

MODELO NACER APRENDIENDO: Ambientes Saludables. Su Marco de Referencia.

Apartado 1

nacer
aprendiendo | ambientes
saludables

United
Way



Con el Apoyo de





CRÉDITOS

United Way Worldwide y Procter & Gamble.
San José, Costa Rica. Primera Edición, Junio 2016

Modelo Nacer Aprendiendo: Ambientes Saludables. Su Marco de Referencia.

Organización Consultora:  FUNDACION
panamá

El Modelo Nacer Aprendiendo: Ambientes Saludables fue validado y retroalimentado por United Way Perú y su Socio Técnico Asociación Kallpa para la Promoción Integral de la Salud y Desarrollo; United Way Panamá y su Socio Técnico ISAE Universidad; United Way Brasil y su Socio Técnico NOUS - Desenvolvimento Profissional Ltda. Se destaca los invaluable aportes de las docentes, personal de dirección, así como, los enlaces regionales y nacionales de las entidades Gubernamentales de cada país que permitieron fortalecer el Modelo.

Se solicita que la utilización sea fidedigna y citar, en forma completa la fuente.

La referencia bibliográfica sugerida es la siguiente:

United Way Worldwide y Procter & Gamble. (2016). *Modelo Nacer Aprendiendo: Ambientes Saludables. Su Marco de Referencia.* San José, Costa Rica.





ÍNDICE DE CONTENIDO

I. Concepción General y Antecedentes del Modelo.....	8
II. El Modelo desde el Paradigma de la Promoción de la Salud y Enfoque de Derechos de las niñas y los niños	10
III. Investigación científica que sustenta el Modelo.....	13
Primer Punto de Partida. La salud es un derecho humano, un producto social y un recurso personal	14
Segundo Punto de Partida. El bienestar y la salud de las personas se cimienta en los primeros años de vida	16
Tercer Punto de Partida. El bienestar y la salud de las niñas y los niños es un tema de corresponsabilidad estatal, social y familiar.....	17
IV. Dimensiones de la salud óptima de las niñas y los niños.....	18
Primera Dimensión: Las bases de la salud.....	19
Segunda Dimensión: La promoción de las redes comunitarias y las capacidades de las personas responsables del cuidado y desarrollo de niñas y niños para la prevención de enfermedades y dificultades en el desarrollo.....	21
Tercera Dimensión: Los programas y políticas del sector público y privado.....	22
V. Conceptos claves del Modelo	23
Salud.....	24
Bienestar.	20
Ambiente.	25
Cuidado y estimulación inicial.....	23
Calidad de Vida.	27
Referencias bibliográficas.....	32





ÍNDICE DE DIAGRAMAS

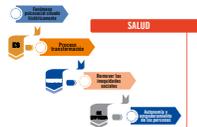


Diagrama N° 1. La salud desde el Paradigma Promoción de la Salud.....11



Diagrama N° 2. Dimensiones para promover una salud óptima en las niñas y los niños.....18



Diagrama N° 3. Las tres bases claves del bienestar mental y físico.....20



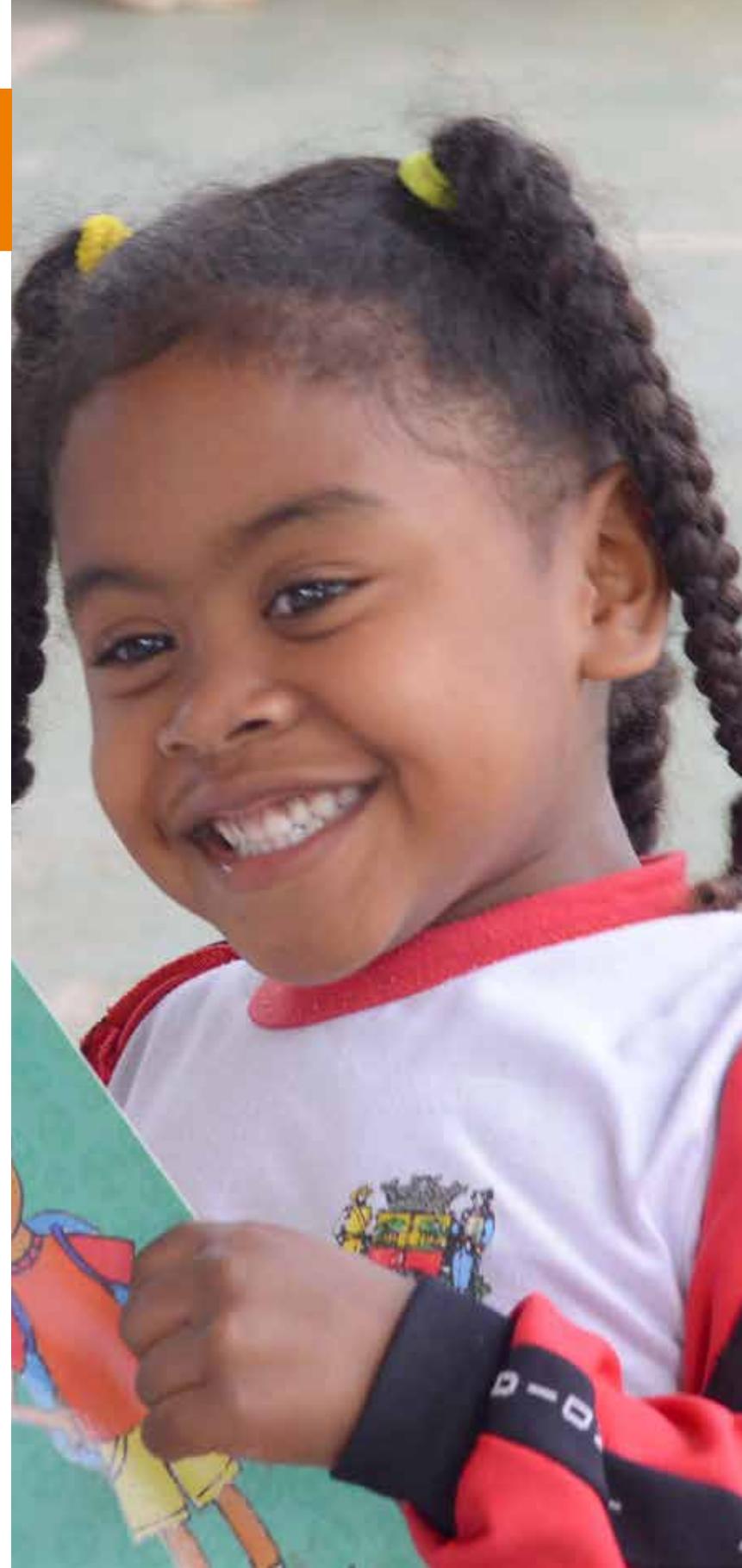
Diagrama N° 4. Las seis experiencias vitales que promueven el bienestar25



Diagrama N° 5. Un centro de cuidado y desarrollo que promueve calidad de vida.....29



Diagrama N° 6. La salud de las niñas y los niños desde el Paradigma de la Promoción de la Salud y Enfoque de Derechos31





I. Concepción General y Antecedentes del Modelo

La salud y la nutrición son un derecho humano de toda niña y niño, que se convierte en sí mismo, en una condición clave para su pleno desarrollo y en un factor de resiliencia durante toda su vida. La salud y la nutrición como categorías multidimensionales, se consideran productos sociales y culturales de los diferentes grupos, que se entrelazan con múltiples determinantes socio-económicos y culturales. Y con mayor peso, en la Primera Infancia, la salud y nutrición, se consideran condiciones que aportan y/o determinan su bienestar integral. De ahí que una salud y nutrición deficiente o de baja calidad, restringe u obstaculiza las capacidades plenas de las niñas y los niños; las cuales se sabe hoy en día, no están tan determinados por los genes, como sí por las condiciones estructurales y sociales en las que viven.¹ [1]

¹ Los fundamentos de la salud en la primera infancia son los condicionantes asociados al bienestar, a la higiene y la nutrición. No obstante, la evidencia científica indica que la salud de la niñez se encuentra directamente asociada a la reducción de adversidades como la negligencia, el castigo físico, el trato humillante, que poseen el mismo grado de importancia que cualquier otro factor material, ambiental o socio-económico.

