

ESTRATEGIA EDUCATIVA EN HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

**NUTRICIÓN Y HÁBITOS ALIMENTARIOS,
ACTIVIDAD FÍSICA, AUTOCUIDADO
(HIGIENE CORPORAL Y SUEÑO SEGURO)**

DOCUMENTO TÉCNICO

MANᵛNKA DU RINHACHWI, NIKAMᵛ AWI
ZAMᵛ MINMᵛCHᵛKWEY NEYKA GEY
ZWEYKWEYKA: KᵛMA KINKI AWI, AWIRI
GᵛCHᵛ DU ᵛ'NKᵛCHWI. —*Arhuaco*.

ESTRATEGIA EDUCATIVA EN HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE
NUTRICIÓN Y HÁBITOS ALIMENTARIOS, ACTIVIDAD FÍSICA, AUTOCUIDADO (HIGIENE
CORPORAL Y SUEÑO SEGURO)
DOCUMENTO TÉCNICO

Ana María Cárdenas Navas
Compilación y producción del texto final. Directora de la consultoría.
Eje de Salud Pública, Fundación Santa Fe de Bogotá.

Ana María Cárdenas Navas
Gina P. Arocha Zuluaga
Sonia C. Fernández
Érika M. Cañas Lopera
Catalina Valencia Mayer
Catalina González Uribe
Carolina Segura León
Zorayda Moreno Coronado
Camilo Ernesto Povea Combariza
José Fernando Bedoya García
Autores de los textos de los capítulos

Diseño, diagramación e impresión
Acierto Estrategias y Comunicación S.A.S

ISBN XXXXX

Bogotá D. C., Colombia
2016

EQUIPO TÉCNICO DE LAS ENTIDADES EN EL MARCO DEL CONVENIO 1375 DE 2015

ESTRATEGIA DE CERO A SIEMPRE
Constanza Liliana Alarcón Párraga
Constanza Gómez
Adriana Lucía Castro Rojas
Mará Cristina Escobar

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Ana María Peñuela
Martha Linero

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Marcela Monroy
Luz Marina Hoyos
Lina López
Andrea Granados

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Angy Mateus
Andrés Aragón

MINISTERIO DE CULTURA
Sandra Argel
Camilo Cáceres

FUNDACION SILDARRIAGA CONCHA
Soraya Montoya
Lina María González Ballesteros
Ana María Ortiz
Mónica Osorio Quintana
Sara Méndez Parás
Aida Lebbos Saad

FUNDACIÓN PLAN POR LA NIÑEZ
Margarita Martínez

FUNDACIÓN ÉXITO
Germán Jaramillo Villegas
Yessenia Sanabria
Diana María Pineda
Manuela Dumit

FUNDACIÓN BANCOLOMBIA
Catalina Echavarría
Mónica Marcela Arboleda

FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ

Director general
Juan Pablo Uribe Restrepo

Director del Eje de Salud Pública
Darío Londoño

Subdirectora del Eje de Salud Pública
Kenny Margarita Trujillo

Directora de la consultoría
Ana María Cárdenas Navas

Equipo de Trabajo

Asesoras en Nutrición
Gina P. Arocha Zuluaga
Viviana Andrea Higuera García

Asesores en Actividad Física
Carolina Segura León
Clara Z. Moreno Coronado
Camilo Povea Combariza

Asesoras en Autocuidado
Sonia C. Fernández
Érika M. Cañas Lopera

Asesora en Enfoque Diferencial
Catalina González Uribe

Asesora Adjunta en Enfoque Diferencial
Catalina Valencia Mayer

Asesor en Comunicaciones
José Fernando Bedoya García

Asesora en Lingüística y Literatura
Aura Marina Castro

Profesional en el desarrollo de plataformas
online
James Humberto Becerra Ramírez

Asistente administrativa
Sandra Milena Rubio Patiño

EQUIPOS LOCALES

BARRANQUILLA, ATLÁNTICO

Facilitadora:
Esperanza Flórez Fernández
Tutoras:
María Michell García Parodis
Nathaly Del Carmen Centeno Montes

IBAGUÉ, TOLIMA

Facilitador:
Helmer Enrique Sánchez A
Tutoras:
Andrea del Pilar Roldán Delgado
Sandra Judith Falla Morales

MAICAO, LA GUAJIRA

Facilitadora:
Shirley Nájera Arregoces
Tutoras:
Margredys Cecilia Parody Mindiola
Yesica Paola Borrero Guerra

PUEBLO BELLO, CESAR

Facilitadora:
Ana Ilba Torres Torres
Tutores:
Edinson de Jesús Izquierdo Pérez
Alirio Torres Torres

SIBUNDOY, PUTUMAYO

Facilitadora:
Yudy Carolina Realpe Agreda
Tutores:
José Luis Maigual Juajibioy
Natalia Carolina Chindoy

SAN BASILIO DE PALENQUE, BOLÍVAR

Facilitador:
Javier Oliveros Osorio
Tutor:
Víctor Antonio Cassiani Salgado

MANIZALES, CALDAS

Facilitador:
Víctor Alfonso Marín Arias
Tutoras:
Diana Yaneth López Ramírez
Yurany Franco Tabares

PROVIDENCIA ISLA, ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

Facilitadora:
Yuna Licianá Robinson Dawkins
Tutoras:
Guillian Suleica Webster James
Isabel Raquel Areiza Barker

SAN ANDRÉS ISLA, ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

Facilitadora:
Luz Janeth Jaramillo Campuzano
Tutoras:
Prodiga Mahana Martínez Rocha
Katia Milena Ruíz Bent

AGRADECIMIENTOS

EMA NIKAMŪ UNCHO'SI
ZAGUNAMŪSI ZOYANA JINA;
DIWŪN, DIWŪN RE'TASI
ŪNKUWŪSI RINŪNEYKA DUNIN
KEYKUMŪYIN –*Arhuaco*.

PARTICIPANTES LOCALES EN LOS DIFERENTES ESPACIOS DE CONSOLIDACIÓN DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA

BARRANQUILLA, ATLÁNTICO

Martha Cecilia Becerra Plata, directora Hogar Infantil Lipaya
Yuranis Flores Tatis, nutricionista Hogar Infantil Lipaya
Kelly Cecilia Primo Pereira, nutricionista dietista Cajacopi
Aramis Manuel Cáceres Contreras, docente Institución Educativa Simón Bolívar
Alfonso Simón Díaz Ordosgoitia, docente
Martha María Hernández Guerrero, nutricionista
Irma Sánchez Uribe, nutricionista
Olga C. Oyola Meyer, nutricionista
Lourdes Romero Galeano, pediatra

IBAGUÉ, TOLIMA

Ana Urzuza, profesional Secretaría de Salud
Diana Trujillo M., profesional Ciencias Sociales
María G. Marín Castro, auxiliar pedagógica
Jenny Adriana Ramírez Sánchez, docente
Gloria Astrid guerrero Russi, docente
Carmen Rocío López López, docente
Leydy Y. Guerrero Forero, auxiliar pedagógica
Leidy Catherine Franco Cabrera, docente
Yeimmy A. Silva M., docente
Ofelia Trujillo, ama de casa
Derly Bastidas, ama de casa
María Elda Rojas, ama de casa
Jasmine Villanueva, ama de casa
Ludy Montealegre V., estudiante
Jhonatan A. Casa M., auxiliar de servicios generales
Ángela Andrade Cárdenas, ama de casa
Eliécer Espinel, panadero

William Gómez, Ximena Borrero López, Liliana del Rocío Oyola Álvarez, Yurani Zapata, Sandra L. Calas Carrillo, Nohelia Calderón y Katherine Andrade Cárdenas, padres de familia y cuidadores.

MAICAO, LA GUAJIRA

Laura Poveda, nutricionista, CorpoCosta IPS
Yaniris Caballero, auxiliar de nutrición
Doris Osorio, psicólogo
Sandy Aguilar Curvelo, enfermera
Jahaye Solano López, coordinador

PUEBLO BELLO, CESAR

Gueukun Chaparro Mejía, auxiliar de odontología, Wintukwa
Juan Carlos Chaparro Mejía, secretario, resguardo Businchama
Germán Seferino Izquierdo Hernández, Cabildo Gobernado del Resguardo Arhuaco de Businchama

MUNICIPIO DE SIBUNDOY, PUTUMAYO

Rómulo Arnulfo Salas Salas, director local de salud, Alcaldía Municipal
Doris Isabel Benavides Meza, gestora social, Alcaldía Municipal
Juan Carlos Chindoy Agreda, facilitador Kit Pedagógico, cabildo indígena Kamëntsá Biyá
Jesús Antonio Juagivioy, sabedor pedagogo
Yeny Gisela Tandioy, psicóloga, cabildo indígena Kamëntsá Biyá
Andrés Juajibioy, alguacil y enlace, cabildo indígena Kamëntsá Biyá
Judy Jaqueline Jacanamejoy, coordinadora modalidad propia
Marleny Isabel Maigual Juajibioy, psicóloga en formación
María Emerenciana Chicunque Mutumbajoy, coordinadora Estrategia Violencia Sexual
Luz Marina Chindoy Chindoy, trabajadora social
Wilson Chindoy Jacanamejoy, coordinador Kit Pedagógico
Ana Lucía Jamioy Chindoy, profesional social
Ana María Mutumbajoy Chicunque, técnico, Atención a la Primera Infancia
Yenixa Elena Muchachasoy, técnico en educación, cabildo indígena Kamëntsá Biyá
Clema Isabel Pujimuy Burbano, profesional Cipi
Luis Fernando Juagibioy, excabildante miembro de la comunidad indígena Kamëntsá Biyá
Alba Lucía Quinchoa Juajibioy, profesional de apoyo en salud y nutrición, Hogar Infantil Basetemengbe Yebna
Janeth Patricia Vallejo, directora, Hogar Infantil Mi Mundo Feliz
Donny Cristian Erazo, representante legal, Hogar Infantil Mi Mundo Feliz
Claudia Juanita Benavides Herrera, apoyo psicosocial, Hogar Infantil Mi Mundo Feliz
Taita Castulo Chindoy, gobernador, cabildo Kamëntsá Biyá, vigencia 2015

Juan Carlos Muchavisoy, asesor macro, Regional Cipi
Taita Pablo Chindoy, director, Hogar Infantil Basetemëngbe Yebna, Las Cochas
Luz Amparo Jajoy, profesional social, cabildo indígena Kamëntsá Biyá

CORREGIMIENTO DE SAN BASILIO DE PALENQUE, BOLÍVAR

Neis E. Pérez M., higienista oral
Enrique Márquez San Martín, psicólogo gestor cultural
Gladis P. Salgado Reyes, gestor cultural
Sebastián Salgado Reyes, representante legal, Casa de la Cultura
María de H. Hernández C., representante de la comunidad
Sulay Cáceres, ama de casa
María Eugenia Pérez H., agente educativa, Comfamiliar Atlántico
Jorge Luis Samper Pérez, gestor
Solbay Cáceres Cabarcas, auxiliar pedagógica, Fundación Prociencia
Perfecto Cassiani M., director, Casa de la Cultura
Rodrigo Miranda, Institución Educativa Técnica Agropecuaria Las Piedras
Gabino Salas, Fundación Semana

MANIZALES, CALDAS

Manuela Valencia Correa, residente de pediatría
Jaime Ramírez Muñoz, residente de pediatría
Luz Stella Vásquez V., trabajadora social, ICBF
Juan Carlos Trujillo Palacio, nutricionista
Sandra Milena Trujillo Gómez, coordinador, Casa de la Cultura

PROVIDENCIA ISLA, ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

Wilma Dolores Bryan Robinson, coordinadora
Yadira Britton Howanard, auxiliar docente
Yessica Correa James, docente
Shirin Archbolo Reeves, apoyo en salud y nutrición, modalidad familiar
Julet Hooker Henry, docente
Loyola Henry Gordon, docente
Mindy García Lever, docente, modalidad familiar
Melany Bernard, apoyo en salud y nutrición
Yarubis González, enfermera
Audette Alice Robinson Dawkins, asistente administrativo, ICBF

**SAN ANDRÉS ISLA, ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA
CATALINA**

Mariela Medrano, nutricionista, Asociación Nuevos Horizontes
Lineth León, coordinadora pedagógica
Johan de Ramírez, Enfermería, Fundación Misión Ayuda Mía
Piedad Mesa, nutricionista, ICBF
Yezenia Julio, supervisora de primera infancia, ICBF
Astrith Puentes, representante legal, Asociación de Madres Comunitarias El Esfuerzo
José Almeida, entrenador, Unidad de Deportes
Alexander Jiménez, entrenador, Unidad de Deportes
Noriberth Cantillo, enfermera, Unión Temporal del Norte
Annia Carrillo, coordinadora, PIC Hospital Amor de Patria
Mirta Díaz, directora, Banco de la República
Gladys Morales, directora, Jardín Sueños Alegres
Omaira Barker, referente ECNT, PIC Hospital Amor de Patria
Eddlyn Hooker, coordinador, Fundación Island Hope

**ESPECIALISTAS QUE PARTICIPARON EN LA REVISIÓN DE CONTENIDOS DE LOS
MATERIALES DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA**

Diana Paola Landaeta Martínez, médica MSc en Epidemiología
Eje de Salud Pública, Fundación Santa Fe de Bogotá

Patricia Farías, enfermera
Eje de Salud Pública, Fundación Santa Fe de Bogotá

Lina María González Ballesteros, M.D.
Líder Vida Saludable, Fundación Saldarriaga Concha

Aida Lebbos Saad, médica pediatra
Consultora, Equipo Primera Infancia, Fundación Saldarriaga Concha

Sara Méndez París, psicóloga
Consultora, Equipo Primera Infancia, Fundación Saldarriaga Concha

Lina María López Rodríguez, nutricionista dietista
Dirección de Nutrición, sede Dirección General, ICBF

Martha Linero D., coordinadora, Grupo Curso de Vida
Ministerio de Salud y Protección Social

Martha Patricia Ospina G., profesional especializado
Salud Materno infantil, Primera Infancia, Grupo Curso de Vida
Dirección de Promoción y Prevención, Ministerio de Salud y Protección Social

PRÓLOGO

La Atención Integral a la Primera Infancia en el marco de la Estrategia De Cero a Siempre ha priorizado como un aspecto clave la promoción de hábitos saludables en la primera infancia. Pero ¿qué es la política De Cero a Siempre?

De Cero a Siempre es la Estrategia para la Atención Integral de la Primera Infancia. Esta, a través del trabajo intersectorial en los órdenes nacional y territorial, promueve el desarrollo de planes, programas, proyectos y acciones orientados a garantizar la atención integral a cada niña y niño desde el reconocimiento y respeto a la diversidad.

La Estrategia está dirigida a niñas y niños de 0 a 6 años debido a que, según lo prueban estudios e investigaciones sobre desarrollo humano, en esta etapa de la vida ocurre la mayoría de las conexiones cerebrales y se sientan las bases de las habilidades sociales y lingüísticas, la motricidad y el pensamiento simbólico (MEN, 2013 p. 108).

Esta Estrategia asume a las niñas y los niños como sujetos de derechos, seres únicos y singulares —aunque diversos— activos en su desarrollo, personas integrales e interlocutores válidos.

La Estrategia plantea la importancia de que las niñas y los niños reciban atención integral, que se entiende como el conjunto de mecanismos mediante los cuales los actores responsables garantizan el derecho al pleno desarrollo de niñas y niños durante la primera infancia. La atención integral a la primera infancia comporta una intervención en los ámbitos de salud, alimentación y nutrición, educación inicial, recreación, ejercicio de la ciudadanía y participación de niñas y niños; además de acciones de formación y acompañamiento para las familias en sus labores de cuidado y crianza. Los anteriores se consideran elementos estructurantes de la Estrategia. Por su parte, la atención integral debe abarcar los cuatro entornos en que se desarrolla la primera infancia: hogar, salud, educación y espacio público.

Con el fin de crear en el territorio un referente que contribuya a la comprensión de toda la infraestructura que requiere la atención integral de la primera infancia, se creó la Ruta Integral de Atenciones, que toma en cuenta tanto la edad de niñas y niños —destinatarios de las atenciones— como los entornos en que se prestan las atenciones. Las atenciones que contempla dicha Ruta son:

- atenciones diferenciales, que tienen en cuenta las características particulares de cada niña o niño —como su cultura, su pertenencia étnica, sus experiencias o dimensiones particulares, posibles condiciones de discapacidad y su contexto territorial—;
- atenciones especializadas, orientadas a responder a situaciones específicas de vulneración o riesgo.

En atención a lo anterior, se diseñó la Estrategia educativa Mejores Momentos con el fin de promover en niñas y niños hábitos de vida saludable en los ejes de nutrición y hábitos alimentarios, actividad física y autocuidado (higiene y sueño seguro).

Tabla de contenido

PRÓLOGO

INTRODUCCIÓN

Capítulo 1. Aproximación a la contextualización

Ruta metodológica para la identificación de experiencias en los niveles internacional y nacional

Resultados encontrados en los niveles internacional y nacional

Ámbito internacional

Nutrición y hábitos alimentarios

Actividad física

Autocuidado

Ámbito nacional

Nutrición y hábitos alimentarios

Actividad física

Autocuidado

Ámbito local

Desde las entidades en el ámbito local

Desde las modalidades de atención a la primera infancia

Capítulo 2. Los hábitos saludables y los entornos

Entorno Hogar

Entorno educativo

Entorno Salud

Espacio público

Capítulo 3. Referente normativo y conceptual

Hábitos saludables de nutrición, actividad física y autocuidado

Referente normativo

Normatividad internacional

Nutrición y hábitos alimentarios

Actividad física

Autocuidado

Normatividad nacional

Nutrición y hábitos alimentarios

Actividad física

Autocuidado

Referente conceptual

Nutrición y hábitos alimentarios

Actividad física

Autocuidado

Higiene

Higiene corporal

Higiene oral

Lavado de manos

Sueño seguro

Capítulo 4. Los procesos de formación, comunicación e información y los recursos materiales en el marco de la Estrategia Educativa

Proceso de formación, comunicación e información en el marco de la Estrategia Educativa

Los recursos materiales en el marco de la Estrategia Educativa

Documento técnico

El kit de herramientas

Materiales comunicacionales

Capítulo 5. Recomendaciones

Marco general de la Estrategia

Proceso de formación y evaluación

Proceso de comunicación e información

Bibliografía

TABLA DE ILUSTRACIONES, IMÁGENES Y TABLAS

Ilustración 1. Ruta metodológica. Identificación de experiencias, programas y materiales en los ámbitos internacional y nacional para los tres ejes definidos

Ilustración 2. Experiencias internacionales: nutrición y hábitos alimentarios

Ilustración 3. Experiencias internacionales: actividad física

Ilustración 4. Experiencias internacionales: autocuidado (higiene corporal y sueño seguro)

Ilustración 5. Experiencias nacionales: nutrición y hábitos alimentarios

Ilustración 6. Experiencias nacionales: actividad física

Ilustración 7. Experiencias nacionales: autocuidado (higiene corporal y sueño seguro)

Ilustración 8. Normatividad internacional sobre los derechos de la infancia

Ilustración 9. Normatividad internacional sobre nutrición y hábitos alimentarios

Ilustración 10. Normatividad internacional sobre actividad física

Ilustración 11. Normatividad internacional: autocuidado (higiene corporal y sueño seguro)

Ilustración 12. Normatividad nacional para la primera infancia

Ilustración 13. Normatividad nacional para nutrición y hábitos alimentarios

Ilustración 14. Normatividad nacional para actividad física

Ilustración 15. Normatividad nacional, distrital y/o local para autocuidado (higiene corporal y sueño seguro)

Ilustración 16. Focos del eje de nutrición y hábitos alimentarios

Ilustración 17. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado

Ilustración 18. Focos del eje de actividad física

Ilustración 19. Focos del eje de autocuidado

Imagen 1. Pasos del cepillado dental

Imagen 2. Pasos de un correcto lavado de manos

Tabla 1. Focos definidos para cada uno de los ejes

Tabla 2. Recomendaciones sobre horas y frecuencias de sueño en niñas y niños

Tabla 3. Recomendaciones para mantener seguros a los niños mientras duermen

INTRODUCCIÓN

En el marco de la alianza entre entidades públicas y privadas¹, se trazó el siguiente reto: “aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros para fortalecer los procesos de calidad de la atención integral a la primera infancia, con el fin de contribuir a la implementación de la política De Cero a Siempre en el orden nacional, departamental y municipal, a partir del fortalecimiento de la gestión territorial, el mejoramiento de la calidad de la oferta, las acciones de movilización social y el seguimiento al desarrollo de las niñas y los niños” (Fundación Saldarriaga Concha, 2015, p. 4).

Como una línea estratégica de la alianza se contempló “la ampliación de la oferta en primera infancia a la luz de la ruta integral de atención”, que tiene como subproceso la “generación de hábitos y prácticas saludables, a través de una estrategia educativa dirigida a promover hábitos saludables, con base en las condiciones locales para el mejoramiento de hábitos y prácticas saludables” (Fundación Saldarriaga Concha, 2015, p. 4). Lo anterior se enmarca en los objetivos y metas del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 y lo dispuesto en los *Fundamentos Políticos Técnicos y de Gestión de la política De Cero a Siempre* (Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, 2013), que refieren la importancia del desarrollo temprano de hábitos saludables.

La Estrategia Educativa en Hábitos Saludables ha definido para su abordaje tres ejes fundamentales: nutrición y hábitos alimenticios, actividad física y autocuidado (higiene y sueño seguro). La Estrategia está orientada al acompañamiento de las familias, los agentes educativos y otros actores locales para, a partir del reconocimiento de las características propias de los diferentes grupos poblacionales en torno a sus hábitos y prácticas, apoyar la promoción de hábitos saludables en la primera infancia.

El documento está estructurado en cinco capítulos que, de manera general, recogen: la identificación de programas, experiencias y materiales en los niveles internacional, nacional y local en los ejes definidos; el soporte normativo y conceptual del ámbito de los hábitos saludables y, específicamente, de los delimitados para la Estrategia; la importancia de los procesos de formación, comunicación e información; y los recursos materiales de la Estrategia y sus recomendaciones.

Los cinco capítulos describen de manera particular los aspectos reseñados a continuación.

El primer capítulo, titulado “Aproximación a la contextualización”, recoge, en primer lugar, la ruta metodológica para la revisión de las experiencias, programas y materiales; y, en segundo lugar, una exploración de experiencias, programas y materiales relativos a los tres ejes — nutrición y hábitos alimentarios, actividad física y autocuidado (higiene y sueño seguro)— en los ámbitos internacional, nacional y local. Las exploraciones internacional y nacional

¹ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras (ICBF), Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Cultura, Fundación Saldarriaga Concha, Fundación Éxito, Fundación Bancolombia y Fundación Plan por la Niñez.

obedecen a una revisión de la literatura; la exploración local se hizo mediante dos formatos trabajados por los equipos remotos, focalizados en nueve zonas, durante la fase de reconocimiento de la consultoría.

El segundo capítulo, denominado “Los hábitos saludables y los entornos”, presenta los hábitos desde la perspectiva de las movilizaciones sociales en el contexto internacional para describir su conceptualización desde el marco de estilos de vida saludable. Como complemento de la anterior contextualización, se presentan las implicaciones que los diferentes entornos (familia, educación, salud y espacio público) tienen en el desarrollo de hábitos de vida saludable en la población infantil ubicada entre los cero y seis años, así como los aspectos subyacentes más relevantes.

El tercer capítulo, “Referente normativo y conceptual: hábitos saludables en nutrición, actividad física y autocuidado”, explicita el sustento normativo existente en los ámbitos internacional y nacional sobre la promoción de este tipo de hábitos. A continuación, se presenta la conceptualización de cada uno de los ejes y sus respectivos focos, así: a) nutrición y hábitos alimentarios (lactancia materna exclusiva y prolongada, características de la alimentación complementaria, alimentación perceptiva, promoción de consumo de frutas y verduras), b) actividad física (recreación y ejercicio), c) autocuidado: higiene (corporal, oral y de manos) y sueño seguro (horas y frecuencia, entorno y prevención de muerte súbita).

En el cuarto capítulo, “Los procesos de formación, comunicación e información y los recursos materiales en el marco de la Estrategia Educativa”, se exponen dos aspectos básicos: por una parte, la importancia de los procesos de formación, comunicación e información para la implementación de la Estrategia Educativa; por otra parte, los recursos físicos de la Estrategia desde sus tres niveles: los documentos que le sirven como soporte, los incluidos en el kit de herramientas y los materiales comunicacionales.

El presente documento finaliza con un capítulo importante de recomendaciones, dispuestas del siguiente modo: en primer lugar, un conjunto de recomendaciones sobre la Estrategia en general; en segundo lugar, algunas recomendaciones específicas para la contextualización de la Estrategia en el nivel local; en tercer lugar, un grupo de recomendaciones puntuales sobre la relevancia de los procesos de formación y evaluación que deben diseñarse e implementarse en la Estrategia; y, en cuarto lugar, ciertas recomendaciones referidas al apoyo a los procesos de comunicación e información —tanto para la apropiación del kit como para los procesos de sensibilización de la comunidad frente a la necesaria promoción de hábitos de vida saludable en la primera infancia—.

Para la lectura del documento, es importante precisar que las palabras, párrafos o frases que se ubican en un color específico se corresponden con los recuadros que contienen la traducción en el dialecto de algunas de las comunidades que participaron en la consolidación de la Estrategia

Capítulo 1. Aproximación a la contextualización

Jenangmiam —Kamëntsá.

La promoción de hábitos de vida saludable es una iniciativa mundial, desarrollada desde diferentes ámbitos, focos y formas de abordaje, según el público destinatario. Este capítulo presenta una *aproximación* a la *contextualización* —en los ámbitos internacional, nacional y local— de experiencias, programas y materiales, desde tres ejes: nutrición y hábitos alimentarios, actividad física y autocuidado (higiene y sueño seguro).

Jenangmiam cabëngbe luarentš y nÿets Colombia luarjenangmen uanatsanungaftac, uatsjendday soyëngac unga juabnac: jomantiñam, yejuan, tšabevid tšobomñam (Iemptsobibiam y jomanam tšabá) —Kamëntsá.

La exploración en los ámbitos internacional, nacional y local tuvo como objetivo identificar experiencias, programas y materiales relativos a los tres ejes mencionados. En los ámbitos internacional y nacional, la exploración consistió en una revisión de la literatura disponible. En el ámbito local, la exploración consistió en el levantamiento de información a través de la aplicación de dos formatos: uno, dirigido a entidades locales; otro, aplicado en las zonas focalizadas a las modalidades institucional, comunitaria y familiar de atención a la primera infancia.

Este capítulo se organiza ubicando, en primera instancia, la ruta metodológica realizada para la revisión de las experiencias, programas y materiales en los ámbitos internacional y nacional. En segunda instancia, se presentan los hallazgos de la revisión bibliográfica en los ámbitos internacional y nacional, para exponer lo hallado en el ámbito local desde el trabajo de las entidades y las modalidades de atención a la primera infancia. Al final, el capítulo relaciona algunas ideas clave, resultado de la aproximación a la contextualización.

Ruta metodológica para la identificación de experiencias en los niveles internacional y nacional

En virtud de su objetivo, la consultoría que buscó la generación de una Estrategia Educativa dirigida a promover hábitos saludables en nutrición y hábitos alimentarios, actividad física y autocuidado (higiene y sueño seguro) contempló dos aspectos importantes: primero, la

identificación de experiencias exitosas en el tema, los materiales comunicativos y educativos, y las acciones que los diferentes sectores han implementado para la promoción de hábitos saludables en la primera infancia en los ámbitos internacional y nacional; segundo, la identificación de programas, campañas y material específico sobre nutrición y hábitos alimentarios, actividad física y autocuidado para la primera infancia en el ámbito local —en ocho municipios y un corregimiento—. Estos insumos sirvieron para la identificación y diseño de los materiales que soportan la Estrategia Educativa, del kit de herramientas y de los materiales comunicacionales.

En este contexto, la consultoría propuso la revisión de lo existente en el país y de las experiencias internacionales y nacionales en materia de hábitos de vida saludable. Se presentan, en lo sucesivo, cada una de las fases y características propias de tal proceso.

Primera fase: identificación de las temáticas y definición de los focos de cada eje. Las temáticas definidas para la revisión de las experiencias fueron establecidas en el marco de los términos de referencia de la consultoría, y dieron lugar a los tres ejes de la Estrategia: Nutrición y hábitos alimentarios (Eje I), Actividad física (Eje II), Autocuidado: higiene y sueño seguro (Eje III).

Así, el equipo a cargo del desarrollo de la consultoría, y en especial los asesores responsables de cada uno de los ejes, acotó los focos que deben ser considerados para la revisión de las experiencias en los ámbitos internacional y nacional, y aportó tanto en el desarrollo conceptual de cada eje (véase el tercer capítulo de este documento) como en la elaboración de la propuesta de diseño de los materiales del kit de herramientas.

La siguiente tabla muestra los focos correspondientes a cada uno de los ejes, definidos y aprobados por el equipo de la Fundación Saldarriaga Concha, y socializados luego en la mesa técnica conformada por las entidades parte del convenio marco. Es importante aclarar que los focos y las temáticas incorporadas en cada eje obedecen a los requerimientos de los términos de referencia, a la revisión rigurosa de la línea de política para cada uno de las temáticas, a las indicaciones internacionales y nacionales para la promoción de hábitos saludables en la primera infancia y a las recomendaciones de salud pública soportadas en la evidencia.

Eje Focos	Eje I: Nutrición y hábitos alimentarios	Eje II: Actividad física	Eje III: Autocuidado: higiene y sueño seguro
Focos	Alimentación natural 1. lactancia materna: exclusiva hasta los seis meses de edad y prolongada hasta los dos años o más. 2. Alimentación complementaria adecuada: Oportuna, suficiente, segura y con aplicación de principios de alimentación perceptiva. 3. Promoción de consumo de frutas y verduras.	1. Recreación. 2. Ejercicio.	1. Higiene: corporal, oral y de manos. 2. Sueño seguro: horas de sueño, frecuencia, entorno y prevención de muerte súbita.

Tabla 1. Focos definidos para cada uno de los ejes

Segunda fase: fuentes de información. Para esta fase y para la identificación de experiencias se utilizaron cinco fuentes de información:

- **Documento:** *Estrategia educativa dirigida a promover hábitos saludables.* Elaborado por la Fundación Saldarriaga Concha en el marco del convenio 1375 de 2015². En este documento se hace una descripción de las herramientas internacionales de intervención para promover hábitos de vida saludable y se recogen las referencias nacionales de las principales entidades que promueven hábitos de vida saludable.
- **Matriz** de la revisión nacional e internacional realizada por los asesores de la Fundación Saldarriaga Concha y presentada posteriormente al equipo de la Fundación Santa Fe de Bogotá (FSFB)³. Esta matriz presenta, para cada caso, una revisión de los siguientes ítems: carácter de la iniciativa (nacional o internacional), institución, nombre de la experiencia, año de creación, fuente bibliográfica, línea, sublínea, objetivo, grupo etario, tipo de herramientas, medio en que se encuentra, lugar donde reposa, estado de validación, pertinencia para la política, pertinencia para la cultura, estado de actualización, público objetivo, si es una campaña publicitaria, tipo de proyecto y entidades que lo apoyan.
- **Material en medio físico.** Para la revisión en el ámbito nacional, la Fundación Saldarriaga Concha entregó, en medio físico, el material recolectado en una primera aproximación realizada con las entidades del sector público y privado en el marco del convenio establecido.
- **Internet.** Después de la revisión por parte del equipo de asesores a cargo de la consultoría, se llevó a cabo la búsqueda por internet —tanto en el ámbito internacional como en el nacional— para complementar el primer insumo elaborado por la Fundación Saldarriaga Concha.
- **Entidades públicas y privadas.** El criterio de selección de las entidades visitadas fue que estas hicieran parte del Convenio Marco no. 1375 de 2015. Estas entidades son: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Cultura, Fundación Éxito, Fundación Bancolombia y Fundación Plan. De este grupo de entidades, fue imposible realizar la revisión de las experiencias, programas y materiales en forma presencial con el Ministerio de Educación Nacional y la Fundación Bancolombia; en estos casos, la revisión se llevó a cabo de manera virtual.

