

# El alto costo del COVID-19 para los niños

Estrategias para mitigar su impacto en América Latina y el Caribe

Diana Hincapié  
Florencia López-Boo  
Marta Rubio-Codina

División de Protección Social y  
Salud

DOCUMENTO PARA  
DISCUSIÓN N°  
IDB-DP-00782

# El alto costo del COVID-19 para los niños

Estrategias para mitigar su impacto en América Latina y el Caribe

Diana Hincapié  
Florencia López-Boo  
Marta Rubio-Codina

Junio 2020

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2020 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



[scl-sph@iadb.org](mailto:scl-sph@iadb.org)

<https://www.iadb.org/es/proteccionsocial>

# El alto costo del COVID-19 para los niños

Estrategias para mitigar su impacto  
en América Latina y el Caribe

Diana Hincapié  
Florencia López-Boo  
Marta Rubio-Codina

# El alto costo del COVID-19 para los niños

Estrategias para mitigar su impacto  
en América Latina y el Caribe

Autores:

Diana Hincapié  
Florencia López-Boo  
Marta Rubio-Codina



2020



# El alto costo del COVID-19 para los niños

Estrategias para mitigar su impacto  
en América Latina y el Caribe

Diana Hincapié  
Florencia López-Boo  
Marta Rubio-Codina

## Resumen

El impacto de la pandemia en el desarrollo físico, mental y emocional de los niños puede ser devastador tanto a corto como a largo plazo. Esto queda invisibilizado ante la baja incidencia del COVID-19 a nivel clínico en esta población. Sin embargo, se espera un aumento de la mortalidad, morbilidad y pobreza infantil y, en consecuencia, fuertes pérdidas de capital humano y una profundización de las desigualdades. La falta de acceso a servicios básicos (saneamiento, salud, educación), las capacidades parentales desiguales, la escasa conectividad y la disponibilidad de tecnologías agudizarán la brecha socioeconómica en desarrollo infantil. No obstante, la crisis actual ofrece en paralelo una oportunidad de transformación de la prestación de los servicios de atención a la primera infancia, haciéndolos más costo-eficientes, equitativos y resilientes—tal y como vemos en varios países de América Latina y el Caribe. Esta nota compila y propone estrategias para innovar en la prestación de los servicios y mitigar los impactos de la crisis en la niñez.

**JEL codes:** J13, I1, I2, I3

**Palabras clave:** COVID-19, Desarrollo Infantil, Primera Infancia, Centros de cuidado, jardines infantiles, reapertura servicios de primera infancia, salud infant



## La vulnerabilidad de los niños ante la crisis del COVID-19

La pandemia del COVID-19 ha invisibilizado a los niños porque, desde el punto de vista epidemiológico, el virus los ha afectado en menor medida (Recuadro 1)<sup>1</sup>. Sin embargo, el impacto de la crisis actual en los niños puede tener consecuencias devastadoras a corto, mediano y largo plazo. Un [artículo reciente](#) estima que la mortalidad infantil global podría aumentar por primera vez en más de 60 años debido a los efectos indirectos en el estado nutricional infantil y a la falta de acceso a servicios básicos de salud. Este aumento podría ser de entre el 10% y el 50% debido al aumento de la desnutrición aguda (bajo peso para la talla) y a la reducción de la disponibilidad de antibióticos para la neumonía, de sepsis neonatal y de solución de rehidratación oral para la diarrea. Existe además evidencia alarmante en varios países sobre el [incumplimiento de los calendarios de vacunación](#).

### Recuadro 1. El riesgo de infección en los niños y su rol en la transmisión del virus.

Según el Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de EE.UU., [el 1,7% \(0,46%\) de los casos de COVID-19 en este país se ha dado en menores de 18 \(4\) años](#). A nivel mundial, desde Corea hasta España e Italia, la cantidad de niños con COVID-19 es inferior al 2%. En Islandia, donde se realizaron pruebas al 6% de la población, ninguno de los 848 niños evaluados dio positivo. Asimismo, en la ciudad italiana de Vo', donde se hicieron pruebas al 70% de la población, el 2,6% de los residentes resultó infectado pero, entre ellos, ningún menor de 10 años. Otro estudio de 2.000 niños con COVID-19 en China encontró que el 90% era asintomáticos, el 39% desarrolló neumonía sin síntomas y el 6% infecciones graves. En definitiva, hay indicios de que los niños se ven significativamente menos afectados que los adultos y esto se refleja tanto en el número total de casos, como en su gravedad, con un reducido número de muertes en menores de 10 años, según un [reciente metaanálisis de 78 estudios](#). Es interesante también observar la mayor prevalencia de casos agudos pediátricos en niños varones, según estudios en [Inglaterra](#) y [Francia](#), lo que replicaría el patrón observado en adultos. Sin embargo, aún queda por confirmar si los niños son o no grandes transmisores del virus. [Investigadores en los Países Bajos](#) siguieron a 54 familias (239 personas) y no encontraron ningún caso en el que el niño fuera el primero en infectarse. Por otro lado, [un estudio del Instituto de Virología del hospital Charité de Berlín](#), señaló limitaciones estadísticas en el estudio holandés y más bien indicó que los niños pueden presentar cargas virales tan altas como los adultos. En consecuencia, este estudio advierte "contra una reapertura ilimitada de escuelas y jardines de infancia en la situación actual". Más estudios serológicos a escala poblacional y de niños que asisten a centros de cuidado y preescolares estarán disponibles a corto plazo. Si estos estudios determinan que los niños son una fuente de infección frecuente, ya sea para otros niños o para adultos, esto sugeriría que son un factor importante de transmisión, como es el caso de la influenza, y privilegiaría mantener los servicios de primera infancia completa o parcialmente cerrados. Si contrariamente se descubre que los niños rara vez son vector de transmisión, esto apuntaría a una reapertura más segura.