Desde un marco de corresponsabilidad público-privado, el **Modelo Nacer Aprendiendo: Ambientes Saludables** contiene una estrategia socioeducativa promotora de prácticas saludables para niñas y niños preescolares, bajo la claridad de que un cuidado y educación de calidad está directamente relacionado con un desarrollo equitativo y justo, que no perpetúe las desigualdades sociales. Según el Reporte del Secretario General de las Naciones Unidas, una de las formas más efectivas de garantizar que todos los niños y las niñas tengan un buen comienzo en su vida es mediante programas de calidad de cuidado y educación desde el nacimiento (ONU, 2010). En concordancia, los programas de cuidado para la primera infancia tienen impactos positivos sobre el peso y la talla de los infantes cuando incluyen componentes nutricionales; también se reportan mejoras en la motricidad gruesa y fina; en las capacidades cognitivas, del lenguaje, socio-emocionales y de adaptación al cambio; en los resultados escolares posteriores e incluso sobre el empoderamiento de las niñas y niños como agentes sociales. [2] [3]



Así, el **Modelo** se desarrolla con base en un marco de referencia y una ruta operativa donde sobresale la salud y la nutrición de las niñas y los niños preescolares como un derecho central y un recurso social, que requiere de un conjunto de condiciones estructurales-sociales-educativas para su óptimo desarrollo y disfrute pleno. Por tanto, el personal responsable de los centros infantiles debe desarrollar las competencias necesarias para gestionar los ambientes y generar entornos de enseñanza-aprendizaje dirigidos directamente a la promoción de prácticas óptimas de salud y nutrición.

Partiendo de estas consideraciones, el **Modelo** define su propuesta a partir de tres antecedentes sobresalientes que convergen con su filosofía, principios y planteamientos:² 1) La Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud desarrollada desde 1995. 2) El marco común para la salud escolar del Foro Mundial sobre la Educación (2000) nombrado Focalizar Recursos para una Salud Escolar Eficaz (FRESH, por sus siglas en inglés).

3) El **modelo** Preschool Comprehensive Health & Physical Education Standards in High Quality Early Childhood Care and Education Setting desarrollado por el Programa de Educación Preescolar del Estado de Colorado (Estados Unidos). [4] [5] [6] [7]

2 De los tres modelos mencionados, el único que ha desarrollado su propuesta con niñas y niños entre los 3 y 6 años es el Programa de Educación Preescolar de Colorado. Tanto el FRESH como las Escuelas Promotoras de la Salud han sido diseñados para población escolar entre los 7 y 12 años de edad. Por tanto, para elaborar el presente Modelo, se han tomado de estas propuestas ejes temáticos y contenidos que finalmente, se han adaptado para trabajar con niñas y niños entre los 3 y 6 años de edad.



II. El Modelo desde el Paradigma de la Promoción de la Salud y Enfoque de Derechos de las niñas y los niños.

Se comprende. Este paradigma parte de la corriente constructivista y reconoce el proceso de salud-enfermedad-cuidado como un fenómeno psicosocial situado históricamente. Esta vertiente tiene como referencia los *Derechos Humanos en Salud*, por lo que se aleja del riesgo de responsabilizar a las personas de sus prácticas de salud, al reconocer que todas ellas están inscritas en un contexto social e histórico que determina en gran medida el acceso, la priorización y la utilización de los recursos asociados a la salud y el bienestar. De este modo, las iniciativas inscritas en este paradigma buscan transformar las condiciones objetivas de existencia, comprendiendo la salud como un recurso de vida cotidiano y no como la mera ausencia de enfermedad. Por tanto, el mismo no reconoce la salud como algo natural, ajeno a la voluntad humana, sino como un proceso de transformación social, donde las políticas y los actores sociales están llamados a remover las inequidades que obstaculizan garantizar las mejores condiciones de vida para la población, en especial, para las niñas y los niños. [8][9][10][11]

Este paradigma postula. La desigualdad es un elemento central en la producción de la salud-enfermedad por lo que se requiere un diálogo y un compromiso sostenido con los derechos humanos como el marco de referencia en el que se conjugan las categorías de agencia, autonomía y empoderamiento. Se reconoce, además, que la búsqueda de la autonomía sólo puede darse a partir de la transformación de las instituciones –en gran medida las educativas, pero no solo ellas–, las que permiten y dinamizan un rol activo y reflexivo de las personas en la construcción colectiva de su bienestar y su salud. [12]

Ideas fuerza del paradigma.

(a) La persona es más que un individuo aislado que toma, o no, decisiones de salud. Las niñas, niños o personas adultas, son sujetos con derecho a una salud integral y una alimentación adecuada. De ahí que, es hasta cuando cuenten con las posibilidades efectivas de hacer valer y disfrutar sus derechos, que podrán decidir, en libertad, como hacerlos efectivos en concordancia con su comprensión de su propio bienestar y el de las otras personas alrededor suyo.

(b) Participantes claves del proceso. Las niñas, los niños y las personas adultas son reconocidos como actores sociales clave en la creación, difusión y apropiación de nuevas prácticas de salud. Por lo que dejan de ser considerados como receptores pasivos --como beneficiarios-- y se asumen como sujetos activos que participan de forma crítica en la construcción de alternativas orientadas al bienestar propio y colectivo. [9]

(c) Búsqueda del empoderamiento. Las personas son estimuladas a tomar decisiones y desarrollar prácticas reflexivas que les permitan usar propositivamente los recursos en salud de que disponen, demandar y coger gestionar aquellos de los que no disponen, y corregir y mejorar las condiciones que vulneran los derechos ya consolidados en materia de salud, nutrición e higiene. [12]

Diagrama N° 1.
La salud desde el Paradigma Promoción de la Salud

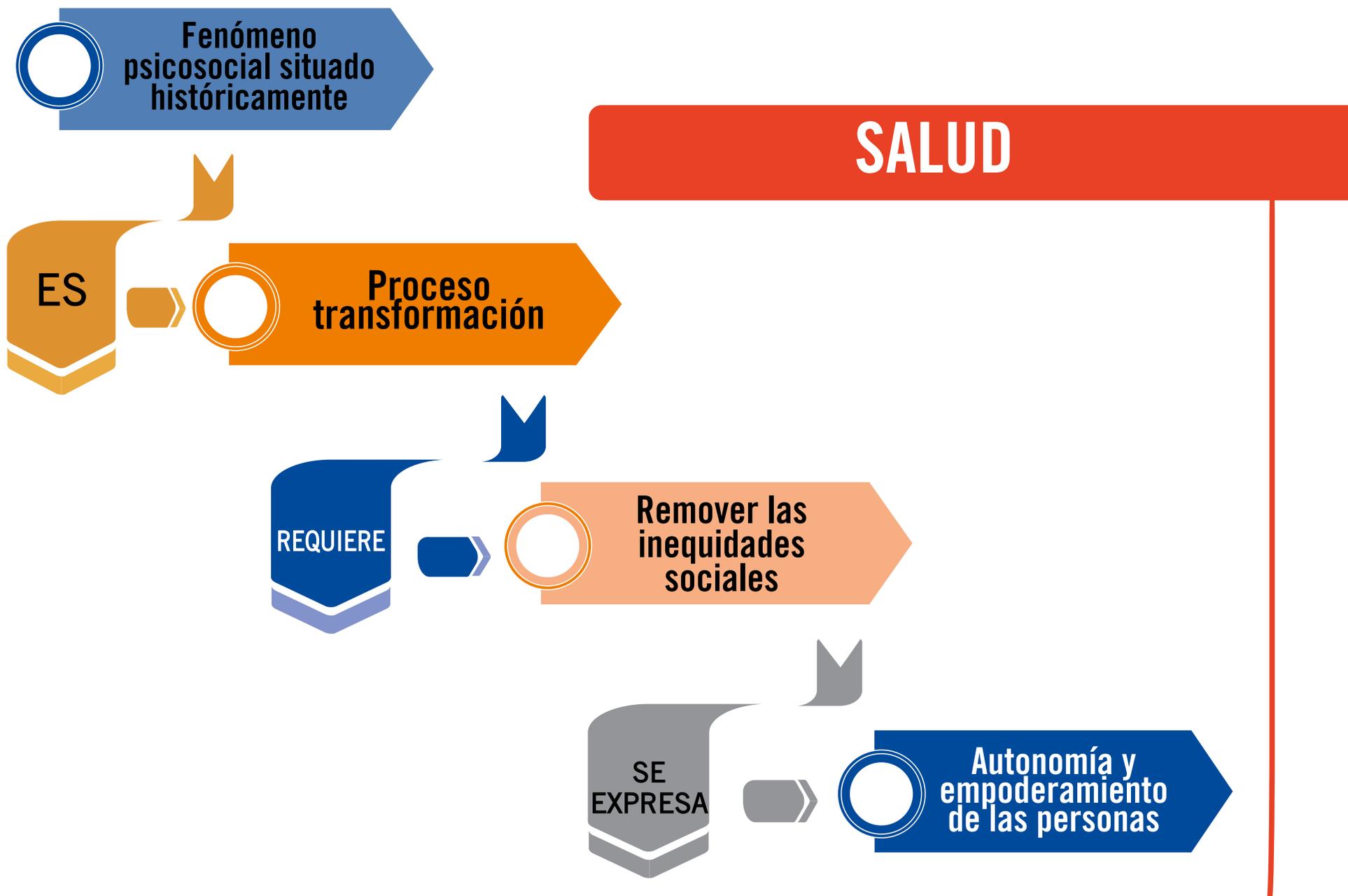


Tabla N°1. Indicadores del **Modelo** derivados de la adopción del Paradigma de la Promoción de la Salud

