cualquier otra, en el desarrollo humano y bienestar futuro de toda persona. En el artículo se presentan datos e indicadores relevantes y actuales sobre la situación de la primera infancia en Bolivia, Latinoamérica y el mundo, y los argumentos que sustentan la priorización de esta etapa de la vida.

PALABRAS CLAVE

Primera infancia, desarrollo infantil, educación temprana, indicadores en salud, indicadores educativos.

ABSTRACT

The early years of childhood are the most important in the lives of people period, because they are the basis of their physical, psychological and social overall development. Also, the educational possibilities of young children are forged long before they enter primary school. Cognitive, linguistic and social skills are developed from the first months of life and are the basis for further learning and for life. This paper is the result of a theoretical research in favor of prioritization of care and education in early childhood, justifying the vital importance of this stage of life, more than any other in human development and future well-being of everyone. The article includes current and relevant data and indicators on the situation of early childhood

2 Rocío Peredo Videá es Psicóloga formada en la Universidad Católica Boliviana. Candidata a Doctora en Psicología Social, mención Salud, en la Universidad de Granada España. Estudios de Maestría en Educación Superior en la Universidad Mayor de San Andrés. Diplomada en Neuropsicología del Aprendizaje Infantil en la Benemérita Universidad de Puebla, México, y en Educación Superior en la Universidad Mayor de San Andrés. Actualmente es Docente Emérita de la Carrera de Psicología de la Universidad Mayor de San Andrés, asesora técnica y consultora en el sector de Educación. Correo electrónico: peredo.rocio@gmail.com

in Bolivia, Latin America and the world, and the arguments that support the prioritization of this stage of life.

KEYWORDS

Early childhood, child development, early education, health indicators, educational indicators.

RESUMO

Os primeiros anos da infância são os mais importantes na vida das pessoas por causa período as bases de seu desenvolvimento físico, psicológico e social sentir integrados. Além disso, as possibilidades de educação de crianças pequenas são forjados muito antes de entrar na escola primária. As habilidades cognitivas, linguísticas e sociais são desenvolvidos a partir dos primeiros meses de vida e são a base para a aprendizagem futura e para a vida. Este trabalho é o resultado de uma pesquisa teórica em favor da priorização de cuidados e educação na primeira infância, justificando a importância vital desta fase da vida, mais do que qualquer outro no desenvolvimento humano e bem-estar futuro de todos. O artigo inclui dados e indicadores relevantes e atuais sobre a situação da infância na Bolívia, na América Latina e no mundo, e os argumentos que suportam a priorização dessa fase da vida são apresentadas.

PALAVRAS-CHAVE

Primeira infância, desenvolvimento infantil, educação infantil, indicadores de saúde, os indicadores de educação.

I. INTRODUCCION

Los primeros años de la infancia constituyen un periodo de grandes y diversas transformaciones, pero a su vez de considerable vulnerabilidad para los niños y niñas. Por ello, las bases que se establecen los primeros años de vida, desde la concepción hasta el inicio del tercer año, son decisivas para su desarrollo integral y bienestar futuro.

A un nivel conceptual, se entiende por desarrollo infantil temprano a aquella condición óptima de un niño o niña para enfrentar los desafíos, transiciones y cambios en la primera etapa de su vida. El desarrollo humano involucra cambios orgánicos y psicosociales, y tiene un carácter integral que incluye tanto las capacidades o potencial presente en todo niño o niña así como conocimientos y estructuras mentales y afectivas, procesos cognitivos, habilidades psicomotrices y sociales, estrategias de aprendizaje así como una condición adecuada de salud y nutrición.

Esto implica no sólo el crecimiento físico sino también el despliegue de esas capacidades y el aprendizaje progresivo de conocimientos, habilidades y destrezas en una variedad de dimensiones: física, cognitiva, lingüística, psicomotriz, afectiva-emocional y social³, incluye la preparación del niño o niña para que pueda asumir cada vez, y siempre en sentido creciente, nuevos niveles de afrontamiento y responsabilidades, que le posibilite la adquisición de autonomía progresiva y el establecimiento de interrelaciones sociales con el entorno.

Cuando el desarrollo infantil es adecuado, significa que los niños y niñas están preparados para insertarse, participar y afrontar sus diversos entornos de aprendizaje y de relacionamiento: familiar, comunitario, escolar y social, en general, de acuerdo a cada etapa de su desarrollo⁴.

El presente trabajo intenta sentar los argumentos a favor de la priorización de la

³ Ministerio de Educación. Desarrollo y Crecimiento Humano, 2013.

⁴ Araujo, M.C., López-Boo, F. & Puyana, J., 2013.

atención y educación de los niños y niñas en sus primeros años de vida, justificando la importancia vital de esta etapa de la vida, más que cualquier otra, en el desarrollo humano y bienestar futuro de toda persona.

En este entendido, este artículo constituye el producto de una investigación teórica a través del análisis sistemático, organizado, coherente y bien argumentado sobre la primera infancia en base a informaciones válidas, resultados y estadísticas de investigaciones empíricas y/o teóricas.

Para sustentar las informaciones y argumentos se incluyen también, con finalidad comparativa, algunos datos e indicadores sobre la situación en Bolivia y en otros países de la región que permiten entrever la realidad de los niños más pequeños, con el objetivo de analizar el panorama y horizontes de la primera infancia en nuestro país, así como reflexionar sobre la importancia e impacto que tienen el abordaje y la intervención biopsicosocial en la primera infancia hacia la priorización de esta etapa de la vida, además de intentar sentar algunas bases que orienten las políticas sectoriales en torno a ella tanto en temas educativos como de salud.

Para esto, se han consultado diversos documentos y estadísticas oficiales, especialmente internacionales. Las cifras e indicadores que se presentan corresponden a las informaciones disponibles y confirmadas de los años más recientes. También se presentan algunos datos antiguos para conocer la evolución o progreso de algunos indicadores relevantes. Igualmente, se han consultado reportes de investigaciones sobre la temática que coadyuvan en las argumentaciones para el logro del objetivo propuesto.

La perspectiva biopsicosocial nos ayuda a comprender que el estudio del desarrollo infantil es integral, donde todos los componentes son esenciales para el bienestar de los niños y niñas: lo físico, lo cognitivo, lo afectivo, lo social.

Se presenta la información obtenida de la manera más sencilla posible, para dar a conocer en un lenguaje claro y conciso las nociones básicas sobre variables e indicadores que son manejados en el sector educativo y de la salud tanto a nivel nacional como internacional.

II. PROPOSICIÓN

Un número cada vez mayor de sólidos datos empíricos muestra que la prestación de los mejores cuidados a los niños y niñas en su más tierna edad puede ser una plataforma para obtener buenos resultados tanto en la escuela primaria como secundaria, y compensar los factores de desventaja socioeconómicos y lingüísticos, sobre todo en el caso de los niños más vulnerables y desfavorecidos.

Sin embargo, todos los años ingresan en las escuelas primarias de Latinoamérica millones de niños con discapacidades de aprendizaje debidas a la malnutrición, el deficiente estado de salud y la pobreza, así como al hecho de no haber tenido acceso a la enseñanza preescolar ni oportunidades estimuladoras en el hogar.