² Este documento fue dispuesto en la carpeta en Drive titulada “HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE 2015”, por parte del equipo de la Fundación Saldarriaga Concha, para el equipo del Eje de Salud Pública de la Fundación Santa Fe de Bogotá, a cargo de la consultoría.

³ Esta matriz fue dispuesta en la carpeta en Drive titulada “HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE 2015”, por parte del equipo de la Fundación Saldarriaga Concha para el equipo del Eje de Salud Pública de la Fundación Santa Fe de Bogotá, a cargo de la consultoría.

Tercera fase: búsqueda y registro de lo encontrado. La búsqueda y registro de lo encontrado se hizo de la siguiente manera:

- Los asesores encargados de cada eje, previa identificación de los focos correspondientes, revisaron las fuentes descritas a partir de los siguientes criterios:
 - Contenidos: relacionados principalmente con los ejes y los focos acotados para cada eje.
 - Pertinencia en términos de aportes conceptuales y metodológicos en los materiales, y de correspondencia con lo promovido por la política De Cero a Siempre.
 - Materiales: producción de soportes como cartillas, video, afiches, plegables, campañas, entre otros.
 - Públicos: distintos actores a quienes va dirigido el material.
 - Accesibilidad: en este caso, carácter público o restringido de las fuentes.
 - Validación: procesos de evaluación o validación presentes en experiencias y materiales.

- Para cada eje, la revisión obedeció a la siguiente ruta: i) revisión de la información registrada en el documento y en la matriz elaborados por el equipo de la Fundación Saldarriaga Concha; ii) identificación y revisión de las experiencias internacionales y nacionales, algunas a través de las páginas web de cada una de las entidades ubicadas en el primer insumo y otras a partir del conocimiento de cada asesor experto en el tema —esto último con el fin de complementar y ampliar los resultados de la búsqueda—; iii) exploración, a partir de los focos y criterios definidos, de los insumos provistos por la Fundación Saldarriaga Concha en la primera aproximación entre entidades y de los materiales entregados al equipo de la Fundación Santa Fe de Bogotá en los encuentros con los delegados de las diferentes entidades (ICBF, MinCultura, Fundación Éxito y Fundación Plan).

- La revisión dio lugar a la construcción de una matriz por ejes⁴, estructurada en dos partes:
 - Primera parte: información general de la experiencia o el programa, con registro inicial de lo internacional y luego de lo nacional, así: origen (internacional o nacional), institución (nombre de la entidad), nombre de la experiencia, año de creación, enlace, línea, sublínea, objetivo, mensaje, público objetivo.

⁴ La matriz de cada eje hace parte de los productos parciales que fueron entregados en el marco de la consultoría. Reposan en la carpeta número 2 del informe 3, radicado en la Fundación Saldarriaga Concha.

- Segunda parte: información específica de los materiales. Así, la segunda parte de la matriz incluía los siguientes ítems: título del material, naturaleza del uso (pública o privada), formato (físico o digital), tipo de material físico (cartilla, plegable, folleto, CD, modelo, friso, afiche, ficha, rotafolio), tipo de material digital (videoclip, canción, animación, curso, documental), si hacía parte de una campaña de comunicación, fecha de creación, idioma, contenido central del material, pertinencia para la política, pertinencia cultural, disponibilidad, validación, ámbito de aplicación, público objetivo.

Cuarta fase: resultados de la revisión internacional y nacional. Esta fase contempló principalmente la construcción de un documento por cada eje⁵, donde se describen los hallazgos en los ámbitos internacional y nacional, con especial énfasis en el trabajo de la experiencia o programa, la población a la que estaba dirigido, los principales materiales que utilizaba —tanto para procesos de formación e información como para estrategias de comunicación— y aspectos relevantes de la revisión en el marco del diseño del kit de herramientas.

El documento de cada eje ha sido el insumo para la construcción del presente capítulo, denominado “Aproximación a la contextualización” y, de modo específico, del apartado titulado “Resultados encontrados en los ámbitos internacional y nacional”.

La síntesis de la ruta metodológica para la identificación de experiencias, programas o materiales en los ámbitos internacional y nacional se muestra en la siguiente gráfica (Ilustración 1).

⁵ El documento de cada eje hace parte de los productos parciales que fueron entregados en el marco de la consultoría. Reposan en la carpeta número 2 del informe 3, radicado en la Fundación Saldarriaga Concha.

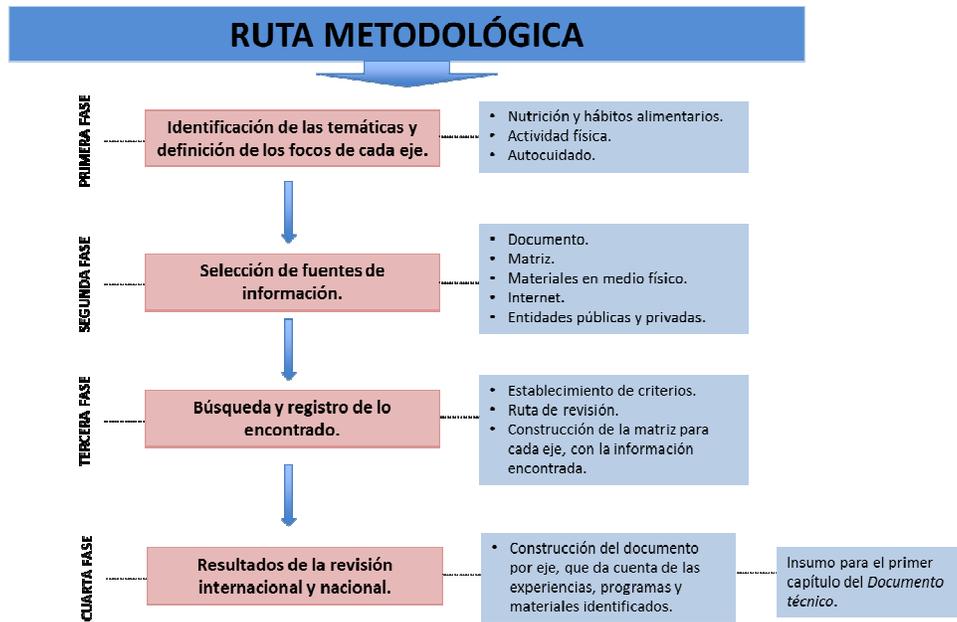


Ilustración 1. Ruta metodológica. Identificación de experiencias, programas y materiales en los ámbitos internacional y nacional para los tres ejes definidos

Resultados encontrados en los ámbitos internacional y nacional

Ámbito internacional

Las estrategias educativas, de información y de comunicación en torno a nutrición y hábitos alimentarios, actividad física y autocuidado en la primera infancia son temas de gran relevancia en el marco de las políticas públicas internacionales. Así, tales estrategias son abordadas como un componente clave de las intervenciones propuestas en el marco de los programas para la primera infancia.

Internashonal level

Di edukieshan strategy dem, fi di informieshan and comuniukieshan bout nutrishan and eating habits, phisical activity and selfkier inna di first chillhood da very impuortant topics wid high relevance inna di internashonal public policy dem, since ih da wan fundamental topic, dem use diis strategys like wan key compouent fi di selected intervenshan dem, inna di context a di programs fi di first childhood –Creole.

Todos los procesos de adopción de hábitos saludables durante los primeros años de vida son una apuesta por el desarrollo de las capacidades humanas. Este proceso deberá ser tan amplio

que permita desarrollos individuales de la niña o el niño, pero también de su entorno familiar y comunitario, donde además se cuente con apoyo multisectorial e interdisciplinario.

Nutrición y hábitos alimentarios

A partir de la revisión realizada en el ámbito internacional, se identificaron estrategias que incluyen experiencias de varios países. En el sector público, son relevantes las iniciativas Let's Move! Active Schools, Healthy Children y Let's Go! 5-2-1-0. Estos programas diseñan materiales educativos y comunicativos para cuidadores, padres de familia y comunidad en general, y las rutas definitorias de sus estrategias se orientan en una triple vía (padres, educadores y niños), lo que facilita la interacción de la primera infancia con los responsables de su desarrollo en escenarios propios de su cotidianidad (escuela, hogar, espacios comunitarios).

Se reportan también otras dos experiencias que, si bien no van dirigidas a la primera infancia, son valiosas por sus ideas de implementación: CATCH y We Can! A través de actividades lúdicas en el espacio escolar y familiar, estos programas educan en temas de nutrición y hábitos saludables a niñas, niños y adolescentes.

Uno de los países más sobresalientes en el desarrollo de programas pertinentes para este tema es Australia, donde se desarrollan estrategias en comunicación y educación alimentaria y nutricional muy ambiciosas, estructuradas y articuladas con todas las instancias políticas e institucionales del país. Australia cuenta, por ejemplo, con el programa curricular REFRESH.ED, incorporado en todos los niveles educativos desde prekínder hasta grado décimo, que trabaja en cuatro ejes temáticos en torno a la alimentación y los hábitos adecuados: fuentes de alimentos y bebidas, elección de alimentos y bebidas, experiencias de alimentos y bebidas, y *alimentos, bebidas y salud*.

Kumina, bebía i salú —Palenquero.

En cada uno de estos ejes temáticos se diseñan actividades específicas para desarrollar a lo largo del año escolar. Las actividades propuestas guardan una estructura similar, pues en ellas se plantea una introducción al tema, algunos mensajes clave, determinados objetivos y ciertas formas de vinculación con el currículo educativo y con la vida real. Además, se resaltan las capacidades de aprendizaje y la información que deben tener en cuenta los profesores para el abordaje de los temas.

Entre las iniciativas relacionadas con hábitos saludables durante la primera infancia, Australia cuenta con Munch & Move, que promueve hábitos saludables en alimentación y actividad física y presenta estrategias para la reducción del tiempo de uso de pantallas pequeñas. A través de su página web, Munch & Move ofrece entrenamiento y recursos de acceso gratuito (material educativo, canciones, cuentos y guía de actividades) para educadores y cuidadores de niñas y niños menores de cinco años, herramientas que se articulan con las guías alimentarias para la población australiana. El programa ofrece también cursos vía webinar para

dar capacitación a profesores y cuidadores en fechas determinadas. Esta iniciativa ha sido evaluada y validada (julio de 2008 y agosto de 2009) con apoyo del Departamento de Salud de Australia, la Universidad de Sidney y el Centro de Investigación para la Primera Infancia (ECTRAR).

Pick Right. Feel Bright! es una campaña de comunicación alimentaria y nutricional que, con la ayuda de unos personajes llamados “Los Wiggles”, busca enseñar a niñas y niños a elegir, de manera adecuada y sostenible, mejores alimentos para tener una alimentación inteligente y, con ello, un futuro más brillante. Esta iniciativa se lleva a cabo en Australia y Nueva Zelanda, con el apoyo de la organización Australia Nutrition. La campaña ofrece material gratuito disponible en su página web y redes sociales, y acceso libre —en Youtube— a material del programa de televisión dirigido a niños y niñas para bailar, cantar y preparar recetas saludables.

Dentro de las estrategias multiculturales, en Estados Unidos se destaca My Plate, un portal virtual que cuenta con contenido multimedia y versión impresa, en veinte idiomas diferentes. Sus contenidos incluyen la presentación de alimentos representativos de cada continente, con lo que se rescata la identidad cultural de los diferentes grupos étnicos. La estrategia ha desarrollado material informativo y de trabajo específico con población infantil —desde los dos años de edad—, que tiene en cuenta los cambios físicos, mentales y sociales que niñas y niños atraviesan en las diferentes etapas de su desarrollo. De igual modo, ofrece a padres, cuidadores y educadores información útil y sencilla para la preparación de loncheras, meriendas y refrigerios, así como datos sobre actividades de estimulación de acuerdo con las etapas del desarrollo infantil.

En el continente europeo, una de las experiencias más significativas es Epode International Network⁶, cuyo objetivo principal es elevar, entre los actores políticos e institucionales —públicos y privados—, la conciencia política, institucional y científica sobre la importancia de las acciones locales y los desarrollos sostenibles para la prevención de la obesidad infantil. Desde 2004 esta Red ha conectado a más de 500 comunidades, en países como Bélgica, España, Grecia, Francia, México y Australia. En cada uno de los países las estrategias son financiadas con recursos de diversa procedencia: por ejemplo, en Australia y México la principal fuente de financiamiento es pública; en Grecia y Bélgica los recursos son de origen privado; en España y Francia se recibe inversión mixta.

La metodología Epode contempla cuatro pilares: compromiso político, recursos, servicios de apoyo y evaluación. A través de estos, la iniciativa busca empoderar a los actores locales dándoles confianza y flexibilidad para operar en su ámbito inmediato y para adaptar sus acciones al perfil y necesidades de la población (Borys et al., 2012). Los servicios de apoyo de Epode tienen por objeto crear en las familias las condiciones necesarias para la difusión sostenible de mensajes en torno a la estrategia, así como implementar cambios sociales consistentes que favorezcan la adopción de comportamientos saludables entre la población. La estrategia es exitosa en la medida en que la mayoría de sus acciones se generan desde el ámbito local, sus facilitadores promueven los microcambios en el entorno familiar, y estos

⁶ Epode es una red de carácter internacional que conecta los avances de diferentes experiencias del ámbito internacional para la prevención de la obesidad infantil.

reciben apoyo de parte de las instituciones y patrocinadores —públicos o privados— bajo un enfoque de marketing social, según el país.

En España es reconocida la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS), que, además de los sectores sanitario y educativo, involucra otros actores de la sociedad para la promoción de hábitos saludables en la población infantil y juvenil. Su principal objetivo es sensibilizar, esto es, generar mayor conciencia ciudadana sobre los efectos negativos de la obesidad en la salud y el bienestar de las personas.

Brasil, por su parte, despliega una estrategia que ha sido pionera en el mundo y que, de hecho, es catalogada como la más antigua. El Programa Nacional de Alimentación Escolar (PNAE) tiene como objetivo contribuir al crecimiento y desarrollo de los niños, al mejoramiento de su proceso de aprendizaje y de su rendimiento escolar, y a la formación de hábitos alimentarios saludables a través del suministro de alimentos en la escuela y de acciones de educación alimentaria y nutricional.

El programa, a través de la transferencia de recursos financieros, tiene total cubrimiento de la población de la educación básica: desde jardines infantiles, primaria y secundaria hasta la educación de adultos matriculados en las escuelas públicas. Este programa incorpora acciones de educación alimentaria y nutricional en el contexto escolar, con énfasis en alimentación saludable y promoción de la salud. Así, reconoce a la escuela como un espacio propicio para la formación de hábitos y la construcción de ciudadanía, y le ayuda a asumir la función pedagógica que, como entorno, puede y debe tener. Todas las lecciones educativas referentes al tema alimentario se insertan en el plan de estudios de los diferentes niveles educativos (Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação, n.d.).

Chile cuenta con la estrategia dirigida a la primera infancia llamada Chile Crece Contigo, cuyo objetivo principal es acompañar y hacer seguimiento personalizado al desarrollo de niñas y niños desde el primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar en el prejardín y preescolar. La estrategia se desarrolla a través de procesos de sensibilización, promoción, información y educación sobre cuidado y estimulación oportuna, todos ellos tendientes a generar un ambiente social con entornos familiares y comunitarios favorables, que contribuyan al despliegue máximo del potencial de desarrollo de niñas y niños en sus primeros años de vida.

Chile Crece Contigo ha construido materiales educativos (cartillas, música, cuentos infantiles, un programa de radio, un programa de televisión y una página web interactiva) con una diferenciación para grupos étnicos que rescata las prácticas culturales ancestrales propias de cada comunidad. De igual modo, la estrategia cuenta con una guía de alimentación familiar para promover la alimentación saludable y los buenos hábitos en la primera infancia (Ministerio de Desarrollo Social, n.d.).

La Ilustración 1 presenta de manera resumida las experiencias descritas:

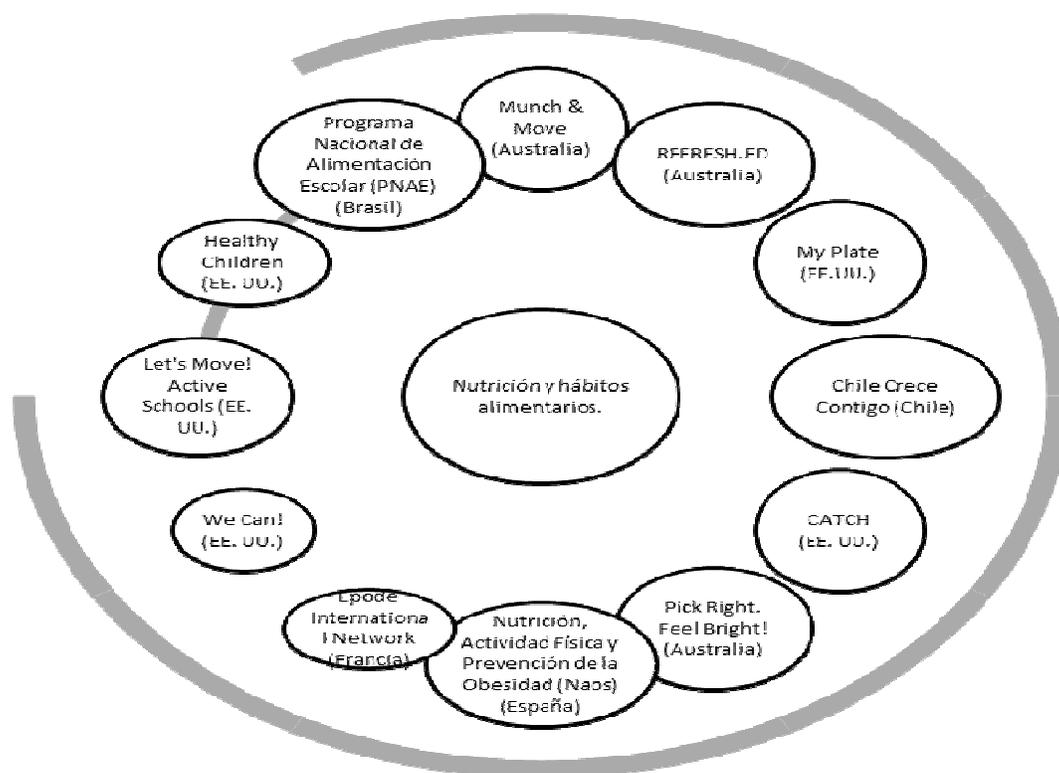


Ilustración 2. Experiencias internacionales: nutrición y hábitos alimentarios

Actividad física

En relación con el componente de actividad física, se revisaron las principales estrategias, proyectos e iniciativas existentes en el ámbito internacional. Se identificaron experiencias en Estados Unidos, Canadá, Francia, España, Bélgica; y en Brasil y Chile en el contexto latinoamericano.

La Ilustración 2 presenta las principales estrategias, en lo sucesivo, para este eje temático:

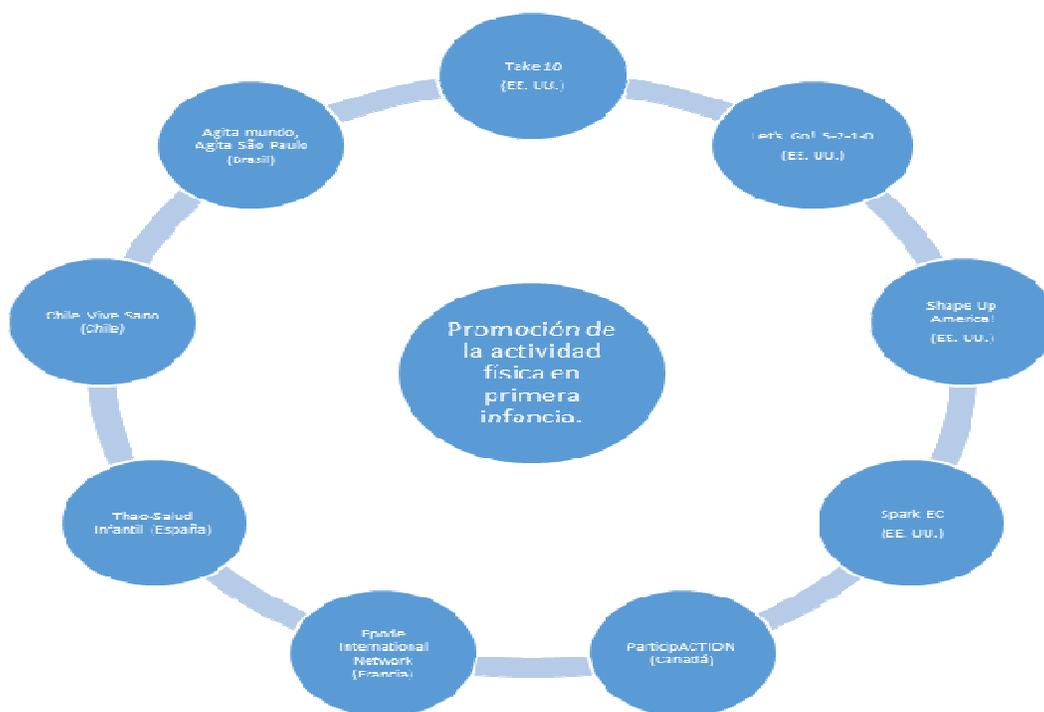


Ilustración 3. Experiencias internacionales: actividad física

El proyecto Take 10 de Estados Unidos, de alcance nacional y perteneciente al ILSI Research Foundation, se centra en la promoción de la actividad física en niñas y niños escolarizados(as). Con el apoyo de los docentes y agentes educativos, se procura la realización de diez minutos de actividad física durante el tiempo de clases. Este proyecto sobresale entre las estrategias revisadas en esta línea, pues no solo permite cumplir con el intervalo mínimo recomendado de actividad física diaria en niñas y niños, sino que también ofrece una recomendación realizable en el ambiente escolar. Esta idea podría aplicarse en el contexto colombiano, dadas las posibilidades de adaptación dentro de nuestros programas escolares.

La estrategia Let's Go! 5-2-1-0 es ejemplo de proyectos desarrollados en el ámbito internacional, con el apoyo de la estrategia global de promoción de hábitos saludables de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Let's Go! 5-2-1-0 no se centra solo en la promoción de la actividad física, sino que también ofrece recomendaciones adicionales en aspectos tales como el tiempo de dedicación para ver televisión y el consumo de frutas y verduras; lo que, en conjunto, promueve hábitos de vida saludable entre la población infantil. Su mensaje es claro y se apoya en un proceso de comunicación y difusión de fácil recordación, y sus características lo hacen replicable en el contexto colombiano.

Estados Unidos también cuenta con estrategias de entidades privadas como Shape Up America! o Spark EC, centradas en la prevención de la obesidad infantil a través de la implementación de procesos de evaluación, seguimiento y medición. Estos procesos permiten sustentar proyectos de investigación en el tema de hábitos saludables.

La iniciativa ParticipACTION de Canadá, diseñada para niñas, niños y jóvenes, desarrolla herramientas de comunicación e implementación de proyectos en diferentes ámbitos dentro del país. El programa se enfoca en el desarrollo de actividades al aire libre, y cuenta con un kit de comunicación sobre el proyecto y los lineamientos estratégicos de su temática.

La Red Internacional Epode, descrita en el eje de nutrición, se ubica también en el de actividad física. Su principal objetivo es elevar, entre los actores políticos e institucionales —públicos y privados—, la conciencia política, institucional y científica sobre la importancia de las acciones locales y los desarrollos sostenibles para la prevención de la obesidad infantil a través de la nutrición sana y la actividad física.

En España, el programa Thao-Salud Infantil se concentra en la prevención de la obesidad infantil. Esta iniciativa genera redes que permiten intercambiar información y recopilar el trabajo de varios proyectos en diferentes países. Tanto Epode International Network como Thao-Salud Infantil cuentan con herramientas como su descripción metodológica, su proceso de implementación y medición, y su evaluación.

En otros países, como Grecia y Bélgica, se ha implementado la misma estrategia francesa Epode con adaptaciones particulares para su población. Debido al carácter privado de la iniciativa, no fue posible acceder a información específica. A la fecha, el único país que ha desarrollado esta estrategia de manera pública es México, donde se enumeran —entre otros— los siguientes temas centrales de trabajo: leche materna, desayunos, grupos de alimentos, aporte de los micronutrientes, comedores de estilo familiar y huertas.

En Estados Unidos y Canadá, por lo general, los programas hacen parte de estrategias globales enmarcadas en políticas públicas, las cuales regulan la participación de entidades públicas y privadas bajo el objetivo común de prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles.

En el contexto latinoamericano, la experiencia Chile Vive Sano sobresale como una de las mejor articuladas. Promovida por la primera dama, Sra. Silvia Morel, la iniciativa busca fomentar la actividad física y los hábitos saludables en toda la población chilena, por lo que se enmarca en una estrategia de salud pública que establece alianzas que involucran tanto al sector público como al privado.

El proyecto brasileiro Agita mundo, Agita São Paulo tiene despliegue nacional y se desarrolla en el marco de la promoción de la actividad física como estrategia para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Puesto que cuenta con el apoyo de los sectores público y privado, ha sido posible extender la iniciativa a varias regiones del país y hacer las adaptaciones necesarias según los recursos disponibles en el ámbito local.

Actualmente, la iniciativa disfruta de un buen grado de sostenibilidad gracias al apoyo que recibe desde la academia y al despliegue técnico en el ámbito local.

En este orden de ideas, la revisión de experiencias internacionales evidencia la alineación existente entre las recomendaciones globales en salud y las directrices expedidas en Colombia. Estas también buscan transmitir el mensaje en forma clara y específica; además, así como las estrategias y programas internacionales, deben desarrollarse de forma integral, con base en el modelo ecológico. Se recomienda incluir todos los ámbitos, actores y entidades públicas y privadas, para fortalecer y dar sostenibilidad a cada estrategia.

Autocuidado

Las experiencias relacionadas con aspectos del autocuidado (higiene corporal y oral, lavado de manos y sueño seguro), se enfocan en la educación de padres de familia, cuidadores, docentes, niñas y niños, en diferentes ambientes y culturas. El objetivo de esta educación es la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la protección específica, a fin de lograr un adecuado bienestar en salud física y mental de la población infantil.

MANKAGWI RINHACHWÌ: MANUNKAGWI RINHA'CHUKWASÌ UNKURIGAWIANARI EMA JUNA NI: GUCHA BUNSI MIKAWI, KUKA AYEIGWI, GUNA' ÒNCHUSI AWAGWI, GUGIN KINKI KÙMEY, EMA YUNARI PINNASE IKU ZUKAKUSE', GUMUSINU, UWIYA, CHWUYA WINUNKUWUSI ZWEYNGWASI, EYMARI DU ME ZANUKWA UNKUWARUNHI, WICHAMU MEZANU NUNGWASI UYARI GUMUSINU DU AZANUNGWA KUTASI –Arhuaco.

Con base en lo anterior se encuentran en espacios virtuales numerosos documentos, campañas, recomendaciones, materiales, etc., sobre los temas descritos; sin embargo, el criterio de selección ha sido la pertinencia y relevancia frente a la presente Estrategia Educativa. También se han tenido en cuenta el escalonamiento y la calidad de los materiales, así como las características socioculturales propias de la población objetiva.

Las experiencias se convierten en este sentido en un referente para algunos de los aspectos del eje de autocuidado, y para la construcción y adaptación de los materiales, en virtud de las características generales de la población.

En el contexto internacional se encontró el *Manual de protocolos de seguridad y cuidado infantil* de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (Junji) del Ministerio de Educación del Gobierno de Chile. Estas entidades buscan apoyar y promover hábitos de vida saludable que contribuyan al bienestar de las niñas y los niños en las instituciones educativas. Los protocolos contemplan aspectos relacionados con el autocuidado (higiene personal y sueño seguro).

Se destaca el “Protocolo no. 6: Medidas preventivas en la sala de hábitos de higiene”, con aspectos como lavado de manos, cepillado de dientes, asistencia al baño y cambio de pañal. El “Protocolo no. 7: Medidas preventivas durante el momento de sueño o descanso de los niños y niñas”, se destaca también por sus recomendaciones puntuales sobre la duración del sueño, el entorno y la posición adecuada para dormir boca arriba (Ministerio de Educación del Gobierno de Chile, 2014).

En el contexto norteamericano se reporta la experiencia de capacitación desarrollada por el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas y el Departamento de Servicios Familiares y de Protección de Texas, donde se resalta la importancia de educar tanto a padres como a cuidadores, en la creación de entornos seguros para el sueño. La capacitación se realiza mediante talleres, recomendaciones, consejos, etc., que les dan nuevas pautas a los cuidadores de niñas y niños menores de un año para prevenir el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), así como ejemplos sobre ambientes seguros para la población infantil.

La capacitación cuenta con un grupo de profesionales expertos en el tema, quienes han dado continuidad a la labor educativa y las mejores recomendaciones para facilitar el cuidado de las niñas y los niños. También capacitan a los talleristas o profesionales que imparten los talleres para garantizar la comprensión de los temas tratados por parte de los padres y/o cuidadores (Department of State Health Services & Department of Family and Protective Services, 2010).

En relación con el tema de higiene oral se encontró que la Oficina de Salud Oral del Departamento de Salud Pública de Massachusetts publicó en noviembre de 2009 el documento *Implementación de un programa de cepillado dental para promover la salud bucal y prevenir las caries dentales*. Esta guía fue desarrollada como ayuda para los programas de educación y cuidado tempranos, donde se determinan los principales problemas dentales de las niñas y los niños, la forma de prevenir las caries, y estrategias de implementación de un programa de cepillado dental en un centro de cuidado infantil (Office of Oral Health of Massachusetts Department of Public Health, 2009).

La Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnado (Ceapa), de Madrid, cuenta con la *Guía para las familias: Cómo promover hábitos saludables y el desarrollo socioeducativo en niños y niñas a través del ocio y el tiempo libre*. El objetivo de la Guía es promover una alimentación sana, vinculada al deporte y al tiempo de ocio saludable en familia. También se propone fomentar estilos de vida responsables, que promuevan la toma de decisiones y la autonomía, para la prevención del consumo de sustancias nocivas para la salud, como drogas y alcohol, dado que pueden aumentar situaciones de riesgo en la población infantil y adolescente.

La Guía resalta la importancia de generar espacios de ocio y descanso durante el día, y especifica las cantidades de tiempo recomendadas para cada uno que son favorables para la salud física y emocional. También hace énfasis en la importancia de respetar el tiempo de sueño y la cantidad de horas que se deben invertir en él; lo toma como un aspecto fundamental del descanso y bienestar de las personas (Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnado [Ceapa], 2014).