Premisas Éticas y Políticas	Actitudes, creencias y disposiciones estratégicas que caracterizan a los y las agentes promotoras adultas		Motivación intrínseca y auto-regulación en niñas y niños
<p>-La salud es una condición multicausal que debe ser comprendida a partir de los determinantes sociales, económicos, ambientales y no sólo los psicológicos o los biológicos.</p> <p>-El trabajo por la equidad es parte indisoluble de los procesos de promoción de la salud. Por lo que se debe garantizar el acceso universal a la salud y eliminar las barreras injustas y anacrónicas que restringen el bienestar de las personas.</p> <p>-El Estado debe promover y liderar iniciativas sustentables y duraderas, que garanticen el cumplimiento real de los derechos humanos en salud, alimentación e higiene.</p>	<p><u>Las personas adultas con niñas y niños a cargo:</u></p> <p>-Se comprometen con la salud de las niñas y los niños a su cargo como su derecho humano fundamental.</p> <p>-Fomentan la consolidación y expansión de la cooperación entre los actores sociales claves para garantizar la salud de las niñas y los niños a su cargo.</p> <p>-Propician el fortalecimiento de las capacidades comunitarias y familiares para promover la salud en las niñas y los niños bajo su responsabilidad.</p> <p>-Escuchan y valoran las creencias, necesidades y deseos que las niñas y los niños construyen y expresan en relación a su cuerpo, la salud y la enfermedad; y las incorporan en sus propuestas didácticas y pedagógicas.</p>	<p><u>El centro infantil:</u></p> <p>-Se construye día a día, con la participación activa de las niñas y los niños, y como un espacio democrático de promoción de la salud.</p> <p>-Dispone de espacios en los que las niñas y los niños exploran, disfrutan, y juegan al aire libre, sin riesgos para su salud y en compañía de personas adultas que les cuidan responsablemente.</p> <p>-Los temas de nutrición, higiene y prevención de enfermedades corresponden a contenidos y actividades que se desarrollan en forma transversal en las rutinas diarias del centro.</p>	<p><u>Las niñas y los niños como agentes constructores de su propia salud:</u></p> <p>-Llegan a reconocer las prácticas de salud como disposiciones y acciones claves para su cuidado, el de otras personas y el de su comunidad. Que en ninguna forma o momento se reducen al acatamiento sumiso de demandas o normas abstractas, establecidas desde las necesidades del mundo adulto.</p> <p>-De manera paulatina van interiorizando las prácticas de salud a partir de procesos de exploración, reconocimiento, identificación, apropiación y diálogo con el entorno adulto y de pares.</p> <p>-Sus familias les acompañan y modelan estilos de vida saludables.</p>

III. Investigación científica que sustenta el Modelo .

El **Modelo** parte de una aproximación transdisciplinaria desde la que se identifican y articulan los elementos vitales que contribuyen a la promoción del bienestar y el desarrollo saludable de niñas y niños, con especial atención a aquellas y aquellos, entre los tres y los seis años de edad, que asisten a Centros de Cuido, Educación y Desarrollo. Para este fin se retoma las contribuciones de la salud pública, la epidemiología social, la antropología médica, la sociología de la salud y la psicología del desarrollo (neurociencia), que desde un marco integral, aportan las premisas fundamentales para definir la naturaleza y las rutas de acción del **Modelo**. Sobresalen dos referencias: en primer lugar, los aportes del Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Harvard [13] [14] [15] [16] (Center on the Developing Child) que ha definido por qué y cómo la salud se construye en la primera infancia y, en segundo lugar, destaca el Enfoque de Derechos Humanos, que hace un importante llamado a detener la inequidad social que en la Región, limita, obstaculiza y mina la salud de las niñas y los niños. [17] [18]

Hoy en día se reconoce con claridad que los países con indicadores de salud positivos, como una baja mortalidad infantil y una alta expectativa al nacer, también presentan bajos niveles de inequidad y desigualdad social. Esto representa una reducción del costo social y económico de la enfermedad a lo largo de las diferentes etapas del ciclo vital. Los altos índices de salud infantil general se traducen en una merma sustantiva de los costos sociales y macro-económicos que, en condiciones de inequidad y desigualdad, se acumulan a lo largo de las vidas de los miembros de muchas de las sociedades actuales. Este logro, se propone, se alcanza cuando se adopta una perspectiva de promoción de la salud como derecho humano fundamental. [19]

EL MODELO NACER APRENDIENDO: AMBIENTES SALUDABLES, RECUPERA E INTEGRA LOS APORTES TRANSDICIPLINARIOS DE: SALUD PÚBLICA.

-EPIDEMIOLOGÍA SOCIAL.

-ANTROPOLOGÍA MÉDICA.

-SOCIOLOGÍA DE LA SALUD.

-PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO.

-NEUROCIENCIA.

A continuación se definen los tres puntos de partida del **Modelo**, desde los cuales, luego, se describe su naturaleza y su propuesta metodológica.

1

Primer Punto de Partida. La salud es un derecho humano, un producto social y un recurso personal

La salud es un derecho fundamental de las niñas y los niños y un recurso humano en evolución que les permite adaptarse a los retos de la vida diaria, resistir a las infecciones, hacer frente a las adversidades, sentir su bienestar e interactuar con su entorno, promoviendo su desarrollo con base en los derechos humanos que les son inherentes. [20] [8] [4]

Salud con equidad. Las niñas y los niños tienen el derecho fundamental de contar con una salud con equidad.³ Se reconoce que la *“equidad en salud implica que todas las personas deberían tener, idealmente, una oportunidad justa para consolidar el potencial de su salud y, en forma pragmática, nadie debería tener necesidades que lo distancien de alcanzar ese potencial, especialmente, si este distanciamiento se puede evitar”*. [21] Se considera, entonces, que una cantidad importante de dificultades o problemas de salud tienen causas que, en sí mismas, son evitables e injustas. Esto conduce al reconocimiento de que las prácticas saludables y de autocuidado no son solo “simples elecciones personales”, pues se encuentran condicionadas por determinantes sociales, económicos y políticos que limitan o potencian la salud de las personas. [22]

³ El concepto de Salud con Equidad (“Health equity”), propuesto por la Salud Pública, llama la atención sobre la dimensión política, social y económica que limita o potencia las condiciones para que las personas vivan plenamente y con dignidad. Las minorías étnicas, las mujeres, las niñas y niños son los grupos sociales que poseen las mayores limitaciones para desarrollar y alcanzar una salud equitativa.