Asimismo, la interrupción en los servicios de primera infancia—ya sea centros de cuidado, preescolares o programas de acompañamiento a familias—no tiene precedentes y, pese a los esfuerzos por mantener el contacto con los niños y sus familias y ofrecer cierta continuidad a la atención de forma remota, se esperan importantes impactos negativos en el desarrollo infantil y [el aprendizaje](#), así como [sobre la salud física y mental de los niños](#). La falta de rutinas, el

<sup>1</sup> Existe un gran debate sobre la manifestación de la enfermedad en los niños. Esta podría ser diferente a de los adultos, como son el Síndrome Inflamatorio Múltiple o la [enfermedad de Kawasaki](#).



sedentarismo y el confinamiento en las viviendas, reducen sustancialmente sus niveles de actividad física y exposición a estímulos y oportunidades de aprendizaje. También puede aumentar el tiempo que pasan frente a una pantalla, el desarrollo de patrones de sueño irregulares y la adquisición de dietas menos saludables. Además, y quizás más importante, su estado socioemocional y sus niveles de estrés y ansiedad también pueden verse afectados por una reducción en la cantidad y la calidad de las interacciones con sus cuidadores en el hogar, o por la falta de socialización y contacto personal con sus compañeros de clase, educadores y maestros.

En la situación actual de confinamiento y a pesar de la incipiente reapertura gradual de algunos servicios de cuidado y el retorno progresivo a la actividad económica, millones de madres y padres deben asumir el rol de cuidadores y promotores únicos del desarrollo de sus hijos. Así, las prácticas de crianza en el hogar se vuelven particularmente cruciales. Esto se da en un contexto en el que la capacidad de estos cuidadores de atender las necesidades de los niños y responder a sus intereses e inquietudes de forma cálida y oportuna puede verse altamente menguada. Sin duda, el estado emocional y la salud mental de los cuidadores también se ven afectados por diversos motivos. Estos incluyen los cambios en la dinámica en el hogar; la desigual división de las tareas domésticas y de cuidado; el estrés por tener que balancear el cuidado y el trabajo; la pérdida de empleo e ingresos; la ansiedad por motivos de salud; y los vacíos que se generan en la estructura de cuidados dada la falta de acceso, o incluso pérdida, de tíos, abuelos u otras personas que apoyaban en las tareas de cuidado y crianza. Las tensiones que atraviesan las familias agudizan también situaciones de [abuso, maltrato y violencia en el hogar](#), dirigidas tanto a los niños como a sus cuidadores.

Sabemos que [las prácticas de crianza exhiben fuertes gradientes socioeconómicos](#) en América Latina y el Caribe. Los padres de mayor nivel educativo o de mayor ingreso, por lo general, adoptan prácticas de crianza más sensibles y receptivas, además de más ricas y variadas (leen y cuentan más cuentos y juegan más con sus hijos, por ejemplo). Este grupo cuenta además con más herramientas para reorientar la conducta a través de prácticas de disciplina positiva y recurren con mucha menos frecuencia al uso de la violencia física o psicológica.

La región presenta también un claro rezago en otros indicadores clave para hacer frente a la crisis generada por el COVID-19 (Figura 1) incluyendo fuertes disparidades entre hogares más y menos vulnerables. En el ámbito educativo, muchos niños reciben pocas o nulas oportunidades de aprendizaje pese a los portales, plataformas y estrategias de atención virtual que se han desarrollado y siguen expandiéndose. Esto se da porque muchas escuelas y centros de cuidado no disponen del equipamiento ni de la tecnología necesarios para su uso efectivo. En 2015, por ejemplo, sólo el 39% de las escuelas de educación primaria en la región contaban con acceso a internet, con marcadas diferencias de conectividad entre escuelas primarias en zonas rurales (19%) y en zonas urbanas (58%). El acceso a materiales y recursos educativos también es desigual, con más de la mitad de los hogares en 20 países de la región sin acceso a internet, computadores, o teléfonos inteligentes. La capacidad de muchos hogares para cumplir con las medidas de higiene y salud requeridas para contener la pandemia también es limitada. Según datos de la OMS de 2015, solo el 22% de la población en la región contaba con servicios de saneamiento seguros, con relación al 39% a nivel global; mientras que el 65% tenía acceso a agua potable en la vivienda, comparado con el 71% de la población mundial.



Figura 1. Indicadores clave para hacer frente al COVID-19



**Notas:** (1) Datos tomados del Programa de Monitoreo Conjunto para el Abastecimiento de Agua y Saneamiento de la OMS y UNICEF. Se reportan los datos correspondientes a la categoría de los servicios gestionados de manera segura ya que son compatibles con los ODS 6.1 y 6.2. El agua gestionada de manera segura se define como una fuente mejorada ubicada en las instalaciones, disponible cuando sea necesario y libre de contaminación microbiológica y química prioritaria. El saneamiento gestionado de manera segura se define como la instalación privada mejorada donde los desechos fecales se eliminan de manera segura en el sitio o se transportan y tratan fuera del sitio; además de un lavamanos con agua y jabón. (2) Datos provenientes de la CEPAL para 2015. Se estima que la participación en los planes de seguro de salud para las personas empleadas de 15 años o más era solo del 57,3% en 2016; y entre la población del decil de ingresos más bajos, la cobertura era solo del 34,2%. (3) Datos tomados de la FAO para el 2018. La inseguridad alimentaria grave es definida por la FAO como la reducción de alimentos hasta el punto de causar hambre. (4) Corresponde al promedio de 20 países de la región reportados por la Unión Internacional de Telecomunicaciones (ITU, por sus siglas en inglés) entre 2016 y 2019. (5) Con base en el reporte global de mercado de teléfonos móviles de Newzoo para 2018. Este cálculo incluye a siete países: Argentina, México, Chile, Brasil, Colombia, Venezuela y Perú. (6) Cálculos basados en el manual para la economía digital de la OCDE y el BID en 2015.