Además de la carencia de ingresos, la vulnerabilidad de niños y niñas en la primera infancia hasta los 4 o 5 años de edad se expresa en un conjunto de riesgos y rezagos en el desarrollo físico, cognitivo, afectivo-emocional y psicosocial, y la transmisión de éstos a lo largo del ciclo de la vida.

A nivel nacional e internacional existe cada vez mayor interés y preocupación

por el desarrollo infantil. Sin embargo, los indicadores y datos que se suelen usar para caracterizar el desarrollo infantil temprano no logran abarcar la integralidad de las diversas dimensiones del concepto.

Por tanto, lo que se intenta sustentar y argumentar en este trabajo es que la atención y educación en la primera infancia es fundamental, siendo más relevante el abordaje en esta etapa que en años posteriores de la niñez o adolescencia, para lograr los mejores resultados en el desarrollo del potencial humano referido no sólo a las capacidades físicas sino esencialmente cognitivas, intelectuales, afectivas, comportamentales y sociales.

También, se pretende plantear y justificar la necesidad de contar con indicadores más específicos sobre desarrollo infantil temprano que permitan evaluar y revelar el real estado y nivel de desarrollo humano de los niños y niñas en nuestro medio.

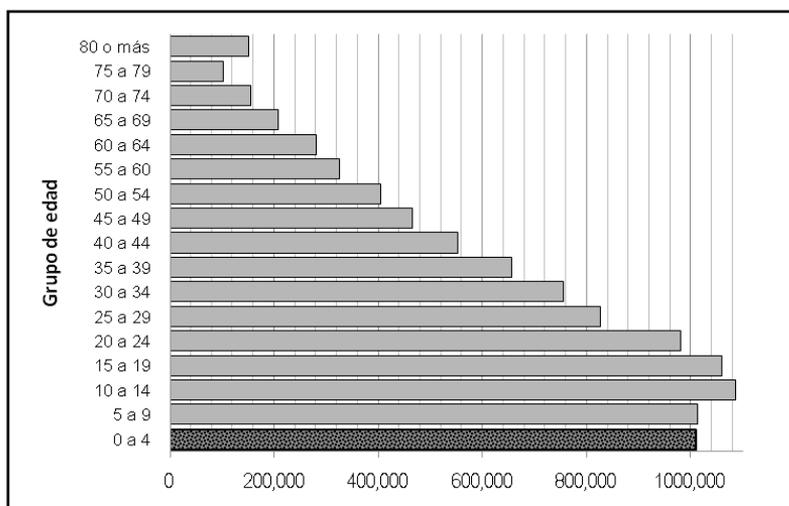
III. SITUACIÓN ACTUAL

A continuación se presenta una serie de informaciones, datos e indicadores sobre la primera infancia en Bolivia y respecto a otros países de la región latinoamericana, intentando ofrecer un panorama bastante completo de la situación actual.

III.1. Contexto Nacional

De acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda efectuado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) el año 2001, Bolivia contaba con una población total de 8.274.325 habitantes, de los cuales 1.087.557 eran niños y niñas entre 0 a 4 años de edad, que representaba el 13,14%. En el último Censo realizado en 2012, la población total ascendió a 10.027.254 habitantes, con 1.011.170 menores entre 0 a 4 años que proporcionalmente es el 10,08% de la población total, con 50,08% de niñas y 49,92% de niños en esa edad.

Gráfico N° 1: Población total de Bolivia, por grupo de edad, año 2012



Elaborado en base a fuente: INE, Censo Nacional de Población y Vivienda 2012.

Si bien la cantidad de niños y niñas menores de 5 años de edad ha disminuido en 2012 respecto al año 2001, según la información de los últimos censos realizados, la

proporción de niños pequeños es todavía elevada respecto a la población nacional, como se puede apreciar en el primer segmento del gráfico N° 1, considerando además que la atención y educación de este grupo etario reviste la máxima importancia para el desarrollo humano, como se sustentará más adelante. Así también, existe una cantidad de niños de 5 años de edad o más que asiste al nivel inicial de educación, por lo que la proporción de 10,08% niños y niñas en preescolar aún puede ser mayor.

En Bolivia, la desigualdad entre zonas urbanas y rurales ha sido siempre muy marcada. Hace 7 años atrás la pobreza urbana era de 50,9% y en las zonas rurales llegaba a 77,3%. Del mismo modo, la pobreza extrema en zonas urbanas era de 23,6% y en zonas rurales de 63,9%⁵.

En 2011, la proporción de población rural en nuestro país en fue de 33,2% del total, es decir que una tercera parte de la población boliviana se encuentra en zonas rurales. En el mismo año, aunque las proporciones de desigualdad disminuyeron, las diferencias siguen siendo acentuadas. Las personas en extrema pobreza alcanzaron 20,9% (en comparación con el porcentaje de 11,5% en Latinoamérica en ese mismo año), presentando una marcada desigualdad entre zonas urbanas (10,8% de pobreza extrema) y zonas rurales (con 41,3% de pobreza extrema) también en el mismo año.⁶ Como se puede precisar, los niveles más altos de desigualdad están en el área rural, si bien la tendencia es la disminución de los niveles de pobreza.

Así también, la incidencia de la pobreza en Bolivia está fuertemente vinculada a la estructura de edades, ya que en el año 2007, en promedio nacional el 68% de niños y niñas menores de 4 años de edad

5 Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), 2009, en base a datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), 2007.

6 Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Informe sobre Desarrollo Humano en Bolivia, 2012.

pertenecía a hogares pobres (de esa proporción, el 77% se encontraba en zonas rurales), a diferencia de un 51% de adultos entre 45 y 64 años en situación similar.⁷

III.1.1. Indicadores en Salud

Ligados a la situación de pobreza se pueden encontrar otros indicadores relacionados con el desarrollo social y nivel de vida de la población. Según los cálculos proporcionados en el Informe de Desarrollo Humano de Naciones Unidas basados en datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa de mortalidad materna en Bolivia en 2010 fue de 190 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (una de las más altas en Latinoamérica), y la tasa de fecundidad adolescente fue estimada en 74,7 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 a 19 años de edad⁸.

Con relación a los indicadores pertenecientes al sector de la salud, se encuentra que la tasa de mortalidad infantil en Bolivia también fue una de las más altas de Latinoamérica en el 2010, con 42 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en niños desde el nacimiento al primer año de vida, y de 54/1.000 en niños menores de 5 años de edad.

Por otra parte, la desnutrición crónica⁹ en menores de 3 años de edad alcanzó un 22%¹⁰ en 2008, y llegó a 44% en zonas rurales¹¹. Relacionado con esto, un 22% de niños menores de 5 años están aquejados de raquitismo (talla insuficiente para su edad) moderado o grave¹².

En un estudio realizado por la Organización

7 UDAPE, 2009, en base a datos del Instituto Nacional de Estadísticas, 2007.

8 PNUD, Informe sobre Desarrollo Humano 2013.

9 La desnutrición se evalúa como el porcentaje de menores de 5 años con un peso o altura que es más de dos desviaciones estándar por debajo de la correspondiente mediana de la población internacional de referencia del Centro Nacional de Estadísticas de la Salud de Estados Unidos y la OMS.