También en el contexto español la ¡Estrategia gente saludable! 2010-2015, del Ayuntamiento de Madrid, ofrece en la página de inicio de su portal web dos apartados (“Programas marco” y “Talleres”) donde se encuentra información y consejos sobre hábitos saludables (higiene, alimentación y actividad física), para la prevención y promoción de la salud (Ayuntamiento de Madrid, n.d.).

UNICEF Venezuela tiene un documento sobre hábitos de higiene, desarrollado por especialistas en el área. Incluye un apartado teórico con los conceptos principales y propone actividades dirigidas a docentes, actores comunitarios que participan en escuelas y a la comunidad en general. Dos de los temas sobre los que versa esta publicación son la higiene general personal, y las condiciones sanitarias y de seguridad, con lo cual resalta la importancia de la salud individual y colectiva, y la preservación del ambiente (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Unicef, Venezuela], 2005).

Para finalizar la revisión de experiencias internacionales, se hace imprescindible resaltar la pertinencia e importancia de la declaración del Día Mundial del Lavado de Manos, promovido por la Alianza Global y Unicef entre entidades públicas y privadas. Existe una guía que ofrece los materiales necesarios para hacer de la celebración del Día Mundial del Lavado de Manos, una experiencia posible y exitosa para las personas que la quieran organizar. La guía plantea la importancia del lavado de manos con agua y jabón, los cinco momentos críticos del hábito, algunas preguntas frecuentes, mensajes comunicacionales, referencias y recursos recomendados.

Esta estrategia fue creada, además, con el fin de movilizar a millones de personas y crear conciencia sobre el hecho de que el lavado de manos es una de las formas más efectivas y económicas de prevenir enfermedades diarreicas y respiratorias; responsables éstas de un alto porcentaje de muertes infantiles (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Unicef], 2009).

La Ilustración 3, resume las experiencias internacionales más relevantes para el eje de autocuidado.



Ilustración 4. Experiencias internacionales: autocuidado (higiene corporal y sueño seguro)

Ámbito nacional

En la revisión de estrategias de información, educación y comunicación de carácter nacional, tendientes a la promoción de hábitos alimentarios saludables en la primera infancia, se identifican los esfuerzos por articular experiencias públicas y privadas, orientadas al desarrollo de las capacidades humanas en esta etapa, a través de la adopción temprana de una alimentación saludable y de hábitos alimentarios, actividad física y autocuidado. Se reconocen experiencias como planes, programas y estrategias que, desde lo público, han buscado el reconocimiento de la diversidad, enfoques participativos y acciones sostenibles a largo plazo.

Nutrición y hábitos alimentarios

Entre las experiencias nacionales en nutrición y hábitos alimentarios, se identifica el material denominado *Para comer... Cinco sentidos y el corazón*, una propuesta pedagógica en la que se aborda la alimentación más allá de ser una necesidad básica, y se plantea cubrir los requerimientos nutricionales. Esta experiencia busca promover en la primera infancia, el vínculo sensorial y afectivo que se establece en el acto de comer, y la cultura culinaria tradicional como factor de identidad y saber propio de una región; recupera así recetas y estimula las cadenas generacionales alimenticias. Esta iniciativa del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), en conjunto con diferentes instituciones, en la costa pacífica colombiana, aborda las dinámicas constantes de la infancia relacionadas con la alimentación.

Del ICBF se destacan también las *Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la Población Colombiana Mayor de dos años* de 2015 (con su resumen ejecutivo, los mensajes de hábitos de vida saludable y el plato de la familia colombiana). Este material se constituye en referencia para la promoción de prácticas de cuidado en la primera infancia.

También desde el ICBF se identificó la experiencia Seres de Cuidado, enfocada al ámbito comunitario para trabajar con familias de áreas dispersas del territorio nacional. Es de resaltar que la primera fase de esta propuesta fue validada con población afrodescendiente e indígena colombiana, y que es además un material que integra contenidos de la alimentación infantil, desde el nacimiento hasta los primeros cinco años de vida.

CuidArte es el programa de formación dirigido a cuidadores, familiares de niñas y niños de cero a cinco años y once meses, sobre cuidado y crianza en esta etapa. Nace en 2010 como una iniciativa del Ministerio de Educación Nacional, Familias en Acción, Fundación Cinde Colombia y Edupol, que tiene como objetivos fortalecer las prácticas de cuidado y crianza, y promover el desarrollo infantil. Dentro de los temas de interés de este material se puede destacar la alimentación perceptiva como herramienta de cuidado psicosocial. Adicionalmente se desarrolló el material *CuidArte antes de nacer*, que despliega información dirigida a mujeres en edad fértil, madres gestantes, lactantes y su red de apoyo, donde se da información acerca de cómo amamantar al recién nacido, y algunos elementos a tener en cuenta para la alimentación complementaria.

El Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, es una herramienta de política pública que visibiliza la importancia de asumir la lactancia materna como un compromiso público fundamental del bienestar y la calidad de vida para la primera infancia. Entre otras estrategias destacables en el panorama nacional está la de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (Aiepi), que busca la educación continua de profesionales de la salud, para mejorar la orientación en temas relevantes como la lactancia, la alimentación complementaria y la vacunación.

La iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI) es otra estrategia colombiana que tiene como finalidad, garantizar un mejor comienzo para las niñas y niños, incorporando elementos vitales para la salud de la mujer y el desarrollo infantil.

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ha desarrollado campañas encaminadas a mejorar la alimentación y el bienestar de los colombianos: por ejemplo, Plan A busca concientizar, educar y comunicar estilos de vida saludables a través de mensajes cortos y divertidos, juegos e infografías educativas. Otra de las estrategias desarrolladas por el MSPS es El Remedio, que, si bien no esté dirigida a la primera infancia, busca promover el consumo de frutas y verduras y la actividad física, como pilares del bienestar y la prevención de enfermedades crónicas.

Espacios virtuales como *Maguaré* del Ministerio de Cultura y *Cantoalegre* de Medellín, han producido canciones, cuentos y rondas alusivas a los hábitos saludables, con lo cual promueven el consumo de frutas y verduras e invitan a la actividad física. Este material es un apoyo importante en los procesos de información y formación de hábitos en la primera infancia.

Las iniciativas del sector privado⁷ cuentan con material educativo para la promoción de alimentación saludable. Algunas hacen parte de programas de apoyo alimentario, orientaciones para el tamizaje nutricional con orientación psicosocial, y desarrollos pedagógicos para la incorporación temprana de hábitos alimentarios apropiados. En su gran mayoría estas experiencias están dirigidas a las familias o a los agentes educativos, para la generación de cambios de comportamiento, como aportes de su política de responsabilidad social empresarial.

La Ilustración 4 resume las experiencias nacionales en nutrición y hábitos alimentarios, descritas anteriormente.

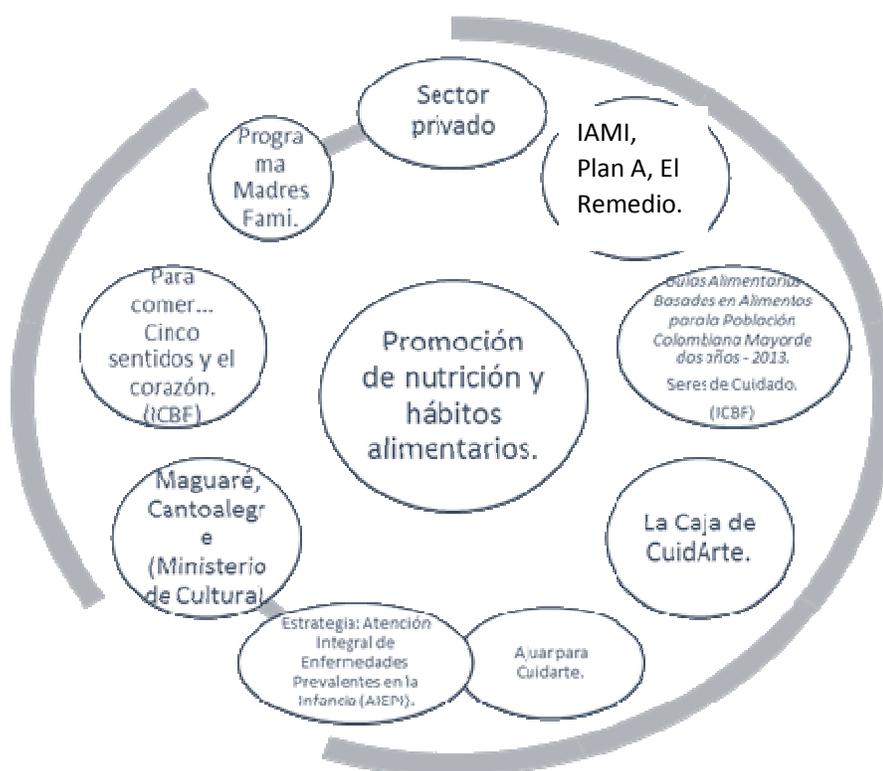


Ilustración 5. Experiencias nacionales: nutrición y hábitos alimentarios

Otra experiencia privada importante, es el conjunto de proyectos desarrollados por la Fundación Éxito en articulación con entes gubernamentales, que tienen dos componentes (educación y comunicación) y dos temas (alimentación y nutrición). Es el caso del curso de educación virtual para personal técnico, donde se imparten conocimientos relacionados con alimentación complementaria, lactancia materna y nutrición para los primeros mil días de vida del bebé. La Fundación Éxito ha producido cartillas sobre el plato saludable, recetas, folletos, entre otros materiales, para formar a las beneficiarias del programa Madres Fami (Familia,

⁷ En relación con el material producido por el sector privado, se revisaron desarrollos de la Fundación Éxito, Fundación Plan y Fundación Alpina.

mujer e infancia). Asimismo la Fundación Plan en Colombia ha diseñado una guía para trabajar con las comunidades pobres y vulnerables, en temas de protección de la niñez y desarrollo humano.

Actividad física

En el ámbito nacional las experiencias halladas para el eje de actividad física son promovidas, tanto por el sector público como por el sector privado. En el sector público se registran experiencias del Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Cultura y Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre (Coldeportes). Todos estos esfuerzos se enmarcan en la política de Estado De Cero a Siempre, mientras que en el sector privado las principales entidades son la Fundación Cardioinfantil y la Fundación Alpina.

Estrategias como CuidArte y Ajuar para Cuidarte promueven, entre otras cosas, la actividad física (provee actividades para la familia, las niñas y los niños). En CuidArte la actividad física es trabajada a través del juego (acontecer jugar); las actividades implican moverse. Este acontecer se complementa con el acontecer pasear y explorar, es decir, actividades puntuales que les permiten a las niñas y los niños hacer actividad física, y abordar con padres y cuidadores, conceptos y recomendaciones.

La herramienta didáctica de Plaza Sésamo y la Fundación Cardioinfantil, es bastante práctica porque contiene actividades puntuales con ejercicios para activar a niñas y niños. Sin embargo, se encuentra necesario complementar en esta estrategia a aspectos como frecuencia y duración, de manera que se puedan cumplir las recomendaciones para la actividad física en la población infantil.

Los materiales producidos por Coldeportes son bastante claros en mostrar cada recomendación y las actividades puntuales correspondientes a desarrollar con niñas y niños. Han sido diseñados para adultos, y su fortaleza está en la descripción —en términos de actividades, imágenes y tiempo de duración— cada periodo del desarrollo infantil.

La Ilustración 5 presenta las experiencias nacionales en actividad física.



Ilustración 6. Experiencias nacionales: actividad física

Autocuidado

Entre las experiencias nacionales revisadas para este eje, se resalta el programa CuidArte del Ministerio de Educación Nacional (MEN), desarrollado en el marco de la estrategia De Cero a Siempre, dado que contiene un buen número de temáticas y actividades para padres y cuidadores, a través de las cuales ofrece pautas y recomendaciones para el cuidado de la población infantil.

Del programa CuidArte se destacan las siguientes actividades y sus correspondientes recomendaciones: i) del *baño*, descrito como un momento agradable, relajante, y divertido, recomienda: baño diario de niñas y niños, acompañamiento por parte de adultos, e incorporación de objetos para entrenarlos(as) en ese momento. ii) Al *vestir* recomienda: uso de ropa limpia y calzado cómodo. iii) Sobre *ir al baño* recomienda: enseñar a niñas y niños el uso del baño, con amor y comprensión; uso adecuado del agua, jabón y papel higiénico.

En el caso de CuidArte Antes de Nacer, se identifica para este eje el *acontecer cuidar*, donde se dan recomendaciones generales para el cuidado de los(as) recién nacido(as): aseo del ombligo, momentos de interacción con bebés, sugerencias sobre el sueño, etc.

Las fortalezas de este material son la diversidad de personajes, características, ejemplos e ilustraciones; también el uso de mensajes de fácil comprensión, que son además dinámicos y

atractivos. Es necesario generar una comunicación asertiva con los padres y cuidadores, ya que de ellos depende, en mayor medida, el aprovechamiento de estas prácticas saludables y de bienestar para la primera infancia.

Del mismo modo se resaltan de este material algunos contenidos de la *Guía Unificada Cuidarte Antes de Nacer*. (Gobierno de Colombia, n.d.). Es el caso del taller cinco, titulado “Cuidar”, que tiene como objetivos promover pautas de cuidados de niñas y niños recién nacidos y hasta el primer año de vida, y desarrollar habilidades, capacidades y conocimientos en los miembros de la familia para facilitar el desarrollo infantil.

Otro material que se resalta es la guía *Llegaste a nuestra vida. Así te cuidamos*. (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2014). de la estrategia De Cero a Siempre. Su propósito es ofrecer algunas orientaciones sobre las características que suelen tener los bebés al nacer, así como pautas básicas para su cuidado diario durante el primer mes de vida. Protección, desarrollo integral y establecimiento de un vínculo del bebé con la familia, es el fin del material.

De la estrategia De Cero a Siempre se destaca también el folleto *Durmiendo boca arriba. Sueño seguro del bebé*. (Gobierno de Colombia, 2014). que da información, diagramas claros y recomendaciones sobre sueño seguro, para la prevención de la muerte súbita del bebé; además hace un reconocimiento de la diversidad.

La Academia Colombiana de Pediatría y Puericultura, por su parte, cuenta con el *Decálogo del cuidado del niño* (Academia Colombiana de Pediatría y Puericultura, 2015), que promueve el desarrollo de destrezas para la protección de la salud infantil y juvenil. Este Decálogo contempla diez acciones a modo de A-B-C, que aportan al autocuidado, según distintos casos. Así, de acuerdo con la pertinencia del eje temático sobre autocuidado, refiere temas como: vacunación y prevención de quince enfermedades prevenibles, lavado de manos y agua potable; salud oral y prevención de caries.

En el ámbito nacional se destaca la estrategia de comunicación y educación para la promoción de la salud de la primera infancia Seres de Cuidado, desarrollada por el ICBF y el Instituto Proinapsa de la Universidad Industrial de Santander (Proinapsa – UIS), e implementada con el acompañamiento de la UIS en población indígena y afrocolombiana. Esta iniciativa tiene en cuenta características socioculturales de la población colombiana en el momento de dar recomendaciones o aportar nuevos conocimientos a padres y cuidadores.

Del ICBF se consideran pertinentes también algunos arrullos y cuentos empleados como herramientas para acompañar el sueño seguro: “Puntukaa Serruma” (“Duérmete, pajarito blanco”), “Una morena en la ronda” y “Sopa de soles”. Asimismo, la *Guía Sordoceguera* (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF] & Secretaría Distrital de Integración Social [SISD], 2010) tiene un apartado interesante sobre cómo enseñar a niñas y niños con esta limitación, a adquirir hábitos saludables al dormir, cepillarse los dientes e ir al baño.

En relación con este eje se identifican además los materiales producidos por la Fundación Santa Fe de Bogotá, del proyecto Prevención de Enfermedades Infecciosas para la Primera Infancia: cuento y canción del lavado de manos para las niñas y los niños, y el rotafolio para el trabajo con los adultos. Estos materiales aportan de manera general a los focos del eje, y en

particular al fomento del hábito del lavado de manos para la promoción de la salud infantil. Por medio del cuento, una canción y un video clip, en un lenguaje claro y preciso dirigido a las niñas y los niños de primera infancia, se explican tanto los pasos como los momentos para realizar un adecuado lavado de manos.

Por otro lado, la Alcaldía Mayor de Bogotá en convenio con la Secretaría Distrital de Salud, la Institución Universitaria Colegios de Colombia y el Colegio Odontológico Colombiano, desarrolló las *Guías de práctica clínica en salud oral* (2010), para contribuir a la implementación de las Estrategias de Salud Oral del Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud 2005-2015, referidas a la reducción de las enfermedades bucodentales. Estas guías son muy pertinentes en el eje temático de autocuidado, porque hacen énfasis en las prácticas de salud oral adecuadas para la infancia, y da a conocer las formas más apropiadas de formar estos hábitos en niñas y niños.

También en la línea de higiene oral, el Ministerio de Salud en su programa Plan A, destaca los pasos para un adecuado cepillado de dientes y la limpieza de las mucosas en las niñas y los niños más pequeños(as). Se recomienda allí que el cepillado de dientes se haga en compañía de adultos, para hacer de éste un momento práctico y divertido.

La Ilustración 6, presenta las experiencias nacionales en el eje de autocuidado.

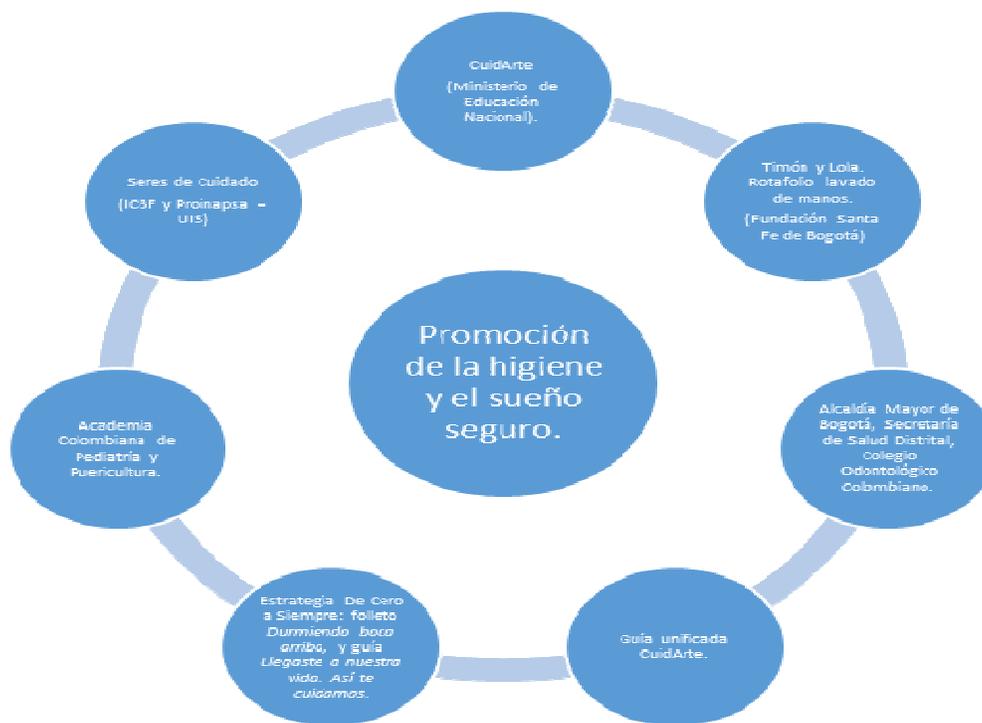


Ilustración 7. Experiencias nacionales: autocuidado (higiene corporal y sueño seguro)

Frente a la revisión internacional y nacional, es importante mencionar que las experiencias internacionales —en su mayoría— son iniciativas orientadas a la prevención de la obesidad

infantil, y que cumplen con ciertas características: a) son procesos estructurados que contemplan información de línea de base, investigación formativa para el diseño de las experiencias, y procesos de seguimiento y evaluación; b) se diseñan en el marco de una política nacional; c) son el resultado de un proceso de articulación intersectorial e interinstitucional; d) despliegan marcos regulatorios; e) desarrollan estrategias de comunicación y movilización desde el enfoque de marketing social; f) contemplan procesos de formación presencial y virtual en el largo plazo; g) sistematizan los aprendizajes y los tienen en cuenta para futuros ajustes y modificaciones; g) su producción de materiales educativos no es un resultado aislado, sino que da cuenta de un esfuerzo de integración de diferentes fases.

Se puede concluir que las estrategias e iniciativas de carácter internacional y nacional, para la promoción de la alimentación saludable en la primera infancia, plantean la importancia del involucramiento de la familia, las niñas y/o los niños, y sus cuidadores, a fin de lograr el desarrollo de las capacidades y autonomía necesarias para tomar decisiones informadas sobre su alimentación. Además, destacan la relevancia de un entorno favorable para la apropiación temprana de hábitos alimentarios saludables, en la que no sólo la individualidad es determinante, sino también otros ámbitos de la cotidianidad, como el familiar y el comunitario.

Es importante indicar también que varias de las experiencias internacionales y nacionales identificadas, pueden adoptarse en contextos específicos del territorio nacional, toda vez que están orientadas a la promoción de estilos de vida saludable en la infancia temprana. No obstante, los contenidos, mensajes, figuras e imágenes, entre otros materiales, deben ser lo más incluyentes posible, para alinearlos con la Política Nacional de Primera Infancia del contexto colombiano y la estrategia De Cero a Siempre.

En este sentido, con el ánimo de recoger las experiencias de información, comunicación y educación, se incluyen aquí los desarrollos locales, a partir de la información recolectada en las zonas. Por ejemplo, para el eje de actividad física se recomienda hacer uso, en especial, de los juegos autóctonos que se adaptan mejor a las condiciones ambientales, culturales y sociales de las niñas, los niños y las familias colombianas.

Ámbito local

La mirada local da cuenta de las principales experiencias que se han implementado en los municipios y/o corregimientos objetivos⁸: programas, campañas y material específico en nutrición y hábitos alimentarios, actividad física y autocuidado para la primera infancia.

Como se mencionó anteriormente, las experiencias locales fueron identificadas mediante la aplicación de dos formatos, titulados “Formato 1. Entidades o instituciones. Experiencia a nivel

⁸ Barranquilla (Atlántico), San Basilio de Palenque (Bolívar), Sibundoy (Putumayo), Pueblo Bello (Cesar), Maicao (La Guajira), San Andrés y Providencia, Ibagué (Tolima) y Manizales (Caldas).

local”⁹ y “Formato 2. Para espacios seleccionados según modalidades de atención a la primera infancia: entorno familiar, entorno comunitario y/o entorno institucional”. La información del ámbito local se presenta en primera instancia, comentando las experiencias en Nutrición y hábitos alimentarios; actividad física; y autocuidado (higiene y sueño seguro) que han desarrollado o vienen desarrollando entidades del orden gubernamental (salud, educación, cultura, ICBF, entre otras); en segunda instancia ubicando las experiencias en Nutrición y hábitos alimentarios; actividad física; y autocuidado (higiene y sueño seguro), implementadas desde las modalidades de atención a la primera instancia ya sea en el entorno institucional o en el entorno comunitario.

Desde las entidades en el ámbito local

De los ocho municipios y el corregimiento seleccionados en el marco de la consolidación de la Estrategia se registraron, en total, 75 experiencias. De ellas, las registradas en Barranquilla, Sibundoy e Ibagué exceden en número a las registradas en San Basilio de Palenque, Providencia y Pueblo Bello (Cesar).

Con respecto al tipo de intervención, se encontró que en todos los municipios y/o corregimientos hay experiencia en el desarrollo de programas, proyectos y campañas de orden local y nacional. La mayoría de estas han tenido como propósito la promoción de hábitos de vida saludable en el eje de nutrición y autocuidado, y en menor proporción, en el eje de actividad física para la población de cero a seis años.

En relación con el desarrollo de temáticas específicas en cada uno de los ejes, se encontraron de manera generalizada las siguientes acciones en los municipios: promoción de la lactancia materna, caracterización de la alimentación complementaria, alusión al consumo de frutas y verduras, desarrollo de actividades sobre higiene corporal, lavado de manos e higiene bucal y, en menor proporción, experiencias relativas a las rutinas a la hora de comer, al sueño seguro y a la actividad física.

De forma paralela, se evidenció que la mayoría de experiencias consignadas recibieron acompañamiento de entidades locales y nacionales; principalmente de instituciones oficiales de salud y educación, y del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

Las experiencias locales, en su mayoría, están dirigidas al trabajo directo con población infantil. Les siguen aquellas que tienen como población objetivo a padres y/o cuidadores; y, en menor proporción, se encuentran aquellas experiencias dirigidas al personal o los funcionarios de las entidades locales.

Entre las actividades reportadas y en la implementación de las experiencias, se observa el desarrollo de talleres, charlas y espacios recreativos, entre las actividades más frecuentes. En

⁹ Estos formatos fueron aplicados por el equipo remoto en cada zona, a través de una entrevista semiestructurada, a las principales entidades, modalidades y/o actores. La información recogida fue registrada en una plataforma virtual habilitada para tal fin, lo que facilitó la lectura de las experiencias en el ámbito local.

menor proporción, se encuentran obras teatrales y distribución puntual de material informativo.

En cuanto al diseño y uso de material, se detectó que los soportes más comunes son los impresos (cartillas, plegables y juegos), y los menos usados son los materiales digitales, como canciones y videos.

La adaptación sociocultural del material en el ámbito local se destaca como una práctica creciente y común en las zonas —aunque no generalizada—, lo que supone la traducción de canciones e impresos. Este hecho se evidencia en testimonios como los siguientes:

“El material sí está diseñado, pero por el presupuesto se entregan folletos, cartillas y libros en español y no en wayuunaiki”. (Fundación Santa Fe de Bogotá, 2015)

“Los diseños son universales y centralizados. Por ejemplo, los volantes (plegables) y los modelos para educación (figuras de mujeres blancas)”. (Fundación Santa Fe de Bogotá, 2015)

“Los materiales e implementos que se utilizan en las actividades son los convencionales, es decir, no parten desde lo propio”. (Fundación Santa Fe de Bogotá, 2015)

Por lo general, se evidencia mayor esfuerzo en la contextualización de las experiencias de comunidades indígenas y afrocolombianas, tales como el pueblo Kamëntsá y la población de San Basilio de Palenque. Estas experiencias cuentan con traducción de información al dialecto propio de la región, particularmente para el desarrollo de charlas, talleres y/o materiales como canciones y rondas. La mayoría de las comunidades resaltó la importancia de respetar la identidad cultural propia de sus regiones, de promover el diálogo de saberes mediante la producción de material con adaptaciones a sus dialectos, y de ver representadas las características de la población en las imágenes y el material gráfico.

El material de apoyo para los procesos de información y formación permanece en las entidades que desarrollan programas, acciones y/o actividades. Así, estos centros representan puntos estratégicos de confluencia para niñas, niños y adultos. En consecuencia, es posible promover de manera continua el uso del material mediante el apoyo del personal que labora en ellos.

Ahora bien, la recepción del material por parte de la población está determinada por la adaptación del mismo a las características socioculturales de la región, principalmente en zonas con minorías étnicas, afrocolombianas y raizales. Otro aspecto determinante para la receptividad del material es la participación activa de la población en la socialización del contenido y la creación o desarrollo de actividades y/o materiales para este fin.

Desde las modalidades de atención a la primera infancia

De cada uno de los municipios y del corregimiento que participó en la consolidación de la estrategia educativa en hábitos de vida saludable fueron registradas —como mínimo— dos experiencias, implementadas por los centros infantiles que atienden a las niñas y niños de primera infancia ya sea en modalidad institucional o comunitaria. Se encontró que, en su mayoría, estas hacen parte de un programa local o nacional, las demás, de un proyecto específico.

Todas las experiencias reportaron trabajar —por lo menos— un hábito en cada una de las temáticas consultadas, por lo que puede afirmarse que en todos los municipios se desarrollan iniciativas en nutrición y hábitos alimentarios, actividad física y autocuidado.

Con respecto al desarrollo de hábitos específicos para nutrición, se encontró un registro alto en la promoción de la lactancia materna, alimentación complementaria, consumo de frutas y verduras y rutinas a la hora de comer; y se halló un registro más bajo en el área de alimentación perceptiva.

En el eje de actividad física se encuentra promoción generalizada de los diferentes focos consultados, con un ligero énfasis en la práctica de deportes y actividades como caminatas y aquellas que incluyen el uso de triciclos o patines, entre otros. Respecto de los lugares específicos donde niñas y niños juegan, se encuentra un alto porcentaje de actividades dirigidas al lugar donde esta población permanece la mayor parte del tiempo, a espacios abiertos. La ejecución de juegos autónomos o independientes se estimula en menor proporción.

De forma paralela, en el eje de autocuidado se evidencia una elevada promoción de los hábitos específicos de higiene en todas las zonas. Este dato contrasta con el desarrollo de iniciativas en sueño seguro, que fueron reportadas en menos de la mitad de las experiencias registradas.

Las acciones se han desarrollado con padres de familia y/o cuidadores, niñas, niños y agentes educativos. Las metodologías más utilizadas en cada uno de los grupos se describen a continuación.

En el caso de los adultos, se organizan talleres vivenciales, charlas, mingas y actividades prácticas que promueven no solo la reflexión y apropiación de conocimientos específicos, sino también la incorporación de hábitos saludables con sus hijos.

Di action dem weh dem de develop wid di famaly pierens or di person rispansabl fi di chaild (di kiera); piknini dem and edukietiv agents; di methodology weh dem muo use iina each group da di falowing: fi di adult dem, laif experience workshap ,taaks, get tugueda and practical activitys weh promuot nat only reflekshan fi ritien ih laik paat a dem uon nalidge, bot also fi deepm di healthy eating habit wid fidem pikinini —Creole.

Otras experiencias emplean campañas que promueven la actividad física mediante las caminatas de niñas y niños —en compañía de sus cuidadores— desde su casa hasta el centro

educativo. Ciertas experiencias fomentan la nutrición por medio del envío de alimentos saludables como parte de las onces o los refrigerios escolares. Algunas campañas comprenden actividades lúdicas y de construcción artística con rondas, cantos, cuentos y pinturas.

Por una parte, en el desarrollo de rutinas diarias, los maestros y cuidadores promueven de manera permanente prácticas adecuadas de higiene, alimentación y actividad física en niñas y niños. Por otra, los agentes educativos tienen un papel protagónico como encargados —en la mayoría de los casos— de trabajar directamente con las niñas, los niños y sus padres, por lo que asisten de manera frecuente a procesos de formación y reuniones en los que se construyen y definen estrategias de acción. En paralelo, algunas de las modalidades de la primera infancia reportan la promoción de actividades físicas y deportivas dirigidas a maestros y cuidadores.

Entre los principales materiales utilizados para el desarrollo de talleres y actividades prácticas con adultos se encuentran plegables, cartillas, videos y juegos de mesa. También disponen de algunos materiales propios, diseñados por los mismos maestros y padres de familia durante las sesiones. De igual manera, para el trabajo con niñas y niños se reporta el uso de cuentos, juguetes, instrumentos musicales y elementos propios de cada rutina (aseo, sueño, alimentación y deporte).