En América Latina y el Caribe, la región más desigual del planeta, la crisis actual no sólo conllevará un aumento en los niveles de pobreza, sino también un aumento dramático de las [desigualdades económicas y el acceso a servicios sanitarios y sociales](#). Si a [las brechas de desarrollo infantil por nivel socioeconómico y educación de los padres ya existentes](#), le sumamos el agravamiento en la salud infantil; la agudización de la pobreza debido a la pérdida de ingresos en los hogares; los déficits en las trayectorias de desarrollo y aprendizaje derivados del cierre de servicios de primera infancia; la brecha en las capacidades parentales; y la brecha digital el resultado puede ser una pérdida catastrófica de capital humano. Asimismo, a la imperante necesidad actual de los países de priorizar la atención sanitaria y los esquemas de protección social y de empleo para mitigar la crisis sanitaria y socioeconómica, se suma la probable caída en los ingresos fiscales. Esto presenta un riesgo no menor de un futuro desfinanciamiento de los servicios de atención a la infancia que, en muchas ocasiones, sirven como igualador de oportunidades. Todo esto pone a los niños de la región en una situación de, incluso, mayor vulnerabilidad siendo que, tradicionalmente, es el grupo etario en el que [menos se invierte](#). Es por ello urgente definir mecanismos de apoyo gubernamental para los cuidadores en los hogares, así como priorizar acciones que den continuidad a los procesos de desarrollo y aprendizaje desde los servicios de atención a la primera infancia. Para esto se requiere emplear todos los recursos disponibles, tecnológicos u otros, e innovar para desarrollar nuevas estrategias que respondan a las necesidades de todas las familias independientemente de su condición socioeconómica.

## La situación de los servicios de atención a la primera infancia en la región

Datos de la UNESCO informan que [19,6 millones de niños que pertenecen al nivel preescolar](#), esto es, menores de 5 o de 6 años, según la estructura de este nivel en cada país, se encuentran temporalmente fuera de las aulas debido al COVID-19. Todo indica que alrededor del 90% de los centros de primera infancia de la región permanecerán cerrados mientras continúen las medidas de cuarentena y distanciamiento social, aunque algunos pocos países como Nicaragua han optado por mantenerlos abiertos. En el caso de México, si bien inicialmente se estableció la continuidad de actividades en los [centros de atención infantil por considerarse servicios esenciales](#), el agravamiento de la situación sanitaria ha conllevado el cierre de muchos de ellos o la operación de muchos otros a muy baja capacidad por falta de demanda. Algunos centros en el país han mantenido su operación en calidad de centros de cuidado de emergencia para la atención de hijos de personal esencial, en coordinación con el sector salud.

De igual manera, los servicios de acompañamiento familiar, que regularmente operan a través de visitas domiciliarias o de encuentros grupales, también están temporalmente suspendidos en su modalidad presencial en la mayoría de los países. Este es el caso de los programas Primeros Años en Argentina, los Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF) en Uruguay o Cuna Más en Perú, entre otros. Por otro lado, el [Programa Criança Feliz en Brasil mantiene las visitas domiciliarias semanales](#) siempre y cuando se pueda garantizar la seguridad y protección del personal visitador y de las familias, a menos que la evolución local de la pandemia aconseje lo contrario.

Por el momento, buena parte de los países en América Latina y el Caribe, como Argentina o Perú, [no ha definido la fecha de reapertura de los servicios infantiles educativos](#) ni de trabajo con familias. Colombia prevé mantener la suspensión de la atención presencial en todos sus servicios de primera infancia al menos hasta finales de julio y se espera que los preescolares permanezcan



cerrados hasta el próximo curso en la mayoría de los países cuyo calendario académico termina en junio. No obstante, hay cierta variabilidad en la región. Uruguay, por ejemplo, ya ha reabierto los centros infantiles en zonas rurales (que permanecieron cerrados durante marzo y abril) y está planeando su reapertura gradual, voluntaria y por área geográfica en zonas urbanas. México también está preparando la reapertura gradual de centros de atención infantil y preescolares a lo largo de junio y julio.

La Tabla 1 muestra, a la fecha de publicación de esta nota, el estatus de funcionamiento de los servicios de atención a la primera infancia para algunos de los países en la región.

**Tabla 1. Estado de atención de los centros de cuidado infantil y programas de trabajo con familias (países seleccionados)(\*)**

		Centros de cuidado infantil	
		Cerrados	Abiertos
Programas de trabajo con familias	Atención no presencial	Argentina (1), Chile (2), Colombia, Ecuador, Jamaica, Panamá, Paraguay (3), Perú.	México (4), Uruguay (5)
	Atención presencial		Brasil, Costa Rica (6), Nicaragua

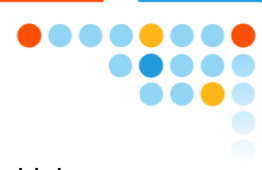
Notas: (\*) Los preescolares se mantienen cerrados en la mayoría de los países, excepto en Nicaragua donde permanecieron abiertos durante la cuarentena. (1) Entrega de canastas de alimentos en jardines y espacios de primera infancia. (2) Acompañamiento mediante aplicación móvil en jardines infantiles. (3) Entrega de canastas de alimentos en jardines infantiles. (4) En la práctica, muchos centros cerrados y baja asistencia en centros de cuidado abiertos. (5) Solo apertura de centros rurales. (6) Asistencia a centros a voluntad de padres.

## Respuesta a la atención de corto plazo

El cierre de centros de cuidado y preescolares y la suspensión temporal de visitas y encuentros de los programas de acompañamiento a familias no ha significado la suspensión total de la atención a la primera infancia. Al contrario, en la mayoría de los casos, los programas rápidamente han reorientado su operación para garantizar el contacto regular con los niños y sus familias y ofrecer grados mínimos de atención de forma remota.

Por lo general, los servicios han concentrado su respuesta inmediata en los siguientes aspectos:

- 1. Monitorear la salud y bienestar de los niños con regularidad** (incluso semanalmente en muchos países) a través de llamadas telefónicas y servicios de mensajería digital, o movilizando personal comunitario en contextos con limitaciones de conectividad—idealmente, provistos con equipamiento de protección personal. Además de recoger información sobre el estado de salud y nutrición de los niños que se compila en tableros de control, estos contactos se utilizan para identificar y redireccionar la atención prioritaria especializada para casos que presenten signos de alarma, incluyendo situaciones de vulneración de derechos. También se comparte información sobre el COVID-19



(sintomatología y protocolos de actuación) y mensajes sobre prácticas de salud e higiene adecuadas para prevenir el contagio.