10 Organización Mundial de la Salud (OMS). Base de datos global sobre crecimiento infantil y desnutrición, 2010.

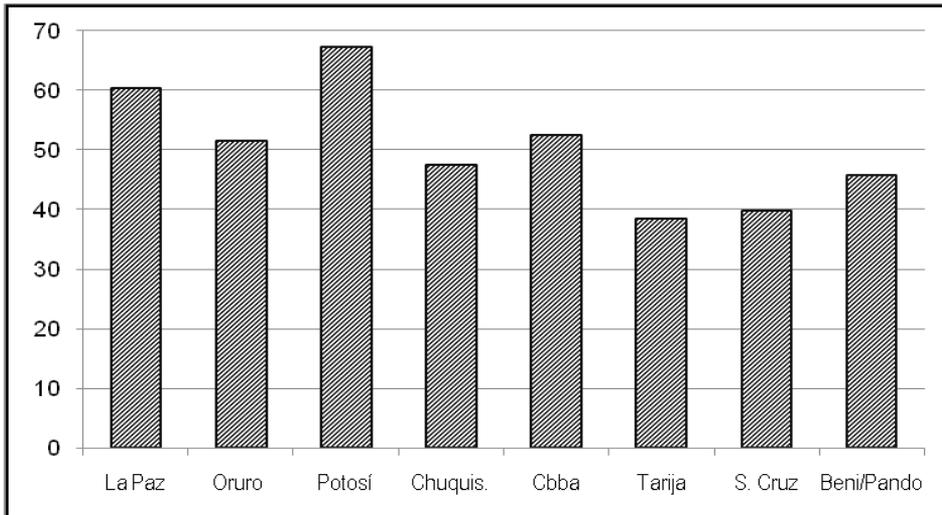
11 *Ibidem*.

12 UNESCO, Panorámica Regional: América Latina y el Caribe, 2011.

Mundial de la Salud (OMS) en el periodo 2003-2004 con una muestra de 2.693 en todos el país, la anemia por deficiencia de hierro, se presentó en el 47,7% de la población urbana de los niños menores de 5 años y en el 57% de la población infantil rural de la misma edad, afectando al

61% de los niños del altiplano, 49% de los valles y 41% de los llanos¹³. La proporción de anemia por deficiencia de hierro según género es similar, con 51% de niñas y 52,3% de niños del mismo grupo de edad. A continuación, se presentan las proporciones por Departamentos:

Gráfico N° 2: Anemia por deficiencia de hierro por Departamentos, en % 2003-2004



Elaborado en base a fuente: OMS, Base de datos global sobre anemia.

Como se observa en el gráfico anterior, el Departamento donde se encontró la mayor proporción de anemia es Potosí con 67,4%, seguido de La Paz con 60,3% y luego Cochabamba con 52,5% en niños y niñas entre 6 meses a 5 años de edad.

III.1.2. Indicadores educativos

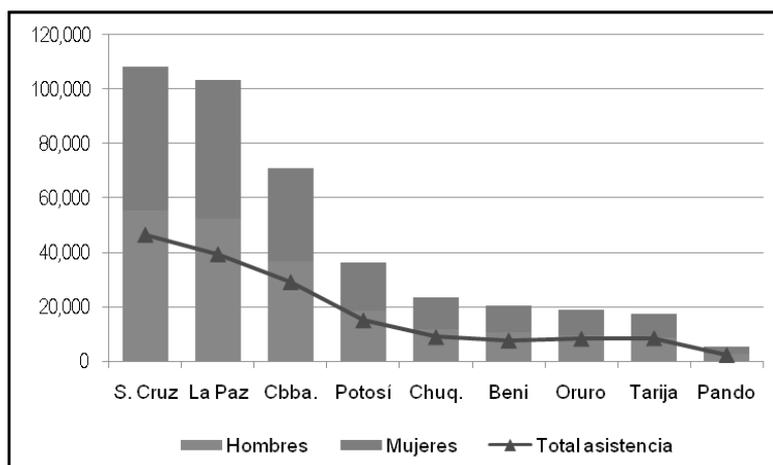
En cuanto a indicadores pertenecientes al sector de la educación no existen datos nacionales de niños y niñas menores de 3 años, ya que la política educativa para esta etapa es multisectorial y está en proceso de definición.

Con relación a niños y niñas que asisten al nivel de educación inicial preescolar (correspondiente al primer y segundo curso

o como comúnmente se denomina al pre-kínder y kínder) se observa que la tasa bruta de escolarización muestra un ligero incremento ya que en 2003 fue de 46,7% y en el año 2011 fue de 51,2%; sin embargo sigue siendo bastante baja, lo que indica que todavía hay muchos niños en edad de cursar el nivel inicial que siguen excluidos de este nivel.

En el siguiente gráfico se presenta el total de la población de niños y niñas de 4 y 5 años de edad, diferenciados por género (barras), y la cantidad de los que asisten al nivel preescolar (línea) por Departamentos, con base en los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2012.

¹³ Organización Mundial de la Salud (OMS). Base de datos global sobre anemia, con última actualización en 2007.

Gráfico N° 3: Proporción de niños y niñas de 4 y 5 años por grupo de edad que asisten al nivel preescolar, año 2012

Elaborado en base a fuente: INE, Censo Nacional de Población y Vivienda 2012.

El promedio nacional de asistencia porcentualmente es de 41%, muy por debajo de lo esperado a nivel internacional¹⁴. El Departamento con mayor proporción de asistencia es Tarija con el 48%, seguido por Santa Cruz y Oruro con 43%, en tanto que los Departamentos con asistencia más baja son Beni con 37%, La Paz y Chuquisaca con 38% ambos. Por tanto, podría afirmarse que de cada 10 niños y niñas entre 4 y 5 años de edad, solamente 4 asisten al nivel preescolar. También, con base en los datos del censo, la brecha de género en la asistencia es pequeña con un 50,6% de niños y 49,4% de niñas.

Aunque en el país se han realizado importantes mejoras en los últimos años, todavía los resultados alcanzados están por debajo de lo esperado, tanto en lo referido a indicadores de salud como los del sector educativo.

¹⁴ 80% de escolarización para el nivel preescolar es el porcentaje fijado en las metas de la Educación Para Todos.

III.1.3. Políticas y normas nacionales para la primera infancia

La actuación del gobierno ante las necesidades y problemáticas de la primera infancia incluyó programas destinados a mejorar la situación en salud y nutrición desde el año 2006. Los programas en el sector de la salud implementados por el Ministerio de Salud y Deportes han sido el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), el programa Desnutrición Cero, el Bono Juana Azurduy, el Programa de Atención a la Niñez (PAN), como los más relevantes. Si bien todos estos programas estaban o están dirigidos a niños y niñas de la primera infancia, y algunos de ellos con una gran cobertura, no cuentan con una estrategia de estimulación temprana ni estándares de calidad sobre el nivel del desarrollo humano integral de los niños y niñas beneficiarios.