Estatus de salud. El reconocimiento del *estatus de salud*, como categoría multifactorial, está directamente relacionado con la dignidad y la seguridad que una persona pueda desarrollar a lo largo de su vida. En el caso específico de las niñas y los niños, entre los tres y seis años de edad, su *estatus de salud* determina su propio bienestar y, tal como lo indica el Enfoque del Desarrollo Humano, el bienestar está relacionado directamente con los recursos y las oportunidades sociales y económicas que le permitan ejercerlo. Retomando a Amartya Sen [23], sabemos que ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa para el desarrollo en libertad de las capacidades de las personas, puede ignorar el papel de la salud en la vida humana. Sin ella, las niñas y los niños tendrán importantes limitaciones para alcanzar una existencia plena, sin enfermedades y sufrimientos evitables, ni mortalidad prematura. La equidad en la realización y distribución de la salud queda así incorporada como parte integral de un concepto más amplio de la justicia social. [21]



LA SALUD PARA LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS DEPENDEN EN GRAN MEDIDA DE CÓMO ELLAS Y ELLOS SON INTEGRADOS DENTRO DE SUS COMUNIDADES COMO PERSONAS QUE CONTRIBUYEN Y VAN DESARROLLANDO SU AUTONOMÍA Y SU AGENCIA. EN ESTE SENTIDO SE INSTA A RECONOCER Y PROMOVER SUS APORTES, ESPECIALMENTE CUANDO ELLAS Y ELLOS CRECEN EN ESPACIOS CON POCOS RECURSOS EDUCATIVOS Y FINANCIEROS. [36]

2

Segundo Punto de Partida. El bienestar y la salud de las personas se cimienta en los primeros años de vida

El impacto de los primeros años. En las últimas décadas un grupo importante de investigadores e investigadoras han determinado que las enfermedades crónicas más comunes que sufren las personas adultas tienen una relación directa con los procesos y experiencias vividas durante los primeros años, iniciando en la gestación.⁴ Se confirma que las experiencias tempranas pueden afectar la salud adulta de dos formas; ya sea por el desgaste crónico que sufre el organismo por la exposición al daño a través del tiempo, y por otra parte, por los disturbios emocionales que provoca la exposición al estrés crónico en un momento sensible y vital para la persona.⁵ Estos estudios alertan sobre la relación directa entre la presencia de enfermedades y las experiencias, privaciones, inequidad y/o violencia experimentada en los primeros años de vida. [14] [24] [25] [26]

Ante esta evidencia se reconoce la necesidad de generar políticas y programas preventivos enfocados en la promoción de la salud desde la primera infancia. El Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Harvard promueve la inversión social y estatal desde esta época de la vida y, específicamente, en torno al bienestar y salud de las niñas y los niños. En su perspectiva, la inversión pública en la salud temprana de las niñas y los niños posee un carácter preventivo, fundamentado en las siguientes premisas y hallazgos: [13] [27]

⁴ Esta relación directa se ha encontrado en enfermedades crónicas como la hipertensión, diabetes, cardiopatías, problemas severos en el hígado, cáncer, depresión, abuso de drogas, entre otras. Por ejemplo, se sabe que algunas enfermedades cardiovasculares están relacionadas con déficits nutricionales y problemas de crecimiento durante la primera infancia. [13]

⁵ Los estudios longitudinales revelan la relación entre los padecimientos crónicos en la vida adulta con situaciones de maltrato, negligencia, abuso físico, castigo físico o trato humillante.



-Las experiencias se construyen en nuestros cuerpos. La adversidad significativa durante los primeros años puede producir trastornos físicos o psicológicos que quedan como huellas o memorias corporales, que al producirse de manera sostenida, repercuten negativamente en la salud física y mental a lo largo de la vida.

-Los genes y las experiencias interactúan para determinar la vulnerabilidad ante la adversidad temprana. Durante la primera infancia, las experiencias marcadas por la adversidad severa y sostenida, tanto por influencias ambientales como por los diferentes tipos de violencia emocional, se vuelven más poderosas que las predisposiciones genéticas y terminan expresándose en enfermedades crónicas en la vida adulta.

-Las políticas públicas en salud focalizadas en las personas adultas, podrían ser más efectivas si se basaran en la evidencia científica que ratifica que la mejor prevención es aquella que empieza en la primera infancia, fortaleciendo las bases de la salud y mitigando el impacto adverso del estrés tóxico durante la niñez temprana.

3

Tercer Punto de Partida.

El bienestar y la salud de las niñas y los niños es un tema de corresponsabilidad estatal, social y familiar

Al comprender la salud como un derecho, producto social y recurso personal, se requieren marcos integradores que permitan trazar rutas claras para su promoción y fortalecimiento. Y en el caso específico de la primera infancia, por ser un periodo sensible y de alta vulnerabilidad, por ello, un momento estratégico, se requiere un tejido social fuerte y articulado que favorezca su bienestar integral.

Dimensiones claves. En esta línea, el Centro de Desarrollo Infantil de Harvard define las dimensiones que se deben articular para promover el bienestar y el estado óptimo de salud de las niñas y los niños desde su gestación.⁶ Estas dimensiones posicionan el tema del bienestar y la salud de las niñas y los niños como una responsabilidad compartida por el sector estatal, la sociedad civil y la familia. Estos actores colectivos serían responsables de las dimensiones que, por sí mismas, constituyen los parámetros de calidad para hacer de la salud un derecho de todas las niñas y los niños, desde su nacimiento. A continuación se detallan estas dimensiones:⁷

⁶ El Centro de Desarrollo Infantil de Harvard define cuatro dimensiones: 1. La biología de la salud. 2. Las bases de la salud. 3. Las capacidades comunitarias y de las personas con roles de cuidado y desarrollo. Y, 4. Políticas y programas innovadores. Aquí se describen tres de estas dimensiones.

⁷ Por ahora el acercamiento es conceptual y descriptivo, más adelante el Modelo operacionaliza estas dimensiones, dándole contenido a la estrategia formativa y a los canales que se han de activar para su puesta en marcha.



IV. Dimensiones de la salud óptima de las niñas y los niños

Diagrama N° 2. Dimensiones para promover una salud óptima en las niñas y los niños

Con base en los puntos de partida del **Modelo**, en este apartado se detallan las tres grandes dimensiones en que se construye una salud óptima durante la primera infancia.

A continuación se describen sus particularidades así como la necesaria y retadora integración entre las dimensiones. Con fines ilustrativo en Diagrama N°2.



PRIMERA DIMENSIÓN:

Las bases de la salud. *El bienestar mental y físico encuentra sus raíces en tres condiciones centrales* [14] [13]:

(1) Un ambiente emocional estable y sensible a las relaciones interpersonales. Este concepto se centra en la necesidad básica de las niñas y los niños de contar con un espacio emocional donde pertenecer, sentirse seguros, protegidos y amados. Un contexto de crecimiento con estas cualidades, les permite a las niñas y niños las condiciones para aprender a responder adecuadamente a los retos, desafíos y situaciones tensas y conflictivas que se les presenten, aprendiendo a regular sus respuestas emocionales y a encontrar las estrategias de enfrentamiento más apropiadas de frente a los factores de riesgo circundantes. En este espacio nutricional las niñas y los niños aprenden a reconocer las relaciones y las formas de vinculación con más potencial de sustentar su desarrollo. Este ambiente de crecimiento se refiere tanto a una familia que brinde la seguridad de ser cuidado, en ausencia de violencia, como a los ambientes formativos, fuera del hogar, como los centros de cuidado y educativos. De esta manera, el ambiente familiar y del centro de cuidado/educativo se constituyen en actores fundamentales de la construcción infantil de un estado de salud óptimo, con repercusiones a futuro. [28]

(2) Un ambiente seguro y construido sobre un buen soporte físico y químico. Este concepto se centra en la importancia de que los espacios -emocionales y físicos- donde conviven las niñas y los niños estén libres de sustancias y materiales contaminantes, así como de situaciones de riesgo, lo que permite que las niñas y niños se motiven a una exploración de su entorno infraestructural y social. En presencia de riesgos evidentes, las niñas y los niños reaccionan con miedo y se protegen inhibiendo la exploración y sobre-controlando su mundo interno (la ansiedad, por ejemplo). Este aspecto es central para el diseño de

centros de cuidado y desarrollo que tomen en cuenta no sólo las condiciones internas de los espacios, sino que reconozcan las situaciones de riesgo o violencia que existen en el entorno en que se encuentra el centro. De ahí, que todo programa que busque promover y fortalecer el bienestar y salud de las niñas y los niños deberá disminuir los contaminantes o elementos de riesgo tanto a nivel físico, químico y emocional.

(3) Una nutrición apropiada y sana. En este caso se enfatiza la importancia central de la promoción del consumo saludable de alimentos desde la futura madre gestante hasta los primeros años de vida de la niña y el niño. Esta condición es fundamental para el crecimiento y desarrollo óptimo. La relación directa entre salud y nutrición ha sido ampliamente validada y se sabe de la importancia de que las niñas y los niños tengan acceso a los macronutrientes (proteínas, carbohidratos y grasas) y a los micronutrientes (vitaminas y minerales). La ausencia de los mismos en los primeros años de vida repercute directamente en el desarrollo cerebral, y por tanto, en la calidad y cantidad de conexiones sinápticas que se lleguen a desarrollar. Finalmente, la calidad de la respuesta del sistema inmunológico, el crecimiento expresado en peso y talla, así como el desarrollo -motor, del lenguaje y emocional- se verán también limitados por las carencias de estos macro y micronutrientes. [29] [30]

A continuación, con fines ilustrativos, las condiciones claves del bienestar mental y físico.