2. **Garantizar la provisión segura de canastas de alimentos de alto contenido nutricional para niños y mujeres gestantes** ya sea directamente en los hogares o facilitando su recogida en centros de cuidado, escuelas u otros centros comunitarios, de forma organizada y evitando aglomeraciones u otras situaciones de riesgo. En muchas ocasiones, la entrega de estas canastas va acompañada de indicaciones para mantener una alimentación saludable y balanceada pese a las limitaciones de acceso a alimentos que puedan derivarse de la coyuntura actual.
3. **Ofrecer servicios mínimos de seguridad sanitaria**, promoviendo la continuidad en el suministro de servicios básicos y facilitando estrategias para la administración de las vacunas obligatorias ya sea en los centros de salud o en los domicilios. Algunos programas también han entregado canastas de limpieza y de protección a las familias.
4. **Facilitar el acceso a servicios mínimos de protección social e ingresos**, coordinando con programas de transferencias sociales para la entrega de apoyos monetarios ya existentes o bonos adicionales compensatorios. También se aprovecha el contacto periódico de los servicios de primera infancia con las familias para captar nuevos beneficiarios de programas de transferencias o alimentos, y así actualizar registros, dar seguimiento y brindar orientación a beneficiarios existentes.
5. **Promover el desarrollo y el aprendizaje**, haciendo llegar a las familias propuestas de actividades de juego y recursos educativos—estos últimos, principalmente orientados a niños en edad preescolar—por vías digitales o telefónica, mensajería instantánea y redes sociales, así como por medios comunitarios tales como carteleros y altavoces en mercados o a través de programas educativos en medios análogos como televisión y radio. Muchos servicios han habilitado portales en internet con repositorios de juegos, libros de cuentos, canciones y actividades para fomentar habilidades de educación inicial, entre otros recursos.
6. **Prevenir la vulneración de derechos** vía líneas telefónicas especializadas, chats en línea y otros mecanismos virtuales atendidos por psicólogos para ofrecer apoyo emocional a la infancia y a sus cuidadores y limitar situaciones de abuso y maltrato.

Poder ofrecer estas respuestas ha requerido de grandes esfuerzos por parte de los servicios para reorientar sus actividades, flexibilizar su dinámica y metodología de trabajo, y ajustarse a los diferentes formatos a través de los cuales pueden llegar a los niños y a las familias (Recuadro 2). Para ello, ha sido necesario capacitar remotamente a los equipos técnicos, actores comunitarios, cuidadores y educadores a cargo de la prestación en los nuevos métodos de atención. También se han habilitado plataformas con recursos pedagógicos (actividades, materiales y orientaciones) para apoyarles en el desempeño de su “nuevo rol”.



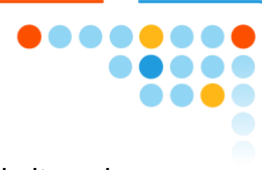
## Recuadro 2. Educación inicial y preescolar desde casa.

El cierre de la mayoría de centros educativos ha requerido [esfuerzos para lograr la continuidad educativa](#) principalmente a través de tres frentes: mantener el vínculo entre niños y educadores y entre las familias y las escuelas; la entrega de contenidos educativos apropiados; y el acompañamiento y monitoreo de los procesos de aprendizaje. Dependiendo de sus contextos e infraestructuras tecnológicas previas, los países han tenido niveles distintos en su capacidad de respuesta y han ofrecido soluciones a través de diferentes medios—desde plataformas y sistemas de gestión de aprendizajes digitales, hasta portales con contenidos educativos, o radio, televisión y prensa para llegar a niños en zonas más apartadas o sin acceso a internet. Por ejemplo, la infraestructura desarrollada por el [Plan Ceibal](#) ha permitido a Uruguay habilitar rápidamente contenidos para los alumnos de educación preescolar y mantener la comunicación con las familias durante la pandemia. Específicamente se ha enfocado en 5 estrategias: (i) poner tablets a disposición de las familias cuyo préstamo y uso ha variado dependiendo del centro; (ii) habilitar plataformas y aplicaciones de educación inicial para descarga de los padres en dispositivos personales, tales como la plataforma Matific para aprender matemáticas o la aplicación Dragon Box para desarrollar el concepto de números; (iii) desarrollar la estrategia “Ceibal en casa” para mantener la comunicación entre educadores y niños y, muy especialmente, con las familias para familiarizarlas con los recursos del Plan, el uso de la tecnología y el aprendizaje socioemocional (por ejemplo, a través de correos electrónicos a los padres y masivamente a través de las redes sociales); (iv) crear un “espacio docente” como parte del sistema de gestión de los aprendizajes para acercar recursos digitales a los maestros, con actividades específicas organizadas por edad; y (v) ofrecer acceso a libros digitales a través de la Biblioteca País, que dispone de más de 7.000 libros para niños de todas las edades.

## Cómo afrontar los desafíos en el mediano plazo y la transición a una nueva normalidad

La reapertura de servicios de primera infancia no será inmediata. A mediano plazo, tampoco se retornará a la dinámica, la intensidad y las modalidades de prestación habituales. En este contexto, además de dar continuidad a las estrategias de respuesta inmediata descritas en la sección anterior, los servicios siguen reinventándose para ofrecer una atención que priorice sus objetivos centrales de promoción del desarrollo infantil y del aprendizaje de forma esencialmente virtual o limitando el contacto presencial al mínimo imprescindible. Para ello, proponemos considerar las siguientes recomendaciones que, en muchas ocasiones, ya están siendo desarrolladas por varios países:

1. [Diseñar contenidos pedagógicos \(actividades y juegos\) sencillos y protocolos de implementación y divulgación flexibles adecuados a cada contexto.](#) Idealmente, estos contenidos deben realizarse con materiales disponibles en el hogar, como parte de sus rutinas (el momento de vestirse, de bañarse, de comer, de cocinar o lavar) y con base en la cotidianidad. Esto alentará y facilitará el uso por las familias. Además, deben ser lo suficientemente versátiles como para que la difusión se realice a través de diferentes canales—por ejemplo, a través de portales web, de visitas telefónicas o virtuales (teleacompañamiento), de vídeos, por mensajería de texto con o sin apoyo visual, o a través de programas de radio y televisión. Es imprescindible que el contexto rural o la falta de conectividad no sean barreras de acceso a estos contenidos, por lo que su difusión debe considerar también formas de comunicación más tradicionales como la entrega de cartillas físicas a los hogares o el uso de carteleras informativas en lugares estratégicos, como mercados o centros comunitarios. Asimismo, es muy importante que los contenidos sean de fácil comprensión y accesibles para cuidadores con diferentes niveles educativos (incluyendo



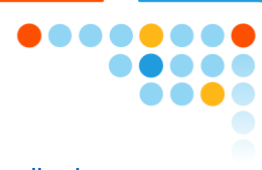
bajos niveles de alfabetismo) o de distintas culturas por lo que se recomienda que limiten el texto y sean muy claros y visuales. Estos contenidos podrían acompañarse con paquetes de juguetes y otros materiales lúdico-pedagógicos (libros, rompecabezas, crayolas, blocs de notas) o de instrucciones para fabricar juguetes en el hogar con materiales reciclados.