Otro antecedente importante fue la aprobación de la Ley de Educación N° 70 “Avelino Siñani – Elizardo Pérez” en diciembre de 2010. En lo correspondiente

al componente educativo del desarrollo infantil integral dicha Ley establece que la educación inicial es obligatoria a partir de los 0 años de edad, de forma necesariamente escolarizada de 4 a 5 años de edad, y no escolarizada para los menores de 4 años, siendo ésta última de responsabilidad compartida entre la familia, comunidad y el Estado. Sin embargo, observando la baja asistencia a centros educativos de niños y niñas de 4 y 5 años de edad, según lo registrado en el último censo en 2012, la educación preescolar todavía está lejos de ser considerada una prioridad educativa, como lo son los niveles primario o, más recientemente, el secundario.

III.2. Bolivia y el Contexto Latinoamericano

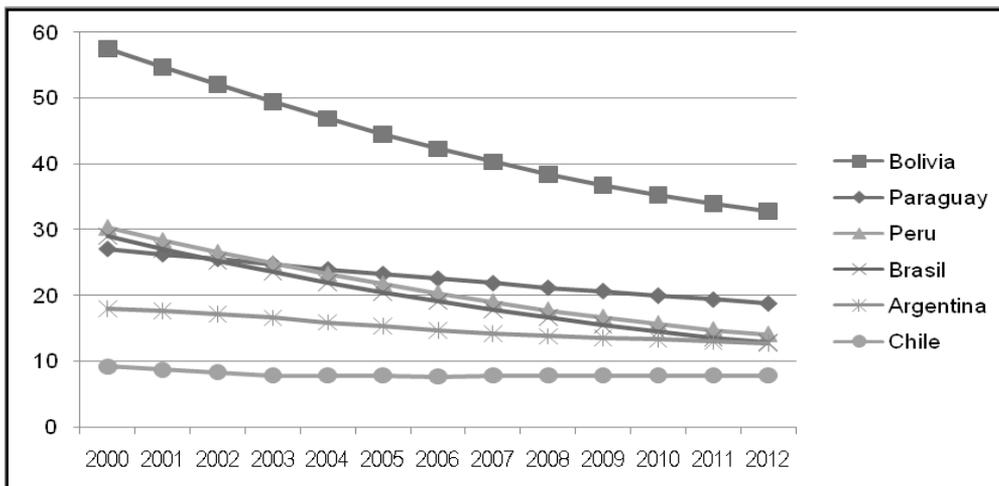
Actualmente Bolivia ocupa el puesto 108 de la clasificación de países según el Informe de Desarrollo Humano en el mundo, con un nivel de desarrollo medio, por encima de Paraguay en América del Sur, y de Guyana, Honduras, Nicaragua, Guatemala y Haití en

Latinoamérica y el Caribe¹⁵. Aunque nuestra posición ha mejorado en los últimos años, todavía existen grandes problemas de pobreza y desigualdad, especialmente en zonas rurales y en poblaciones de mayor vulnerabilidad, como la infantil.

Uno de esos problemas es el referido a la mortalidad infantil, ya que Bolivia ocupa la posición más alta en Sudamérica con 32,8 niños que fallecen por cada 1.000 nacidos vivos, con una diferencia de más de 10 puntos por encima del siguiente país en Sudamérica, que es Ecuador con 19,8/1.000.

En el año 1999 la tasa de mortalidad infantil en Bolivia era de 60,4 por 1.000. Aunque entre los años 2000 a 2012 Bolivia ha disminuido la tasa en más de 20 puntos, aún presenta la tasa más alta de Sudamérica, como se puede observar en el siguiente gráfico, los otros países limítrofes tienen tasas de mortalidad infantil por debajo del 20/1.000 en el mismo año.

Gráfico N° 4: Evolución de la tasa de mortalidad infantil en Bolivia y países limítrofes



Elaborado en base a fuente: UNESCO, InstituteforStatistics, 2014.

En la siguiente tabla se presentan algunos indicadores del área de la salud en países de

Sudaméricaque también están relacionados con el proceso del desarrollo infantil temprano:

15 PNUD, Informe de Desarrollo Humano, 2013.

Tabla N° 1: Indicadores del sector de Salud en países sudamericanos

País	Tasa de mortalidad infantil (0 a 1 año X 1000) en 2012 ¹	Tasa de mortalidad infantil (menos de 5 años de edad X 1000) en 2012 ²	% de niños menores de 5 años aquejados de raquitismo moderado y grave 2005-2012 ³
Argentina	12,7	14,2	n.d.
Bolivia	32,8	41,4	27
Brasil	12,9	14,4	7
Chile	7,8	9,1	2,5
Colombia	15,1	17,6	13
Ecuador	19,8	23,3	n.d.
Paraguay	18,8	22,0	18
Perú	14,1	18,2	20
Venezuela	13,1	15,3	13

En la mayoría de los indicadores presentados, Bolivia ocupa el último o penúltimo lugar con relación a los demás países de Sudamérica respecto a la salud infantil, con tasas de mortalidad muy elevadas, destacando que la problemática más importante se encuentra en la mortalidad de niños en el primer año de vida.

Por otra parte, con relación a los indicadores del sector educativo, que reflejan la incidencia de la educación en menores de 4 y 5 años de edad (tasas de escolarización, ingreso y matrícula), que puede ayudar a guiar en su comprensión.

Tabla N° 2: Indicadores del sector de Educación en países sudamericanos

País	Tasa bruta de escolarización en enseñanza preescolar, % fin de 2011 ⁴	Tasa neta de escolarización en enseñanza preescolar, % fin de 2011 ⁵	Tasa neta de ingreso en la enseñanza primaria, en %, fin de 2011 ⁶	Tasa neta de matrícula en educación primaria en %, 2011 ⁷
Argentina	75 (*)	74 (*)	n.d.	n.d.
Bolivia	46 (*)	42 (*)	58 (*)	86,8
Brasil	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Chile	112	82	n.d.	93,1
Colombia	49	45	63	89,8
Ecuador	150	82	75	97,0
Paraguay	35 (*)	33	66 (*)	82,6
Perú	78	75	86	96,3
Venezuela	74	71	75	94,5