Diagrama N° 3. Las tres bases claves del bienestar mental y físico



SEGUNDA DIMENSIÓN:

La promoción de las redes comunitarias y las capacidades de las personas responsables del cuidado y desarrollo de niñas y niños para la prevención de enfermedades y dificultades en el desarrollo.

Capital social de y para las niñas y los niños. El bienestar y la salud óptima de las niñas y los niños requieren de un capital social sólido, con competencias específicas para promover los derechos de las niñas y los niños. Por lo que una estrategia diseñada para promover buenas prácticas de salud y nutrición -desde los primeros años- depende de que las personas adultas responsables de acompañar y educar a las niñas y los niños, junto, con sus redes comunitarias, posean o desarrollen, en el menor plazo posible, las siguientes capacidades: a) Tiempo y compromiso; b) Recursos institucionales, emocionales y financieros; c) Conocimientos y destrezas. De forma integral, las capacidades de *Compromisos-Recursos-Conocimientos (C-R-C)* se refieren a las habilidades de las personas encargadas de los programas dirigidos a la primera infancia y el capital comunitario representando en personas voluntarias, barrios, empresas u otras redes locales. [31]



**LA PRIMERA INFANCIA
REQUIERE DE UN TEJIDO
SOCIAL FUERTE Y
ARTICULADO QUE
FAVOREZCA SU BIENESTAR
INTEGRAL.**

TERCERA DIMENSIÓN:

Los programas y políticas del sector público y privado.

El fortalecimiento de las bases de la salud requiere sin duda del diálogo y desarrollo de competencias en las personas que tienen roles de cuidado y desarrollo a nivel familiar y comunitario. Este nivel debe respaldarse y fortalecerse con políticas que incluyan acciones administrativas y legales que incidan directamente en los sistemas responsables de la salud pública, el cuidado infantil y la educación temprana, así como en el bienestar infantil, la estabilidad económica de las familias, el desarrollo comunitario, la vivienda, los servicios de salud, entre otros. En este amplio enfoque, se reconoce la importancia de las alianzas entre el sector privado y el público para el diseño y aplicación de programas que jueguen un rol importante en el desarrollo de las capacidades de las personas con roles de cuidado y desarrollo para que acompañen a las niñas y los niños y les modelen como aumentar su bienestar y su salud. [32] [33] Con base en este marco de referencia, a continuación se presentan los elementos, premisas y enfoques distintivos del **Modelo**.

De este modo, con base en la evidencia que se ha generado, se hace énfasis en la integración de las tres dimensiones como pilares para la construcción social y económica de la salud. Meta que se promueve a través de procesos de incidencia política que catalizan la generación de condiciones óptimas para la salud materna y el fortalecimiento de las niñas y los niños desde sus primeros años de vida. Por lo que este **Modelo** articula en su propuesta operativa estas tres dimensiones como pilares básicos de los objetivos y enfoques que propone.



LA PRIMERA INFANCIA
ES UN PERIODO
SENSIBLE Y DE ALTA
VULNERABILIDAD,
POR ELLO, UN MOMENTO
ESTRATÉGICO.

V. | Conceptos claves del Modelo

El **Modelo** define su objetivo y estrategia a partir de un conjunto de conceptos clave de los que derivan: (i) Las líneas de trabajo con el personal responsable del cuidado y desarrollo de las niñas y los niños –administrativos y docentes- y (ii) Las acciones directas a desarrollar con las niñas y los niños que asisten a los centros institucionales y/o comunitarios. A continuación, estos conceptos, se describen desde una perspectiva técnica y operativa.

SALUD. La salud como concepto multidimensional se reconoce por tres características fundamentales, a saber:

(a) **La salud como derecho humano.** Las niñas y los niños tienen derecho a contar con las condiciones sociales, económicas y culturales que les permitan desarrollar su propio potencial de salud. La salud inicia aún antes de la concepción, al empezar con la propia salud de la madre, ya que el estado emocional, nutricional, así como la calidad de la red de apoyo con la que la madre cuenta, o de la que carece, determinan en gran medida un buen inicio de salud para la o el bebé.

(b) **La salud como un producto social.** Si bien la salud de las niñas y los niños se encuentra influenciada por su herencia genética, la investigación en salud pública ha ratificado que los determinantes socioeconómicos, históricos y culturales, moldean con mayor fuerza el disfrute pleno de la salud. Como plantean J. Ippolito-Shepherd *“la salud es ante todo un producto social, toda vez que depende y es resultado de todas aquellas acciones que realizan a favor, o en contra, los diversos actores sociales y políticos que intervienen sobre las condiciones de vida de la población”* [4]. Esta posición invita a los diferentes

sectores a trabajar de forma articulada, para generar condiciones propicias para que las niñas y los niños puedan vivir en un ambiente potenciador de su salud. Por ejemplo, este esfuerzo conjunto puede involucrar a los centros infantiles, las familias y los municipios en la mejora de los parques, las áreas de juego, la cantidad y calidad del agua potable, a las que los niños y las niñas tengan acceso mientras asisten a los centros infantiles y de cuidado. [34]

(c) **La salud es un recurso personal.** A partir del ejercicio real de este derecho y, por tanto, del disfrute de las condiciones socioeconómicas y culturales que permitan llevarlo a la práctica, es central que las niñas y los niños puedan interiorizar que la salud es, además de su derecho, su principal recurso para desarrollarse como personas con bienestar. Y de ahí, la necesidad de que adquieran prácticas reflexivas y conscientes para su cuidado, el de otras personas y su comunidad. Esta característica dual de la salud y del bienestar, de ser un derecho y un recurso, subraya la importancia de generar las condiciones para su ejercicio y, a la vez, la tarea de acompañar a las niñas y los niños para que se formen como personas empoderadas capaces de asumir la responsabilidad de su cuidado, de sí mismos, de otros y de su comunidad.

En consecuencia al ser la salud un derecho humano, un producto social y un recurso personal, su comprensión y vivencia es en sí misma, un proceso intersubjetivo y cultural. La comprensión de la salud cobra especial relevancia en función del contexto, grupo etéreo y momento histórico en que se encuentren las personas. Bajo esta perspectiva se rescata la definición de salud que comparten los grupos indígenas en la Declaración de Cajamarca.

BIENESTAR.

El **Modelo** se plantea como objetivo central que el centro infantil sea un ambiente que potencia la salud integral de la niña y el niño, lo cual, en última instancia, genera bienestar emocional. El bienestar resulta de la articulación de seis experiencias vitales, definidas por Ryff y Keyes [Cit 31] como: la autonomía, la construcción de objetivos vitales, la auto-aceptación, el desarrollo de relaciones positivas con otros significativos, el disfrute ambiental y el crecimiento personal. En el caso de las niñas y los niños, entre los tres y seis años de edad, la instauración de estas dimensiones vitales se produce en forma paulatina, día a día, y se puede observar en indicadores y manifestaciones concretas. Así, las niñas y los niños que conviven con las condiciones óptimas dentro de los centros de cuidado, muestran:

- El sentimiento de ser queridos, de ser importantes y valorados por las personas responsables de su cuidado y desarrollo.
- El sentimiento de ser aceptados según sus características, condiciones particulares, gustos o intereses.
- La seguridad de ser protegidos de riesgos, situaciones de violencia o condiciones que las o los vulneren.
- La experiencia de ser estimulados y apoyados para enfrentar, sin angustia o miedo, nuevos retos de crecimiento ajustados a sus condiciones y edad.