2. **Diseñar mensajes sobre mejores prácticas de crianza que, con los contenidos, acompañen, apoyen y empoderen al cuidador en su rol** de tal forma que se promueva un entorno psicosocial y socioemocional adecuado en el hogar. Esto es, diseñar y hacer llegar a los hogares mensajes que fomenten espacios para mirar libros de imágenes y contar cuentos; para jugar a ordenar objetos por tamaño, forma o color; para aprender nuevos conceptos; o para cantar y bailar, entre otros. En definitiva, los mensajes deben fomentar tiempo de calidad entre el niño, sus cuidadores y otros miembros del hogar; promover interacciones cálidas, receptivas y sensibles; prevenir el uso de formas de disciplina violentas—ya sea física o psicológica—y otras formas de abuso contra los niños. Esto último puede generarse por las fuertes demandas de tiempo y los altos niveles de estrés y ansiedad a los que están sujetas las familias en el contexto actual. Estos mensajes también deben incluir estrategias de apoyo socioemocional para el cuidador, orientadas a promover su autoestima, ser indulgente consigo mismo y mantener la serenidad y una actitud positiva pese a las exigencias de las circunstancias. El Recuadro 3 incluye una propuesta concreta de contenidos lúdico-pedagógicos y mensajes.

### **Recuadro 3. Una propuesta para la promoción del juego y las interacciones en el hogar**

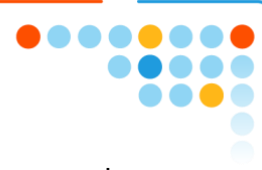
*Reach Up and Learn* es un programa/currículo de visitas domiciliarias basado en el modelo implementado y evaluado exitosamente en hogares vulnerables en Jamaica<sup>2</sup>, inicialmente, y en otros países de ingreso bajo y medio con posterioridad. Apunta a mejorar las prácticas de crianza y los niveles de desarrollo infantil a través del juego y las interacciones. Como respuesta a la pandemia, *Reach Up and Learn* ha compilado un manual con una selección de actividades de juego y lenguaje para menores de 3 años de su currículum. La selección está organizada por bloques de 3 meses de edad y ha priorizado actividades que requieran pocos o ningún material y que puedan realizarse como parte de las rutinas diarias en el hogar—por ejemplo, durante el baño, las comidas o en la realización de quehaceres domésticos. El manual consta de una primera sección pensada para que los programas adapten las actividades propuestas a sus necesidades, su contexto y al canal de comunicación más adecuado (radio, redes sociales, mensajería, llamadas telefónicas, etc.); y una segunda sección, con las mismas actividades organizadas en cartillas, redactadas en un lenguaje muy sencillo e ilustradas con imágenes, para uso directo por las familias. El manual también incluye orientaciones para fortalecer el vínculo cuidador-niño y el desarrollo socioemocional del niño (por ejemplo, mostrándole cariño; respondiendo a sus intereses, necesidades e inquietudes; felicitándole por sus intentos y sus logros), así como para el cuidado emocional del propio cuidador, fundamental para que las familias puedan desempeñarse exitosamente en su rol de promotores del desarrollo de los más pequeños. Existen versiones disponibles en [inglés](#), [español](#) y [portugués](#).

<sup>2</sup> En los años 80, un influyente estudio en Jamaica en 129 niños desnutridos de entre 9 y 24 meses mostró impactos positivos en el desarrollo cognitivo y del lenguaje de aquellos que fueron asignados aleatoriamente a recibir visitas domiciliarias semanales durante 24 meses. En estas visitas, implementadas por promotoras de salud comunitarias debidamente capacitadas, se desarrollaban actividades de juego y desarrollo del lenguaje para promover interacciones y desarrollo infantil. Los resultados, a corto plazo, se mantuvieron en el tiempo y se tradujeron en mayores niveles educativos y salarios en la edad adulta.



Es importante que el contenido de estos mensajes y su formulación incluyan [los aprendizajes de las ciencias del comportamiento](#) para mejorar su efectividad y sostener las buenas prácticas en el tiempo. Por ejemplo, su diseño debe reconocer que, a pesar de sus mejores intenciones, los sesgos de comportamiento—como la inconsistencia, la fatiga mental o la falta de atención—limitan la capacidad de los padres de promover el desarrollo de sus hijos de la mejor manera. En la práctica, esto se traduce en mensajes sencillos, atractivos, oportunos y que estén en consonancia con las normas sociales prevalentes.