En relación con la receptividad y apropiación del material, se encuentra buena aceptación del mismo debido a que buena parte de este suele ser diseñado o adaptado por la población, de modo que incluye elementos propios de su cultura e identidad. Se mencionaba, por ejemplo, que “la creación de juguetes propios también permitió la recuperación de los juegos tradicionales”. (Fundación Santa Fe de Bogotá, 2015)

Con respecto a la ubicación y acceso al material, en la mayoría de los casos no se encontraron restricciones. De hecho, el material utilizado por niñas y niños suele mantenerse a la vista y en estantes y muebles de fácil acceso, lo que favorece una promoción permanente de las rutinas y los hábitos de vida saludable mencionados.

Del total de experiencias registradas, se encontró que solo la mitad de ellas fueron acompañadas por algún medio de comunicación, y las herramientas más frecuentes fueron las cuñas y notas de interés en emisoras y periódicos locales. Todas las experiencias, sin embargo, contaron con algún tipo de acompañamiento institucional, aunque algunas reportaron que no era suficiente. Entre las principales instituciones que acompañan el proceso se encuentran instituciones de salud y educación local y nacional, tales como el ICBF —mencionado en la mayoría de las experiencias registradas—.

Como se puede apreciar, en el contexto nacional se han hecho grandes esfuerzos por la promoción de la actividad física en la población general, principalmente en adultos, niñas y niños escolares. Sin embargo, en Colombia se requieren procesos de formación sobre los principios de la actividad física para toda la población y la forma de medir el nivel de actividad física de las niñas y los niños durante la primera infancia. Del mismo modo, por lo general, los materiales, campañas, y estrategias implementados están dirigidos a padres, docentes o cuidadores, pero muy pocas veces a las niñas y los niños.

No obstante, es fundamental resaltar que, en la primera infancia, la dimensión individual de la niña o el niño no hace referencia únicamente a su persona, sino que incluye a los padres o cuidadores que son el núcleo que acompaña de manera permanente al niño. En consecuencia, las actividades que integran a niñas y niños con su núcleo cercano con el objetivo de hacer actividad física favorecen una adherencia efectiva a las recomendaciones dadas.

*Basetemëngaftac jenangmiam ndoñe quenatsmën një
basetem o shembasetem, bëtsëtsangnac entseit jtencuentam,
er chëng njëts teng basetemëngaftac jtsemnan, botaman
chamnisomñama —Kamëntsá.*

La revisión de la literatura constituye un esfuerzo por adaptar los materiales educativos y comunicacionales internacionales y nacionales al contexto de nuestras comunidades. Lo anterior permitirá favorecer la articulación de múltiples instituciones, desde una perspectiva integradora, con nuevos alcances y oportunidades.

Entre los referentes para la consolidación de la Estrategia Educativa en Hábitos de Vida Saludable, se considera importante rescatar y promover aquellas estrategias que involucran la participación activa de la comunidad y que evidencian saberes, tradiciones y prácticas propias. De este modo se fortalece el respeto por la diversidad.

En las experiencias locales se constata un gran énfasis en el trabajo de temas relacionados con los ejes de nutrición y hábitos alimentarios —en particular, lactancia materna, alimentación complementaria y consumo de frutas y verduras— y autocuidado —en especial, higiene general—. Por lo tanto, la recomendación para futuras intervenciones educativas es dar mayor énfasis al desarrollo de actividades relacionadas con los temas de alimentación perceptiva, actividad física y sueño seguro.

En las experiencias consignadas se evidencia una ingente necesidad de crear materiales que no solo estén traducidos a lenguas locales, sino que también reconozcan y representen los rasgos particulares de las poblaciones objetivo. Se sugiere fomentar una mirada incluyente en la que el respeto y valor por la diversidad promuevan la interculturalidad, a través del diálogo e intercambio de saberes, tradiciones y prácticas propias de cada región.

La creación y desarrollo de actividades y materiales específicos con el apoyo de las comunidades fueron identificados como elementos esenciales para la apropiación de contenidos y prácticas por parte de las poblaciones. Se sugiere considerar actividades que involucren estos aspectos.

Las experiencias vivenciales, didácticas y participativas fueron identificadas como las metodologías de trabajo más frecuentes y —en ocasiones— más positivas para la interiorización de conocimientos y prácticas, tanto en padres como en niñas y niños. Se sugiere que estas modalidades sean consideradas como parte de las estrategias y actividades que seán reforzadas en el trabajo con la población.

Aunque se evidencia gran creatividad del personal de los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) en la creación de material y estrategias de trabajo para el desarrollo de hábitos de vida

saludable en población infantil —tanto de manera directa con los infantes como a través de sus familias—, se menciona de forma reiterativa la insuficiencia de recursos físicos y económicos. Se sugiere aumentar la cobertura en la distribución de material didáctico para las niñas, los niños y sus familias.

Finalmente, se sugiere el diseño de estrategias que promuevan la creación, adaptación y flexibilidad en el uso de material, así como el desarrollo de actividades y prácticas. Lo anterior se recomienda tomando en cuenta las limitaciones estructurales, ambientales y de recursos que enfrentan las poblaciones objeto de las intervenciones.

Capítulo 2. Los hábitos saludables y los entornos

La promoción en salud es considerada por la Organización Mundial de la Salud como fundamento de la salud pública y, dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Organización de Naciones Unidas de 1999, se configura como la estrategia clave para el mejoramiento de los factores determinantes de la salud y la equidad. Para el cumplimiento de este propósito se requiere la participación de todos los sectores de la sociedad civil, el reconocimiento de las condiciones de la salud y la definición de prioridades para la toma de decisiones de actuación en favor del bienestar social y comunitario.

En la Carta de Ottawa (1986), la promoción de la salud es definida como un “proceso de habilitación de las personas con el objeto de mejorar su salud y aumentar el control que puedan ejercer sobre ella” (Cerqueira et.al., 2003, p. 2). En esta carta como lo referencia Cerqueira y otros, la promoción de la salud comporta cinco esferas estratégicas: “i) establecimiento de políticas públicas dirigidas al mejoramiento de los factores determinantes de la salud y la equidad; ii) habilitación de individuos, grupos y comunidades para permitir un mayor control sobre las condiciones de la salud y la calidad de la vida; iii) desarrollo de habilidades y competencias, incluida la capacidad de acción y decisión de individuos y comunidades para mejorar la salud y la calidad de la vida, y el reforzamiento de las redes sociales y el capital humano y social; iv) creación de espacios saludables; mejoramiento de los aspectos físicos y psicosociales de los lugares de estudio, trabajo y convivencia, y mayor protección de estos ambientes; v) reorientación con un criterio de equidad de los servicios de salud; refuerzo de las acciones preventivas de promoción, y multiplicación de las acciones de colaboración entre los sectores interesados con el propósito de mejorar los factores sociales que determinan la salud”. (Cerqueira et.al., 2003, p. 2).

En este contexto, se definen **los estilos de vida saludable como hábitos, comportamientos, tradiciones y prácticas que las personas o grupos llevan a cabo para satisfacer las necesidades humanas y alcanzar un estado de bienestar**. Se considera que los estilos de vida saludable están determinados por la presencia de factores protectores o de riesgo, por lo cual se asumen como procesos dinámicos que no solo contemplan actividades o comportamientos individuales, sino acciones de orden social.

*Tšabá jtsyiñam endmën, ntšam tcojtsomñan
inÿengaftac, cachcanac ntšam
cuanjubtsenangmia bëngbe soyëngac y chca
tšaba jisotbemañam —Kamëntsá.*

Los hábitos de vida son un conjunto de comportamientos y/o actitudes del ser humano, que pueden darse en forma positiva al favorecer su bienestar, o de manera negativa al causarle enfermedades. Como iniciativa mundial, hoy está clara la importancia de fomentar hábitos de vida saludable a partir del conocimiento de la población a la que se dirige y de las características de su cultura. La creación de programas o estrategias para mejorar la salud individual y colectiva deben tener en cuenta el diario vivir, las actividades y costumbres cotidianas propias del contexto.

La Organización Mundial de la Salud define la educación para la salud como “el proceso educativo dirigido a dotar a las personas y a la comunidad de la capacidad de aumentar su control sobre los factores tanto positivos como negativos que tienen influencia sobre su salud” (Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos [Ceapa], 2014, p. 7).

Muchos de los hábitos y costumbres que se adquieren desde la familia acompañan a las personas a lo largo de toda la vida. Según las condiciones en que las personas viven o las tradiciones de su región, se debe motivar a la población en general a adquirir conciencia sobre lo que significa un hábito de salud, sus mitos y realidades.

En relación con la primera infancia, desde 1939 la legislación de la enseñanza en la educación infantil, establece como su principal objetivo, la creación de hábitos necesarios para la vida (Ministerio de Educación Nacional [MEN], 2014). Los hábitos saludables se adquieren en ambientes enriquecedores: en primer lugar, el hogar —pues dependen en mayor medida de la educación que los padres ofrecen a sus hijos—; en segundo lugar, y según niñas y niños avanzan en su desarrollo, en ambientes donde docentes, cuidadores y/o los mismos pares influyen en la práctica de tales hábitos.

Como soporte para los hábitos, en el documento *Sentido de la educación inicial* se identifican varias acciones propias de niñas y niños, y se resalta la importancia de los hábitos de vida saludable: “los niños y niñas aprenden a convivir con otros seres humanos, a establecer vínculos afectivos con pares y adultos significativos... a sorprenderse de las posibilidades de movimiento que ofrece su cuerpo, a apropiarse y hacer suyos hábitos de vida saludable, a enriquecer su lenguaje...” (Ministerio de Educación Nacional [MEN], 2014, p.12).

*“Boyabasatemëng y shembasatemëng juatsjinyam
bëtsëtsangaftac, cachcanac chamatayejua ntšam
botaman jobonjuam, jontsënjam soyëng, asn
tcojtsomñes, botaman cuantoi nbambay” —Kamëntsá.*

En el establecimiento de las rutinas, es importante tener en cuenta la identificación de los hábitos que se busca promover, la formulación de los pasos que conducen a su implementación diaria y el apoyo a los hábitos en el contexto de las rutinas a través de procesos de formación e información dirigidos a niñas, niños y adultos.

Entornos como el hogar, los espacios educativos, los espacios de salud y los espacios públicos promueven la vida saludable en niñas y niños. En los dos primeros casos, la promoción de

hábitos se hace a través de rutinas establecidas en familia o con los cuidadores en las modalidades de atención para la primera infancia.

Las experiencias que se ofrecen para la adquisición de los hábitos en los diferentes entornos son fundamentales. Los entornos, según el Ministerio de Educación Nacional, son espacios físicos, sociales y culturales en donde se produce una intensa y continua interacción entre los seres humanos y con el contexto que les rodea (espacio físico y biológico, ecosistema, comunidad, cultura y comunidad en general) (Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, 2013).

Como lo menciona el documento *Fundamentos Políticos Técnicos y de Gestión de la política De Cero a Siempre* (2013), los entornos se consideran espacios cruciales durante la primera infancia debido a que favorecen el desarrollo de niñas y niños y, a la vez, se configuran como organizadores para una atención integral. En este sentido, se definieron los siguientes entornos: hogar, salud, entorno educativo y espacio público.

Entorno Hogar. Se considera el espacio más próximo a niñas y niños por la acogida y el afecto que proporcionan las personas significativas que configuran el núcleo familiar. Desde la gestación y el nacimiento —y de allí en adelante—, el cuidado y la crianza se identifican como las acciones propias de la familia (Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, 2013, p. 125-126).

AKWUYUN: EMA NEYKARI GUMUSINU,
ACHUNASE' CHWI UMUN MUCHEY NARI A'GESI
ZOYA UNEYKA EY AGWUGA NI. KWAKUMAYE
PARI, INAYA, INEYSA AWUKIN, NIKAMU
RE'WESI WAZOYANA ZAKACHOGWI —Arhuaco.

Se considera que el núcleo familiar es el principal referente de aprendizaje para los **menores**. A través de la cotidianidad de las relaciones, mensajes y acciones diarias, se les da valor e importancia a las cosas, acontecimientos y personas. Es a través del modelo de los adultos, con sus actitudes, su lenguaje y sus acciones, como niñas y niños logran aprender lo importante y lo necesario.

A partir del núcleo familiar se buscará la interacción con otros espacios necesarios para promover la adquisición de los hábitos saludables: por una parte, se destaca el espacio educativo, que —en corresponsabilidad con el núcleo familiar— apoya la integración de los hábitos en rutinas; por otra parte, se ubican espacios como bibliotecas, Casas de la Cultura y parques —entre otros—, a través de los cuales se pueden fortalecer los hábitos, ya a través de las actividades programadas que se ofrecen en cada uno de estos espacios, ya mediante su simple utilización como espacio de esparcimiento.

Entorno educativo. Es el espacio en donde se “propicia de manera intencionada acciones pedagógicas que permiten a las niñas y a los niños vivenciar y profundizar en su condición de sujetos de derechos, ciudadanos participativos, transformadores de sí mismos y de la realidad,

creadores de cultura y de conocimiento” (Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, 2013, p.128).

**RIGAWIYA SÌ: EMA GAKUNAMŪRI GUMŪSINŪ KUNSAMŪ
MŪNÀ UZOYA AWŪNGWASI KUWUKUMŪYŪN
ZAKACHOSUYA EY AGWŪGA NI —Arhuaco.**

Se ofrecen experiencias para la promoción de hábitos saludables a través de la interacción con padres y cuidadores desde tres puntos: lo establecido en las rutinas de este entorno, la propuesta pedagógica de formación y las condiciones y/o equipamiento del espacio físico.

Las rutinas en el entorno educativo constituyen la posibilidad para conjugar, de manera intencionada, acciones relacionadas con la nutrición, la actividad física y el autocuidado. Se requieren, entonces, tres elementos en este espacio: la definición intencionada de acciones para la formación de los hábitos saludables, un rol de los agentes educativos como mediadores —adicional al de los mismos como modelo de conducta—, y la generación de ambientes propicios para promover la actividad física, la alimentación adecuada y el autocuidado en diferentes momentos del día.

En el marco de la promoción de hábitos saludables, las experiencias que se generen en el entorno educativo deben contemplar varias tareas:

- Explicar a niñas y niños, en lenguaje claro y preciso, la importancia de tener hábitos saludables.
- Motivar y reconocer los logros de niñas y niños (además de estimular el ejercicio de su autonomía, son acciones cardinales para la adquisición de cada hábito).
- Contar con materiales educativos que generen recordación y contribuyan a la sensibilización de niñas y niños frente a las elecciones o decisiones que tomen.
- Generar, en la rutina, espacios de diálogo con niñas y niños sobre la práctica de cada uno de los hábitos, y recoger las sugerencias y preguntas que les surjan.
- Identificar los pasos que se deben seguir para generar cada uno de los hábitos.
- Orientar a los cuidadores en su trabajo con el contexto familiar, de modo que refuercen la práctica de hábitos en el hogar.
- Reconocer las variaciones culturales propias de cada contexto y fortalecer su arraigo y visibilización.

Entorno Salud. Este entorno es considerado como el primer espacio de acogida de las niñas y los niños, y provee tanto acompañamiento a las madres y a sus parejas como redes de apoyo en los momentos de preconcepción, gestación, parto y posparto.

**DU MEZANŪKWA SÌ: EMARI GUMŪSINŪSE APAW KUNISIZA
NI, ŪYARI AZAKU, UNKACHWI WINNEYKA KACHUNGWA NARI,
IGUNAMUSA UKUMUNGWA NARI GUMUSINU TU AKAWUN
NUKUNGE, KWA EYKI WICHAMŪ, DU AZANIKA MŪNÀ ZANIKA
A'WŪKIN —Arhuaco.**

El entorno de la salud debe garantizar el acceso de niñas y niños a todos los servicios, además de asegurar la calidad de los mismos y la idoneidad de los profesionales para la atención y el acompañamiento a la población infantil y sus familias.

En este entorno se contempla una serie de estrategias para la prevención de enfermedades y promoción de la salud, todas ellas orientadas a promover el bienestar y la calidad de vida en la primera infancia.

Como elementos claves a considerar en este entorno, se proponen los siguientes:

- La calidad y la calidez de los servicios que se prestan para el beneficio de las niñas, los niños y sus familias
- La promoción del buen trato, a través de la prevención y protección de cualquier tipo de maltrato infantil.
- La inclusión, a partir del reconocimiento de las características propias de la población, y el diálogo intercultural, de saberes y prácticas.

Espacio público. Este espacio está configurado por sitios de acceso libre (parques, zonas verdes) y lugares de acceso público destinados a la promoción social o cultural (bibliotecas, museos, casas de la cultura, teatros, entre otros). Son lugares en los que se desarrollan actividades que aportan a la construcción de identidad, ciudadanía y educación democrática de niñas y niños (Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, 2012). El espacio público ofrece experiencias y actividades que posibilitan la generación de sentido de pertenencia y la interacción con otros y, a la vez, constituye un medio a través del cual se pueden desarrollar acciones de comunicación de tipo visual, radial, etc.

En el caso de la promoción de hábitos saludables en nutrición, actividad física y autocuidado, el espacio público permite el desarrollo de los hábitos saludables a través de actividades prácticas (tales como la práctica del lavado de manos, el ejercicio físico o el consumo de frutas y verduras) y la visibilización de mensajes (tales como información sobre los pasos del lavado de manos o frases sobre la importancia de la actividad física, entre otros).

Son varios los aspectos que se deben tener en cuenta en el desarrollo de experiencias para la promoción de hábitos saludables en el espacio público:

- La compañía de los adultos en los espacios públicos utilizados por niñas y niños es indispensable. De este modo, se cuenta con la protección de los adultos y se generan también oportunidades para fortalecer vínculos.
- Los adultos deben identificar en sus comunidades los lugares, programas, actividades y fuentes de información tendientes a la promoción de hábitos saludables.

- En el desarrollo de actividades con familias en el espacio público, se deben privilegiar las actividades dirigidas a niñas y niños frente a las propias de los adultos.

Es importante resaltar que los *hábitos de vida saludable* en niñas y niños:

- hacen parte del desarrollo integral de la primera infancia —y, por ello, todas las instancias (Estado, familia, sociedad, comunidad) están en la obligación de propiciar las condiciones requeridas para su adecuada promoción—;
- son el medio a través del cual niñas y niños desarrollan una serie de habilidades, cultivadas en rutinas establecidas para diferentes situaciones o momentos de la vida —y los entornos enumerados (familia, salud, educación, espacio público) posibilitan el desarrollo de tales habilidades—.
- se traducen en experiencias propias —puesto que cada uno de los entornos tiene particularidades, lo que promueve la apropiación cada hábito y la corresponsabilidad entre los distintos actores y estamentos presentes en la vida de niñas y niños—;
- requieren, para su abordaje en los diversos entornos, tanto el conocimiento de lo que son y de lo que implica su práctica como un ejercicio permanente por parte de padres y cuidadores —de modo que se conviertan en modelos de acción para niñas y niños—.

Fomma ri nbilaku salú —Palenquero.

Capítulo 3. Referente normativo y conceptual

Juatsjinŷam jenangmiam soyëng —Kamëntsá.

Hábitos saludables de nutrición, actividad física y autocuidado

El presente apartado del documento técnico de la Estrategia Educativa en Hábitos de Vida Saludable tiene como propósito soportar los ejes definidos —nutrición y hábitos alimentarios, actividad física y autocuidado (higiene y sueño seguro)— desde dos ámbitos: el primero ubica la normatividad internacional y nacional en la generalidad de la promoción de hábitos, a la vez que identifica las particularidades propias de cada uno de los ejes; el segundo plantea una aproximación conceptual a los ejes y sus respectivos focos, en la cual, para cada uno de ellos, se abordan principalmente tres aspectos: la precisión de conceptos, la importancia de cada eje en el marco de la primera infancia, y —en algunos casos— las recomendaciones que aportarían en la promoción de los hábitos.

*Quem soyec montsobatman jenangmiam unga
soy: tšaba jomantiñam, tšabe vid tsobomñam
(lemp tsobibiam, tšaba jomanam) —Kamëntsá.*

Tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, la carga mundial de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) sigue en aumento, por lo que la necesidad de hacerle frente se ha constituido en uno de los principales desafíos para el siglo XXI. En consecuencia, organizaciones locales —Ministerio de Salud y Protección Social— e internacionales —Organización Mundial de la Salud (OMS)— participan en la *Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2000), orientada a reducir los factores de riesgo y la mortalidad prematura, para abordar el problema desde la primera infancia.

Referente normativo

El cuidado debe ser la principal consideración en todas las acciones que involucren a niños, niñas y adolescentes. Los principios generales constituyen un marco ético para la formulación de políticas destinadas a las niñas y los niños; especialmente a los más pequeños. Se reconoce desde 1924 la evolución de las normas internacionales sobre los derechos de la infancia, que tienen como premisa propender por el cuidado integral en esta etapa, con el objetivo principal de contribuir a las acciones de promoción de hábitos y vida saludable como parte fundamental de la salud y la educación (Unicef Comité Español, 2006).

*Tšaba tsomñam corent oprecid entsemn, nday
soyënguiñ boyabasatemëng y shembasatemëng
mnetsehangmiñ bobontseng.
Quem soyëngac cuanjobenay juadiligenciam
tsbuanacha oprecidsoy jibtsecorritiam —Kamëntsá.*

La normatividad existente que respalda el cuidado integral de la primera infancia ha sido dada desde marcos internacionales, nacionales y locales; y con la base para el desarrollo de programas, proyectos y estrategias, entre otros. A continuación, se presenta el marco internacional y nacional, tanto de manera general como específica, para cada uno de los hábitos que aquí nos competen.

Normatividad internacional

Tras el seguimiento a las asambleas, eventos y reuniones en el ámbito internacional, conviene reconocer la relevancia que ha tomado la materialización de los derechos de las niñas y los niños en general, con vistas a precisar la necesidad de crear conciencia para una adecuada educación y atención en salud a la primera infancia, de diseñar estrategias y acciones específicas para la promoción de los derechos de las niñas y los niños, y de posicionar los derechos de la infancia en las políticas de cada uno de los países. En el siguiente gráfico (Ilustración 7) se presenta una síntesis de lo sucedido.



Ilustración 8. Normatividad internacional sobre los derechos de la infancia

De manera específica para cada uno de los hábitos que se quieren promover, en el nivel internacional se encuentra lo siguiente:

Nutrición y hábitos alimentarios

Respecto al derecho a la alimentación infantil, la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (1948) notificó que **la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especial** (Organización Naciones Unidas, 2015); derecho que también ha sido reconocido en la *Convención sobre los Derechos del Niño* (CDN) (Unicef, 2006), aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989. Para garantizar su aplicación, los Estados Miembros se comprometieron a adoptar en la temática de nutrición: “combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud...”; y “asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres, los niños y niñas, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos” (Unicef, 2006, p. 20).

Ma monasito i ma monasita ten rerecho asé kuirao i a ten asistencia pa ané un má —Palenquero.

En este marco normativo, la protección de la lactancia materna ha sido un tema relevante debido al impacto que ejerce sobre temas que van más allá de la salud. En 1990 fue elaborada y aprobada por planificadores y expertos de Unicef y de la OMS la *Declaración de Innocenti*, como iniciativa mundial para la protección, promoción y fomento de la lactancia materna. Allí se reconoce como un proceso único que le permite al lactante crecer y desarrollarse de manera adecuada, en la medida en que reduce la incidencia y gravedad de enfermedades infecciosas y —por tanto— disminuye su morbilidad y mortalidad; además promueve la salud de la mujer. La lactancia materna queda ratificada en el mismo sentido en la *Declaración de Innocenti del 2005 sobre la Alimentación de Lactantes y Niños Pequeños* (Unicef, 2005).

La alimentación con leche materna, el inicio adecuado de la alimentación complementaria y la buena nutrición durante la primera infancia, son aspectos cruciales para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular, los que se refieren a la supervivencia infantil —para 2015, reducir la tasa de mortalidad entre los menores de cinco años, erradicar la pobreza extrema y el hambre, entre otros—. Colombia, como país miembro del sistema de Naciones Unidas, ha incluido en su agenda política muchos de los compromisos establecidos en las diferentes reuniones, comités y asambleas de las agencias del sistema. La Ilustración 8, a continuación, presenta la normatividad internacional sobre lactancia materna y nutrición.

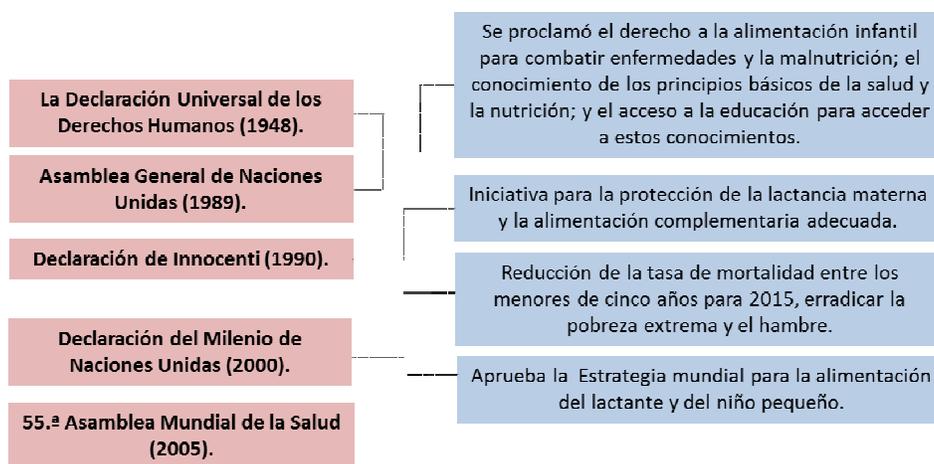


Ilustración 9. Normatividad internacional sobre nutrición y hábitos alimentarios

Actividad física

La literatura ha evidenciado que la promoción de la actividad física es una estrategia necesaria para el control de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles, ECNT, así lo manifiesta la Organización Mundial de la Salud a través de las diversas directrices dirigidas a la población infantil para promover la **práctica de actividad física desde la primera infancia y obtener los beneficios y prevenir enfermedades, puesto que desde la primera infancia comienzan a gestarse el sedentarismo, los factores de riesgo y otros hábitos relacionados con**

la enfermedad cardiovascular y el síndrome metabólico (Organización Mundial de la Salud[OMS], 2012, p.1).

Ih evident seh, di soona age di piknini staat ih beta, bicaz when yo no mek phisycal activity (di liezyness) laik di risky elements and ada habits rilietid to haat sicknis, di metabolic syndrome staat develop since di first childhood —Creole.

Así mismo la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 2004, respalda la posición expuesta en la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (OMS, 57ª Asamblea Mundial de la Salud, 2004) con respecto a la promoción de la actividad física en todo el mundo, donde ésta se reconoce como eje central para el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, ECNT. De igual manera la Asamblea 57ª recomendó el desarrollo de planes de acción y políticas para incrementar los niveles de actividad física de las poblaciones.

La promoción de la Actividad física cuenta con lineamientos generales internacionales relacionados con el tema de estilos de vida saludable establecidos por la Organización Mundial de la Salud, OMS, ratificados en el Plan de Acción *Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020* (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014), y allí hace un llamado a los países para que adopten la estrategia y la incluyan en las diferentes políticas públicas que promuevan la salud de las personas, especialmente a la infancia. Estos lineamientos fueron presentados y discutidos en la 61.ª Asamblea Mundial de la Salud, en la que varios países miembros acogieron la normatividad y se aprobó un plan de acción sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2008).

La Organización Panamericana de la Salud ha desarrollado el Plan de Actividad Física y Salud, donde se adopta la Estrategia de la OMS y se plantean lineamientos puntuales para implementarla en América Latina dirigida a la población infantil con especial énfasis en el trabajo para ámbito escolar y familiar.

Las diferentes normativas internacionales se acogen a la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas de 1989, la cual establece en el artículo 31 que “los Estados Partes reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes” y que “respetarán y promoverán el derecho del niño a participar plenamente en la vida cultural y artística y propiciarán oportunidades apropiadas, en condiciones de igualdad, de participar en la vida cultural, artística, recreativa y de esparcimiento”(Organización de Naciones Unidas , Convención de los Derechos del Niño 1989).

Adicional a la normatividad presentada es de gran importancia resaltar el marco internacional que brinda la Carta Internacional para la educación física y el deporte acordada en su primera versión en la Asamblea 20ª por la Conferencia General de la UNESCO en 1978 y ratificada en durante la 38ª Conferencia General en noviembre 2015, es una actualización del documento original y ratifica el derecho fundamental de todos para la práctica de la educación física, la

actividad física y el deporte (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO], 2015).

Es importante precisar que los referentes internacionales brindan recomendaciones para la actividad física dirigida a la población en general, con algunos apartados y énfasis para la población infantil, pero no plantean recomendaciones específicas para la primera infancia. Sin embargo, son documentos que respaldan la promoción de la actividad física y ofrecen soporte académico y político para el desarrollo e implementación de normas y estrategias en Colombia. La Ilustración 9, a continuación, presenta un resumen de la normatividad internacional sobre actividad física

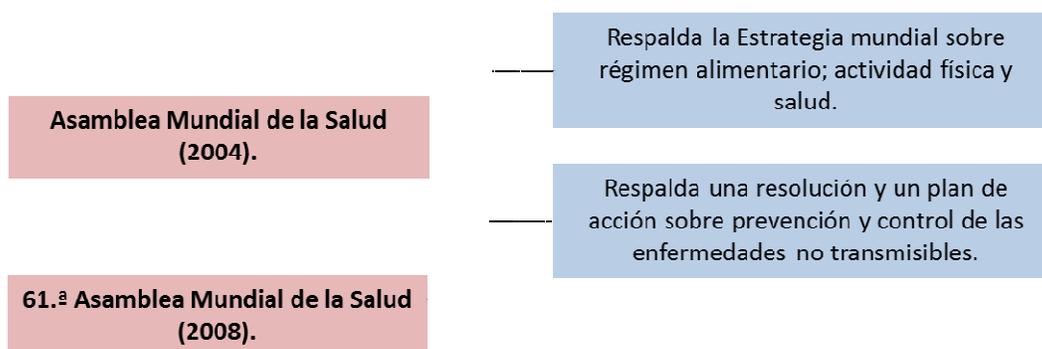


Ilustración 10. Normatividad internacional sobre actividad física

Autocuidado

Los respaldos normativos de los focos temáticos que competen al eje de autocuidado (hábitos de higiene corporal y oral, lavado de manos y sueño seguro) son escasos: si bien es cierto que existen programas, campañas o estrategias muy amplias y explícitas sobre estos temas, la normatividad internacional es mínima.

Entre los casos del contexto latinoamericano, los desarrollos de Brasil y Chile se destacan en el ámbito internacional. En el caso de Brasil, se cuenta con la *Carta de Brasilia* de octubre de 2009, que tuvo como objetivo principal abordar los siguientes temas: “sistemas de salud bucal de las Américas, uso racional del fluoruro, la educación odontológica en la América Latina, el desarrollo de la Red Latino-Americana de Salud Bucal, y los desafíos para la construcción de Políticas Nacionales de Salud Bucal” (Encuentro Latino-Americano de Coordinadores Nacionales de Salud Bucal, 2009, p. 2). En el caso de Chile, el Ministerio de Educación declaró en el *Manual de Protocolos de Seguridad y Cuidado infantil* que, “con el objetivo de lograr una mayor seguridad en los niños y niñas y sentar las bases de una cultura preventiva desde la más temprana edad, (...) ha realizado una revisión de las prácticas regulares que se desarrollan en los jardines infantiles, definiendo situaciones que requieren ser formalizadas, (...) para garantizar que se realicen del mismo modo en cualquier parte del país” (Junta Nacional de Jardines Infantiles [JUNJI], Ministerio de Educación, 2014, p. 1).