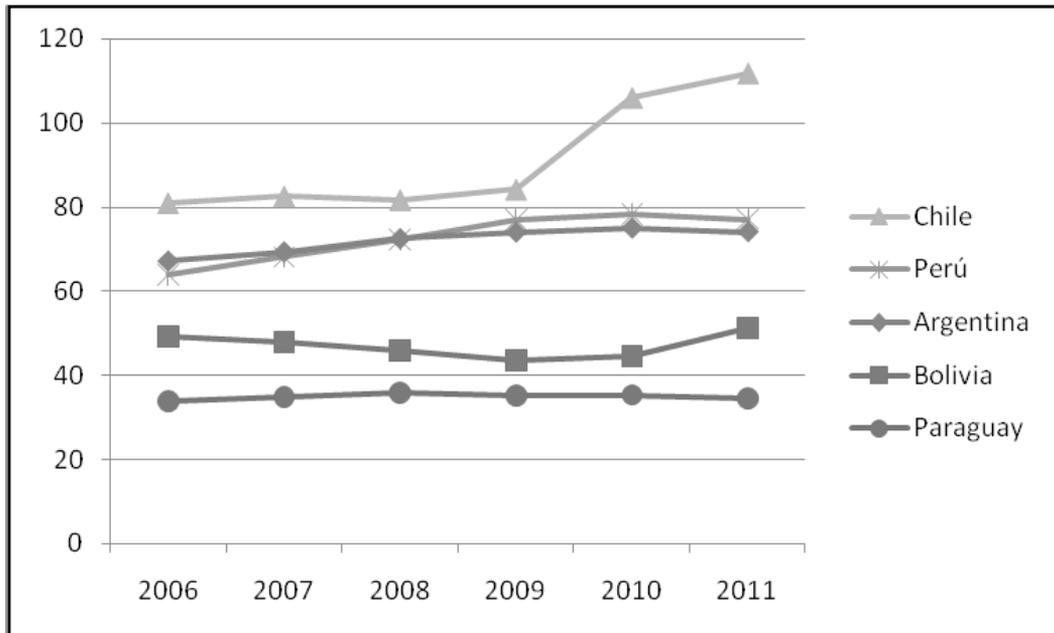
(*) fin de 2010.

La situación educativa boliviana en el nivel preescolar, en comparación con los otros países sudamericanos, es similar a la del sector de salud. Después de Paraguay, Bolivia tiene las tasas más bajas de escolarización preescolar, tanto bruta como neta que no llegan al 50% de cobertura. Esto también repercute en el acceso a la educación primaria, ya que la tasa neta de ingreso en primaria, es decir el ingreso en la edad oficial esperada para iniciar 1° de primaria, es la más baja de Sudamérica,

con 58%. Esto quiere decir, que de cada 10 niños que inician la primaria, solamente 6 lo hace en la edad oficial esperada.

En el siguiente gráfico se puede comparar la evolución de la tasa de ingreso en el nivel preescolar, independientemente de la edad en la que se inició. La evolución de la tasa en Bolivia no ha tenido grandes variaciones, y llegó al 51,2% en Bolivia en el 2011. Después de Paraguay, nuestra tasa de ingreso es la más baja de Sudamérica.

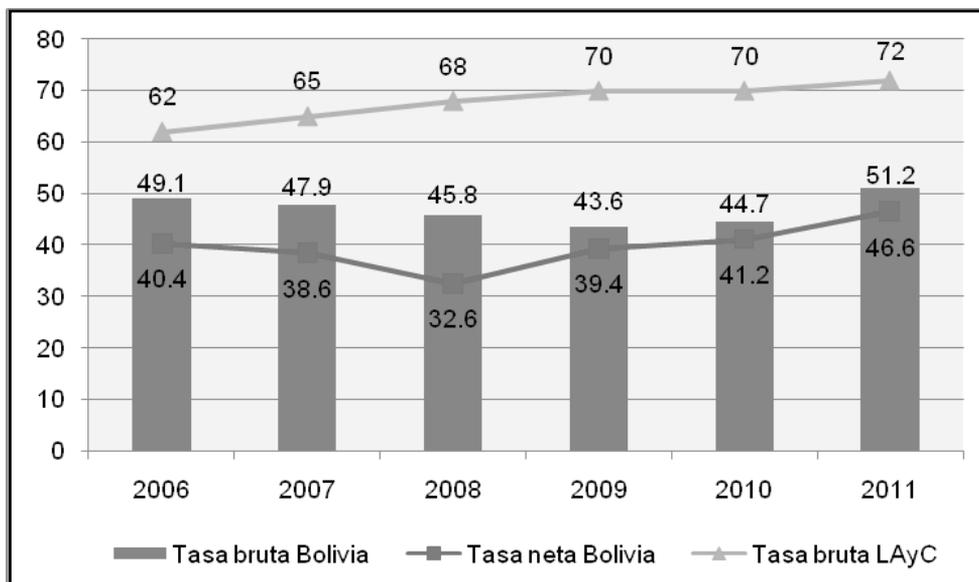
Gráfico N° 5: Evolución de la tasa bruta de matrícula en el nivel preescolar en Bolivia y países limítrofes, 2006-2011



Elaborado en base a fuente: UNESCO, InstituteforStatistics, 2014.

En el siguiente gráfico se presenta la evolución entre 2006 a 2011 de las tasas bruta y neta en el nivel inicial en Bolivia. También se presenta la tasa bruta de

escolarización de Latinoamérica y el Caribe (línea superior), que ha mantenido una tendencia ascendente constante entre 2006 a 2011.

Gráfico N° 3: Tasas de matrícula preescolar bruta y neta de Bolivia, respecto a la tasa bruta de Latinoamérica y el Caribe, años 2006-2011

Elaborado en base a fuente: UNESCO, InstituteforStatistics, 2014.

Como se observa en el gráfico anterior, la tasa bruta de cobertura de la educación preescolar en Latinoamérica y el Caribe ha tenido un crecimiento sostenido y se ha elevado en 10 puntos entre 2006 y 2011. Sin embargo, la tasa bruta en Bolivia solamente se ha elevado 2 puntos en el mismo periodo y está 20 puntos por debajo de la tasa de Latinoamérica y el Caribe en el año 2011.

La tasa neta es aún más baja porque refleja el porcentaje de niños matriculados en preescolar (prekinder y kínder) que tienen la edad oficial esperada para el nivel, por lo que se puede afirmar que menos de la mitad de niños y niñas en edad esperada para cursar el nivel inicial en Bolivia lo hacen.

III.3. Contexto mundial

A nivel internacional también existe un creciente interés por el desarrollo infantil. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas incluyen metas para eliminar la pobreza al 2015, incluyendo indicadores para niños menores de 5 años

de edad respecto a nutrición, vacunación y mortalidad infantil, entre otros.

Así también, el Programa Educación Para Todos (EPT) de la UNESCO incluye como primer objetivo la extensión y mejoramiento de la protección y educación integral de la primera infancia, especialmente para los niños más vulnerables y desfavorecidos, generando el desafío de garantizar que todos los niños y niñas completen al menos seis años de educación primaria (UNESCO, 2010).

Sin embargo, ni los indicadores de ODM ni de EPT incluyen datos relevantes para caracterizar o comparar entre países los avances del desarrollo infantil temprano. Los indicadores encontrados sobre tasas de mortalidad, salud y escolaridad constituyen información importante que puede dar algunas pautas de ese desarrollo.

La Campaña Mundial por la Educación es un movimiento mundial de organizaciones de la sociedad civil que exhorta a los

gobiernos a hacer realidad el derecho de todos a una educación gratuita, pública y de calidad. En la Campaña participan organizaciones internacionales y regionales de más de 90 países y entre sus miembros figuran organizaciones de base, sindicatos de docentes, grupos por los derechos de la infancia y ONGs internacionales, además de los gobiernos de los países involucrados.

En abril de 2014, la Campaña Mundial por la Educación emitió algunas informaciones importantes, basadas en los informes de Seguimiento a la EPT realizados por la UNESCO¹⁶, entre ellas:

- Más de 57 millones de niños y niñas en el mundo, entre 6 y 11 años de edad, siguen sin ir a la escuela, frente a los 72 millones registrados en 2007, lo que significa que el número de menores sin escolarizar “no logra reducirse” significativamente. En Latinoamérica y el Caribe se ubican cerca 20 millones.
- Se estima que 130 millones de niños y niñas en el mundo no consiguen adquirir las competencias básicas de lectoescritura y aritmética mientras asisten a la escuela, y otros 120 millones abandonan al cabo de tres años de haber empezado.
- La baja calidad de educación se ve agravada por la falta de 1.6 millones de maestros adicionales, y muchos millones más de los maestros en ejercicio no cuentan con las competencias para una enseñanza eficaz.
- Alrededor del 43 % de los menores sin escolarizar en el mundo, unos 15 millones de niñas y 10 millones de

niños, probablemente nunca pisará las aulas si se mantiene la tendencia actual, de acuerdo con las nuevas estadísticas mundiales recopiladas por el Instituto de Estadística de la UNESCO.

- Los datos revelan que el objetivo de lograr la educación primaria universal en 2015 parece imposible, pese a que 17 países han reducido un 86 % el número de niños sin escolarizar en poco más de una década.
- Desde 2009 la ayuda a la educación básica cayó un 16% en el mundo. Entre 2010 y 2011 solamente, la ayuda a la educación básica disminuyó un 6%. En el Informe de Seguimiento de la Educación Para Todos en el Mundo se estima un déficit financiero de USD 26.000 millones al año para educación básica, y el déficit ha ido en aumento debido a los recortes en los presupuestos de los donantes.

Los nuevos datos, sumados a la disminución de un 10% en la ayuda para la educación revelada en junio en el Informe de Seguimiento de la Educación Para Todos en el Mundo, confirman la imposibilidad total de lograr la educación primaria universal en 2015.

Lo anterior, junto a las cifras e informaciones presentadas, se vincula también y tiene como antecedente a la baja cobertura y resultados de la educación preescolar de niños y niñas antes de los 6 años de edad, como base fundamental de la educación primaria.

IV. ARGUMENTACIONES

Existen escasas investigaciones de largo alcance sobre desarrollo infantil temprano, posiblemente porque no es sencillo realizar

¹⁶ Global Campaign for Education. Fund the Future, 2014.

seguimiento longitudinal de los progresos e impactos que tienen las áreas del desarrollo a lo largo de la vida de una persona.

Por otra parte, aunque existe una larga tradición en evaluación de las áreas del desarrollo infantil en muchos países latinoamericanos, en general las pruebas no han sido actualizadas ni contextualizadas para responder a los hallazgos recientes de la investigación científica sobre crecimiento cerebral y desarrollo infantil temprano¹⁷, como el lenguaje expresivo y comprensivo y las habilidades afectivo-emocionales y sociales.

Aunque hay pocos estudios de seguimiento desde la infancia a la edad adulta, la evidencia principal sugiere una asociación entre el retraso del crecimiento y la capacidad cognitiva actual o posterior, o el rendimiento escolar en niños y niñas de países de ingresos bajos y medios¹⁸.

En Latinoamérica y el Caribe las tasas de desnutrición para todos los infantes menores de 5 años que viven en países en desarrollo se redujeron de un 7,5% (8% para niños y 7% para niñas) en el año 2000 a un 4% en 2010 para ambos sexos¹⁹.

Los niños o niñas que han padecido de insuficiencia nutricional durante la gestación, o de desnutrición en los primeros años de su vida corren el riesgo de sufrir retrasos en su desarrollo que pueden obstaculizar su aprendizaje escolar. A nivel mundial en 2012, 99 millones de niños y niñas menores de 5 años presentaron bajo peso. En el mismo año 51 millones de niños menores de 5 años presentaron raquitismo y 17 millones presentaron raquitismo severo. Así también,

162 niños y niñas menores de 5 años de edad tuvieron retrasos en el desarrollo en 2012 en el mundo.

En los tests de funcionamiento y desarrollo cognitivos, estos menores suelen tener peores resultados que los demás. El “YoungLivesSurvey”, que efectúa un seguimiento de los niños y niñas en sus primeros años de vida en el Perú y otros tres países en desarrollo, indica que a los siete u ocho años de edad la desventaja producida por la desnutrición equivale a la pérdida de un trimestre entero de escolaridad, como mínimo. La desnutrición también tiene relación con el ingreso tardío en la escuela y el riesgo de desertar antes de finalizar el ciclo de los estudios primarios.

El raquitismo en la primera infancia y la insuficiencia en el peso neonatal son indicadores de las repercusiones a largo plazo de la malnutrición en la salud. En Latinoamérica y el Caribe, el 16% de los niños menores de cinco años estaban aquejados de raquitismo grave o moderado en el periodo 2000–2007, y ese porcentaje es más elevado en los países más pobres como Guatemala, con un 54% de niños raquíuticos o Haití donde la proporción alcanza el 30%²⁰.

Por otra parte, un 9% aproximadamente de los niños de la región nacieron con peso insuficiente. En Ecuador, Haití y Trinidad y Tobago, ese porcentaje es mayor, ya que la insuficiencia ponderal afectó a uno de cada seis niños o más.

Las tasas de mortalidad infantil permiten valorar el bienestar del niño. Estas tasas están disminuyendo poco a poco en todo el mundo, pero todavía están lejos de lograr la

17 Araujo, M.C., López-Boo, F. & Puyana, J., 2013.

18 Victora, C. & cols., 2008.

19 BID, con base en estadísticas de la Base de datos global de la OMS, 2010.

20 UNESCO, Panorámica Regional: América Latina y el Caribe, 2011.

meta fijada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio referida a reducir para 2015 en dos tercios el nivel que tenían en 1990.

Por término medio, 29 de cada 1.000 niños nacidos en Latinoamérica y el Caribe mueren antes de cumplir los cinco años de edad. No obstante, en Latinoamérica y el Caribe las tasas de mortalidad varían considerablemente de un país a otro, ya que se encuentran por debajo de 10‰ en Cuba y Chile y por encima del 50‰ en Bolivia, Guyana y Haití.

Al respecto, la UNESCO señala que las tasas de mortalidad y el riesgo de morir de los niños y niñas menores de cinco años están estrechamente vinculados a los recursos económicos de las familias y al nivel educativo de las madres. En Bolivia, Colombia y Honduras las tasas de mortalidad de menores de 5 años son tres veces más elevadas entre los niños de madres sin instrucción que entre los niños cuyas madres han cursado algunos estudios de secundaria²¹.

Las mujeres que alcanzan niveles más altos de instrucción están mejor preparadas para los cuidados de la gestación, tienen mejor información sobre salud sexual y reproductiva, sobre alimentación y crecimiento infantil y pueden planificar sus embarazos. Todos estos factores coadyuvan en la reducción del riesgo de mortalidad infantil.

Del mismo modo, una buena alimentación es la clave del desarrollo no sólo del sistema inmunitario de los niños y niñas, sino también del cerebro y las capacidades cognitivas que requieren para aprender. Aunque ha habido mejoras en el mundo en este aspecto y los progresos realizados en

materia de nutrición han sido importantes, todavía un número inaceptable de niños está en malas condiciones nutricionales: en 2012, unos 162 millones de niños de menos de 5 años de edad seguían padeciendo desnutrición²².