**BIENESTAR
INFANTIL
ASOCIADO A
EXPERIENCIAS
DE SEGURIDAD,
LIBERTAD,
CREATIVIDAD
Y DISFRUTE...**

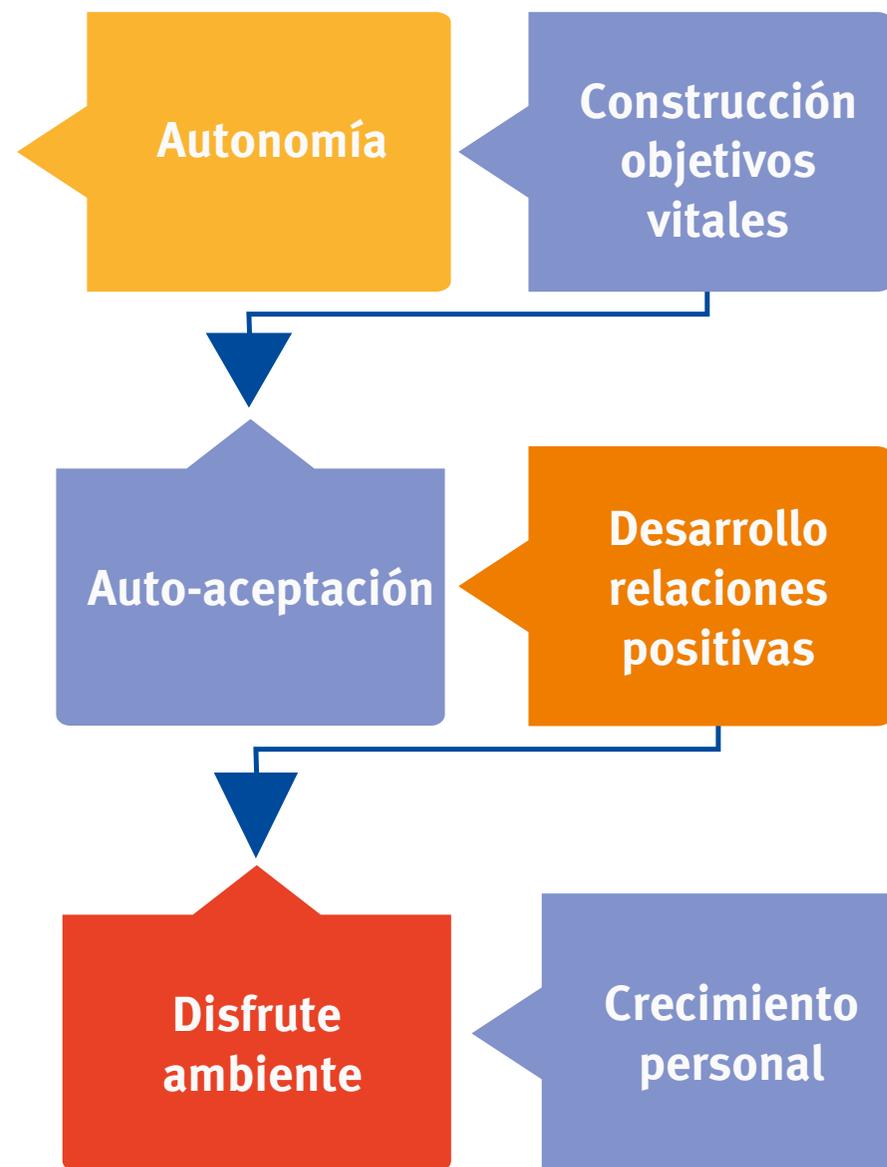
“LA SALUD ES LA CAPACIDAD DE CONVIVENCIA ARMÓNICA DE TODOS LOS ELEMENTOS QUE CONSTITUYEN EL EQUILIBRIO EN LA NATURALEZA, INCLUYENDO EL TERRITORIO, LOS DERECHOS COLECTIVOS Y LA PAZ INTERIOR DE LOS HOMBRES Y MUJERES, CON LOS DEMÁS SERES QUE LOS RODEAN Y CON LOS ESPÍRITUS Y DEIDADES DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS”. [40][36]

Desde esta perspectiva, el alcance de un estado de salud óptimo sucede en concordancia con un estado de bienestar, definido por los indicadores y manifestaciones apropiadas a las seis experiencias vitales antes mencionadas (Ryff y Keyes, [Cit 31]). (Ver Diagrama N°4).

Las condiciones más diversas, físicas, nutricionales, emocionales y sociales, se integran para que las niñas y los niños perciban el centro infantil como un entorno al que pertenecen, en el que se resguardan, donde crecen, aprenden, les gusta estar y se sienten queridos y estimulados. De ahí que, las experiencias de seguridad, libertad, creatividad y disfrute son sustantivas para establecer la calidad del centro de cuido y su capacidad de generar estados de salud y bienestar en las niñas y los niños que atiende.



Diagrama N° 4.
Las seis experiencias vitales que promueven el bienestar



AMBIENTE.

El **Modelo** parte del ambiente como un elemento vector que, cuando cuenta con las condiciones apropiadas --estructurales, pedagógicas y emocionales--, impacta positivamente en el bienestar y la salud de las niñas y los niños, potenciando e incentivando en ellas y ellos el desarrollo del cuidado consciente y responsable. Así, el ambiente se comprende como un elemento capaz de dinamizar o impulsar un estado óptimo de salud y nutrición o, por el contrario, se puede convertir en un elemento que limita o detiene el potencial de salud de las niñas y los niños.

En este sentido, el ambiente es un elemento dinámico conformado por diversos componentes: (a) Físicos. (b) Químicos. (c) Relaciones interpersonales. (d) Oferta pedagógica. (e) Recursos diversos (económicos, comunitarios, redes de apoyo). Diversas investigaciones aportan descripciones detalladas de cuáles son los principales componentes que deben estar presentes en el ambiente de los centros infantiles para lograr que estos puedan impulsar el bienestar y la salud de las niñas y los niños. La ausencia o presencia de algunos de estos elementos básicos adquiere relevancia dentro del conjunto y su valor se pone de manifiesto cuando se realiza un análisis integral. Por ejemplo, en centros infantiles donde existe el recurso del agua potable, frutas y verduras para preparar alimentos en el aula, pero donde se da un ambiente interpersonal muy tenso, se genera un estrés tóxico, cuyas secuelas se observan directa y comparativamente en el peso y la talla de las niñas y los niños que lo experimentan. Esto a pesar de contar con componentes tan centrales como agua o alimentación saludable. De ahí la necesidad de reconocer el ambiente como un elemento complejo que debe ser promovido desde la integración de sus diferentes componentes. [28] [6] [4] [7]

EL AMBIENTE COMO TERCER MAESTRO ES CAPAZ DE DINAMIZAR O IMPULSAR UN ESTADO ÓPTIMO DE SALUD Y NUTRICIÓN EN LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS...

EL **Modelo** define las características básicas de los ambientes de los centros infantiles que promueven y fortalecen las prácticas de salud en las niñas y los niños.⁸ Estas características básicas han de acompañarse del modelamiento adulto del uso responsable y reflexivo del ambiente, no solo como estrategia formativa, sino, también, como expresión de sus propias formas de vinculación con el entorno material y social. En este caso, tanto la gestión del centro infantil como las prácticas personales de las y los funcionarios se convierten en espejos interpersonales para que las niñas y los niños vayan interiorizando nuevas formas de auto-cuidado y vinculación.

⁸ El ambiente como elemento vector del Modelo se desarrolla en el documento Modelo Nacer Aprendiendo. Su Ruta Operativa, a partir de indicadores de seguimiento, tanto para el personal administrativo responsable de la gestión de los centros infantiles (institucionales-comunitarios) como para la docente que trabaja directamente con las niñas y los niños.

CUIDADO Y ESTIMULACIÓN INICIAL.

Este **Modelo** está concebido para aplicarse en centros de cuidado y estimulación inicial o desarrollo. Se parte del concepto propuesto por la CEPAL y la EUROsocial que comprende el cuidado como *“la atención directa que implica una relación inter-personal e incluye acciones tendientes a propiciar el crecimiento saludable y adecuado, integrando tanto aspectos de nutrición y sanitarios como de estimulación inicial y socio-emocionales”*. [36]

Y por **educación inicial** se comprende el proceso de enseñanza-aprendizaje que, durante la primera infancia, se propone el desarrollo de competencias para la vida que le permitan a la niña y el niño reconocerse como una persona valiosa e importante, e integrarse, según sus intereses y necesidades, en su entorno social con seguridad y protección.

Para este enfoque, los términos “educación” y “cuidado” se utilizan de forma conjunta, ya que ambos integran derechos fundamentales para las niñas y los niños durante su primera infancia. Por lo que se les considera factores interrelacionados que sustentan la supervivencia, el crecimiento, el desarrollo y el aprendizaje de los niños y las niñas —incluyendo la salud, la nutrición, la higiene y el desarrollo cognitivo, social, físico y afectivo—, desde su nacimiento hasta su ingreso en la escuela primaria.