De los trece protocolos diseñados para este eje, es importante destacar el “Protocolo N°6” (“Medidas Preventivas en la Sala de Hábitos de Higiene”) —que trata aspectos como lavado de manos, cepillado de dientes, asistencia al baño y cambio de pañal— y el “Protocolo N°7” (“Medidas Preventivas durante el momento de sueño o descanso de los niños y niñas”) —con recomendaciones puntuales durante el tiempo de descanso—. La Ilustración 10 presenta la normatividad internacional del autocuidado.

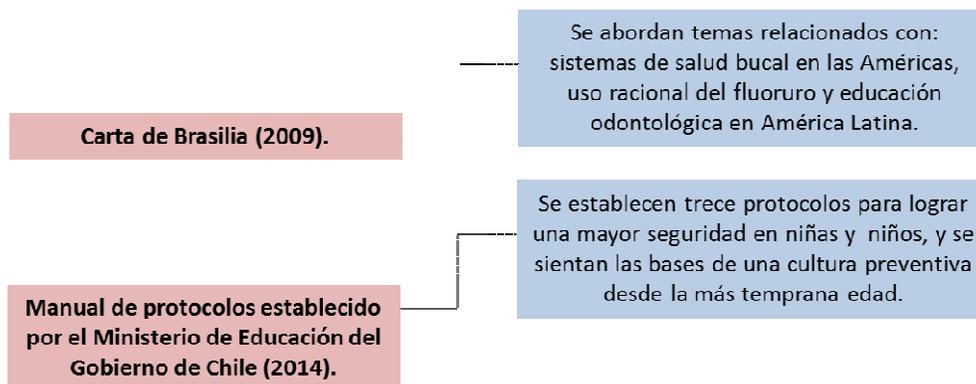


Ilustración 11. Normatividad internacional sobre Autocuidado: Higiene corporal y sueño seguro.

Normatividad nacional

La atención integral a la primera infancia es una de las prioridades del gobierno nacional, el cual, trabajado en la protección de los derechos de las niñas y los niños, al concebirlos como pieza fundamental en las políticas públicas del país. Según la normativa nacional, en términos generales, entre los derechos de las niñas y los niños se resalta la educación, la protección específica, el cuidado integral y la promoción de su desarrollo —con el fin de garantizar un desarrollo evolutivo adecuado—. Los actores responsables de estos derechos son los padres de familia, los cuidadores y el Estado.

A continuación, se presenta el marco normativo de la promoción de hábitos saludables en lactancia materna y nutrición, actividad física y autocuidado. La Ilustración 11 sintetiza la normatividad nacional para la primera infancia.

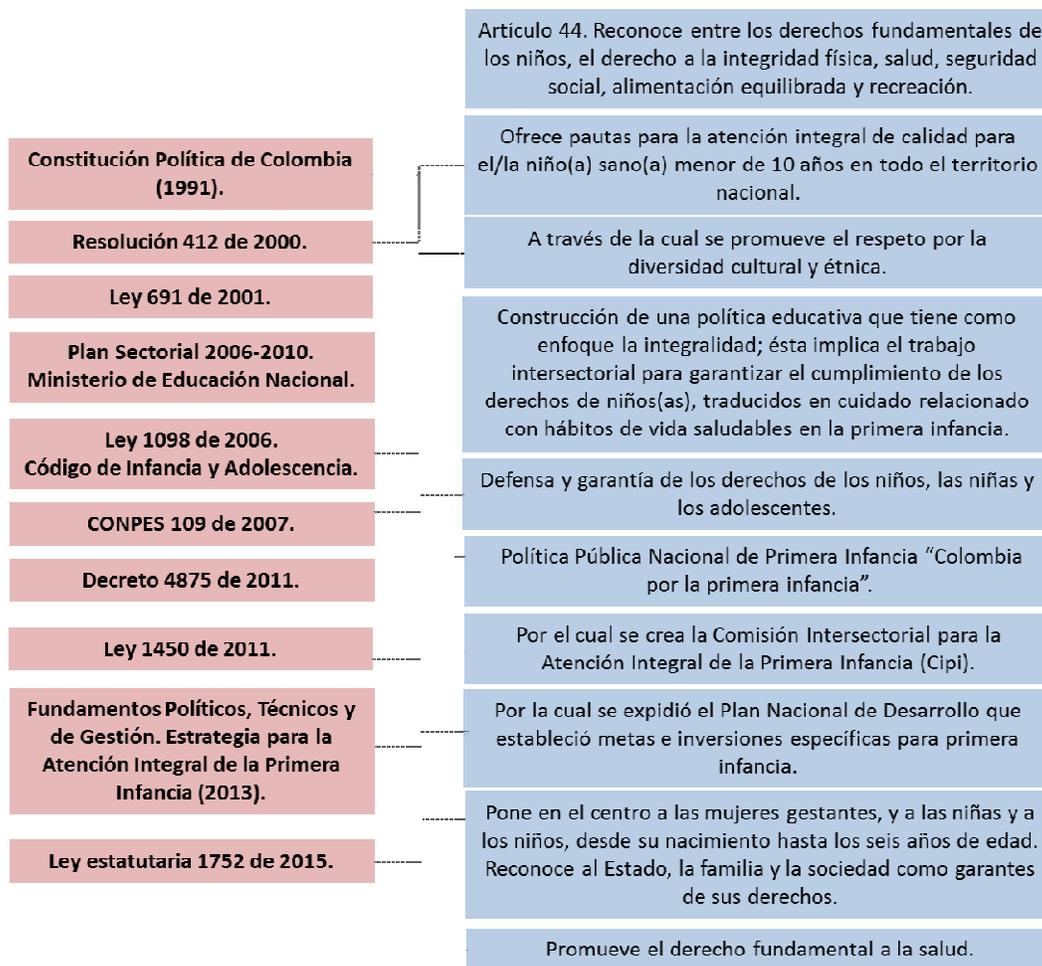


Ilustración 12. Normatividad nacional para la primera infancia

A continuación se presenta la normatividad específica formulada en el nivel nacional para cada uno de los hábitos que se busca promover.

Nutrición y hábitos alimentarios

El país ha establecido un marco normativo que soporta el desarrollo de acciones orientadas a la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna. Es así como en 1996 se expiden los Decretos 1396 (Ministerio de Salud Pública, 1992) y 1397, por los cuales se crea el Consejo Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna, para reglamentar la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y aquellos complementarios a la leche materna, y se dictan otras disposiciones.

El interés que manifiesta el país en diseñar e implementar políticas efectivas para la primera infancia se consolida en el Documento CONPES Social 109 de 2007, *Política Pública Nacional de Primera Infancia “Colombia por la Primera Infancia”*, que se presenta como un marco para la obtención de oportunidades efectivas de desarrollo de la primera infancia en el país. Allí se reconoce que, “la alimentación y la nutrición adecuada en la primera infancia son, en unión con el estímulo, un factor determinante de los mecanismos neurológicos que favorecen el aprendizaje, la salud y una conducta favorable a lo largo de la vida. En este período, la lactancia materna es el alimento ideal para un adecuado desarrollo del cerebro; además de favorecer los vínculos entre el niño o la niña y la madre.” (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2007. p.5).

Asimismo, los *Fundamentos Políticos Técnicos y de Gestión de la política De Cero a Siempre* (2013) ratifican la salud, la alimentación y nutrición infantil como uno de los cinco elementos estructurantes de la atención integral a la primera infancia, todo ello en el marco del “derecho a una alimentación, sana, apropiada, oportuna, segura y acorde con las condiciones territoriales y culturales” (Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, 2013, p. 141).

Actualmente Colombia cuenta con el Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020, que encuentra su marco constitucional en los derechos de los niños y el Código de la Infancia y la Adolescencia expedido en 2006; regulaciones que favorecen la promoción y protección de la lactancia materna como estrategia para la reducción de la mortalidad infantil. También se han desplegado estrategias relevantes con miras al cuidado y autocuidado de la madre, del hijo(a) y su familia¹⁰ como la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) enfocada en la promoción de la lactancia materna; actualmente se conoce como estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMJ). De igual forma, la Resolución 412 de 2012 adopta normas y guías de atención en las que se brindan indicaciones para la promoción de la alimentación infantil adecuada, todas ellas alineadas con las recomendaciones internacionales de la OMS y Unicef (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010).

El Documento CONPES 113 de 2008 se constituye en la política más actual e importante, que sirve como estructura normativa para varios planes de alimentación y nutrición en el nivel territorial. Funge, así como marco desde el que se contempla la atención de la primera infancia mediante el fomento de estilos de vida saludables, y favorece la protección, apoyo y promoción de la lactancia y de las prácticas adecuadas de alimentación complementaria.

El país cuenta con una actualización de las *Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes* (Rien)¹¹, herramienta indispensable en la determinación de las directrices sobre ingesta de calorías y nutrientes para garantizar el adecuado desarrollo, crecimiento y mantenimiento de la buena salud y para fomentar la prevención de enfermedades relacionadas con la alimentación —según los diferentes grupos de edades y las condiciones especiales que tienen lugar durante el ciclo normal de la vida, como la adolescencia, la

¹⁰ Estrategias como Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (Aiepi) e Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMJ).

¹¹ Estas recomendaciones no han sido publicadas; se encuentran en proceso de revisión por pares internacionales.

gestación y la lactancia—. Aunque la complejidad de su elaboración y validación en los ámbitos nacional e internacional ha retrasado la formulación oficial de estas *Recomendaciones*, esta herramienta le permitirá al país diseñar, de manera conjunta, mejores estrategias de educación alimentaria y nutricional tanto para las madres gestantes y lactantes, como para las niñas y los niños menores de dos años. Esto podrá lograrse debido a que las guías alimentarias se estructuran según los rangos de edades dispuestos en las Rien para lograr una propuesta consistente en relación con la ingesta de calorías y nutrientes y con la estandarización de tamaños de porciones de alimentos y su respectiva medida casera.

Las *Guías Alimentarias Basadas en Alimentos* (Gaba)¹² para la población colombiana buscan la prevención tanto de carencias nutricionales conducentes a desnutrición, como de deficiencias de algunos nutrientes como la vitamina A y el hierro. Estas Guías también buscan fomentar hábitos de alimentación adecuados para mejorar la calidad de vida y evitar la malnutrición, y así promover el adecuado desarrollo humano (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF], 2004.).

Asimismo, el ICBF publicó recientemente el documento técnico sobre las nuevas *Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana mayor de 2 años* (ICBF, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura [FAO], 2015). Allí se introduce un nuevo ítem, llamado “Plato saludable de la Familia Colombiana”, como representación de la alimentación diversa, balanceada y adecuada a la que debería acceder cada colombiano. Además se incluyen nueve mensajes relevantes que buscan el bienestar de la familia, haciendo partícipes a todos sus miembros en la selección adecuada de alimentos y la realización de actividad física. Las *Guías*, además de ser un documento técnico, buscan facilitar la elección saludable de alimentos de manera efectiva. La Ilustración 12, a continuación, presenta la normatividad nacional para lactancia materna y nutrición.

¹² Las *Guías Alimentarias* son un conjunto de planteamientos que brindan orientación a la población sobre el consumo de alimentos, con el fin de promover un completo bienestar nutricional (extractado de los documentos *Guías Alimentarias para niños y niñas colombianos menores de dos años* y *Guías Alimentarias para la población mayor de dos años -Bases Técnicas-*) <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar/Nutricion/EducacionAlimentaria>

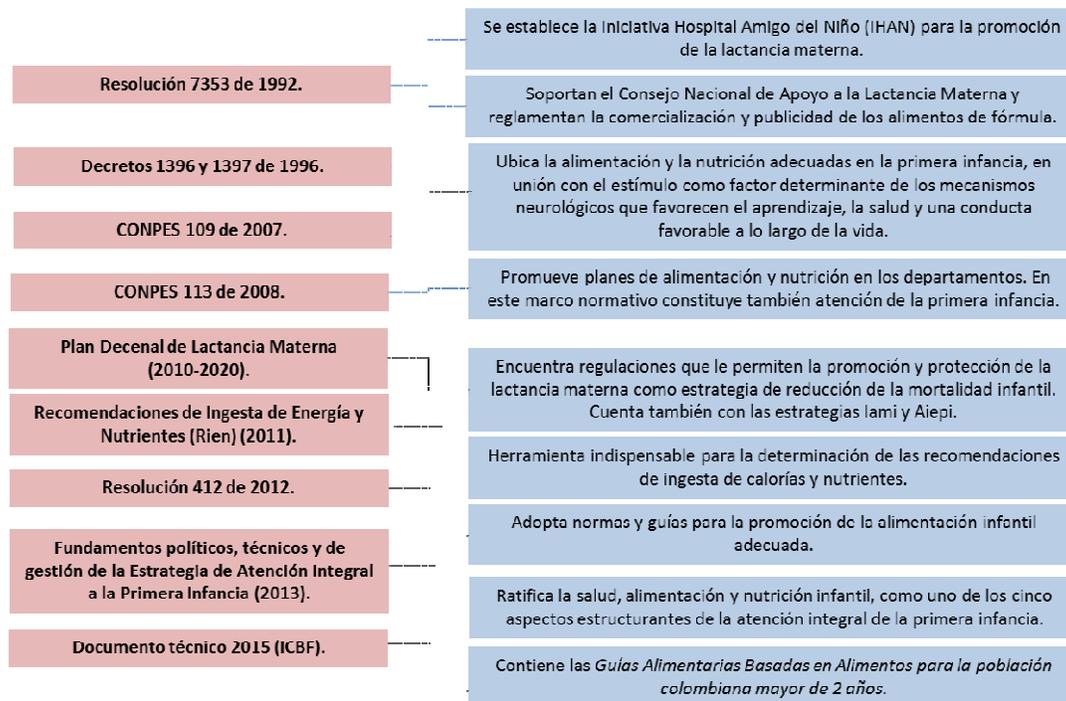


Ilustración 13. Normatividad nacional para nutrición y hábitos alimentarios

Actividad física

El marco de actividad física específico para Colombia está comprendido en las leyes, decretos y estrategias relacionadas y enmarcadas en los parámetros internacionales referentes a la promoción de la salud. En primer lugar, es pertinente hacer referencia al Artículo 52 de la Constitución Política de 1991, el cual establece que “...el ejercicio, el deporte, sus manifestaciones recreativas, competitivas y autóctonas tienen como función la formación integral de las personas, preservar y desarrollar una mejor salud en el ser humano” (Constitución Política de Colombia, cap. 2, art. 52).

Lo anterior y dando cumplimiento a las directrices constitucionales se establece se la Ley 115 de 1994 (Congreso de la República, 1994), por la cual se expide la Ley General de Educación, reconoce la educación física, recreación y utilización adecuada del tiempo libre como fines de la educación colombiana, y establece su carácter de proyecto pedagógico transversal, obligatorio en el currículo de la educación preescolar, básica y media.

La Ley 181 de 1995, en su artículo tercero y numeral 5º, plantea la exigencia de garantizar el acceso de las personas a la práctica del deporte y la recreación; y, en el numeral quinto, especifica la necesidad de “fomentar la creación de espacios que faciliten la actividad física, el deporte y la recreación como hábito de salud y mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar social”. En apoyo esta propuesta se reglamente la Ley 715 de 2001 (Congreso de la República, 2001), todos los municipios deben proponer un plan local del deporte, recreación y

aprovechamiento del tiempo libre, y debe hacerse seguimiento y evaluación del mismo con la participación comunitaria.

La Ley 789 de 2002 (Congreso de la República, 2002), en su artículo 16, numerales 5 y 6, establece que las Cajas de Compensación Familiar en atención integral a niños menores de 6 años “Congreso de la República. También dispone que, a través de los programas que a ellas corresponda, estas mismas Cajas se encargarán de administrar “las actividades de subsidio en dinero; recreación social, deportes, turismo, centros recreativos y vacacionales; cultura, museos, bibliotecas y teatros; vivienda de interés social; créditos, jardines sociales o programas de atención integral” (Congreso de la Republica, 2002)

La Ley 1098 de 2006 por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia y establece que “los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho al descanso, esparcimiento, al juego y demás actividades recreativas propias de su ciclo vital y a participar en la vida cultural y las artes” (Congreso de la República, 2006).

Es importante mencionar el Decreto 2771 de 2008 que crea la Comisión Nacional Intersectorial, cuya misión es fomentar, desarrollar y medir el impacto de la actividad física en la población colombiana y estimular la actividad física en los diferentes grupos etarios.

La revisión de la normatividad nacional presenta la Ley 1355 de 2009 (Congreso de la República, 2009), declara la obesidad como una enfermedad crónica de salud pública, causa directa de otras enfermedades y, por lo mismo, factor de incidencia en la tasa de mortalidad colombiana. De forma paralela, esta Ley establece que los diferentes sectores de la sociedad deben implementar una alimentación balanceada y saludable, y promueve acciones para el incremento del número y la calidad de las clases de educación física en los niveles de educación inicial, básica y media vocacional, las cuales deben contar con el personal idóneo y formado para ello. Complemento de ésta se formula la Ley 1438 de 2011, la cual establece la inclusión de programas de educación en salud y promoción de prácticas saludables desde los primeros años de educación escolar le asigna al Gobierno la responsabilidad de reglamentar la inclusión de programas de educación en salud y promoción de prácticas saludables desde los primeros años de educación escolar (Congreso de la República, 2011).

Finalmente, es pertinente presentar la Estrategia Nacional de Recreación en Primera Infancia, desarrollada en el marco del Plan Nacional de Recreación 2013-2019, (Coldeportes, 2013) que trabaja para favorecer el bienestar de la niña y el niño. Para ello, define la ‘recreación’ como una oportunidad para promover prácticas cotidianas de disfrute que, además, fomenta el ejercicio de los demás derechos (Coldeportes, 2013). La Ilustración 13 muestra la normatividad nacional que respalda la actividad física.

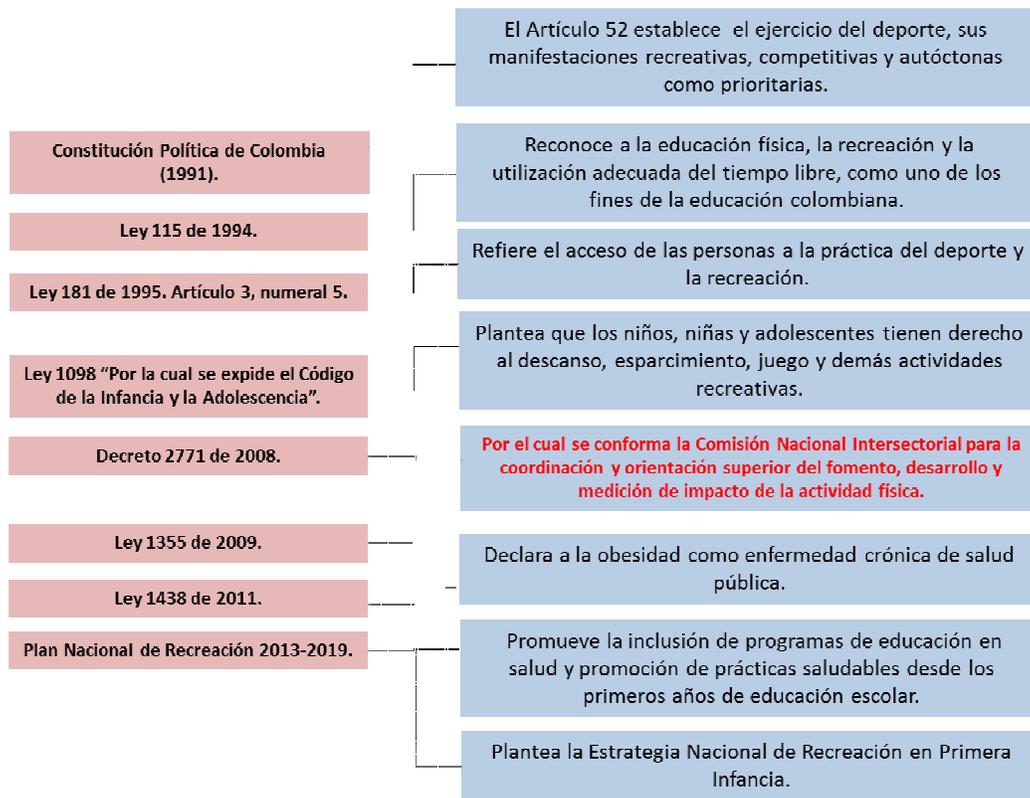


Ilustración 14. Normatividad nacional para actividad física

Autocuidado

En el eje de autocuidado se encuentran todas las normas encaminadas a la promoción de estilos de vida saludable en las niñas y los niños de 0 a 6 años, en el ambiente familiar e institucional, con participación activa de los padres de familia, cuidadores, docentes y el Estado. Se evidencia un ejercicio importante en la inclusión de la higiene y el sueño seguro, como aspectos fundamentales en la promoción de hábitos y estilos de vida saludable (MSPS & FAO, 2013).

Como se había mencionado, la estrategia nacional de atención integral a la primera infancia De Cero a Siempre, busca aunar los esfuerzos de los sectores público y privado en favor de la población infantil colombiana, por eso apoya lineamientos que aporten al autocuidado (higiene y sueño seguro). La Estrategia Educativa de Hábitos de Vida Saludable está ligada a esta política nacional que busca promover y garantizar el desarrollo infantil (Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, 2013).

La Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (Aiepi), está dirigida a mejorar la salud de las niñas y los niños menores de cinco años, integrando todas las medidas disponibles para la prevención de enfermedades y la promoción de hábitos de vida saludables

en la familia y comunidad. En su componente comunitario se incluyen algunas prácticas que aportan al eje de autocuidado de la presente Estrategia: promoción de la lactancia materna, mantenimiento de un ambiente limpio y agua segura, lavado de manos, uso de mosquitero al dormir —en zonas donde existe malaria y dengue— e instrucción de las niñas y los niños en sesiones de higiene oral desde sus primeros años de edad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010).

Di integral atenshan fi di muost frequent sicknis inna di chidhood ih come fi improv di health a di likl guial and buay demnwe gat less than five years ieg and ih intagriet ala di meyament dem avielbl fi prevent sicknes and promote helthy lifestyle iina di family and iina di comiunity —Creole.

De manera específica, se relacionan en lo sucesivo los soportes normativos de la salud oral, del lavado de manos y del sueño seguro.

La Resolución 3577 de 2006 garantiza el acceso a los servicios de salud, la gestión de la salud bucal en los territorios y la gestión integral del recurso humano. (Ministerio de la Protección Social, 2006). El Decreto 3039 de 2007 estableció a la salud oral como la tercera prioridad nacional en salud, fortaleciendo las estrategias de promoción y prevención. (Ministerio de la Protección Social, 2007). Es importante la *Política de Salud Oral de Bogotá, D. C. con Participación Social para el decenio 2011 – 2021* (Secretaría Distrital de Salud, 2011), orientadora de la política y que incluye acciones diseñadas y adecuadas según las particularidades de grupos poblacionales. El objetivo general de la Resolución 412 de 2000 es ofrecer pautas para la atención integral y de calidad de las niñas y niños menores de diez años, a fin de disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por causas evitables en todo el territorio nacional. Uno de los objetivos específicos de tal Resolución consiste en impulsar los componentes de salud oral, visual y auditiva.

Para el caso del lavado de manos, se encuentra el *Proyecto de Acuerdo 260 de 2010* (Concejo de Bogotá, 2010), para la adopción de estrategias integrales de lavado de manos con agua y jabón en jardines infantiles, instituciones educativas, entidades públicas distritales y lugares de mayor afluencia de público.

En cuanto a sueño seguro, las recomendaciones se adoptan bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La Ilustración 14 presenta la normatividad nacional, distrital y/o local para la higiene y el sueño seguro.

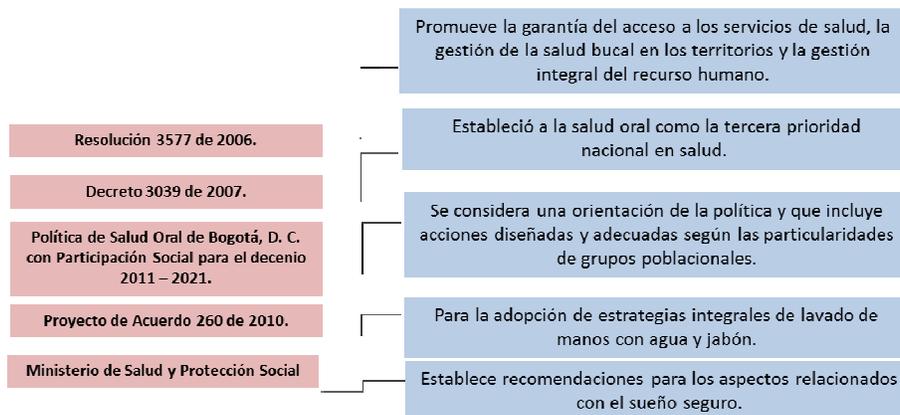


Ilustración 15. Normatividad nacional, distrital y/o local para para autocuidado (higiene corporal y sueño seguro)

Se aprecia que tanto en el ámbito internacional como en el nacional hay soportes normativos para la promoción de hábitos en los tres ejes definidos; sin embargo, la lactancia materna y la nutrición tienen un mayor desarrollo frente a la actividad física y el autocuidado (higiene y sueño seguro). A continuación se presentan precisiones conceptuales de cada uno de los ejes y la definición de los focos correspondientes.

Referente conceptual

Nutrición y hábitos alimentarios

En el marco del eje de nutrición y hábitos alimentarios, fueron definidos los siguientes focos: alimentación natural, alimentación complementaria y adecuada, y promoción de frutas y verduras. La Ilustración 15 muestra esta definición.

ZAMU MINMUCHUKWEY NEYKA SIGIN GUKWEYKA: EMABA TA WARUNH NUSI, EMA YUNA EYGWI WASEYKWI KAWIN: INGWI NEYKARI ZAMU UMUN UYA KINKI AWANUKWEY NEYKA; IKU ZA ZAKU ZUTU NANUNUNNO, UNGEYGWI NEYAKRI ZAMU KAWASI, GUGIN RE'GUWA KAWA NUNGWU AWIRI ZAMU CHUKAY AWANUKWAY NEYKA —Arhuaco.

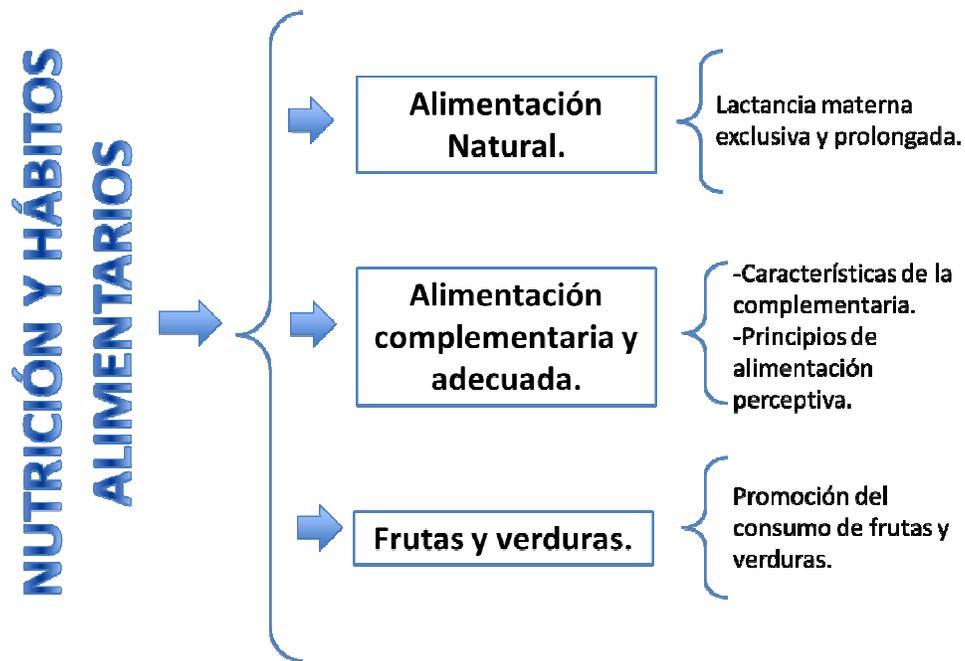


Ilustración 16. Focos del eje de nutrición y hábitos alimentarios

La nutrición y los hábitos alimentarios adecuados son reconocidos como los pilares holísticos del desarrollo integral en la primera infancia. Evidencia científica demuestra que una adecuada alimentación y nutrición, durante los primeros años de vida, tiene efectos positivos en la salud, el desarrollo cognitivo, emocional y psicosocial, pero sobre todo en la atención, la memoria, la capacidad para aprender y el rendimiento escolar de las niñas y los niños. La integración de intervenciones en salud, alimentación, nutrición y estimulación, promueven el adecuado desarrollo en la infancia (Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, 2014).

Establecer hábitos alimentarios adecuados durante la infancia, reduce la probabilidad de tener una conducta alimentaria inadecuada en los años siguientes. En el ámbito internacional se reconoce el vínculo existente entre el desarrollo humano y la implementación de políticas integrales para la primera infancia. Se sabe también que la malnutrición causa un daño irreversible en el estado físico, mental y social de las niñas y los niños en esta etapa. El cuidado de la salud, la nutrición y la estimulación psicosocial temprana ayudan a prevenir la malnutrición y su impacto sobre el aprendizaje; se comprende además que en la primera infancia las inversiones en alimentación y educación, son más costo-efectivas (Jukes, McGuire, Meted, & Sternberg, 2002).

En este sentido y en el contexto internacional se han desarrollado iniciativas orientadas a la promoción de la alimentación saludable en edad temprana. Su interés principal ha sido velar porque la nutrición sea suficiente, adecuada, oportuna y segura; compuesta por gran variedad de alimentos donde predominen las frutas y verduras; que tenga acceso a agua potable. Se

trata de lograr un óptimo desarrollo y funcionamiento del cuerpo, de manera que se cubran las necesidades biológicas básicas, y se prevenga o reduzca el riesgo de padecer enfermedades relacionadas con la alimentación en el corto, mediano y largo plazo.

Como proclama la *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño* preparada por la Organización Mundial de la Salud y Unicef, la promoción de una alimentación natural y saludable desde la infancia implica una óptima nutrición en los primeros años de vida, que consiste en la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida y una alimentación complementaria hasta los dos años o más. Dicha Estrategia solicita a los países miembros aplicar y adoptar prácticas de alimentación basadas en la evidencia para lograr un estado de salud óptimo. Además, es una guía para la adopción de medidas y busca generar un compromiso político del más alto nivel que facilite la consecución de los recursos humanos y financieros indispensables para su propia implementación (OMS & Unicef, 2003).

A partir de las recomendaciones formuladas en el marco normativo, la OMS y Unicef han desarrollado avances conceptuales para la promoción de una alimentación infantil óptima, desde las siguientes premisas:

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida (180 días).
- Iniciar la alimentación complementaria adecuada a partir de los seis meses de edad, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años o más.

En Colombia la protección, el apoyo y el fomento de prácticas óptimas de alimentación infantil —como la lactancia materna exclusiva y prolongada— siguen siendo un objetivo, ya que la mediana de duración de la lactancia materna exclusiva es de 1.8 meses y la prolongada de 14.9 meses. Las cifras distan aún de las metas establecidas internacionalmente (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF], 2010. p.219, 225).