El problema de la alimentación es fundamental es la vida de todo niño, ya que la desnutrición crónica es uno de los principales factores que produce retrasos importantes en el crecimiento y desarrollo infantil.

En una serie de investigaciones sobre desnutrición materna e infantil publicados en *The Lancet*, se señalaron los efectos que el retraso en el crecimiento, la escualidez extrema y el rezago del crecimiento intrauterino tienen en la mortalidad infantil y en una disminución de 21% de los años de vida ajustados por discapacidad²³ para niños menores de 5 años de países de ingresos medios y bajos²⁴. La desnutrición puede afectar el desarrollo cognitivo, causando daños estructurales directos en el cerebro y afectando el desarrollo motor infantil y el comportamiento exploratorio en los infantes²⁵. Los efectos a largo plazo pueden presentarse en la adaptación social, la persistencia de déficits en edades tempranas, también en parte debido a la falta de oportunidades para entornos desfavorecidos; y en la alteración de los procesos de aprendizaje.

Por otra parte, el recurso humano que se encarga del cuidado y atención de los niños en los programas de primera infancia no sólo en Bolivia sino también en Latinoamérica y el Caribe es, en general, escaso y mal

21 *Ibidem*.

22 UNESCO, Informe de Seguimiento de la EPT en el mundo, 2013/4.

23 Años de vida potencialmente discapacitados.

24 Black, R. & cols., 2008.

25 Victora, C. & cols., 2008.

remunerado, y cuenta con muy poca preparación y capacitación en el tema²⁶.

Con relación a aspectos educativos existen también importantes mejoras en el mundo: la educación inicial se ha ampliado de forma considerable desde el año 2000. La tasa bruta de cobertura en educación inicial en el mundo subió de 33% en 1999 a 50% en el año 2011. El número de niños escolarizados en instituciones de enseñanza preescolar aumentó en casi 60 millones en ese periodo²⁷. Sin embargo, el porcentaje de 50% está muy por debajo de la meta esperada en EPT del 80% para el 2015.

La baja cobertura en educación preescolar está vinculada a la menor atención de parte de los gobiernos que se brinda a este nivel educativo. En el caso de Bolivia, el Bono Juancito Pinto que se otorga a las familias como incentivo para la asistencia escolar destinado a mejorar la cobertura y permanencia escolar se entrega desde 1° de primaria hasta el nivel secundario inclusive, pero a la fecha no ha beneficiado a ninguno de los cursos del nivel inicial.

Con relación a estándares del desarrollo infantil temprano, aunque no existen datos nacionales disponibles en Bolivia, es posible que existan retrasos importantes en el desarrollo infantil cognitivo, lingüístico y socio-emocional en niños menores de 5 años debido a los efectos de la desnutrición y a la falta de acciones sostenidas y estructuradas de estimulación infantil temprana. Estas carencias se traducen en problemas de aprendizaje, producto del retraso en el desarrollo cognitivo, psicomotriz y del lenguaje²⁸, principalmente.

26 Araujo, M.C., López-Boo, F. & Puyana, J., 2013.

27 UNESCO, Informe de seguimiento de la EPT en el mundo, 2013/4.

28 BID, Programa de Desarrollo Infantil Temprano, 2011.

Si bien el desarrollo en la primera infancia es flexible, el período durante el cual una intervención puede tener un efecto significativo no es tan amplio y abarca principalmente los primeros 3 años de vida. El 80% del desarrollo cerebral se produce entre los 0-3 años de edad, y hasta los 6 años de edad se establecen las habilidades básicas de aprendizaje, especialmente la percepción y memoria, el habla y la comunicación.

Las experiencias favorables de los niños en edades tempranas tienen un impacto a largo plazo en su desarrollo, educación, salud y calidad de vida posterior, así como en los logros y desempeño productivo en la vida adulta. Las acciones correctivas en etapas posteriores, como la niñez o adolescencia, ya no son igualmente efectivas y tienen costos más elevados²⁹.

Así también, las inversiones que se realizan durante la primera infancia (antes de que los niños ingresen a la escuela) son de alto retorno y tienen un mayor rendimiento que cualquier otra inversión efectuada más tarde en el ciclo de vida, con tasas de retorno entre 15%-17%³⁰. Según algunas estimaciones, por cada dólar invertido en desarrollo infantil hay un retorno de hasta US\$17 dólares³¹.

Existe evidencia de estudios internacionales que documenta que el retorno de la inversión en desarrollo infantil es mayor cuando los esfuerzos se dirigen a los grupos más vulnerables³², es decir, poblaciones de mayor pobreza (grupos marginales de zonas urbanas y grupos rurales), familias uniparentales, madres trabajadoras, entre otras. La pobreza mundial podría reducirse en 12% si todos los estudiantes de los

29 *Ibidem*.

30 Heckman, J., 2006.

31 Heckman, J. & Dimitriy, V., 2004.

32 Araujo, M.C., López-Boo, F. & Puyana, J., 2013.

países con ingresos bajos adquirieran competencias básicas de lectoescritura³³.

Un mayor énfasis en el acceso y progreso educativo, disminuiría de manera sustancial y continua la mortalidad infantil en todos los países y regiones, como resultado directo de las mejoras en la educación de las niñas³⁴, ya que la UNESCO nos señala que si todas las mujeres tuvieran educación primaria, los matrimonios infantiles y la mortalidad infantil en el mundo podrían reducirse en una sexta parte, y los fallecimientos maternos en dos tercios³⁵, que cada año adicional de escolarización puede aumentar los ingresos de una persona en 10%³⁶, y que también se ha estimado que si todos los niños y niñas tuvieran igual acceso a la educación, el ingreso per cápita aumentaría un 23% en 40 años³⁷.

V. CONCLUSIONES

Las posibilidades educativas de los niños se forjan mucho antes de que ingresen en la escuela primaria. Las capacidades de lenguaje, cognición y sociabilidad se desarrollan desde los primeros meses de vida y constituyen las bases para el aprendizaje posterior y durante toda la vida.

Los problemas de salud y la desnutrición infantil debilitan el pleno desarrollo infantil temprano y el logro de la mayoría de los objetivos del Milenio, incluidos los del sector Educativo, porque socavan el desarrollo infantil de capacidades y habilidades básicas para el aprendizaje y la vida social.

Recientemente se observada vez mayor interés por el desarrollo infantil temprano,

sin embargo, los datos e indicadores que se suele utilizar para caracterizar dicho desarrollo no reflejan a cabalidad la integralidad y productos de este concepto. Lo que se suele reportar son indicadores de los niveles de pobreza, porcentaje de vacunaciones, datos de rezago en el crecimiento, tasas de mortalidad, morbilidad o desnutrición, indicadores de cobertura o abandono escolar, que si bien constituyen información importante, no reflejan logros y competencias de aprendizaje que un infante debe alcanzar en determinados periodos de su desarrollo.

Por ello, es importante que se establezcan pautas o estándares de desarrollo temprano y los criterios de su valoración, ya que dichos estándares describen lo que los niños y niñas deberían conocer o demostrar en la etapa de edad en la que se encuentran, y tienen alcance universal; es decir, en condiciones normales de vida, los niños y niñas en cualquier región del mundo pueden exhibir similares habilidades y destrezas básicas de desarrollo, lo que facilitaría establecer los progresos o retrasos en el desarrollo de la primera infancia, así como planificar las maneras más eficiente de promover su alcance.

Los primeros años de vida son fundamentales en la vida de toda persona, por las razones y factores sustentados en el punto anterior, por eso, la relación entre atención en salud y educación de la primera infancia es fundamental, ya que las acciones que se dirigen a los niños y niñas pequeños contribuyen a promover competencias en una etapa en que las funciones cognitivas y, especialmente, la inteligencia de los niños están en pleno desarrollo, lo que genera grandes beneficios, especialmente para los niños de ambientes menos favorecidos y en riesgo.

33 UNESCO. Informe de Monitoreo Mundial, 2013/14.

34 Informe de Desarrollo Humano, 2013.

35 UNESCO, La Educación Cuenta: Hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2011.

36 *Ibidem*.

37 UNESCO. Informe de Monitoreo Mundial, 2013/14.

Como ejemplo, en Jamaica, los niños de corta edad que presentaban retrasos en el crecimiento y que recibieron estimulación psicosocial una vez por semana, cuando se convirtieron en jóvenes de alrededor de 20 años de edad ganaban un 42% más que otros jóvenes de la misma edad³⁸.

Es importante considerar dos pilares fundamentales para la atención y educación de la primera infancia: primero, que los niños y niñas no crecen por partes o por áreas separadas sino de una manera integral y los datos que miden el desarrollo infantil tienen que capturar esta integralidad y, segundo, todos los niños y niñas, independientemente de sus orígenes, género, grupo étnico u otro factor deben lograr una cantidad de competencias mínimas al momento de ingresar a la escuela.

El logro de esas competencias mínimas es lo que puede coadyuvar a garantizar el éxito y mejores resultados de la educación primaria, y disminuir el fracaso, repetición y abandono en los años escolares. Con ello, todas las preocupaciones de los gobiernos y los organismos de cooperación en el sector de educación se verían reducidas notablemente si se invirtiera más y con proyectos orientados no sólo a la atención sino también a la educación de la primera infancia, focalizando en el desarrollo infantil temprano.

Las intervenciones más eficaces en desarrollo infantil temprano son las que abordan los componentes de manera multisectorial e integran salud, nutrición, educación, desarrollo social y económico, y promueven la colaboración del Estado con la sociedad civil³⁹.

Por tanto, la labor del psicólogo que aborda profesionalmente el campo de la primera infancia debe dirigirse a intervenciones integrales que abarquen tanto la salud, la nutrición y la estimulación temprana del desarrollo infantil, junto con la educación y seguimiento a las familias y la capacitación continua y de calidad del personal que se hace cargo de la atención y educación de los niños y niñas. El trabajo del profesional psicólogo en este campo es vital y decisivo ya que conoce y maneja a fondo las dimensiones y componentes clave del desarrollo humano infantil.

La educación es un derecho capacitador que tiene el poder de reducir la pobreza y de impulsar el cumplimiento de objetivos de desarrollo más amplios. Una educación de calidad hace posible que cada etapa del desarrollo nos acerque a una vida mejor, especialmente a los más pobres y a los más vulnerables en particular. La educación puede ayudar a reducir la mortalidad materna e infantil, a fomentar la democracia, la buena gobernanza y los derechos humanos; a combatir la pobreza crónica, a elevar los niveles de vida y a consolidar la prosperidad a largo plazo; a fomentar los derechos de la mujer y la igualdad de género; y a conducir a economías nacionales más sostenibles y equitativas⁴⁰.

Por lo tanto, proveer educación de calidad desde los primeros años de vida y para todos constituye una inversión segura a largo plazo que las familias, los profesionales y los gobiernos pueden hacer para la prosperidad individual y nacional, con sistemas de capacitación basados en el conocimiento y dependientes de personal profesional capacitado. Hoy en día la educación de calidad es más importante que nunca.

38 *Ibidem*.

39 Engle & cols., 2007.

40 UNESCO. Informe de Monitoreo Mundial, 2013/14.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araujo, M.C., López-Boo, F. & Puyana, J. (2013), *Panorama sobre los Servicios de Desarrollo Infantil Temprano en América Latina y el Caribe*. BID.
- Banco Interamericano de Desarrollo (2011). *Programa de Desarrollo Infantil Temprano*.
- Black, R. & cols., 2008. *Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences*. *The Lancet*, 371 (9608).
- Engle & cols., 2007. *Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world*. *Lancet*, 369
- Estado Plurinacional de Bolivia. Ley N° 70, 20 de diciembre de 2010. *Ley de Educación "Avelino Siñani – Elizardo Pérez"*.
- Instituto Nacional de Estadística (2012). *Bolivia. Características de población y vivienda. Censo Nacional de Población y Vivienda*, La Paz: INE.
- Heckman, J. 2006. *Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children*, *Science*, 312 (5782).
- Heckman, J. & Dimitriy, V., 2004. The productivity argument for investing in young children. Working Paper No. 5, Invest in Young Children *Working Group, Committee for Economic Development*.
- Ministerio de Educación (2004). Desarrollo y Crecimiento Humano. *Proyecto de Formación de Maestros en Educación Inclusiva en la Diversidad*. 1ª edición. La Paz: Viceministerio de Educación superior de Formación Profesional.
- Organización De Estados Iberoamericanos Para La Educación, La Ciencia Y La Cultura (2010). *Metas educativas 2021: La educación que queremos para la generación de los bicentenarios*. Madrid, España.
- Organización de las Naciones Unidas para La Educación, La Ciencia y la Cultura – UNESCO (2007). *Informe de Seguimiento de la Educación Para Todos en el Mundo. Panorámica Regional: América Latina y el Caribe*. UNESCO: Paris.
- UNESCO (2012). *Informe de Seguimiento de la EPT en el Mundo. Los jóvenes y las competencias. Trabajar con la educación*. 2ª Edición. UNESCO: Paris.
- UNESCO (2014). *Informe de Monitoreo Mundial: Enseñar y Aprender: Conseguir Calidad para Todos*, 2013/14.
- UNESCO (2014). *Institute for Statistics*
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Base de datos global sobre anemia, con última actualización en 2007, en http://who.int/vmnis/anaemia/data/database/countries/bol_ida.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Base de datos global sobre crecimiento infantil y desnutrición, última actualización en 2010, en <http://www.who.int/nutgrowthdb/database/countries/bol/en/>
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD (2012). *Informe sobre Desarrollo Humano en Bolivia*.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD (2013). *Informe sobre Desarrollo Humano 2013. El ascenso del sur: Progreso humano en un mundo diverso*. PNUD: Nueva York.

- Victoria, C. & cols., 2008. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *The Lancet*, 371 (9608).
- World Education Forum (1990). *World Declaration on Education For All: Meeting Basic Learning Needs*. Jomtien, Tailandia.