3. **Activar estrategias de acompañamiento priorizado en aspectos de salud, nutrición y atención socioemocional a niños y sus cuidadores** ante la identificación de señales de alarma, riesgo o vulneración de derechos—por ejemplo, desnutrición, falta de vacunas, desatención, maltrato o depresión del cuidador—durante el “teleacompañamiento” o las llamadas de monitoreo. La implementación del acompañamiento priorizado debe estar a cargo de profesionales especializados (nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales) y puede llevarse a cabo por vía telefónica u otros medios virtuales, procurando ofrecer una atención lo más personal y cercana posible. Además, en situaciones más graves de trastornos psicológicos agudos, abuso infantil o violencia intrafamiliar, entre otros, deben activarse protocolos de actuación específicos a ser ejercidos por la autoridad local competente.
4. **Usar campañas de comunicación nacionales a través de canales de comunicación masivos** como radio, televisión o mensajes de texto a escala nacional para: (i) concientizar a las familias y comunidades de la importancia de la inversión en los niños; (ii) informarles sobre distintas estrategias y recursos a su disposición (canastas de alimentos, kits educativos, teleacompañamiento, etc.); y (iii) diseminar programas con contenidos especializados en la promoción del juego, el aprendizaje y las prácticas de crianza adecuadas. Por ejemplo, las estrategias Cuna Digital y Cuna Radial del Programa Cuna Más en Perú tiene previsto difundir producciones y contenidos tanto propios como adquiridos o cedidos; también en Costa Rica, Honduras, Panamá y otros países de la región, se diseminan contenidos de Plaza Sésamo a través de la televisión para promover el desarrollo y mejores prácticas de higiene entre niños en edad preescolar.
5. **Diseñar contenidos pedagógicos y plataformas virtuales para la formación y cualificación de los agentes comunitarios y educativos** a cargo de la prestación directa en la implementación de las estrategias anteriores. Esta formación debe cubrir no sólo los nuevos contenidos y materiales, sino también cómo abordar la prestación telemática y el desarrollo de habilidades digitales y socioemocionales, como la empatía o la escucha activa. Estos procesos formativos deben apuntar a dotar a los agentes educativos de todas las herramientas necesarias para que puedan ofrecer el apoyo adecuado a las familias y a los niños en un contexto tan desafiante como el presente. A la fecha, muchos países recurren a plataformas virtuales (por ejemplo, la Plataforma Avispa en Colombia) para colgar recursos y contenidos ya existentes, y a foros virtuales y videoconferencias para los procesos de entrenamiento. No obstante, y reconociendo que muchos agentes educativos tienen limitaciones de conectividad y que no será posible desarrollar capacitaciones presenciales en los próximos meses, es importante diseñar también soluciones parcialmente tecnológicas—que combinen las aulas virtuales con contenidos para acceso por vía telefónica u otros dispositivos en modalidades fuera de línea, por ejemplo—o que recurran a través de canales de diseminación más tradicionales. Es fundamental que los procesos de formación que se diseñen respondan a las necesidades de los agentes educativos y a los retos que enfrentan en los contextos en los que trabajan. Deben también incorporar acceso



a mentores y acompañamiento continuo en formato virtual, dada su relevancia para el aseguramiento de la calidad de la prestación.

Uno de los principales retos en la implementación de estas estrategias es asegurar que los servicios son ofrecidos a todos sus usuarios, incluyendo aquellos que viven en zonas más aisladas e inaccesibles, o que pertenecen a grupos indígenas, quienes, por lo general, tienen menos acceso a internet y otros medios de comunicación, y más necesidades. Un segundo reto es lograr que este contacto sea lo suficientemente significativo, cercano y motivante como para promover y sostener comportamientos y prácticas en los hogares que sean generadores de desarrollo y aprendizaje. Es decir, cómo mantener y generar interacciones en este contexto telemático en el que no hay espacio para la demostración de las actividades a realizar ni para la interacción personal presencial entre el visitador/cuidador/educador y los niños y sus familias.

En paralelo, los servicios para la primera infancia están definiendo protocolos y lineamientos que permitan el retorno paulatino a la atención presencial de los niños en centros de cuidado y preescolares, así como la reanudación de los encuentros que ofrecen los programas de trabajo con familias. La definición de estos protocolos debe ser coordinada con los servicios de salud, protección social y empleo. La reactivación de la actividad económica necesita, inevitablemente, de la reapertura de un mínimo de servicios de cuidado infantil y preescolares que atienda, al menos, a los hijos de aquellos que retornen a sus lugares de trabajo. A su vez, la reapertura de estos centros requiere del [cumplimiento de ciertos criterios sanitarios e higiénicos](#) para que se pueda reanudar el servicio de forma segura y saludable.

La adaptación de estos criterios<sup>3</sup> al contexto de la educación inicial y preescolar implica:

- (i) **Equipar y acondicionar los centros adecuadamente para su reapertura** después de un cierre prolongado. Para ello se recomienda revisar que los sistemas de agua se encuentran en buen estado para prevenir riesgos para la salud de los niños; constatar que los sistemas de ventilación estén funcionando correctamente; y, de ser posible, organizar las sillas, mesas y cunas dejando una distancia de dos metros entre sí, así como habilitar un espacio en el centro donde se pueda ubicar a cualquier niño que presente síntomas del COVID-19 durante la jornada. Idealmente, sería deseable que se pudieran emitir certificaciones de salubridad del centro por parte de la autoridad sanitaria competente.
- (ii) **Mantener los centros limpios y desinfectados.** Para ello, se recomienda prestar especial atención a aquellas superficies que se tocan de manera frecuente, por ejemplo, las manijas de puertas, los lavamanos o los juguetes; cerrar los espacios de uso común, como bibliotecas, gimnasios, zonas de juego y comedores o usarlos por turnos y desinfectarlos después de cada uso, aunque es preferible servir a los niños en el aula; evitar compartir utensilios, como platos y cubiertos, entre niños; usar juegos de cama, almohadas y toallas que se puedan lavar e identificar de manera separada; evitar el uso de objetos que no son fáciles de lavar ni desinfectar, como cojines y juguetes blandos; y, en lo posible, asegurar que hay materiales suficientes, como utensilios de arte y rompecabezas, para cada grupo de niños. Si esto no es posible, una alternativa es organizar turnos, y limpiar y desinfectar los materiales entre usos.

---

<sup>3</sup> Con base en criterios de las especialistas en primera infancia y en su interpretación de los criterios del CDC, de los [lineamientos del John Hopkins Bloomberg School of Public Health](#) (15 de mayo 2020) y del [ReopenDC Committee on Education and Childcare](#) (20 de mayo 2020).





- (iii) **Asegurar que todos los niños y el personal del centro llegan y se mantienen saludables.** Al entrar al centro, se puede considerar la medición de la temperatura siguiendo protocolos de seguridad y confidencialidad. Además, se pueden administrar cuestionarios para identificar si el niño, o alguien en su hogar, ha presentado síntomas. Es importante también adoptar medidas para evitar contagios, como el uso de mascarillas entre los adultos en el centro; guardar las pertenencias de los niños en contenedores separados y debidamente etiquetados o pedir al cuidador que se los lleve a la casa y los limpie a diario; aumentar la circulación del aire abriendo puertas y ventanas y/o usando ventiladores; así como tomar precauciones adicionales durante la manipulación de alimentos y el cuidado de los niños en el cambio de pañales o momento del baño. Mantener a los niños y al personal del centro saludables requiere también la disponibilidad de licencias por enfermedad (o para el cuidado a enfermos) que sean flexibles, tanto para el personal que trabaja en el centro como para los padres de niños enfermos. También es importante prepararse para, en la medida de lo posible, contar con el personal suficiente en caso de que alguno deba ausentarse.
- (iv) **Restringir el ingreso** de visitantes no esenciales, de voluntarios y de las familias al centro, así como limitar el número de entradas y salidas. Esto requiere también cancelar cualquier actividad extracurricular, reunión o evento en el centro, así como las salidas del centro.
- (v) **Mantener el distanciamiento social** a través de (i) la reducción de niños por cuidador por aula<sup>4</sup>, ya sea definiendo turnos por horarios o días de atención priorizando niños de acuerdo a sus necesidades de aprendizaje, o en función de las necesidades de los padres de acuerdo a su estado laboral, o habilitando espacios alternativos (salas comunes, comedores o espacios de juego techados) como aulas; (ii) espaciando las sillas y cunas en las aulas; y (iii) escalonando los horarios de llegada y salida para evitar aglomeraciones en la puerta y permitir la administración de cuestionarios para identificar síntomas o la medición de la fiebre. También es importante que no se mezclen grupos— es decir, que los grupos/aulas incluyan siempre a los mismos niños y que estos estén a cargo del mismo cuidador todos los días. En caso que varios grupos compartan un aula, los espacios para cada grupo se pueden delimitar con cintas o marcas de colores en el suelo, por ejemplo.
- (vi) **Garantizar el acceso a agua y jabón para el frecuente lavado de manos**, o el acceso a alcohol y geles desinfectantes. Estos deben contener por lo menos 60% de alcohol para el uso del personal y los niños más grandes. Asegurar también el acceso a pañuelos de papel.
- (vii) **Preparar al personal del centro adecuadamente.** Enseñar y reforzar la importancia de taparse la boca y la nariz si se tose o se estornuda, de lavarse las manos correcta y frecuentemente, de no tocarse la cara y del uso correcto de las mascarillas, guantes y delantales, incluyendo cómo quitárselos y lavarlos de forma correcta. También se recomienda poner carteles sobre estas y otras estrategias para evitar la propagación del COVID-19, en lugares visibles en el centro y en especial en la entrada, para informar a los padres. Asimismo, es importante preparar psicológicamente al personal del centro para la prestación del servicio en condiciones de distanciamiento social, para superar la ansiedad ante el riesgo de contagio y para dotar a los niños de las herramientas

---

<sup>4</sup> Muchos programas fijan este límite a 10 personas por aula (niños y adultos incluidos) para preescolar y entre 5 y 8 personas para menores de 3 años (o sea, de 3 a 6 niños por aula/grupo).



necesarias para comprender los cambios de rutinas y otras anomalías en el día a día del centro o situaciones puntuales que se presenten.

- (viii) **Brindar herramientas para que los niños entiendan estos cambios de rutinas.** Los programas pueden desarrollar o aprovechar material lúdico y educativo existente que explique la importancia de la distancia física, del uso de máscaras entre los adultos en el centro, de estar en contacto con menos niños y de realizar menos actividades o de una forma distinta a como se acostumbraba, entre otras.
- (ix) **Brindar herramientas para que los niños entiendan la pérdida de un familiar.** La evidencia muestra que incluso los niños de 2 años son conscientes de los cambios a su alrededor y reaccionan a la angustia en su entorno. Asimismo, la comprensión de los niños sobre la enfermedad, la pérdida y la muerte evoluciona a lo largo de la infancia y es importante que los servicios de primera infancia provean este tipo de apoyo diferenciado para los niños que experimentan estas situaciones y para sus cuidadores.
- (x) **Mantener una comunicación constante con los padres**, que sea clara, consistente y transparente. Es importante que los padres conozcan las medidas y cambios que se adoptan en el centro y comprendan el por qué. A su vez, es importante entender sus temores e inquietudes y respetar su decisión de no llevar el niño al centro. La colaboración con los padres es primordial.

Otras recomendaciones importantes para considerar incluyen protocolos para el transporte de los niños de y al centro educativo—que por lo general desaconsejan el uso del transporte público—así como para informar a las autoridades y a la familia en caso de que un niño presente síntomas y sobre la mejor forma de transportarlo a su casa en esa situación.

Existen muchos interrogantes entorno a cuándo y cómo iniciar la reapertura de centros de cuidado y preescolares, en parte dado el limitado conocimiento sobre el potencial de transmisión de los niños (Recuadro 1). También existe mucha incertidumbre con relación a la medida en la que los centros puedan asumir todas o buena parte de las medidas higiénicas y sanitarias recomendadas para una segura reapertura, las cuales deberán poder flexibilizarse según requiera el contexto y las capacidades de los centros y, en particular, si se establece que los niños pequeños raramente actúan como vector de transmisión del virus. En cualquier caso, parece razonable pensar en un proceso de reapertura gradual y con sistemas híbridos presenciales-virtuales que inicie en zonas de bajo riesgo y donde la transmisión de la enfermedad esté controlada—por ejemplo, en zonas rurales, como está haciendo Uruguay. Dicho esto, es importante mencionar que muchas veces, las zonas rurales pueden ser las que tienen más dificultades para cumplir con los protocolos de reapertura, dada una menor infraestructura tanto física como tecnológica y de recursos humanos.

Asimismo, la ‘reapertura’—esto es, el retorno a la presencialidad parcial (esquemas híbridos combinando un servicio presencial y virtual) o total—de los programas de trabajo con familias también presenta muchos interrogantes. Conforme se genere mayor evidencia sobre la tasa de infección en niños y su papel como transmisores del virus, con relación a los adultos, se podrán desarrollar modelos epidemiológicos que ayuden a determinar los riesgos relativos de implementar visitas en los hogares—con una educadora que se traslade de un hogar a otro—o encuentros grupales—en los que confluyan varias díadas cuidador-niño. Mantener las medidas de distanciamiento social en un entorno grupal con niños gateadores y caminantes puede resultar



muy complicado; pero puede ser algo más factible de implementar con gestantes y menores de 6 meses. En cualquier caso, parece sensato pensar en limitar la frecuencia de los contactos lo que abogaría por espaciarlos tanto como fuera posible—priorizando encuentros quincenales sobre encuentros semanales, por ejemplo; así como procurar mantener los encuentros en espacios abiertos (en la entrada o el patio de la casa, si lo hay, para las visitas domiciliarias; o en un parque, plaza o cancha deportiva para las sesiones grupales). Además, se recomienda informar y preparar al personal adecuadamente indicando las medidas de higiene (lavado de manos, uso correcto de mascarilla y otro material de protección personal) a tomar antes del contacto con una nueva familia; dotando de las debidas herramientas para ayudar a los niños y a sus familias a entender los cambios en rutinas o la enfermedad y la pérdida; y brindando apoyo psicológico para afrontar la ansiedad derivada del riesgo al que les expone su trabajo y la prestación del servicio en condiciones tan anómalas.

## Una oportunidad para fortalecer la prestación de servicios de cuidado a escala

Iniciamos esta nota revisando brevemente los efectos de corto plazo que puede tener el COVID-19 sobre los niños y cómo esto puede traducirse en pérdidas de capital humano, un aumento en las brechas de desarrollo infantil y una profundización de las desigualdades. Estudios de seguimiento de individuos concebidos (o en útero) durante pandemias, desastres de origen climático y hambrunas (por ejemplo, la pandemia de gripe de 1918/19 o el terremoto de Chile de 2010) muestran las consecuencias negativas que pueden sufrir los niños de por vida debido a estos choques.

De acuerdo con estimaciones del [Banco Interamericano de Desarrollo \(BID\)](#) y la [CEPAL](#), la crisis económica mundial abarcará hasta el año 2021 inclusive, en el mejor de los escenarios. Esto afectará a los niños ya que la economía no se recuperará inmediatamente luego de la cuarentena establecida por la pandemia. En términos prácticos, muchos niños caerán o vivirán sus años de primera infancia en la pobreza o extrema pobreza, lo cual tendrá un efecto negativo a lo largo de sus vidas.

No obstante, pese a todas sus nefastas consecuencias, la crisis actual ofrece también una oportunidad de transformación de la prestación de los servicios de atención a la primera infancia en la región. Por ejemplo, las innovaciones curriculares que se desarrollen con mayor énfasis en contenidos sencillos y versátiles, que usen materiales disponibles en el hogar y puedan integrarse fácilmente en las rutinas del hogar, que potencien la importancia del rol del cuidador en el hogar (incluyendo aspectos que promuevan su sentimiento de autoeficacia y su autocuidado emocional), pueden facilitar la llegada y aceptación de estas intervenciones en territorios y comunidades más diversas.

Los cambios en la organización y el equipamiento de los centros de cuidado y preescolares necesarios para mantener el distanciamiento físico y en particular la reducción del tamaño de los grupos y de los cocientes de atención (niños por educadora en el aula), pueden contribuir a generar mejoras en la dedicación y atención ofrecida a los niños y, en consecuencia, fortalecer la naturaleza de las interacciones. En la misma línea, los protocolos más estrictos de procesos, rutinas y de manejo de grupos durante la reapertura puede también mejorar los tiempos y las transiciones entre las actividades de juego y aprendizaje—elemento que también se ha identificado como importante para mejorar la calidad de las interacciones entre educador/cuidador y entre los niños.



De forma similar, el diseño de protocolos de implementación a través de medios masivos pueden ser una oportunidad para mejorar la llegada de estos servicios a los más vulnerables, como son, por ejemplo, la población rural y rural dispersa, grupos indígenas y otros grupos con limitaciones de conectividad. Adicionalmente, y con base en los esfuerzos que están haciendo algunos países para mejorar su conectividad, acceso a internet y a plataformas digitales, se puede aprovechar el uso de tecnología para volver más eficiente la prestación de los servicios a la primera infancia. Por ejemplo, reduciendo la frecuencia de contacto con los padres o cambiando la modalidad del apoyo de profesionales para monitoreo y atención de aspectos puntuales (violencia, salud mental) a una vía telefónica. El uso de tecnologías también puede servir para la capacitación efectiva de los cuidadores y educadores de manera virtual, no solo en el uso de tecnología para la virtualización de su acompañamiento a los niños o sus clases, sino también en cómo hacer el acompañamiento socioemocional adecuado particularmente para este momento. Estas capacitaciones se pueden potenciar con la ayuda de guías profesionales virtuales para acompañar a los cuidadores y educadores en este proceso.

En conclusión, el impacto del nuevo coronavirus podría afectar no solo el desarrollo de los niños de la región, aumentando los índices de pobreza, disminuyendo el acceso a servicios básicos y empeorando la salud mental de los cuidadores, sino que, y aún más grave, los grandes avances obtenidos en la región en las últimas décadas podrían verse frenados e incluso revertidos. Los actores públicos, privados y de la sociedad civil deben reaccionar urgentemente para mitigar el impacto que esto tendrá en las poblaciones. Apuntamos a que, a pesar de los efectos negativos, esto se transforme en una oportunidad para diseñar y proveer servicios que construyan sociedades más equitativas y resilientes a futuras crisis. De esta manera, este contexto generaría también una oportunidad para definir la hoja de ruta para una atención efectiva a escala en un escenario pos-COVID-19 como se describe en los párrafos anteriores.

El equipo de primera infancia del BID está trabajando para desarrollar, junto con los países, estrategias de apoyo a los programas y adecuando a la coyuntura actual materiales y herramientas que demostraron ser efectivos antes de la pandemia. Es fundamental que estos contenidos y estrategias lleguen a quienes más los necesitan, lo que requiere del trabajo colaborativo y el intercambio permanente de retos y soluciones innovadoras entre países. Para ello hemos habilitado un [portal dedicado a COVID-19](#) con información sobre la situación de los servicios en los países, vínculos a recursos y materiales desarrollados y en uso, y protocolos y lineamientos de reapertura/operación. Juntos debemos priorizar la protección y el apoyo a los niños y sus cuidadores durante la respuesta y recuperación del COVID-19 para mitigar los impactos negativos de esta crisis sobre la niñez en la región.