Por lactancia materna exclusiva se entiende que el o la lactante recibe solamente leche —directamente o extraída— del pecho de su madre o nodriza, es decir que no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos —ni siquiera agua— con excepción de la solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos vitamínicos, minerales o medicamentos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010).

La alimentación complementaria es definida como el proceso iniciado cuando la leche materna es insuficiente para suplir los requerimientos nutricionales del o la lactante, por lo cual se adicionan a aquella, otros alimentos y líquidos. Se considera que el rango etario para la alimentación complementaria está entre los seis y veintitrés meses de edad, aun cuando se estipula que la lactancia materna debería continuar hasta después de los dos años (OMS, 2003).

Que sea oportuna, suficiente, segura y administrada en forma apropiada, son características sine qua non de una adecuada alimentación complementaria. Por *oportuna* se entiende que sea iniciada a los 180 días de vida del niño(a), y que tenga una evolución en variedad, cantidad y consistencia, de acuerdo con la edad y necesidades específicas. Es *suficiente* cuando ofrece los alimentos y porciones apropiadas para la edad; es *segura* si los alimentos se preparan con

agua potable, en condiciones higiénicas óptimas y que no representan riesgo de atoramiento o atragantamiento para el niño(a); y es administrada en forma *apropiada* si se practica la alimentación perceptiva a partir de la aplicación de principios de cuidado psicosocial.

En este sentido la alimentación complementaria se comprende como un periodo de gran importancia en el desarrollo infantil, en donde no solo qué alimentos ofrecer, sino cómo, cuándo, dónde y quiénes los ofrecen, son aspectos igual de significativos.

En el marco de la *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*, los *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado* son una guía interesante sobre los comportamientos deseables en el proceso de alimentación, y ofrece recomendaciones sobre la cantidad, consistencia, frecuencia, densidad energética y contenido de nutrientes de los alimentos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2003).

Tales principios señalan que la alimentación complementaria, en conjunto con la lactancia materna, deben ser suficientes para el adecuado desarrollo y crecimiento de la niña o el niño lactante. Entre los seis y ocho meses la alimentación se debe iniciar con papillas espesas y alimentos bien aplastados, repartidos en dos o tres momentos en el día. Luego se aumenta progresivamente la cantidad de alimentos y se varían las texturas, con lo cual, hacia los nueve y once meses, el lactante podrá recibir alimentos desmechados, finamente picados y alimentos que pueda agarrar con sus manos. Entre los once y veintitrés meses se espera que la niña o el niño reciba una alimentación similar a la del resto de la familia. Dependiendo de su apetito, se le pueden ofrecer meriendas, tres o cuatro comidas diarias y la lactancia materna.

En relación con el número de comidas, un lactante entre los seis y ocho meses de edad necesita de dos a tres comidas al día; un lactante entre los nueve y veintitrés meses necesita de tres a cuatro comidas al día. Dependiendo del apetito de la niña o el niño, se le pueden ofrecer una o dos meriendas nutritivas. Las meriendas se definen como los alimentos consumidos entre las comidas principales; con frecuencia son aquellas que requieren el uso de los dedos para comerlas, y son convenientes y fáciles de preparar. La transición de dos a tres comidas y de porciones pequeñas a más grandes, ocurre de manera gradual entre estas edades, aunque dependen del apetito de la niña o el niño y de su proceso de desarrollo (OMS, 2003).

Es de destacar que a los seis meses se debe hacer la transición de ingesta de líquidos a alimentos de consistencia semisólida, y dar paso posterior a los sólidos. Esto se debe a que los alimentos más espesos o más sólidos tienen mayor densidad de energía y nutrientes que los aguados. Es importante mencionar en este respecto que la masticación es crucial en el desarrollo neuromuscular de los niños y las niñas.

Cada día se les debe proveer a las niñas y los niños distintos tipos de alimentos que les permitan acceder a todos los nutrientes. Algunos ejemplos: los alimentos de origen animal son buenas fuentes de proteína, hierro y zinc; el hígado y las vísceras aportan vitamina A y folato; la yema de huevo es una buena fuente de proteína y vitamina A, pero no de hierro. Los productos lácteos como leche, queso y yogur son buenas fuentes de calcio, proteína, energía y vitaminas del complejo B, pero se recomienda su suministro después del primer año de vida. Las leguminosas como frijol, lenteja, arveja seca, garbanzo y soya, son buenas fuentes de

proteína y contienen mínimas cantidades de hierro; se recomienda su consumo con alimentos ricos en vitamina C (por ejemplo guayaba, mango, cítricos y otras frutas, además de vegetales de hojas verdes) porque favorecen la absorción de hierro. Las frutas y verduras de color naranja como la zanahoria, la calabaza, el mango, la papaya y las hojas de color verde oscuro —como las espinacas— son ricas en vitamina C y en caroteno, precursor de la vitamina A. Grasas y aceites son fuentes concentradas de energía y de ciertas grasas esenciales, necesarias para el crecimiento de la niña y el niño, y para el desarrollo del cerebro y sistema nervioso.

El azúcar es una fuente concentrada de energía, pero carece de otros nutrientes, puede dañar los dientes de las niñas y los niños, además de provocar sobrepeso y obesidad. Se deben evitar el azúcar y las bebidas dulces —como las gaseosas— porque reducen el apetito de la niña o el niño y minimizar así la ingesta de alimentos más nutritivos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2003).

Un alimento ideal para ser incluido en la alimentación complementaria de un niño o una niña debe ser rico en energía, proteínas y micronutrientes como hierro, zinc, folato, vitamina A y calcio. Debe ser del gusto de la niña o el niño, no ser picante, salado o endulzado, y de fácil manipulación e ingesta —en la medida de lo posible que lo pueda comer por sí solo(a)—. Esto último, sumado a la experiencia de nuevos y diferentes sabores, texturas y colores de los alimentos, mejora la interacción y los procesos de desarrollo neuromadurativo y polisensorial¹³.

Otro de los principios de la alimentación complementaria hace referencia al estilo activo de acompañamiento de la niña o el niño durante los eventos de alimentación. Este principio contempla: a) alimentar al lactante directamente y asistir a la niña o el niño mayor cuando come por sí solo(a), respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción; b) alimentar despacio y pacientemente, y animarle a comer sin forzarle; c) si rechaza varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarle a comer; d) minimizar las distracciones durante las horas de comida si la niña o el niño pierde interés rápidamente; e) hacer de los momentos de alimentación períodos de aprendizaje y amor: hablar con la niña o el niño y mantener el contacto visual; e) garantizar que tenga sus propios utensilios para alimentarse (plato, cuchara, tazón, etc.)

Las anteriores consideraciones son muy importantes, dado que, durante el período de alimentación complementaria, las niñas y los niños se encuentran en un riesgo elevado de desnutrición¹⁴. **Con frecuencia los alimentos complementarios son de baja calidad nutricional, contribuyen al aporte insuficiente de nutrientes y energía para los lactantes mayores de seis meses de edad, son administrados demasiado temprano o demasiado tarde, en cantidades**

¹³ En Colombia la alimentación complementaria se inicia de manera precoz, con alimentos de consistencia líquida y por consiguiente baja densidad energética, como fórmulas infantiles, líquidos lácteos y no lácteos.

¹⁴ En Colombia la desnutrición crónica durante el segundo año de vida es del 16.0%, superando el promedio de la población menor de seis años.

muy pequeñas o con escasa frecuencia, y en paralelo a la interrupción prematura o baja frecuencia de la lactancia materna.

Frequently, di complementary food gat wan luu nutritional quality weh somtaim di chaild riciiv too soon or too liet, inna very small puorshans or no so frequent and di orly interrupshan or luu frequency a di bresfeeding cantribiut fi caz insufficient supply a di nutrients and energy fi di infant dem weh bigga than 6 months age —Creole.

En lo que se refiere al hábito de consumir mínimo cinco porciones de frutas y verduras al día, es fundamental mencionar que en nuestro país no se ha logrado cumplir con la recomendación internacional de consumo de 400 g al día, pese a la promoción permanente de su consumo (Ministerio de Salud y Protección Social & FAO, 2013). Dentro de los beneficios de estos alimentos se resaltan: su considerable aporte de micronutrientes y fibra, el que son muy poco procesados y el que son un factor protector frente a la aparición de enfermedades cardiovasculares y la obesidad.

En Colombia, el consumo de frutas y verduras —fuente de vitamina A— en niñas y niños menores de tres años, apenas llega al 50%. Se destaca que todas las regiones del país presentan similar comportamiento, aun cuando algunas cuentan con disponibilidad permanente de estos alimentos. También se resalta que el consumo de frutas y verduras es mayor en hijos(as) de madres con educación superior y de mayor capacidad adquisitiva (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF], 2010).

En virtud de lo anterior se ha definido como línea de política nacional, trabajar en el mejoramiento del consumo de frutas y verduras desde tres frentes: disponibilidad, acceso y consumo. La razón es que la baja ingesta de estos alimentos en el país, obedece no solo a la falta de motivación para comprarlos y consumirlos, sino a la inestabilidad de precios, permanencia y diversificación de la oferta, y a la pobre promoción del hábito en edades tempranas.

Cabe resaltar que diversas estrategias de carácter internacional y nacional orientadas al crecimiento y desarrollo infantil, se han enfocado en la promoción del hábito de consumir frutas y verduras en los primeros años de vida. A través de diferentes actividades lúdico-pedagógicas han involucrado a cuidadores y padres, bajo la premisa de que los aprendizajes emocionales, afectivos, sociales y polisensoriales en momentos cotidianos como la alimentación, contribuyen en el afianzamiento y apropiación de hábitos en edad temprana.

Ahora bien, la alimentación infantil (lactancia materna, alimentación complementaria y la alimentación familiar) es un evento social y por tanto un momento muy importante para el crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas, en tanto en cuanto se convierte en una de las formas de vincularlos con su contexto cultural y de contribuir a la incorporación de prácticas tradicionales de alimentación propias de cada contexto.

En este sentido es importante suministrar alimentos disponibles y asequibles localmente, incorporar recetas y formas de preparación propias de los territorios y reivindicar los saberes y

prácticas de cuidado de las comunidades. Estas consideraciones son un potenciador del desarrollo infantil en el que, a partir de elementos pedagógicos, se reconocen las prácticas alimentarias propias de cada territorio, con lo cual se avanza en la construcción de identidad en el sentido de pertenecer a una familia y a una comunidad, y por supuesto en la promoción de hábitos saludables. La Ilustración 16 presenta los principios orientadores para la alimentación complementaria de la niña o el niño amamantado.

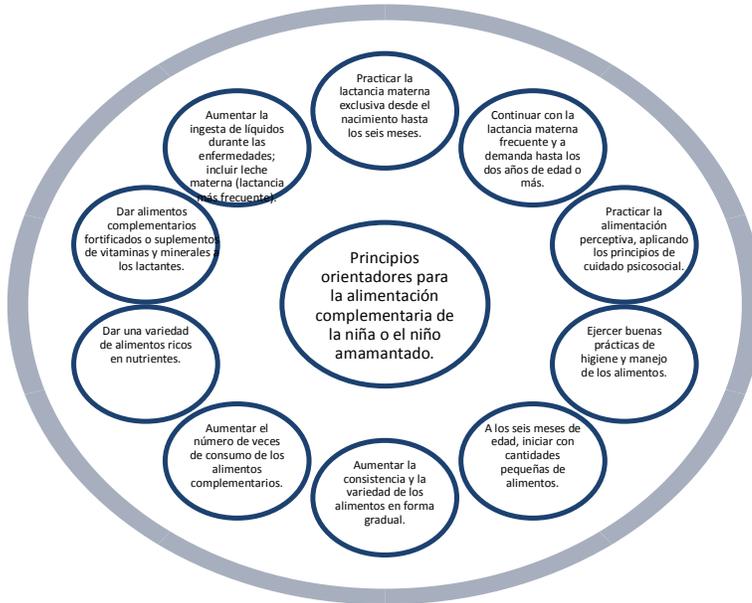


Ilustración 17. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado

Actividad física

Estrategia Educativa en Hábitos de Vida Saludable para la primera infancia en su eje de actividad física centra el trabajo en dos focos: la recreación y el ejercicio, como se muestra en la ilustración 17.

**NIKAMU CHWUZANUYA: EMA GAKUNAMU
MOWGA YUNA WASUYA NI, INGWI NUNNARI
EMA DUMANUKWEY NEYKA NUNGWAWIRI
UNGEYGWI NEYKARI ZEYZEY ZANAMU, TANU
ZANAMU KWASI UNKURETAKUKWEY
MIKUNIKUKWA —Arhuaco.**

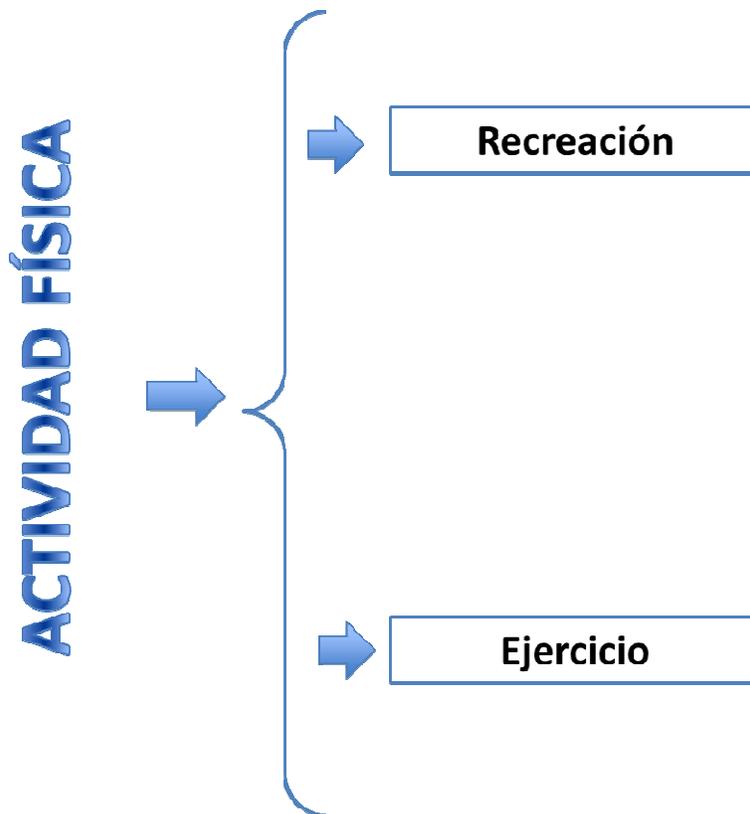


Ilustración 18. Focos del eje de actividad física

Los beneficios de la actividad física, la recreación y el ejercicio en la primera infancia han mostrado ser enormes, ya que contribuyen con el desarrollo psicomotor, social, intelectual y emocional de las niñas y los niños. Tomando como referencia el modelo propuesto por (Blair S.N., Clark D.C., Cureton K.J., & Powell K.E., 1989), en la primera infancia la promoción de la actividad física es esencial, teniendo en cuenta que un niño activo en el presente, será un adulto activo. Sin embargo, el uso de los términos “actividad física”, “recreación”, “juego”, “deporte” y “ejercicio” en la primera infancia ha generado controversia, debido a que los niños y las niñas están en una etapa crucial de su desarrollo en la que experimentan enormes cambios en sus capacidades físicas y mentales.

Para iniciar el abordaje conceptual es fundamental definir lo que es la actividad física: “se denomina así, a cualquier movimiento corporal voluntario, repetitivo que involucra a los grandes grupos musculares y que aumenta el gasto energético por encima de los niveles de reposo” (Coldeportes, 2014). Por lo tanto, la actividad física incluye actividades como bailar, caminar, realizar oficios domésticos, hacer deporte, practicar ejercicio o jugar.

La actividad física tiene cuatro componentes:

- Tipo: se refiere a la actividad que se realiza; ejemplos: correr, caminar, bailar, nadar.
- Frecuencia: es la periodicidad con que se practica la actividad; ejemplo: una vez al día, a la semana o al mes.

- Duración: se refiere al tiempo de permanencia del desarrollo de la actividad; ejemplo: realización de dos carreras de quince minutos para un total de treinta minutos.
- Intensidad: es el esfuerzo percibido en el desarrollo de la actividad. Así, la intensidad leve requiere un esfuerzo bajo (en donde ni la sensación de calor corporal ni la frecuencia respiratoria son muy diferentes a las de reposo); la intensidad moderada es un poco más exigente para el corazón y los músculos (más sensación de calor corporal y mayor frecuencia de respiratoria); por último, está la intensidad vigorosa, la cual implica un esfuerzo físico de hasta seis o más veces mayor que en el reposo (la sensación de esfuerzo físico es fuerte, el cansancio es soportable, se presenta una fuerte sudoración, aumentan la frecuencia respiratoria y cardíaca, se incrementan de manera considerable los latidos del corazón). La actividad no se puede llevar a cabo por mucho tiempo.

La actividad física en los niños y niñas debe ser divertida, constante, espontánea y natural, siendo parte esencial de su desarrollo mente-cuerpo; sin embargo, se debe realizar una actividad física estructurada y caracterizada por, la modalidad del ejercicio, la carga en el estímulo (frecuencia, intensidad y duración), el descanso, la adaptación, progresión, mantenimiento e individualización. Antes de dar comienzo a la actividad física, el estiramiento muscular y el calentamiento siempre serán importantes para los niños, como lo son para los adultos. Al finalizar la actividad física es determinante el momento de vuelta a la calma con estiramiento y enfriamiento (Coldeportes, 2014).

El ejercicio físico es considerado un tipo de actividad física, debe ser planeado, estructurado y repetitivo; su objetivo principal es el mejoramiento de las condiciones de la aptitud física, como la velocidad, la fuerza, el consumo de oxígeno, entre otras (Coldeportes, 2011). El ejercicio es usualmente dirigido y sigue un patrón de entrenamiento establecido. Ejemplos de ejercicio son las actividades que se hacen en un gimnasio, o programas que diseñan los docentes de actividad física en los colegios.

Durante la primera infancia se considera ejercicio a cualquier tipo de actividad estructurada, que genere movilidad corporal, incremente el gasto energético y tenga un objetivo de entrenamiento específico, tal como mejorar el gateo, aprender a nadar o aprender a hacer botes, realizar salto de cuerda uni o bi-podales, etc. Estas actividades están enfocadas, por lo general, a apoyar el desarrollo psicomotor de la niña o el niño, e implican la ayuda de un especialista.

La recreación es asumida por el Plan Nacional de Recreación 2013, como una actividad concreta e inscrita en un espacio de tiempo específico, en condiciones espaciales igualmente predeterminadas y, por lo general, lideradas por otras personas, más que por el mismo sujeto que se beneficia de ella. (Coldeportes, 2013)

El deporte, en cambio, es un tipo de actividad física de carácter competitivo que tiene un fin recreacional, guarda normas y reglas específicas, y es excluyente en la medida en que las condiciones físicas de cada persona limitan su participación y desempeño en ellas (Coldeportes 2011). Ejemplos de deportes son el fútbol, el tenis, el baloncesto, el patinaje, el atletismo, etc.

Algunos padres y/o colegios generan espacios para la práctica de ciertos tipos de deporte desde edades tempranas, con lo cual fomentan el gusto y la familiaridad con esas actividades.

Aunque la práctica del deporte es considerada saludable, es recomendable que se haga en espacios lúdicos que permitan generar mayor adherencia. Esta práctica no es considerada una estrategia de salud pública recomendada para todas las familias.

En este orden de ideas se puede comprender que en la primera infancia la dimensión individual de la niña o el niño no hace referencia únicamente a su persona; se deben incluir a los padres y/o cuidadores, como núcleo de compañía permanente para él/ella, favoreciendo así la adherencia a las recomendaciones de actividad física.

Durante la primera infancia, la actividad física y el juego deben integrar una especie de diálogo en el que se apoyen y complementen para fomentar el desarrollo psicomotor de las niñas y los niños en un estilo de vida saludable, que contribuya a la reducción de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles a largo plazo.

Es fundamental comprender que el juego es un concepto asociado indiscutiblemente a la primera infancia; padres y docentes utilizan el juego como un medio para los procesos de aprendizaje de las niñas y los niños. Existen muchos tipos de juego, y en este caso se hace referencia a aquellos que, en conjunción con la definición de actividad física, favorecen el movimiento y gasto energético. Existen juegos sedentarios -que aunque divertidos y favorecedores del desarrollo adecuado-, no contribuyen al cumplimiento de la recomendación de actividad física para las niñas y los niños; por consiguiente, no favorecen la prevención de enfermedades no transmisibles.

La actividad física en los niños se basa en patrones de movimientos básicos como lanzar, agarrar, empujar, girar, trepar, saltar y correr; las cuales fortalecerían las bases para el conjunto de movimientos en edades posteriores, incluidas tareas más complejas de la actividad física estructurada, como es la práctica de deportes (Coldeportes, 2011).

En las niñas y los niños menores de cinco años las recomendaciones de actividad física están sujetas a los demás aspectos de su desarrollo, como el sueño y el autocuidado. Así, en niñas y niños menores de un año se recomiendan ejercicios y actividades de corta duración (entre diez y quince minutos a lo largo del día), que permitan principalmente su estimulación y se conviertan en parte de su rutina diaria. Estos ejercicios pueden hacerse durante el baño, momento en que su piel está más expuesta a las sensaciones corporales o en el momento de la lactancia materna (Coldeportes, 2011).

En niñas y niños que tengan entre uno y cinco años, el foco está puesto en el desarrollo psicomotor. Hay que recordar que la búsqueda de movimiento y juego activo en esta etapa es natural; la recomendación por tanto es permitir que se muevan, bailen o corran lo que más puedan a una intensidad moderada que les permita mantenerse sanos(as). Se recomiendan tres horas diarias de actividad física, -como mínimo- cuando las niñas y los niños tienen entre uno y cinco años de edad.

Con respecto a los aspectos culturales y diferenciales específicos para el tema de actividad física, es de resaltar que Colombia es un país diverso desde el punto de vista cultural, ambiental, climático y geográfico, lo que representa una gran ventaja para la promoción de la actividad física, dado que toda la población tiene la posibilidad de moverse en forma recreativa y lúdica, en la variedad de juegos, actividades y recursos existentes (como ríos, árboles,

montañas, piscinas, ciclo vías, ciclo rutas, parques, entre otros). Resultan pertinentes como punto de partida para fomentar este hábito saludable en la primera infancia, bailes, músicas, juegos y actividades autóctonas y tradicionales de cada región.

Autocuidado

El eje de autocuidado comporta la higiene y el sueño seguro. Los focos de la higiene son: higiene corporal, higiene oral e higiene de manos. Los focos del sueño seguro son: horas y frecuencia del sueño; entorno, ambiente y prevención de muerte súbita (véase la Ilustración 18).

MANUNKAGWI RINHACHUKWA SÌ: EMABA WASEYKUMÛYARI MOWGA YUNA AYEGWI NANI, INGWI NEYKARI BUNSI MIKAWKWEYKA; GÛCHA, KÛKA RE'CHUSI, GUNA ÛNCHUSI NÛNGWI. MOWGA MEYKARI GUGIN KINKI KÛMEY UZEYKWEYKA —Arhuaco.

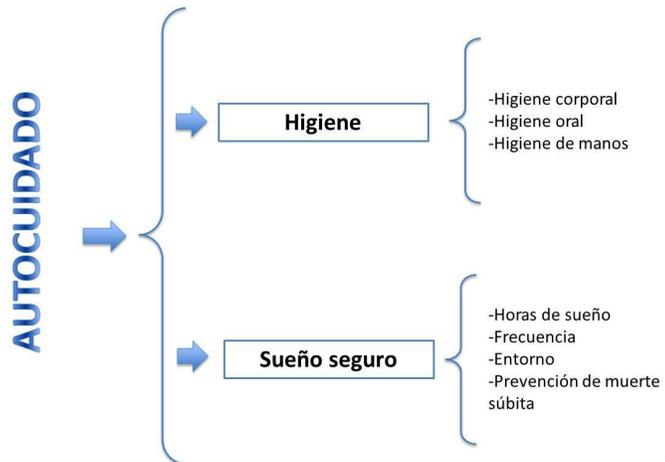


Ilustración 19. Focos del eje de autocuidado

Según la OMS (Organización Panamericana de la Salud, 2005) un saneamiento deficiente, la carencia de agua limpia y una higiene personal inadecuada, son factores asociados a enfermedades diarreicas, infestaciones de parásitos, infecciones de piel y ojos, y otras enfermedades transmisibles por vectores.

Entre las principales causas de mortalidad de la población infantil en el mundo en desarrollo, figuran las enfermedades diarreicas agudas (EDA) e infecciones respiratorias agudas (IRA). Los países con las cifras más elevadas son África y Asia, donde las EDA y las IRA (incluida la neumonía) representan el 22% y 23% de las muertes en este grupo de edad, respectivamente (World Health Organization [WHO], 2005). Las repercusiones de estas enfermedades en la

salud van más allá de las pérdidas en vidas de las niñas y los niños, también se presentan discapacidades (World Health Organization [WHO], 2002). Se ha reconocido que se deben incrementar los esfuerzos en el control de estas enfermedades si se quiere alcanzar el objetivo del milenio, de reducir la mortalidad en la población infantil.

En el marco de la Estrategia Educativa en Hábitos Saludables, el autocuidado constituye el tercer foco de trabajo con las comunidades, y se define como la capacidad de una persona para asumir en forma voluntaria el cuidado y el mantenimiento de su salud, mediante el conocimiento y práctica de conductas que le permitan vivir activo y saludable. Además se entiende como una actividad aprendida por los individuos; orientada a un objetivo; y dirigida por las personas hacia sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Higiene

La higiene es la parte de las ciencias médicas, y tiene por objeto generar o mantener condiciones óptimas para la conservación de la salud y la prevención de enfermedades. Desde otras perspectivas, se asume como el conjunto de conocimientos y técnicas que aplica el individuo para el control de los factores que ejercen efectos nocivos sobre su salud, así como la combinación de actos y actitudes con el objetivo de mantener el cuerpo, el organismo y la mente en un buen estado de salud (Unicef Venezuela, 2005).

Partiendo de lo anterior, se presentará lo relacionado con la higiene corporal, oral y de las manos, prácticas importantes en la prevención y mantenimiento de la salud de las niñas y los niños menores de 6 años.

Higiene corporal

Se debe iniciar desde los primeros días de vida, con excepción de recién nacidos(as) prematuros(as), según las guías de práctica clínica basadas en la evidencia para el uso óptimo del método madre canguro, específico para niños(as) pretérmino o de bajo peso al nacer.

La higiene corporal en niñas y niños debe ser diaria, pues les protege de enfermedades, favorece su desarrollo psicomotor porque les permite experiencias sensitivas y les incita al juego, estimula su circulación y les relaja los músculos del cuerpo.

El baño debe hacerse con agua tibia, debe ser rápido y con soporte de los padres durante los primeros años de vida. Según la *Guía unificada Cuidarte antes de nacer*, durante el baño del cuerpo se debe tener especial cuidado con algunas zonas, según se indica en lo sucesivo (Gobierno de Colombia, n.d.)

- ❖ Los oídos: limpiar el exterior, las orejas, sin hurgar el interior.

- ❖ Los ojos: realizar la limpieza ocular de afuera hacia adentro, es decir, desde el extremo externo hacia la nariz, con un masaje en el conducto lagrimal.
- ❖ La nariz: la limpieza nasal debe ser posterior al baño, con una gasa o pañuelo desechable, doblado en forma de cono.
- ❖ El ombligo: es importante enseñar a padres y cuidadores que los cuerpos extraños y la humedad en el muñón umbilical pueden producir infección (onfalitis) o alergia, y que por tal motivo se deben evitar fajeros y botones. Según el caso, también se debe mantener el pañal doblado debajo del ombligo para evitar contacto con la orina. La limpieza del muñón umbilical debe hacerse diariamente o tantas veces como sea necesario, con solución antiséptica. En caso de no tener acceso al antiséptico, debe limpiarse con un paño humedecido con agua potable y secarse muy bien, pues debe permanecer seco. Se debe estar atento a la presencia de sangrado, secreciones o piel enrojecida alrededor de la zona, dado que pueda indicar un problema de salud en el/la recién nacido(a) (Organización Panamericana de la Salud[OPS], 2010).
- ❖ Los genitales: se deben limpiar siempre de adelante hacia atrás para evitar el acceso de las bacterias del ano a la vagina o meato urinario, pues producen infecciones.

Recomendaciones generales para llevar a cabo un baño efectivo: se debe disponer de agua limpia a una temperatura cercana a los 36 °C y un jabón de pH neutro. Se recomienda evitar la caída de jabón en los ojos de la niña o el niño y no someterlo(a) a períodos prolongados de exposición al frío. Debe garantizarse que el momento del baño sea agradable. Al finalizar, el secado se debe hacer sin frotar, presionando con suavidad y prestando especial cuidado a las zonas de los pliegues (cuello, axilas, región inguinal y extremidades), para evitar irritaciones de la piel.

Recomendaciones específicas durante el baño de un/una recién nacido(a):

- ❖ El baño debe ser corto, con agua tibia, evitando mojar el cordón umbilical.
- ❖ Durante el baño se debe tener especial cuidado con ojos, nariz, oídos, genitales y pliegues.
- ❖ El jabón y el champú son innecesarios.
- ❖ La piel se debe secar con toques suaves, evite frotarla.
- ❖ Se debe evitar quitar el vérnix caseoso de la piel (capa de grasa que reviste la piel del bebé).
- ❖ Se debe evitar el uso de lociones; la piel del bebé es tan sensible que le pueden generar irritaciones o alergias. A lo sumo se deben usar en la parte externa de la ropa, sin que haya contacto con la piel.
- ❖ Cuidados con el cordón umbilical (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2009).
- ❖ Se debe limpiar con un antiséptico al 70% de concentración o según recomendación del pediatra. También se puede usar un paño humedecido con agua potable, según la necesidad específica.
- ❖ Es importante que permanezca limpio y seco.
- ❖ No se deben aplicar cremas, polvos ni lociones.
- ❖ No se debe cubrir con apósitos, pañales, ni hierbas.

Higiene oral

Se define como la limpieza de la boca por medios mecánicos (cepillo, pasta dental y seda dental) y medios químicos (soluciones antisépticas, enjuagues bucales). Debe realizarse en tres momentos críticos para asegurar su efectividad en el control de la caries y el cálculo dental: al levantarse, después de almorzar y antes de dormir.

Es importante iniciar la práctica de la higiene bucal desde los primeros meses de vida, dado que la cavidad oral es colonizada por microorganismos que pueden producir caries y gingivitis (inflamación de las encías) desde el nacimiento (Carvajal & Rodríguez, 2014).

En caso de que la niña o el niño no tengan dientes aún, la higiene se debe hacer con una gasa o paño limpio, humedecido con agua potable, envuelto en el dedo índice, sobre las encías para remover los restos de leche y comida de las mucosas de la boca.

Una buena higiene oral se logra con un cepillo dental, cuya función es remover los residuos de alimentos de la superficie de los dientes; su uso se inicia cuando aparecen las primeras piezas dentales. La crema dental es complemento del cepillo y da una acción antiséptica y de remineralización de los dientes. La seda dental tiene como función de remover los residuos de comida de entre los dientes.