ESTA COMPRENSIÓN SIN DUDA RECONOCE LOS APORTES DE NUSSBAUM Y SEN, QUIENES ABANDONAN EL CONCEPTO UTILITARISTA DE BIENESTAR Y LO CONCIBEN COMO LA POSIBILIDAD QUE TIENEN LAS PERSONAS DE HACER USO SIGNIFICATIVO DE SUS CAPACIDADES PARA DISFRUTAR UNA VIDA CON CALIDAD. [39]

CALIDAD DE VIDA.

En el **Modelo** la calidad de vida es considerada el resultado final esperado, logrado a partir de la promoción de prácticas saludables, para las niñas y los niños que asisten a los centros de cuidado y desarrollo. Según, Veenhoven [Cit 33] la calidad de vida remite a tres consideraciones que se desagregan en la propuesta socioeducativa del **Modelo** de la siguiente manera:

(a) **La Calidad del entorno.** El **modelo** propone un trabajo en diferentes direcciones con el ambiente del centro educativo. De modo que se contemplan consideraciones estructurales, físicas, así como, afectivas o de estrategia pedagógica, que como un todo, hacen del ambiente un factor clave para la estimulación de prácticas saludables en las niñas y los niños. Esta calidad del entorno, por ejemplo, les permitiría disfrutar el centro infantil sin riesgos, en ausencia de químicos y con acceso a recursos centrales para su salud como es el agua potable, frutas y legumbres.

(b) **La Calidad de acción.** Las niñas y los niños que conviven en un ambiente receptivo y estimulante que promueve prácticas saludables, tienen mayores condiciones para *llegar a la acción*. En el **Modelo** esto significa que las niñas y los niños son motivados a desarrollar sus capacidades por medio de la experimentación, la creatividad y la reflexión; lo cual, en términos concretos, se traduce en la adquisición paulatina de prácticas saludables reflexivas y consciente, que se instauran una vez que hayan podido reconocer el *por qué* y el *para qué* de cada una de estas.⁹

(c) **La Calidad de resultado.** Este último elemento de la calidad de vida se comprende como el bienestar o plenitud que las niñas y los niños vivencian en un ambiente afectivo, estimulante y promotor de prácticas saludables. Se considera el resultado esperado al plantear la integración de las condiciones que permiten la calidad del entorno y la calidad de acción.

⁹ Es central comprender que el concepto de calidad vida está directamente relacionado con el Enfoque de Desarrollo Humano, ya que trasciende la satisfacción de las necesidades desde una perspectiva vertical, al buscar “emanar directamente de las acciones, las aspiraciones y la conciencia creativa y crítica de los propios actores sociales que, de ser tradicionalmente objetos de desarrollo, pasan a asumir su rol protagónico de sujetos”. [38]



A partir de las tres consideraciones anteriores, un centro de cuidado y desarrollo que promueve y aporta a la calidad de las niñas y los niños a su cargo, es el que construye, con ellas y ellos, un ambiente estimulante que fortalece sus prácticas de salud. Esto finalmente para que las niñas y los niños -desde un rol propositivo- las puedan llevar a la acción. El bienestar será la vivencia asociada al disfrute y sentir de las condiciones de una vida saludable.¹⁰ [1] [38] (Ver Diagrama N°5)



Diagrama N° 5. Un centro de cuidado y desarrollo que promueve calidad de vida



¹⁰ Como indica Yasuko [37], todo este proceso de desarrollo va creando expectativas y necesidades de mayor desarrollo personal, en un plano más cualitativo, que dirigen a la persona hacia un mayor desarrollo de habilidades que la capacitan física, intelectual y emocionalmente, es decir, le dan mayor oportunidad de actuar en sociedad. Estas capacidades pueden explicarse desde diferentes perspectivas. Desde lo objetivo, se encuentra la capacidad material que el ingreso monetario proporciona para satisfacer las necesidades de vestimenta y albergue, y la capacidad física, referida a la salud, que garantiza la satisfacción personal de las necesidades fisiológicas. Desde lo subjetivo, están las capacidades intelectuales que la socialización y la educación proporcionan, así como las capacidades de adaptación a los retos del medio y que refieren a las habilidades socioemocionales ya poseídas o en desarrollo.

Finalmente, a modo de síntesis se presenta el Diagrama N°6 donde se integra el concepto social y político de la Salud junto con el Enfoque de Derechos de las niñas y los niños. Esto bajo la intención de reconocer que la vivencia óptima de la salud inicia con un conjunto de condiciones estructurales y sociales claves -pero

debe garantizar- el empoderamiento de las niñas y los niños, para que poco a poco, y con el acompañamiento respetuoso y responsable de las personas adultas a su cargo, logren:



- Que las prácticas de salud no se reduzcan al acatamiento de demandas o normas abstractas, establecidas desde las necesidades del mundo adulto.

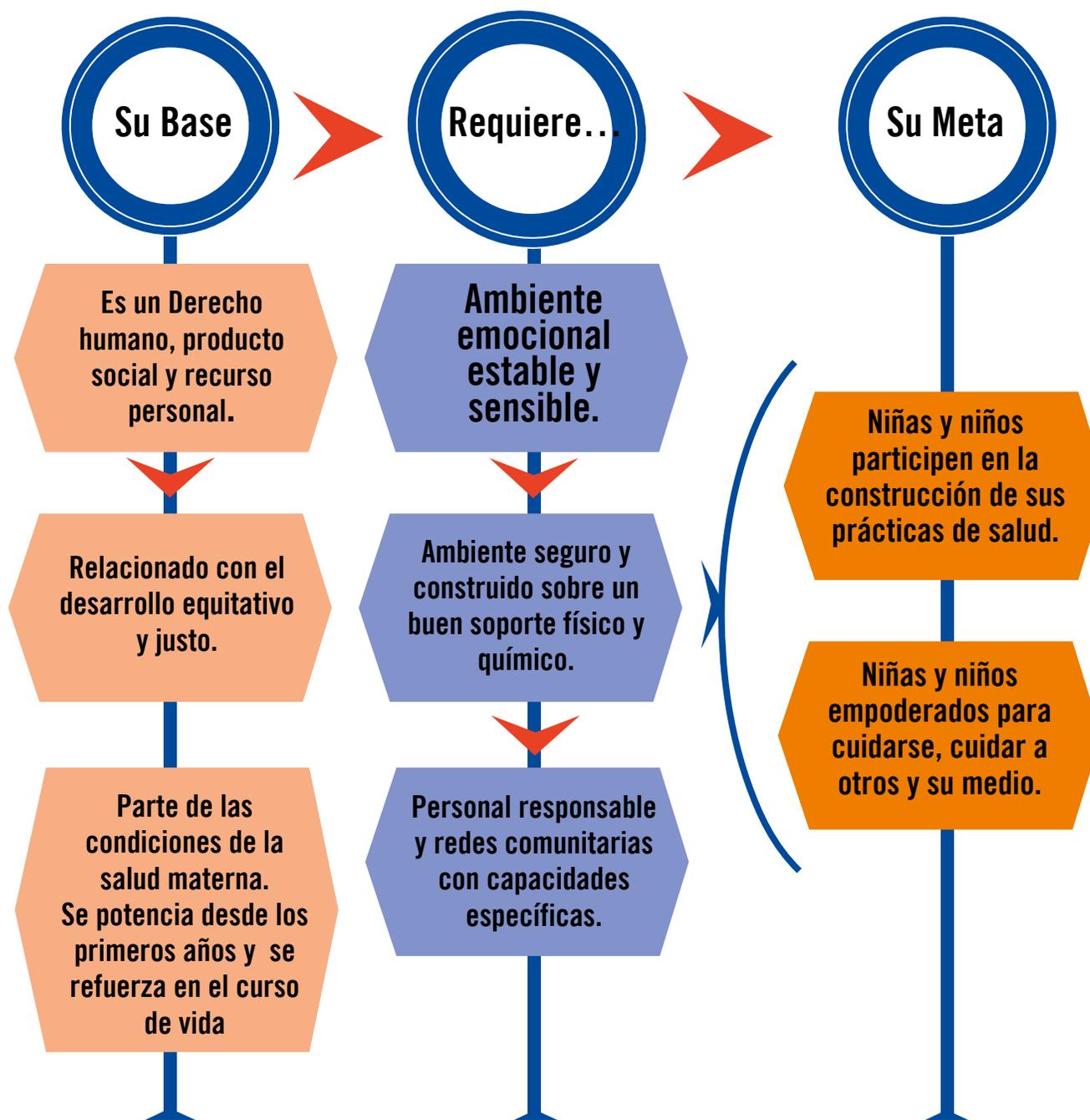


- Llegar a reconocer las prácticas de salud como disposiciones y acciones claves para su cuidado, el de otras personas y el de su comunidad.



- Progresivamente interiorizar las prácticas de salud a partir de procesos de exploración, reconocimiento, identificación, apropiación y diálogo con el entorno adulto y sus pares

Diagrama N° 6. La salud de las niñas y los niños desde el Paradigma de la Promoción de la Salud y Enfoque de Derechos



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] E. A. Rueda-barrera, “Teoría Crítica , riesgo y justicia en salud pública,” *Rev. Gerenc. Polit.*, vol. 11, no. 22, pp. 12–25, 2012.
- [2] O. Mundial, D. E. L. A. Salud, P. Del, C. Ejecutivo, and S. D. E. L. A. Niñez, “34. Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo,” vol. SPP34/9, 2000.
- [3] O. P. de la Salud, “128. Sesión del Comité Ejecutivo,” vol. CEI28/17, 2006.
- [4] J. Ippolito-Shepherd, “Escuela Promotoras de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud.,” *Serie Promoción de la Salud*, vol. 4, Washington, D.C., 2015.
- [5] F. M. C. Group, *Monitoring and Evaluation Guidance for School Health Programs Eight Core Indicators to Support FRESH*, no. February. 2014.
- [6] FRESH M&E Coordinating Group, “Orientaciones para el monitoreo y la evaluación de salud escolar Primera parte,” 2012.
- [7] I. High, Q. Early, C. Care, and E. Settings, “Preschool Comprehensive Health and Physical Education Academic Standards,” 2012.
- [8] B. R. Lara, V. Silvia, and F. Paiva, “A dimensão psicossocial na promoção de práticas alimentares saudáveis,” *Interface-Comunic, Saúde Educ.*, vol. 16, no. 43, 2012.
- [9] J. Castro, “Los paradigmas sobre el proceso salud-enfermedad y sus consecuencias en la educación para la salud,” 2008.
- [10] A. G. Threlfall, S. Meah, A. J. Fischer, R. Cookson, H. Rutter, and M. P. Kelly, “The appraisal of public health interventions: the use of theory,” *J. Public Health (Oxf.)*, vol. 37, no. 1, pp. 166–171, 2015.
- [11] R. Benevides, Heloisa y Werner, “La Psicología de la Salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud,” *Int. J. Clin. Heal. Psychol.*, 2002.
- [12] A. L. Kornblit, A. María, M. Diz, P. Francisco, D. Leo, and C. Camarotti, “Entre la teoría y la práctica : algunas reflexiones en torno al sujeto en el campo de la promoción de la salud,” *Rev. Argentina Sociol.*, vol. 5, no. 8, pp. 9–25, 2007.
- [13] Center on the Developing Child at Harvard University, “The foundations of lifelong health.”
- [14] J. P. Shonkoff, “The Foundations of Lifelong Health Are Built in Early Childhood,” *Cent. Dev. Child, Harvard Univ.*, 2010.

- [15] J. Cameron and D. Ph, “Early experiences can alter gene expression and affect long-term development,” *J. Am. Ceram. Soc.*, vol. 1, pp. 850–852, 1918.
- [16] N. S. C. on the D. Child, “The Timing and Quality of Early Experiences Combine to Shape Brain Architecture,” 1918.
- [17] Asamblea General-Naciones Unidas, *Convención sobre los Derechos del Niño*. UNICEF Comité Español, 2006.
- [18] I. Ravetllat, “¿Hay una única infancia? La construcción de ciudadanía desde la niñez y adolescencia a partir de la Convención sobre los derechos del niño.” Barcelona, España, 2001.
- [19] H. Baker-Henningham, “The role of early childhood education programmes in the promotion of child and adolescent mental health in low- and middle-income countries,” *Int. J. Epidemiol.*, vol. 43, no. 2, pp. 407–433, 2014.
- [20] K. B. Mistry, C. S. Minkovitz, A. W. Riley, S. B. Johnson, H. A. Grason, L. C. Dubay, and B. Guyer, “A new framework for childhood health promotion: The role of policies and programs in building capacity and foundations of early childhood health,” *Am. J. Public Health*, vol. 102, no. 9, pp. 1688–1696, 2012.
- [21] P. Braveman, “Health disparities and Health equity: Concepts and Measurement,” *Annu. Rev. Public. Heal.*, vol. 27, no. 1, pp. 167–194, 2006.
- [22] S. B. Thomas, S. C. Quinn, J. Butler, C. S. Fryer, and M. A. Garza, “Toward a fourth generation of disparities research to achieve health equity.” *Annu. Rev. Public Health*, vol. 32, pp. 399–416, 2011.
- [23] A. Sen, “¿ Por qué la equidad en salud?,” *rev Panama Salud Publica*, vol. 11, pp. 302–309, 2002.
- [24] F. and Earls and M. Carlson, “The Social Ecology of Child Health and Well-Being,” *Annu. Rev. Public Health*, vol. 22, pp. 143–66, 2001.
- [25] A. V Diez Roux, “Conceptual approaches to the study of health disparities.” *Annu. Rev. Public Health*, vol. 33, pp. 41–58, 2012.
- [26] F. C. Pampel, P. Krueger, and J. Denney, “Socioeconomic disparities in health behaviors,” *Annu. Rev. Sociol.*, vol. 36, pp. 349–370, 2010.
- [27] National Scientific Council on the Developing Child., “Building the Brain’s ‘Air Traffic Control’ System: How Early Experiences Shape the Development of Executive Function,” Estados Unidos, 2011.
- [28] T. O. University, *Ambientes saludables*. La Haya, Países Bajos, 2012.
- [29] C. Pérez-Rodrigo and J. Aranceta, “Nutrition education in schools: experiences and challenges,” *Eur. J. Clin. Nutr.*, vol. 57 Suppl 1, pp. S82–5, 2003.

[30] D. K. Yadav, N. Gupta, N. Shrestha, A. Kumar, and D. K. Bose, "Community Based Nutrition Education for Promoting Nutritional Status of Children under Three Years of Age in Rural Areas of Mahottari District of Nepal," *J. Nepal Paediatr. Soc.*, vol. 34, no. 3, pp. 181–187, 2014.

[31] L. Richard, L. Gauvin, and K. Raine, "Ecological models revisited: their uses and evolution in health promotion over two decades.," *Annu. Rev. Public Health*, vol. 32, pp. 307–326, 2011.

[32] S. M. Teutsch and J. E. Fielding, "Rediscovering the core of public health.," *Annu. Rev. Public Health*, vol. 34, pp. 287–99, 2013.

[33] T. R. Oliver, "The Politics of Public Health Policy," *Annu. Rev. Public Health*, vol. 27, no. 104, pp. 195–233, 2006.

[34] S. R. Latham, "Political Theory, Values and Public Health," *Public Health Ethics*, pp. 1–11, 2015.

[35] E. y Velarde-Jurado and C. Avila-Figueroa, "Evaluación de la calidad de vida," *Scielo*, vol. 44, no. 4, pp. 349–361, 2002.

[36] F. Marco, *Calidad del cuidado y la educación para la primera infancia en América Latina*, CEPAL y Eu. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2000.

[37] B. Yasuko, "La capacidad y el bienestar subjetivo como dimensiones de estudio de la calidad de vida," *Rev. Colomb. Psicol.*, no. 14, pp. 73–79, 2005.

[38] S. Trujillo, C. Tovar, and M. Lozano, "Formulación de un modelo teórico de la calidad de la vida desde la Psicología," *Psicol. Bogotá.*, vol. 3, no. 1, pp. 89–98, 2004.

[39] A. Blanco and D. Díaz, "El bienestar social: Su concepto y medición.," *Psicothema*, vol. 17, no. 4, pp. 582–589, 2005.

[40] "Declaración de Cajamarca. II Seminario Internacional sobre Salud Intercultural desde los pueblos indígenas.," 2011.





nacer
aprendiendo®

ambientes
saludables