La higiene bucal se debe realizar en tres momentos claves: mañana, tarde y noche. En principio, la deben hacer los padres de niñas y niños menores de cinco años, dado que aún están adquiriendo ciertas destrezas de coordinación de los movimientos motores de las manos. También el hábito se adquiere en la familia, con el ejemplo y la constancia de los padres y/o cuidadores: a medida que la niña o el niño crece, se le debe transferir la responsabilidad de cepillarse los dientes, aunque cuente con la supervisión de adultos que le corrijan y le ayuden a garantizar la efectividad del cepillado (Carvajal & Rodríguez, 2014).

Pasos para un buen cepillado de dientes:

Utilice crema dental en el cepillo (si es posible)

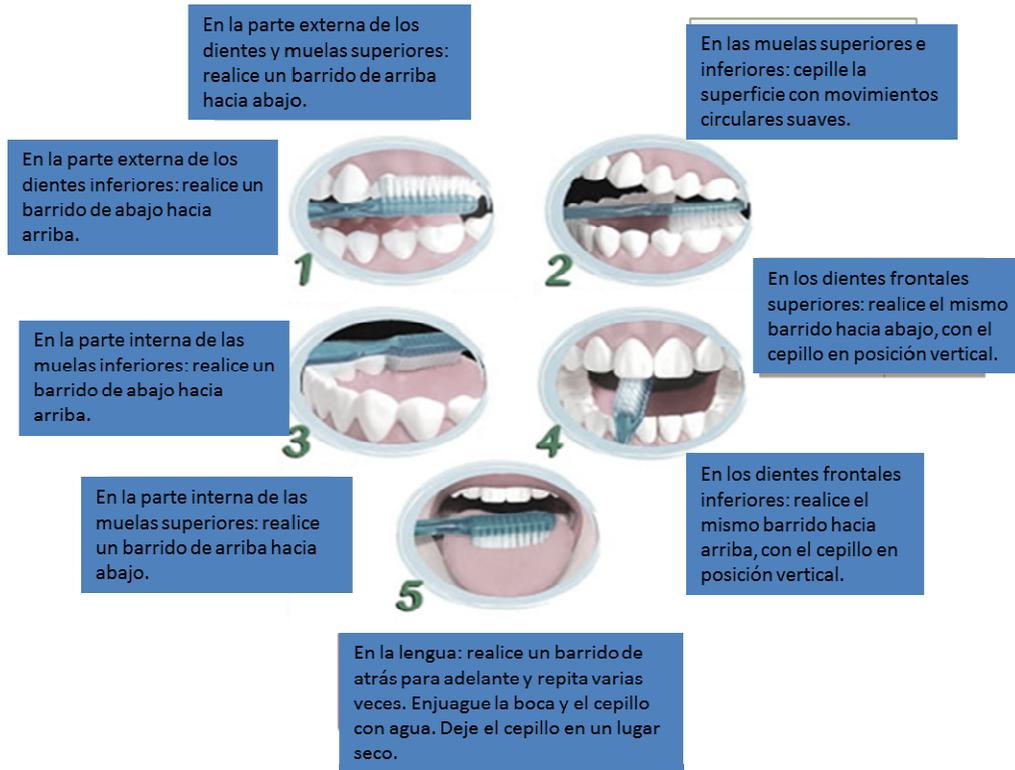


Imagen 1. Pasos del cepillado dental

Lavado de manos

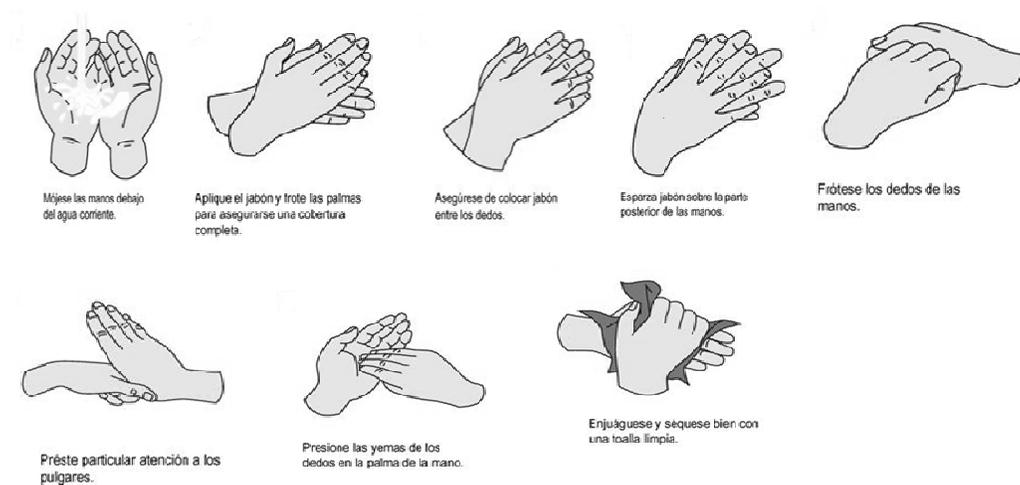
Es una de las medidas más sencillas y efectivas para el control de las enfermedades prevalentes de la infancia porque reduce el riesgo de contagio. Lavarse las manos con agua y jabón es una estrategia para disminuir la transmisión de microorganismos en un 45%.

Se sabe que la falta de higiene con las manos es un factor de riesgo en la transmisión de enfermedades como las respiratorias agudas (gripa, neumonía, influenza, A (H1N1), síndrome respiratorio agudo grave), la enfermedad diarreica aguda, las infecciones parasitarias y las infecciones en la piel y los ojos.

Agua limpia, jabón y el seguimiento a ocho pasos que pueden durar de veinte a treinta segundos, son condiciones sine qua non para un correcto lavado de manos.

1. Humedecer las manos.
2. Aplicar jabón y frotar las palmas, una contra otra, hasta generar espuma.
3. Frotar una a una las manos enjabonadas contra el dorso de la mano contraria.

4. Juntar las palmas de las manos y con los dedos entrelazados, frotarlas entre sí.
5. Frotar el dorso de los dedos de cada mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos en forma de candado.
6. Rodear cada pulgar con la palma de la mano contraria y frotarlo en movimiento de rotación, en forma semejante al giro de un tornillo.
7. Frotar la punta de los dedos de cada mano contra la palma contraria, haciendo un movimiento de rotación.
8. Enjuagar y secar las manos con una toalla limpia.



**Imagen 2. Pasos de un correcto lavado de manos (cambiar estas ilustraciones y los textos de los pasos de lavado de manos del cuento Timón rescata su pelota)
(Fundación Santa fe de Bogotá, 2013)**

El lavado de manos con agua y jabón interrumpe la cadena de transmisión de las enfermedades infecciosas, dado que remueve los microorganismos que allí se encuentren; disminuye también el riesgo de que estos entren en contacto con las mucosas de las personas, con los alimentos y las bebidas para el consumo. Sin embargo, esta práctica es realizada solo en un tercio o la mitad de la frecuencia debida, por lo cual se recomienda el lavado de manos en los siguientes momentos para toda la población: después de ir al baño, luego de toser o sonarse, luego de cambiar un pañal, antes de preparar alimentos, después de realizar actividades de limpieza, luego de tener contacto con basura, antes y después de visitar a un enfermo, luego de manipular dinero, al llegar a casa, al tocar o jugar con animales, después de jugar. En el caso concreto de los niños menores de un año, los momentos para el lavado de manos son recomendados a los padres y cuidadores.

Sueño seguro

Por sueño seguro se entiende al control de factores conductuales y ambientales que preceden o influyen en el momento mismo de dormir, como el entorno, la posición, duración, frecuencia, entre otros.

Dormir debe ser una actividad placentera, inducida con amor desde el nacimiento para formar el hábito saludable del sueño en las niñas y los niños, dado que el descanso, la recuperación fisiológica y el soñar, son necesidades humanas básicas para el ejercicio de una vida plena.

Cuando se hace referencia al sueño en niñas y niños menores de cinco años, se debe entender que se trata de un proceso madurativo, que cambia en virtud de su desarrollo, y que características como duración, gusto y estabilidad de los patrones del sueño, varían significativamente entre un niño(a) y otro(a).

En recién nacidos(as) el sueño ocurre en virtud de la interacción entre sus horario o ciclos (vigilia, dormir y despertar) y sus necesidades (alimentación, cambio de pañal y ser acunado[a]). Esto explica que los horarios sean irregulares: los periodos de sueño pueden durar desde pocos minutos hasta varias horas. Entre uno y los seis meses de edad, los ciclos de sueño y vigilia se regulan por la luz y la oscuridad. El bebé empieza a desarrollar este ritmo —llamado circadiano— alrededor de las seis semanas, pero se puede tardar entre tres y seis meses para establecerlo con regularidad. La duración del sueño nocturno se alarga de manera progresiva, aunque se puede despertar varias veces durante la noche. Ahora bien, al cabo del primer año la angustia debida a la separación de cama o habitación, sumada a la adquisición de destrezas motoras como la marcha, puede afectar la conciliación del sueño. En niñas y niños mayores al año las dificultades para dormir tienen que ver —por lo general— con resistencia para ir a la cama y despertares debidos a terrores nocturnos y pesadillas (Sociedad Colombiana de Pediatría, 2011).

El ejercicio de prácticas que garanticen la calidad y cantidad adecuada de sueño, favorables a los periodos de vigilia y el desarrollo cerebral de las niñas y los niños, de acuerdo con sus edades, debe estar a cargo de los padres y cuidadores; ellos deben implementar normas adecuadas para una óptima higiene del sueño (Briceño, 2014).

El sueño es la actividad que favorece funciones como: aprendizaje, atención, autorregulación, concentración, capacidad intelectual, capacidad física, interrelaciones familiares y con el entorno. También es fundamental en la maduración nerviosa, en tanto en cuanto permite los procesos de consolidación de vías neuroquímicas y migración neuronal que se activan durante la fase del sueño (Mindell & Owens, 2010).

Frente a las horas y frecuencia de sueño, son importantes las recomendaciones de la Fundación Nacional del Sueño, descritas en la siguiente tabla.

EDAD	RECOMENDACIONES
De cero a tres meses	<p>El ciclo sueño-vigilia está relacionado con la necesidad de ser alimentado(a), cambiado(a) y nutrido(a).</p> <p>Los recién nacidos duermen en total de 10.5 a 18 horas diarias en un horario irregular.</p> <p>El período de sueño puede durar unos pocos minutos y repetirse en distintas horas.</p>

	Para evitar el riesgo de hipoglucemia, hasta el primer mes de vida el bebé recién nacido no debe pasar más de tres horas sin amamantar.
De cuatro a once meses	A partir del sexto mes, el bebé podría acostumbrarse a dormir hasta nueve horas seguidas durante la noche, y a tomar de una a cuatro siestas de treinta minutos cada una durante el día. Sin embargo, los bebés a esta edad aún podrían despertarse durante la noche y demandar alimento según el patrón de alimentación al que se acostumbren.
De uno a dos años	Las niñas y los niños pequeños necesitan alrededor de once a catorce horas de sueño en un período de 24 horas. Cuando se aproximan a los 18 meses de edad, sus siestas disminuyen a una vez por día, y duran de una a tres horas. Las siestas no se deben tomar cerca de la hora de acostarse porque pueden retrasar el sueño de la noche.
De tres a cinco años	Los preescolares, por lo general, duermen entre once y trece horas cada noche y no hace la siesta sino hasta después de los cinco años de edad. Igual que las niñas y los niños pequeños, tienen dificultad para conciliar el sueño y los despertares durante la noche son comunes. Con un buen desarrollo de la imaginación, suelen experimentar temores y pesadillas nocturnas.

Tabla 2. Recomendaciones sobre horas y frecuencias de sueño en niñas y niños (Thorpy, 2003)

Las recomendaciones referidas a la posición, entorno y ambiente, se presentan en la siguiente tabla.

ASPECTO	RECOMENDACIONES
Posición	Boca arriba o antirreflujo: avise a los cuidadores o niñeras en el jardín, que las niñas y los niños deben dormir solo boca arriba.
Entorno	Evite la presencia de peluches, juguetes u otros elementos en el área donde duerme la niña o el niño. Procure que tenga un espacio para dormir solo(a), pero en el mismo cuarto o lugar del adulto responsable. Procure que la sábana o cobija quede estirada para que la niña o el niño no pueda levantarla y taparse, que solo cubra hasta el pecho y que los brazos queden afuera. Para mayor comodidad de la niña o el niño durante el sueño, procure utilizar ropa suave y ligera. Evite el riesgo de asfixia dejándole sin chupos ni biberones.
Ambiente	Procure una temperatura media y un ambiente fresco en el lugar donde duerme la niña o el niño; evite el acceso a corrientes de aire. Nunca fume cerca de un bebé ni una mujer embarazada. De esta manera evita que desarrollen alergias, asma u otras enfermedades respiratorias; disminuye también el riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante. Para evitar las picaduras de insectos y ciertas enfermedades procure utilizar mosquiteros en el lugar donde duerme la niña o el niño.

Tabla 3. Recomendaciones para mantener seguros a los niños mientras duermen (Peña, 2010) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

Uno de los focos del eje de autocuidado es el sueño seguro y dentro de éste se encuentra la prevención de la muerte súbita. El síndrome infantil de muerte súbita (SIMS) se define como la muerte repentina e inexplicable de un lactante de menos de un año pese a una minuciosa investigación. Se trata de un diagnóstico sindrómico al que se llega por exclusión y que probablemente tiene diferentes etiologías (Peña, 2010).

La imposibilidad de identificar prospectivamente a las futuras víctimas del SMSL, obliga a que las recomendaciones estén basadas en la acción frente a factores de riesgo controlables a través de la prevención. Con los conocimientos actuales sobre el problema, se describen en lo sucesivo los siguientes factores de riesgo y actividades preventivas (Prevención en la infancia y la adolescencia [Previnfad], 2016).

Dentro de los factores relacionados con las madres, se encuentra que los cuidados prenatales, el control de la gestación, la lactancia materna y la cohabitación disminuyen el riesgo de SMSL. La práctica del colecho o compartir la cama con el infante, ha sido reportada como un factor de riesgo asociado al SMSL. Dentro de los factores relacionados con la niña o el niño se encuentran el antecedente de hermano fallecido por SMSL, prematuridad y bajo peso (por debajo de 2.500 g).

Por último se encuentran los factores ambientales, donde una de las principales medidas es la postura del lactante en la cuna. Siendo éste un factor de riesgo modificable, se ha demostrado que al acostar al bebé en decúbito supino (boca arriba), disminuye la tasa de mortalidad por SMSL del 30% al 50%. Otros factores que se deben evitar porque aumentan hasta cinco veces el riesgo de SMSL son las superficies blandas (colchones); accesorios sueltos como mantas, edredones, almohadas, peluches y objetos colgantes del cuello; exceso de abrigo del bebé durante el sueño.

Capítulo 4. Los procesos de formación, comunicación e información y los recursos materiales en el marco de la Estrategia Educativa

Este capítulo acomete dos tareas descriptivas principales: la primera, relacionada con la importancia de los procesos de formación, comunicación e información en el marco de una estrategia educativa; la segunda, destinada a precisar el papel de los recursos materiales como medio para apoyar la Estrategia referida.

Antes de la presentación de los dos aspectos, es necesario puntualizar qué se entiende por “Estrategia Educativa”.

La Estrategia Educativa se concibe como un conjunto estructurado de elementos y/o procedimientos dotados de una intencionalidad clara y provistos de un carácter educativo y pedagógico (Monerero,1999). La Estrategia Educativa para la Promoción de Hábitos Saludables en la Primera Infancia (nutrición y hábitos alimentarios, actividad física y autocuidado) se asume desde un enfoque integral, la cual busca el desarrollo de habilidades y destrezas para momentos concretos de la vida diaria que contempla tanto el papel de los padres y/o cuidadores como el de los profesionales que interactúan en diferentes momentos con las niñas y los niños y sus cuidadores en los entornos educativo, de salud y público. Las estrategias educativas pueden contemplar componentes de educación, comunicación e información y requieren rutas metodológicas y recursos materiales, que fungen como medios o pretextos para apoyar el cumplimiento de los objetivos definidos.

Proceso de formación, comunicación e información en el marco de la Estrategia Educativa

La **educación** se aborda desde el principio de que cada sujeto tiene saberes y experiencias que se ponen en diálogo en contextos particulares. Allí, la relación educando-educador posibilita el surgimiento de saberes, capacidades, creencias, etc., para lograr mejores comprensiones de su propia realidad a partir de un proceso de autorreflexión en la interacción con otros. La **comunicación** se comprende como un medio a través del cual se apoya el uso de información mediante estrategias comunicacionales múltiples dirigidas a todos los públicos involucrados (comunidad en general, cuidadores, padres, agentes educativos y de salud, niñas y niños). La

información se asume como un medio para ampliar y consolidar conocimientos. En la Estrategia Educativa, la información se da a través de mensajes y contenidos clave para los tres ejes seleccionados, tanto en los materiales que le dan soporte a la Estrategia como en los que integran el kit de herramientas y en los comunicacionales.

Las estrategias educativas se construyen a partir de la interacción de cuatro elementos principales: actores, intencionalidades, procesos y recursos. Estos elementos se hacen visibles a través de los siguientes principios orientadores:

- **El reconocimiento.** Este principio ubica a los actores locales, por una parte, como sujetos que posibilitan el enriquecimiento de la mirada acerca de las características y las prácticas propias de la población —desde sus saberes, experiencias y costumbres— frente a lo que implica la Estrategia Educativa en Hábitos Saludables; por otra, como dinamizadores de la Estrategia que, a través de su implementación, establecen un vínculo entre esta y las actividades, procesos y proyectos existentes en cada uno de los entornos y zonas. Así, este principio se materializa por medio del diálogo y trabajo conjunto con y por las comunidades.
- **La participación.** Este principio se manifiesta en la Estrategia Educativa en varios niveles: en un primer nivel, este principio se da a través de la participación intersectorial en el marco del convenio (salud, educación, cultura, ICBF, entre otras); en un segundo nivel, toma forma con la mirada interdisciplinaria orientada a la consolidación de la Estrategia Educativa en Hábitos Saludables del equipo técnico de la Fundación Santa Fe de Bogotá, la Fundación Saldarriaga Concha y la Comisión Intersectorial de la Primera Infancia (Cipi); en un tercer nivel, se expresa en la conformación de los grupos locales (facilitador y tutores) desde los campos de la salud, la educación y la ciencias sociales —entre otras— y en la dinamización de actividades con diferentes actores locales (padres de familia, niñas y niños, cuidadores, líderes comunitarios, agentes educativos y de salud, actores institucionales). Por lo anterior, desde la consolidación e implementación de la Estrategia se promueve la participación interactiva: las personas participan a través de análisis en conjunto —que en la mayoría de ocasiones conducen a planes de acción— que involucra metodologías interdisciplinarias para lograr miradas desde diferentes perspectivas y configurar aprendizajes estructurados.
- **La diversidad.** Este principio toma en cuenta necesidades y circunstancias específicas a partir de la identificación las características particulares de personas y grupos. La diversidad en la Estrategia Educativa contempla varios aspectos: primero, la consolidación de la Estrategia con un enfoque específico para ocho municipios (San Andrés, Providencia, Pueblo Bello, Maicao, Barranquilla, Ibagué, Manizales, Sibundoy) y un corregimiento (San Basilio de Palenque); segundo, la conformación de los equipos en campo en cada zona (un facilitador y dos tutores) seleccionados mediante criterios

de proximidad a la misma (residencia, conocimiento o pertenencia a los grupos poblacionales de los municipios focalizados); tercero, la retroalimentación, por parte de los equipos en zona, acerca de las implicaciones que tuvo la consolidación de la Estrategia Educativa; cuarto, la integración de características propias de cada región en los contenidos e imágenes de los materiales de la Estrategia Educativa en Hábitos Saludables (tanto en aquellos que sustentan la Estrategia como en los comunicacionales y en los incluidos en el kit de herramientas).

- **La corresponsabilidad.** Este principio se comprende como el papel que deben asumir los distintos actores en la promoción de los hábitos saludables en la primera infancia. En la participación de cada uno de los actores involucrados (padres de familia, niñas y niños, cuidadores, líderes comunitarios, agentes educativos y de salud, actores institucionales), la corresponsabilidad implica asumir un rol orientado a propiciar las condiciones necesarias para alcanzar los objetivos propuestos en la Estrategia. Allí se esperan diferentes manifestaciones de este principio: por una parte, la corresponsabilidad que corresponde a las acciones relativas a los ejes de formación, comunicación e información ejecutadas en los diversos entornos; por otra, la corresponsabilidad propia de los agentes educativos, culturales y de salud frente a las necesidades y expectativas de los padres de familia y cuidadores en los diferentes espacios de interacción.
- **La promoción.** Como principio, la promoción de los hábitos saludables (nutrición y hábitos alimentarios, actividad física y autocuidado) está dirigida principalmente a niñas y niños en la primera infancia y, en virtud de sus efectos potenciales tanto en los infantes como en las personas que interactúan con ellos, constituye un elemento fundamental para disminuir las brechas de inequidad y pobreza. Se reconoce la importancia de una intervención oportuna en la promoción de estos hábitos en los diferentes momentos de la vida cotidiana de niñas y niños, pero a la vez se subraya la necesidad de que aquella tenga lugar en los diferentes entornos (familiar, salud, educativo y espacio público). Lo anterior puede lograrse a través de varios mecanismos: procesos de formación¹⁵, acceso a información oportuna y clara, movilización social a través de medios comunicacionales y acceso a los servicios que promocionan estos hábitos.
- **La coherencia.** Este principio abarca todo los elementos contemplados en la Estrategia Educativa. Puesto que la Estrategia tiene como propósito lograr el desarrollo de destrezas o habilidades para la promoción de hábitos de vida saludable a través de acciones de formación, comunicación e información, la formulación de la misma supone una articulación sólida entre los propósitos, el modelo de intervención

¹⁵ Es importante advertir que tanto la implementación de la Estrategia Educativa en Hábitos Saludables como la evaluación de la misma —que posteriormente se proyectará en el ámbito nacional— requieren de un proceso de formación.

planteado, las metodologías, los materiales, las herramientas didácticas y el proceso de evaluación.

Los procesos de formación se desarrollan a partir de un modelo pedagógico que, de modo general, debe responder tres preguntas fundamentales: **qué enseñar, cómo enseñar, y qué y cómo evaluar**. Así, los siguientes elementos deben estar presentes en el proceso de formación de la Estrategia Educativa (Ghiso A., 2009):

Ke insehá, kumo insihá i ke kusá l kumo guatiá lo ke ané a aprendé —Palenquero.

- **La contextualización:** este aspecto hace referencia a la importancia que los conocimientos y experiencias de los participantes y de sus familias tienen en la intervención educativa. Por lo anterior, se hace imprescindible reconocer las expectativas, saberes o dificultades iniciales de los diferentes grupos, con el fin de orientar de manera adecuada tanto la intervención como el acompañamiento. Lo contextualizado incluye también elementos sociales (vivienda, formación, trabajo) y culturales (costumbres, creencias).
- **La intencionalidad:** El proceso educativo tiene como principio “que si es posible el cambio”, esto implica definir la intencionalidad, tanto desde el que diseña la propuesta educativa (¿qué se quiere lograr?), como del sujeto que participa en el proceso educativo (¿qué quiero transformar: ¿prácticas, creencias, rutinas, saberes, entre otros? Por lo tanto, la intencionalidad debe explicitarse tanto por parte de los que orientan el acto educativo como los que lo viven, se requiere para ello una actitud reflexiva, crítica y de acción.

Definida la intencionalidad de la propuesta educativa, esta orientará el diseño de las actividades, materiales e instrumentos. Igualmente posibilitará identificar los contenidos que se quieren abordar y los mensajes que se quieren comunicar.

- **Sujetos y no objetos del proceso:** un aspecto fundamental del proceso educativo es la forma como son asumidos los participantes. Cuando estos se asumen como sujetos, se reconocen como productores de saber y transformadores capaces de crear y recrear. Por el contrario, si los participantes se asumen como objetos del proceso educativo, se consideran como meros receptores, repetidores, o destinatarios.

En el marco de lo anterior, la Estrategia Educativa debe asumir a los participantes como sujetos. La Estrategia toma como punto de partida la experiencia y el conocimiento de los participantes, además de sus expectativas, sus motivaciones y sus dificultades. Se reconoce que en el acto educativo confluyen sueños, sentimientos y deseos, y también se ponen en juego capacidades de valoración, decisión, selección e intervención.

- **La perspectiva dialógica:** el diálogo se asume aquí como escenario de encuentro para el conocimiento y la práctica. El conocimiento se genera en un proceso de interacción que tiene lugar en el reconocimiento del otro mediante el acto de escucha. A la vez, se considera el diálogo como una posibilidad de encuentro entre semejantes que incluye sus diferencias. En el diálogo se le otorgan significados a las expectativas, a los deseos, a la experiencia y a los conocimientos.
- **Los conocimientos y la forma de abordarlos:** en este punto se reconoce la relación estrecha entre educación y conocimiento. La concienciación de los sujetos requiere una comprensión crítica de la realidad, y para ello se propone una ruta de trabajo que parte de la acción —que se nutre de la experiencia del sujeto— y se dirige hacia la reflexión, para luego ir de allí hacia una nueva acción. Para el acto de comprensión de lo abordado se reconoce la interrelación de dos tipos del contexto: uno, consistente en el diálogo que tiene lugar entre el orientador y los participantes en el acto educativo; y otro, dado por el hecho real que se está abordando.

Los recursos materiales en el marco de la Estrategia Educativa

Como se indicó, la Estrategia Educativa cuenta con recursos materiales que se convierten en el medio para soportar su conceptualización; dinamizan las actividades educativas —tanto con niñas y niños como con adultos— y comunican los mensajes clave dirigidos a todos los públicos.

La Estrategia Educativa en Hábitos de Vida Saludable fue consolidada a partir de tres tipos de materiales: su documento técnico, el kit de herramientas y el material comunicacional.

Documento técnico. Es el material que soporta la Estrategia Educativa y en el que se presentan su contextualización; la conceptualización de los ejes y focos definidos; los procesos de formación, comunicación e información con la importancia que revisten; y un conjunto de recomendaciones para la implementación de la Estrategia.

En virtud de los diferentes actores del territorio (actores gubernamentales y comunidad en general —niñas, niños y padres de familia—), el documento técnico se presentará en tres versiones más: una cartilla que recoge los aspectos fundamentales de la Estrategia, un video que presenta una síntesis de esta y un cuento explicativo de los ejes que la conforman.

El kit de herramientas está conformado por los **materiales** que abordan de manera específica los aspectos fundamentales de los tres ejes definidos para la Estrategia Educativa, así: i) **videos, cuadernillos, cuentos y rotafolio**; ii) **fichas y folletos, dirigidos algunos a niñas y niños, y otros al trabajo con padres de familia, cuidadores, profesionales de la salud y/o promotores de primera infancia**; iii) un material integrado desarrollado para las niñas y los niños menores de seis meses. También hace parte del kit una guía de uso en la que —a modo

de ejemplos— se plantean rutas de actividades para el trabajo con las niñas, los niños y los adultos, con lo cual se integran los diferentes materiales a las dos poblaciones, infantil y adulta.

Juatsjinÿam y jenangmiam soyëng —Kamëntsá.

*Quem soy endmën lemp uatsjenday
soyëng: jinÿam, jualiam, bnëcacnam
jatravisian, quem soy boyabasetemëng y
shembasatemëngbiam, inyesoyëng
betsëtsangaftac genangmiam —Kamëntsá.*

Es importante mencionar que el kit de herramientas está conformado por materiales existentes, que apoyan algunos de los focos de los ejes seleccionados. Es el caso de los materiales del proyecto “Prevención de las enfermedades infecciosas en la población infantil de Colombia”, producidos por la Fundación Santa Fe de Bogotá: cuento, video clip para las niñas y los niños, y rotafolio para adultos; todos referidos a los pasos y momentos del lavado de manos (este uno de los focos del eje de autocuidado). Además están los cuentos multilingües del ICBF que aportan a los tres ejes, y el folleto de sueño seguro del Ministerio de Salud y Protección Social para el eje de autocuidado. También se incluyen en el kit, materiales contruidos a partir de otros producidos por las entidades que hacen parte del convenio marco: Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Ministerio de Cultura, ICBF, Fundación Bancolombia, Fundación Éxito, Fundación Saldarriaga Concha, Fundación Plan y Coldeportes.

Materiales comunicacionales: son el grupo conformado por piezas que cumplen dos propósitos: apoyar la apropiación del kit de herramientas para la promoción de hábitos saludables en los tres ejes, y sensibilizar a la comunidad frente a la importancia del desarrollo de estos hábitos. El video, el afiche, los volantes, el calendario, las cuñas radiales y las cápsulas, están basados en los mensajes clave que se quieren comunicar de los distintos focos de los tres ejes (nutrición y hábitos alimentarios; actividad física; y autocuidado: higiene y sueño seguro).

El material se convierte en un pretexto para el desarrollo de actividades integrales que se pueden trabajar en distintos espacios locales: bibliotecas, casas de familia, centros educativos con modalidades de atención a la primera infancia y centros de salud; también con diferentes públicos: personas de la comunidad, líderes locales, actores gubernamentales, padres de familia, niños y niñas, agentes de salud o educativos, entre otros.

La importancia de los recursos materiales de la Estrategia Educativa radica en:

- Su diseño y tipificación, así: los que sustentan la estrategia, los que dinamizan las actividades para el trabajo con los diferentes actores locales y los que apoyan los procesos de movilización social. Esto posibilita una visión integral que influye en la promoción de los hábitos definidos en esta estrategia, en la medida en que apoya los procesos de formación, comunicación e información.

- Las tres versiones del material que sustenta la Estrategia, diseñadas a partir de su documento técnico: una cartilla para la comunidad en general; un video dirigido principalmente a los actores gubernamentales y un cuento para los beneficiarios de la estrategia (niños y niñas).
- La integración de los materiales de kit de herramientas a través de una guía de uso en la cual se propone una ruta de aplicación del material, teniendo en cuenta una secuencia de actividades, tanto para el trabajo con los niños como con el de los adultos. Los actores locales pueden diseñar otras rutas de actividades en el marco de las acciones, los programas o planes que se establezcan para la promoción de los hábitos saludables.
- El modo de presentación de los contenidos, de manera clara y amena para cada uno de los ejes; principalmente a los padres de familia, cuidadores, agentes educativos, culturales y de salud. Asimismo, tener un material diseñado para los tres ejes, que recoge las particularidades para los niños y niñas menores de seis meses.
- La inclusión de algunas particularidades de saberes y prácticas de las comunidades focalizadas en el marco de la Estrategia, con el fin de hacer un reconocimiento a la diversidad de la población a la cual va dirigida.

Capítulo 5. Recomendaciones

En este apartado se presentan las recomendaciones para la implementación de la Estrategia Educativa en lo que se refiere a su marco general, a la contextualización en las zonas, y a los procesos, tanto de formación y evaluación, como de comunicación e información.

Marco general de la Estrategia

- Para la socialización e implementación de la Estrategia Educativa en Hábitos de Vida Saludable en el ámbito local, es importante hacer la contextualización de la Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia De Cero a Siempre, liderada por la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia (Cipi).
- Es fundamental que en el ámbito local se aclare a la comunidad —en general— y a las autoridades locales, que el proceso de consolidación de la Estrategia Educativa tuvo lugar en la construcción misma de un conjunto de recursos materiales para la promoción de hábitos saludables en la primera infancia, desde tres ejes (nutrición y hábitos alimentarios, actividad física y autocuidado), que implicó una revisión de experiencias, programas y materiales en el ámbito internacional, nacional y local.
- Para lograr apropiación de la Estrategia Educativa en el ámbito local, ésta debe ser vinculada a los programas o proyectos desarrollados por las diferentes entidades que promocionan hábitos de vida saludable.
- Es conveniente que al abordar la Estrategia Educativa en Hábitos de Vida Saludable, se trabajen de manera integrada los tres tipos de materiales: los que soportan tal Estrategia, los que movilizan las actividades y los materiales comunicacionales.

Contextualización en el nivel local

- Para potenciar la promoción de hábitos saludables en la primera infancia, se recomienda la contextualización de las actividades propuestas para el uso de los materiales, y su integración a materiales propios de las comunidades locales.
- En el ámbito local, gestionar con entidades del orden nacional o internacional, la traducción de los contenidos a los dialectos de los territorios, así como el reconocimiento y representación de los rasgos distintivos de las diferentes poblaciones en ellos. Se sugiere dar continuidad a las estrategias que promueven el

respeto y valoración de la diversidad e interculturalidad, a través del diálogo e intercambio de saberes, tradiciones y prácticas entre regiones.

*Ntšam cabëng pamill quetsomñecan injë
pamillang chamotsatm —Kamëntsá.*

- En virtud de las variaciones culturales y las limitaciones geográficas, estructurales, ambientales y de recursos, a las cuales se ven enfrentadas las poblaciones focalizadas en la presente Estrategia, se recomienda hacer mayor énfasis en el diseño de estrategias aplicables en el ámbito local, que promuevan la creación, adaptación y flexibilidad en el uso de los materiales, así como el desarrollo de sus correspondientes actividades y prácticas.
- Para el desarrollo de futuras estrategias educativas, será importante contar con más tiempo para estudiar y analizar iniciativas y trabajos locales. Este ejercicio y sus hallazgos podrían enriquecer el diseño, la definición y todos los componentes de una estrategia educativa en cuanto tal.

Proceso de formación y evaluación

- La Estrategia Educativa en Hábitos de Vida Saludable debe contemplar, en una fase posterior, el diseño e implementación de un proceso de formación dirigido a las comunidades locales focalizadas. El objetivo sería pilotear, tanto los materiales consolidados en la primera fase, como el enfoque y los modelos pedagógicos requeridos para el desarrollo de habilidades y destrezas sobre hábitos de vida saludable en niñas y niños. Tal formación también constituiría un pilotaje de la apropiación de conocimientos y la puesta en práctica en adultos, con lo cual se apoyaría la promoción de hábitos saludables y el desarrollo de capacidades en los gestores o líderes, culturales, educativos y de salud, encargados de procesos comunitarios de formación e información.
- A fin de escalar la Estrategia Educativa en Hábitos de Vida Saludable en el ámbito local, se requiere del diseño e implementación de un componente de evaluación que contribuiría a: ajustar los recursos materiales (los que sustentan la estrategia, los del kit de herramientas y los comunicacionales), ajustar la propuesta de formación que guiaría la implementación de la Estrategia Educativa, y generar sostenibilidad en el tiempo.
- Es fundamental que la Estrategia Educativa en Hábitos de Vida Saludable, contemple la sistematización de experiencias como mecanismo de producción de conocimiento en el ámbito local, y como un modo de visibilización de la Estrategia.

Proceso de comunicación e información

Para la apropiación del kit de herramientas y la sensibilización de la comunidad en general, se presentan las siguientes recomendaciones:

- Desde la estrategia de comunicaciones Mejores Momentos y en el marco de la Estrategia Educativa en Hábitos de Vida Saludable, los esfuerzos divulgativos deben estar orientados a la permanencia y continuidad de ésta, con miras a su sostenibilidad.
- La implementación de la estrategia de comunicaciones podría estar precedida de una campaña de expectativa para la que se propone una publicación de las piezas, así: al inicio, entrega a las emisoras aliadas de la pauta de cuñas y cápsulas radiales. Quince días después, circulación del material gráfico entre los públicos objetivos de la Estrategia (afiches dispuestos en los puntos de congregación social, volantes en circulación entre las comunidades, y calendarios). Al final, implementación de actividades con el apoyo de los recursos materiales del kit.

Para la permanencia de la comunicación en los medios se propone:

- Establecer alianzas con medios que tengan un capítulo social en su función mediática, y aprovechar estos espacios para el sostenimiento de la estrategia, recordándoles la razón y objetivo de base. La radio es el medio con mayor penetración y alcance entre el público colombiano, por lo cual se sugiere establecer convenios de cooperación y hacer la pauta en las emisoras regionales y algunas de carácter nacional, como la del Ejército y la Policía, mediante entrega de cuñas y cápsulas. Se sugiere también la entrega de éstas para su difusión, a las estaciones de perifoneo dado que en algunas comunidades específicas, es el medio de mayor impacto.
- Se recomienda pautar las cápsulas radiales entregadas, acompañadas de la presencia de un experto en cada una de las tres líneas temáticas donde se amplíe la información de las frases del decálogo, explicadas técnicamente por el experto. Se propone establecer estas alianzas con otras emisoras y cadenas de alcance regional y nacional, concentrándose en las emisoras de los municipios objeto de la implementación.
- Dada la preeminencia mediática que hoy tienen las redes sociales, se sugiere que las entidades y/u organizaciones vinculadas a la estrategia De Cero a Siempre, dispongan en sus páginas web la imagen del movilizador “Memo” y “Mejores momentos”, previa vinculación a las imágenes y los contenidos entregados por la consultoría. Estas entidades incluirán el *hashtag* #MejoresMomentos en sus redes sociales, publicando las frases del decálogo y las piezas en sus grupos de seguidores durante semanas o meses, con lo cual lograrán la permanencia de la comunicación.

Todo este esfuerzo comunicacional debe estar vinculado al desarrollo de la estrategia en los sitios web de las entidades aliadas, al ser entregada la totalidad de los materiales diseñados para uso virtual. Se busca que desde Twitter o Facebook repliquen los contenidos que se encuentran en la página web.

- Establecer alianzas con Cine Colombia, Cinemas Procinal, Cinemark, etc., para que en desarrollo de su función social pauten los videos de la estrategia Mejores Momentos.
- Se propone establecer una alianza con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones de Colombia (MinTic), para circular las piezas gráficas producidas como salvapantallas en los Puntos Vive Digital y Puntos Vive Digital Plus.

Las anteriores recomendaciones pretenden el sostenimiento de la **estrategia de comunicaciones**, de manera que el esfuerzo comunicacional sea, dentro de lo posible, completo e impactante. La socialización y entrega de las piezas y del kit de herramientas en el ámbito local, forman un todo mediático, por tanto, mantener las cuñas y los audios al aire, los afiches y volantes en circulación y el uso periódico de los materiales del kit, generará la recordación necesaria para posicionar la estrategia comunicacional, así como sus mensajes.

Chitia tu kusa ri estrategia —Palenquero.

Bibliografía

- Academia Colombiana de Pediatría y Puericultura. (2015). Decálogo del Cuidado del niño. Recuperado de: <http://www.acpp.com.co/index.php/43-congreso-acpp/decalogo-del-cuidado-del-nino>.
- Asamblea General de Naciones Unidas. (1989). Convención internacional sobre los derechos del niño. Resolución 44/25 de 20 de noviembre. Entra en vigor el 2 de Septiembre de 1990, de conformidad con el artículo 49.
- Bauman, A., & Craig, C. L. (2005). The place of physical activity in the WHO Global Strategy on Diet and Physical Activity. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2, 10. <http://doi.org/10.1186/1479-5868-2-10>
- Blair, S. N., Clark, D. G., Cureton, K. J., & Powell, K. E. (1989). Exercise and fitness in childhood: implications for a lifetime of health. *Perspectives in exercise science and sports medicine*, 2, 401-430.
- Borys, J., Le Bodo, Y., Jebb, S., Seidell, J., Summerbell, C., Richard, D., et al. (2012). EPODE approach for childhood obesity prevention: methods, progress and international development. *Obesity Review* (13), 299–315.
- Brasil, Carta de Brasilia (2009). II Encuentro Internacional de Coordinadores Nacionales de Salud Bucal de los Países Latino-Americanos. Disponible en: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/carta_brasilia_salud_bucal_americas.pdf
- Brasil, Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. (n.d.). [Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)]. Recuperado de: <http://www.fnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar/alimentacao-escolar-apresentacao>
- Briceño, M. (2014). Higiene del sueño en los niños. *Puericultura: el reto de la crianza hoy*. Bogotá: Editorial Revista Bienestar S.A.S.
- Carvajal, M. & Rodríguez, A. (2014). La salud oral de la infancia. *Puericultura: el reto de la crianza hoy*. Bogotá, D. C.: Editorial Revista Bienestar S.A.S.
- Cerqueira, M., Conti, C., De la Torre, A., & Ippolito-Sherpherd, J. (2003). La promoción de la salud y el enfoque de espacios saludables en las Américas. *FNA*, 33, (n.d.). Recuperado de: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/006/j0243m/j0243m05.pdf>

Chile, Ministerio de Educación del Gobierno de Chile. (2014). *Manual de protocolos de seguridad y cuidado infantil*. (n.d.): Junta Nacional de Jardines Infantiles (Junji). Recuperado de: <http://junjinet.junji.gob.cl/Centro%20de%20documentacion/Comit%C3%A9%20Paritario%20de%20Higiene%20y%20Seguridad/Manual%20de%20Protocolos%20de%20Seguridad%20y%20Cuidado%20Infantil.pdf>

Chile, Ministerio de Desarrollo Social. (n.d.). [Chile crece contigo]. Recuperado de: <http://www.crececontigo.gob.cl/sobre-chile-crece-contigo/que-es/>

Coldeportes & Funlibre. (n.d.). Estrategia Nacional de Recreación en Primera Infancia. Recuperado de: www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/CDocumentacionDocs/Estrategia%20Nacional%20de%20Recreacion.pdf

Colombia, Alcaldía Mayor de Bogotá & Secretaría Distrital de Salud. (2015). *Guía de cuidado de enfermería a la mujer en el periodo posparto. Enfermería basada en la evidencia (EBE)*. Bogotá, D. C.: Acosta et al. Obtenido de <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Guas%20de%20cuidado%20de%20enfermera/Guia%20posparto.pdf>

Colombia, Alcaldía Mayor de Bogotá & Secretaría Distrital de Salud. (2015). Guía de cuidado de enfermería a la mujer en el periodo posparto. Enfermería basada en la evidencia (EBE). Bogotá, D. C.: Acosta et al. Recuperado de <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Guasdecuidadodeenfermera/Guiaposparto.pdf>

Colombia, Congreso de la República. (1991). *Constitución Política, título 2, capítulo 2, artículo 52*. Bogotá, D. C. Recuperado de: <http://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-52>

Colombia, Congreso de República. (14 de octubre de 2009). Ley 1355 “por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención”. Bogotá: Diario Oficial no. 47.502. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1355_2009.htm

Colombia, Congreso de República. (18 de enero de 1995). Ley 181 “por la cual se dictan disposiciones para el fomento del deporte, la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la educación física, y se crea el Sistema Nacional del Deporte. Bogotá. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85919_archivo_pdf.pdf

Colombia, Congreso de República. (19 de enero de 2008). Ley 1438 “por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

Bogotá: Diario Oficial no. 47.957. Disponible en:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>

Colombia, Congreso de República. (19 de enero de 2008). Ley 1438 “por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Bogotá: Diario Oficial no. 47.957. Disponible en:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>

Colombia, Congreso de República. (21 de diciembre de 2001). Ley 715 “por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros”. Bogotá. Disponible en:
http://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf

Colombia, Congreso de República. (27 de diciembre de 2002). Ley 789 “por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo”. Bogotá. Disponible en:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6778>

Colombia, Congreso de República. (8 de noviembre de 2006). Ley 1098 “por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia”. Bogotá: Diario Oficial no. 46.446. Disponible en:
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1098_2006.html

Colombia, Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES). (31 de marzo de 2008). Documento Conpes Social 113. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN). Bogotá, D. C.: (n.d.). Recuperado de:
<http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar/Nutricion/PNSAN/CONPES113de2008.pdf>

Colombia, Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES). (3 de diciembre de 2007). Documento Conpes Social 109. Política Pública Nacional de Primera Infancia “Colombia por la Primera Infancia”. Bogotá, D. C.: (n.d.). Recuperado de:
<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/109.pdf>

Colombia, Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre (Coldeportes) & Ministerio de la Protección Social. (2011). *Hábitos y Estilos de Vida Saludable* (tomos I y II). Bogotá: Imprenta Nacional.

Colombia, Ministerio de Educación Nacional (MEN). (2014). *Sentido de la educación inicial. Serie de orientaciones pedagógicas para la educación inicial en el marco de la atención integral*, 20. Bogotá, D. C. Recuperado de:
http://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-341810_archivo_pdf_sentido_de_la_educacion.pdf

Colombia, Ministerio de Educación Nacional (MEN). (8 de febrero de 1994). Ley 115 “por la cual se expide la Ley General de Educación”. Bogotá: Diario Oficial no. 41.214. Recuperado de: [http:// www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1994/ley_0115_1994.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1994/ley_0115_1994.html)

Colombia, Ministerio de Salud. (2000). Resolución N° 412. Bogotá, D.C. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%200412%20DE%202000.pdf#search=%252Cresoluci%25C3%25B3n%2520412

Colombia, Ministerio de la Protección Social. (2006). Resolución N° 3577. Bogotá, D.C. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%203577%20DE%202006.pdf

Colombia, Ministerio de la Protección Social. (2007). Decreto N° 3039. Bogotá, D.C. Recuperado de: http://www.ins.gov.co/normatividad/Normatividad/DECRETO%203039_2007%20Plan%20Nacional%20SP%202007-2010.pdf

Colombia, Ministerio de la Protección Social. (2010a). Manual para la Extracción, Conservación, Transporte y Suministro de la Leche Materna. Para mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia, agentes de salud y comunitarios. Bogotá, D. C.: Ochoa, G. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/Manual-extraccion-conservacion-leche-materna.pdf#search=%252Cmanual%2520de%2520extracci%25C3%25B3n>

Colombia, Ministerio de la Protección Social. (2010b). *Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020*. (n.d.). Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/plan-decenal-lactancia-materna.pdf#search=%252Cplan%2520decenal%2520de%2520lactancia%2520materna>

Colombia, Ministerio de la Protección Social. (28 de Septiembre de 2006). Resolución 3577 “por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal - PNSB”. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%203577%20DE%202006.pdf

Colombia, Ministerio de Salud Pública. (24 de agosto de 1992). Decreto 1396 “por el cual se crea el Consejo Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna y se dictan otras disposiciones”. Bogotá, D. C.: Diario Oficial no. 40.552. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_1396_1992.htm

Colombia, Ministerio de Salud Pública. (24 de agosto de 1992). *Decreto 1397 “por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna y se dictan otras disposiciones”*. Bogotá, D. C.: Disponible en: https://www.invima.gov.co/images/stories/aliamentos/decreto_1397_1992.pdf

Colombia, Ministerio de la Protección Social. (28 de Septiembre de 2006). Resolución 3577 “por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal - PNSB”. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%203577%20D E%202006.pdf

Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Lactancia materna en emergencias ¡Salva vidas! Cartilla para agentes de salud y líderes comunitarios*. Bogotá, D. C. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lactancia%20materna%20en%20emergencias.pdf>

Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). [¿Qué es el síndrome infantil de muerte súbita?]. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Muertes%3%BAbita.aspx>

Colombia, Presidencia de la República. (30 de julio de 2008). Decreto 2771 “por el cual se crea la Comisión Nacional Intersectorial para la coordinación y orientación superior del fomento, desarrollo y medición de impacto de la actividad física”. Bogotá: Diario Oficial no. 47.066. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=31692>

Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia. (2012). *Lineamiento Técnico de Entornos que Promueven el Desarrollo*. Bogotá, D. C. Recuperado de: <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/2.De-Entornos-que-Promueven-el-Desarrollo.pdf>

Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia. (2013). *Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia. Fundamentos políticos, técnicos y de gestión*. Bogotá, D. C.: (n.d.). Recuperado de: <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Fundamentos-politicos-tecnicos-gestion-de-cero-a-siempre.pdf>

Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia. (2013). *Lineamiento Técnico de Alimentación y Nutrición para la Primera Infancia. Resumen*. Bogotá, D. C.: (n.d.). Recuperado de: <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/4.De-Alimentacion-y-nutricion-para-la-Primera-Infancia-resumen.pdf>

- Concejo de Bogotá D.C. (2010). Proyecto de acuerdo 260 de 2010. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=40370>
- Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos (Ceapa). (2014). *Guía para las familias. Cómo promover hábitos saludables y el desarrollo socioeducativo en niños y niñas a través del ocio y el tiempo libre*. Madrid: Montesinos, R. Recuperado de: https://www.ceapa.es/sites/default/files/uploads/ficheros/publicacion/guia_habitos_saludables_ceapa.pdf
- Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre - Coldeportes. Ampliación de Oportunidades de Actividad Física para los Niños y Niñas de la Primera Infancia en Colombia, 2014.
- El Centro de Recursos Para la Salud, la Seguridad y el Cuidado de los Niños de Carolina del Norte. (2010). *Procedimiento para lavarle las manos a los bebés*. Recuperado de: http://www.healthychildcarenc.org/PDFs/infant_handwash_spanish.pdf
- Encuentro Latino-Americano de Coordinadores Nacionales de Salud Bucal. (2009). Carta de Brasilia sobre Salud Bucal en las Américas (2009). Brasilia: Adolfo Rodríguez Núñez et al. Recuperado de: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/carta_brasilia_salud_bucal_americas.pdf
- España, Ayuntamiento de Madrid. (n.d.). [¡Estrategia gente saludable!]. Recuperado de: http://www.madridsalud.es/prev_prom_saludambiental/introduccion.php
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, Venezuela). (2005). *Los hábitos de higiene*. (n.d.). Recuperado de: <http://www.Unicef.org/venezuela/spanish/HIGIENE.pdf>
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). (2009). *Día Mundial del Lavado de Manos 15 de octubre. Guía para Planificadores*. Recuperado de: http://www.unicef.org/lac/GHD_PLanners_Guide_Espanol_Lowres.pdf31
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). (2006). *Convención sobre los derechos del niño*. Recuperado de: https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). (2005). *Declaración de Innocenti de 2005*. Recuperado de: <http://www.unicef-irc.org>. Obtenido de http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/declaration_sp_p.pdf
- Fundación Saldarriaga Concha. (2015). *Convocatoria invitación directa consultoría para la generación de hábitos y prácticas saludables a través de una estrategia educativa dirigida a promover hábitos saludables*. Bogotá, D. C.: (n.d.).

- Fundación Santa Fe de Bogotá. (2016). *Timón rescata su pelota*. Bogotá D.C.: 2a edición. Acierto Estrategias y Comunicación S.A.S
- Fundación Santa Fe de Bogotá. (2015). Actor clave de Institución Prestadora de Salud. Noviembre 05 de 2015, Maicao-La Guajira. Consolidado formato N°1, en el marco la consultoría: "Estrategia Educativa en Hábitos de Vida Saludable". Texto no publicado.
- Fundación Santa Fe de Bogotá. (2015). Actor clave de Caja de Compensación Familiar. Noviembre 18 de 2015, Mahates-Bolívar. Consolidado formato N°1, en el marco la consultoría: "Estrategia Educativa en Hábitos de Vida Saludable". Texto no publicado.
- Fundación Santa Fe de Bogotá. (2015). Actor clave de la administración municipal. Noviembre 04 de 2015, Sibundoy-Putumayo. Consolidado formato N°1, en el marco la consultoría: "Estrategia Educativa en Hábitos de Vida Saludable". Texto no publicado.
- Fundación Santa Fe de Bogotá. (2015). Actor clave de la administración municipal. Noviembre 04 de 2015, Sibundoy-Putumayo. Consolidado formato N°2, en el marco la consultoría: "Estrategia Educativa en Hábitos de Vida Saludable". Texto no publicado.
- Gisho, Alfredo. 2009. "Pedagogía Social en América Latina: Legados de Paulo Freire". (Revista Relaciones, Serie: R-Educación, XXIV. En línea: <http://www.chasque.net/frontpage/relacion/0008/r-educacion.htm>)
- Gobierno de Colombia (n.d.). *Guía Unificada Cuidarte Antes de Nacer*. Recuperado de: <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Fundamentos-politicos-tecnicos-gestion-de-cero-a-siempre.pdf>
- Gobierno de Colombia. (2014). *Folleto Durmiendo boca arriba. Sueño seguro el bebé*. Estrategia de Cero a Siempre. Bogotá, D. C.: (n.d.).
- Herrera, P. (2011). Primeros años – Puericultura del sueño en la infancia. *Crianza&Salud* (n.d.). Recuperado de: <https://crianzaysalud.com.co/primeros-anos-puericultura-del-sueno-en-la-infancia/>
- Horta, B. L., Loret de Mola, C., Victora, C. G. (2015). Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica* (104), 30–37. doi: 10.1111/apa.13133
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) & Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura (FAO). (Noviembre de 2015). *Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana mayor de 2 años*. Recuperado de: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar/Nutricion/EducacionAlimentaria/DOCUMENTO%20TECNICO%20GABA.pdf>

- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) & Secretaría Distrital de Integración Social (SISD). (2010). *Orientaciones pedagógicas para la atención y la promoción de la inclusión de niñas y niños menores de seis años con sordoceguera*. Recuperado de: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/RecursosMultimedia/Publicaciones/Editoriales1/CARTILLA-SORDOCEGUERA3.pdf>.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2010). *Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia* (Ensin). Bogotá, D. C. (n.d.).
- Ip S., Chung M., Raman G., Chew P., Magula N., DeVine D., Trikalinos T., Lau J. (2007). Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evidence Report/Technology Assessment, 153*, 1- 186. Recuperado de: <http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brfout/brfout.pdf>
- Jukes, M., McGuire, J., Meted, F., & Sternberg, R. (2002). *Nutrición: La Base para el Desarrollo*. Ginebra: Comité permanente de nutrición del sistema de las Naciones Unidas. Recuperado de: http://cdm15738.contentdm.oclc.org/utills/getfile/collection/p15738coll2/id/92649/file_name/92650.pdf
- Kramer M., Aboud F., Mironova E., et al. (2008). Breastfeeding and Child Cognitive Development: New Evidence From a Large Randomized Trial. *Arch Gen Psychiatry, 65* (5), 578-584. Doi: 10.1001/archpsyc.65.5.578
- Lawrence R.A., & Lawrence R.M. (2015). *Breastfeeding. A Guide for the medical profession*. Philadelphia: Elsevier.
- Lobelo, F., Pate, R., Parra, D., Duperly, J., & Pratt, M. (2006). Carga de mortalidad asociada a la inactividad física en Bogotá. *Revista Salud Pública, 8* (sup. 2), 28-41. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v8s2/v8s2a03.pdf>
- Lopez, A., Mathers, C., Ezzati, M., Jamison, D., & Murray, C. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors: systematic analysis of population health data. *The Lancet, 367* (9524), 1747-1757. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16731270>
- Mindell J. & Owens J. (2010). *A Clinical Guide to Pediatric Sleep: Diagnosis and management of sleep problems*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Ministerio de la Protección Social & Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (2010). *Guía para profesionales y técnicos de servicios de salud. Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI*. Bogotá, D. C.: (n.d.). Recuperado de: http://www2.paho.org/col/dmdocuments/Guia_profesionales_salud.pdf

Ministerio de Salud Pública. (24 de Agosto de 1992). [www.icbf.gov.co](http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_1396_1992.htm). Recuperado el 25 de 10 de 2015, de http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_1396_1992.htm

Ministerio de Salud y Protección Social & Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). (2013). *Perfil nacional de consumo de frutas y verduras*. Bogotá, D. C.: Combariza, J. Recuperado de: http://www.osancolombia.gov.co/doc/Perfil_Nacional_Consumo_FyV_Colombia_2012.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social & Programa Mundial de Alimentos (WFP). (n.d.). *Plan A. Amamantar*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/plan-a-amamantar.pdf>

Ministerio de la Salud & Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2004). *Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana mayor de 2 años. Bases técnicas*. Recuperado de: www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Descargas1/POBLACIONMAYORDEDOSAÑOS.pdf

Ministerio de Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar & Fondo de Naciones Unidas (Unicef). (1998). *Plan Decenal para la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna 1998-2008*. Bogotá, D.C. (n.d.)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Guía Llegaste a nuestra vida. Así te cuidamos*. Bogotá D.C. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de salud y protección social y organización de las naciones unidas para la alimentación y la agricultura. Documento Técnico de la Situación en Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN). Recuperado de: http://www.osancolombia.gov.co/doc/Documento_tecnico_situacion133220313.pdf

Monereo Carles (coord.), Castelló Montserrat, Clariana Mercè, Palma Montserrat, Pérez María L. (1999). *Estrategias de enseñanza y aprendizaje Formación del profesorado y aplicación en la escuela*. 6ª edición. Editorial Grao. Barcelona.

Morales, E. & Latorre, M. (2015). Prevenga el síndrome infantil de muerte súbita en el hogar: ¡protéjale la vida, acuéstelo boca arriba! *Crianza&Salud* (n.d.). Recuperado de: <https://crianzaysalud.com.co/prevenga-el-sindrome-infantil-de-muerte-subita-en-el-hogar-protajale-la-vida-acuestelo-boca-arriba/>

National Sleep Foundation. (n.d.). *Children and Sleep*. Recuperado de: <https://sleepfoundation.org/sleep-topics/children-and-sleep>

Nisebe, M. (2006). [Los dientes de los bebés tienen que cepillarse antes de que aparezca el primero]. Recuperado de: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=43684>

Office of Oral Health, Massachusetts Department of Public Health. (2009). *Sonrisas sanas en centros de cuidado infantil. Implementación de un programa de cepillado dental para promover la salud bucal y prevenir las caries dentales*. Boston: (n.d.). Recuperado de: http://www.bphc.org/whatwedo/physical-health/oral-health/Documents/oral_grow_healthy_smiles_child_care_SPANISH_final.pdf

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1999). Cuestiones Sustantivas que se Plantean en la Aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ginebra: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N° 12, 20° Período de Sesiones 1999. Recuperado de: http://observatoriopoliticasocial.org/sitioAnterior/images/stories/biblioteca/pdf/docum-entos-sistema-naciones-unidas/observacionesgenerales/12_alimentacion_adeuada.pdf

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2000). Declaración del Milenio. Resolución aprobada por la Asamblea General, A/RES/55/2. (n.d.). Recuperado de: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>

Organización Mundial de la Salud & Unicef (2005). *Declaración de Innocenti. Sobre la Alimentación de Lactantes y Niños Pequeños*. (2005). Florencia: Unicef. Recuperado de: http://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/lactarios-nstitucionales/pdf/declaration_innocenti.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). (2003). *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado de: http://www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). *Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles 2013-2020*. Recuperado el 13 de abril de 2016 en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS), & Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. Washington, D. C.: OPS. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44310/1/9789275330944_spa.pdf

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Informe de la Directora General, A53/14*. Ginebra: 53ª Asamblea Mundial de la Salud. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/sa14.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). Consejo ejecutivo. 110.ª reunión. Punto 3 del orden del día provisional, EB110/2. (n.d.): Resultados de la 55.ª Asamblea Mundial de la Salud. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB110/SEB1102.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado de: www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/#
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). Resoluciones y decisiones. Anexos, WHA61/2008/REC/1. Ginebra: 61.ª Asamblea Mundial de la Salud. Recuperado de: www.who.int/mediacentre/events/2008/wha61/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). *Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud: Resumen*. Ginebra. Recuperado de: http://www.med.unlp.edu.ar/archivos/noticias/guia_lavado_de_manos.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington, D. C. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44310/1/9789275330944_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño*. Evidencia de las intervenciones. Recuperado de: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D477.pdf
- Organización Mundial de las Naciones Unidas. (2008). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, United Nations. Recuperada en abril 9 de 2016, en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0017/001790/179018m.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2015). Carta internacional de la Educación Física, la Actividad Física y el Deporte. (n.d.). Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002354/235409s.pdf>
- Organización Naciones Unidas. (2015). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Recuperado de: http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2003). Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington, D. C.: Organización

Mundial de la Salud (OMS). Disponible en:
<https://www.ihan.es/cd/documentos/ACyLM.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) & Texas Children's Hospital. (2010). *AI/EPI Neonatal: Intervenciones Basadas en Evidencia*. Washington, D. C.: (n.d.) Recuperado de:
http://www.paho.org/per/images/stories/AI/EPI/evidencias_2.pdf?ua=1

Organización Panamericana de la Salud (OPS) & Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Plan de Acción para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019*. Washington, D. C.: (n.d.) Recuperado de:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=33971&lang=es

Organización Panamericana de la Salud (OPS) & Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*. Washington, D.C.: 28.a Conferencia sanitaria panamericana. 64.a sesión del comité regional. Recuperado de:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19267&Itemid

Prentice, A. (2006). The emerging epidemic of obesity in developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 35 (1), 93-99. doi: 10.1093/ije/dyi272

Prevención en la infancia y la adolescencia (Previnfad). (2016). Prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante. *Recomendaciones Previnfad / PAPPs*. Recuperado de:
https://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_smsl.pdf

Programa de las Naciones unidas, PNUD (2000). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Recuperado de:
http://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgoverview/mdg_goals/

Rocca, M. (n.d.). Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. *IntraMed*, 1-20. Recuperado de:
<http://www.intramed.net/userfiles/2015/file/muertesubita.pdf>

Secretaría Distrital de Salud. (2011). *Política de Salud Oral de Bogotá, D.C. Con Participación Social para el decenio 2011 -2021*. Recuperado de:
http://acfo.edu.co/educacion/pdf/Guias/politic_salud_oral_bogota_2011-2021.pdf

Strong, K., Mathers, C., Leeder, S. & Beaglehole, R. (2005). Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *The Lancet*, 366 (9496), 1578-82.
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)67341-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)67341-2/abstract)

Texas Department of State Health Services & Texas Department of Family and Protective Services. (2010). *Sueño seguro para los bebés: una capacitación comunitaria*.

Recuperado de: https://www.dfps.state.tx.us/Room_to_Breathe/Safe_Sleep_Training-Spanish.pdf

The Cochrane Collaboration. (2007). *Duración óptima de la lactancia materna exclusiva. Revisión Sistemática*, 4. John Wiley & Sons, Ltd. Recuperado de: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD003517sp.pdf>

Thorpy, M. (2003). [Sleep Hygiene]. *National Sleep Foundation*. Recuperado de: <https://sleepfoundation.org/ask-the-expert/sleep-hygiene>

Vélez, A. L. (2000). Marco político y legal de la promoción de la salud. *Colombia Médica* 31, 2, 86-95.

Victora, C., et al. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 387 (10017), 475-490.

World Health Organization (WHO), & Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). (2002). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *Who Technical Report Series*, 916. Recuperado de: http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/gsfao_introduction.pdf?ua=1

World Health Organization (WHO). (2002). The world health report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Recuperado de: <http://www.who.int/whr/2002/en/>

World Health Organization (WHO). (2007). Implementation of the WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Recuperado de: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf

World Health Organization, WHO, (2008). Revised Global Burden of Disease 2004 Estimates. Recuperado de: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf