

Formación de referentes de salud en centros de cuidado infantil. Experiencia en Argentina

Training of health referents at child care centers. Experience in Argentina

M. Elina Serra^a , Rose M. Soria^a 

RESUMEN

El cuidado infantil de buena calidad atenúa los efectos de la adversidad social. La prevención en salud es parte de él. Se presenta un programa innovador de formación de referentes de salud en centros de cuidado infantil que atienden a poblaciones vulnerables en Buenos Aires, Argentina.

Este consistió en una capacitación para personal de centros de cuidado infantil, seguido de la implementación, durante 4 meses, de un plan de mejoras elaborado por cada participante para su centro, con apoyo de consultoría permanente.

Veintiséis participantes de 19 centros completaron el programa. Se alcanzaron 35 de 49 objetivos planteados en los planes, incluida la certificación en reanimación cardiopulmonar, la capacitación del personal y las familias, el desarrollo de políticas del centro y la mejora de la gestión de recursos.

Es posible mejorar los cuidados preventivos en los centros de cuidado infantil mediante una intervención sencilla y de bajo costo, incluso en condiciones desfavorables.

Palabras clave: infancia, cuidado infantil, jardines infantiles, promoción de la salud, poblaciones vulnerables.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2022.122>

Texto completo en inglés:

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2022.eng.122>

Cómo citar: Serra ME, Soria RM. Formación de referentes de salud en centros de cuidado infantil. Experiencia en Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2022;120(2):122-128.

a. Programa de Prevención en Salud para Centros de Cuidado Infantil, Fundación para la Salud Materno Infantil (FUNDASAMIN), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia:

M. Elina Serra:
meserra@fundasamin.org.ar

Financiamiento:

Esta experiencia de formación fue financiada por la Fundación BAF (Argentina) a través del concurso "Convocatoria para proyectos sociales 2019".

Conflicto de intereses:

Ninguno que declarar.

Recibido: 26-7-2021

Aceptado: 29-9-2021

INTRODUCCIÓN

El buen estado de salud es fundamental para el crecimiento y el desarrollo durante la primera infancia. La adversidad social tiene impacto en diferentes sistemas biológicos que contribuyen al deterioro de la salud y a resultados sociales negativos a lo largo de la vida.^{1,2} La enfermedad puede limitar no solo el aprendizaje y las trayectorias educativas, sino también el bienestar a largo plazo durante la adultez. La evidencia sugiere que brindar cuidado de alta calidad, con acciones preventivas en un entorno seguro, es una intervención costoefectiva para mejorar e incluso revertir las consecuencias de las experiencias desfavorables de los niños.³

En Argentina, más del 50 % de los niños son pobres y el 26 % tiene acceso limitado o nulo a los servicios de salud.⁴ En estas circunstancias, la asistencia al centro de cuidado infantil puede considerarse una valiosa oportunidad para el cuidado de la salud.⁵ Sin embargo, la aplicación de medidas preventivas en este entorno es limitada debido a la ausencia de directrices sobre medidas sanitarias preventivas específicas para este ámbito y a la falta de formación del personal sobre este aspecto. Estas carencias no son exclusivas de Argentina, sino una problemática común a muchos países de América Latina.⁶

A partir de lo expuesto, nuestro equipo desarrolló un programa innovador de capacitación *in situ* sobre cuidados preventivos para el personal de los centros de cuidado infantil que atienden a comunidades socialmente vulnerables.

Este artículo describe la experiencia, la metodología, los desafíos y los resultados de esta iniciativa, primera en su tipo en América Latina.

MÉTODOS

Se trata de un programa de capacitación gratuito desarrollado en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), Argentina.

Los participantes fueron seleccionados por entrevistas, luego de una convocatoria abierta por redes sociales (abril-mayo de 2019). Los criterios de selección incluyeron desempeñarse en un centro que atendiera población socialmente vulnerable y presentar un manifiesto interés en capacitarse en cuidados de salud infantil, así como perfil de liderazgo.

El programa se inició en junio de 2019 y constó de un período de capacitación de 3 encuentros presenciales de jornada completa, de frecuencia quincenal, seguido de una etapa de implementación de un plan de mejoras en cada centro durante 4 meses. Estuvo a cargo de una pediatra y una enfermera con experiencia y formación en consultoría de salud para centros de cuidado infantil.

En el primer encuentro, los participantes completaron una encuesta de base sobre medidas preventivas. Luego, se presentaron conceptos generales sobre la salud en la infancia y el ámbito del centro de cuidado infantil. Los participantes recibieron un manual de prácticas saludables para espacios de primera infancia, basado en la evidencia disponible y preparado especialmente por nuestro equipo para esta formación (disponible con acceso libre en <https://drive.google.com/file/d/1TOotWje1OPoYWDXj4l7c32oqGDgvHqUr/view>). Cada participante recibió tantas copias como solicitó para distribuirlas en su lugar de trabajo.

Durante el segundo encuentro, se discutió cómo diagnosticar los problemas prevalentes y establecer prioridades para desarrollar un plan de acción para cada centro. Para ello se ofreció como apoyo una guía de observación y entrevista (previamente diseñada y aplicada por nuestro equipo). Esta guía contiene 62 elementos esenciales, incluido lo relativo a las normativas institucionales, la información sobre procedimientos críticos, la infraestructura mínima y los conocimientos del personal sobre problemas de salud prevalentes. Se encuentra disponible en forma libre y gratuita.⁷

Durante las 2 semanas siguientes, los participantes observaron situaciones y

entrevistaron a los directores de los centros para elaborar un diagnóstico. A continuación, eligieron 1 o varios (máximo 4) problemas que debían abordarse mediante un plan de mejora de 4 meses.

Se estableció una evaluación de opción múltiple al inicio del tercer encuentro. Para aprobarla, se requirió un mínimo de 18/25 respuestas correctas. El tercer encuentro se dedicó a debatir los resultados de cada diagnóstico, compartir ideas y ajustar sus planes de mejora preliminares.

Se pidió a los participantes que presentaran sus planes por escrito, detallando cada tema por mejorar, los objetivos y las estrategias para aplicar en los siguientes 4 meses. Durante el período de implementación, se dispuso de un aula virtual para intercambiar información entre los participantes, comunicarse con los docentes e informar periódicamente sobre progresos realizados. Este contacto regular permitió corregir errores y ajustar los planes según cada necesidad.

Después de 4 meses (noviembre de 2019), cada participante preparó un informe final y fue entrevistado. La entrevista semiestructurada (ver *Anexo* en formato electrónico) brindó la oportunidad de evaluar las fortalezas, los desafíos enfrentados y los resultados obtenidos, además de discutir las estrategias para continuar con cada plan después del período de formación, preguntar si se cumplieron las expectativas, cuáles fueron los aspectos más relevantes de la capacitación ofrecida y pedir sugerencias para mejorar nuevas ediciones.

Se planificó una entrevista telefónica de seguimiento 6 meses después de la finalización del programa para confirmar si las estrategias planificadas se habían aplicado de forma permanente. Debido a la pandemia de COVID-19 y al consiguiente cierre de los centros, se modificó esa entrevista de seguimiento. En lugar de preguntar por los planes anteriores, se exploró cuáles eran las herramientas adquiridas durante la capacitación que consideraban más útiles en esta situación epidemiológica y cuáles eran los retos que preveían en relación con la reapertura de los centros.

Análisis de los datos. Se utilizó estadística descriptiva para resumir las características de los participantes, los datos relativos al diagnóstico de los centros de cuidado infantil y los planes de mejora.

Aspectos éticos. Este trabajo presenta una experiencia de formación, no concebida como

un proyecto de investigación, por lo cual no se consideró necesaria la aprobación por parte de un comité de ética. Sin embargo, se solicitó a los participantes presentar una carta de compromiso propia y otra del director del centro, así como brindar sus consentimientos por escrito para la publicación de los datos de esta experiencia.

RESULTADOS

Se presentaron a la convocatoria 63 candidatos. Luego de la selección, 30 participantes de 23 centros fueron aceptados en el programa, incluidos 3 coordinadores de programas gubernamentales cuyas funciones consistían en la gestión de varios centros participantes. El propósito de su participación era tanto apoyar a sus centros como recibir ellos mismos la formación. Cuatro participantes no completaron la formación por motivos personales. Veintiséis participantes (25 mujeres y 1 varón) de 19 centros completaron el programa. Eran psicopedagogas (7), profesores (7), trabajadoras sociales (6), psicólogas (2), psicomotricista (1), nutricionistas (1), puericultora (1) y estudiante de educación (1). La mediana de edad fue de 47 años

(mín.: 27-máx.: 72). Llevaban una mediana de 16 años en el ámbito laboral relacionado con la infancia (mín.: 1,5-máx.: 35). Solo a 13 de estos participantes se les había ofrecido previamente formación en materia de prevención en salud, aunque dicha formación se centraba en temas específicos.

Los centros cuyos participantes completaron el programa estaban financiados con fondos públicos (n = 6) o eran centros comunitarios no gubernamentales (n = 13). El equipo de cada centro estaba compuesto por, al menos, un trabajador social, un psicólogo y un psicopedagogo, así como por un número variable de cuidadores y/o docentes. Las características de cada centro se muestran en la *Tabla 1*.

La encuesta inicial mostró que, de los 30 participantes iniciales, 15 respondieron correctamente a las preguntas sobre juego seguro; 17, sobre desarrollo infantil y sueño seguro; 24, sobre emergencias; 25, sobre prevención de lesiones y 27, sobre lactancia materna.

Tras las dos primeras reuniones de formación, todos los participantes evaluados (n = 26) aprobaron la evaluación. El número de respuestas correctas varió entre 21 y 25 sobre un total de 25.

El diagnóstico de los centros mostró que en 13/19 centros ningún miembro del personal había recibido formación en reanimación cardiopulmonar y que en 6/13 centros no había habido ninguna actividad de promoción de la salud para el personal o la comunidad durante el último año. Se detectaron otras condiciones que dificultan la aplicación de las medidas de prevención, como la infraestructura inadecuada y la falta de protocolos (*Tabla 2*).

TABLA 1. Características de la población de los centros participantes

Variable	Mediana	Mín.-máx.
Niños, niñas y adolescentes (N)	125	32-236
Niños y niñas menores de 6 años (N)	71	14-248
Cuidadores y/o docentes (N)	12	3-20
Personal de limpieza (N)	2	1-4
Relación niños/adultos	10,4	6,25-51,6

N: número en cada centro.

TABLA 2. Diagnóstico de situación de los centros en aspectos de prevención en salud

Variable	Centros (n = 19)
Normativa escrita sobre higiene de manos disponible	10
Normativa escrita de limpieza del centro disponible	15
Normativa escrita de inmunización de los adultos disponible	9
Espacio disponible para amamantar (diferente del baño o la cocina)	8
Estaciones de cambio de pañales completas*	2
Individuos que comparten el baño	23 (7-52)**
Coordinador con conocimiento sobre medidas de sueño seguro	14
Hay juguetes con piezas pequeñas disponibles para los niños/as	4
Juegos de plaza/ exterior en condiciones inadecuadas	14
Salidas de emergencias señalizadas y libres	13
Protocolo para emergencias rápidamente disponible y accesible para todo el personal	5

*La estación fue considerada completa cuando era cercana a una pileta con agua corriente, jabón líquido, guantes descartables y una superficie impermeable y en buenas condiciones para realizar el cambio de pañales.

**Mediana (mín.-máx.).

Cada participante generó un plan de mejora que podía incluir hasta 4 objetivos (Tabla 3). Se establecieron 49 objetivos relacionados con diferentes temas. Las estrategias propuestas para alcanzar dichos objetivos incluían la formación y supervisión del personal *in situ* (19); las actividades comunitarias de promoción de la salud (9); el desarrollo de protocolos específicos del centro, como higiene de las manos, rutina de limpieza, sueño seguro, etc. (16); la gestión de los recursos (12); la señalización (emergencias, lavado de manos) (8), y el uso de registros de salud y ausentismo (3).

Los 26 participantes que aprobaron la evaluación completaron el período de seguimiento de 4 meses. En el marco de estos planes de mejora, ellos capacitaron a 237 cuidadores o docentes de los 19 centros en medidas sanitarias preventivas.

Tras identificar la necesidad, nuestro equipo ofreció una sesión de reanimación cardiopulmonar (RCP) no obligatoria para los participantes y otros miembros del personal de los centros participantes. Se formó a 31 cuidadores de 7 centros participantes. Además, 16 miembros del personal de un centro recibieron formación en RCP *in situ*.

Durante la implementación de los planes de mejora propuestos, se ofrecieron 8 actividades de promoción de la salud para las comunidades, se

desarrollaron 12 protocolos específicos para los centros, se logró una mejor gestión de los recursos en 7 centros, se implementaron registros en 3 y se instaló señalización para emergencias y lavado de manos en 8 centros.

De las 49 metas propuestas originalmente, se logró completar 35; 14 seguían en proceso en noviembre de 2019.

Durante las entrevistas finales, 10 participantes expresaron que el programa de capacitación cumplió con sus expectativas, mientras que 16 dijeron que las había superado. Los aportes más relevantes del programa, según su opinión, se muestran en la Tabla 4.

En cuanto a la retroalimentación para futuras ediciones del programa, la sugerencia que prevaleció (en 16) fue la de realizar más reuniones presenciales para compartir experiencias e informar sobre los avances en cada centro. Cuando se preguntó por el beneficio específico que obtuvo cada centro gracias a su participación en el programa, la respuesta preferida fue la mayor concientización del personal sobre cuestiones de salud preventiva (en 11). En relación con las dificultades para aplicar el plan de mejora, 20 participantes mencionaron la resistencia inicial del resto del personal.

Las cuestiones relacionadas con la salud preventiva que se planeaban mejorar durante el

TABLA 3. Problemas seleccionados e incluidos en los planes de mejora

Problema	Número de participantes que lo seleccionaron
Higiene de manos	15
Cambio de pañales	9
Rutina de limpieza del centro	6
Manejo de emergencias	5
Sueño seguro	4
Registro de controles de salud de los niño/as	4
Lactancia	2
Seguridad alimentaria	1
Dispositivos electrónicos y mal uso de pantallas	1
Seguridad en juegos de plaza/ exterior	1
Botiquín de primeros auxilios	1

TABLA 4. Características y/o aportes más relevantes del programa de capacitación según la opinión de los participantes

Característica	Número de participantes (n = 26)
Utilidad/ aplicabilidad del programa	9
El programa aportó una nueva perspectiva o mirada sobre el centro de cuidado infantil	7
Innovación	4
El manual de prácticas saludables de cuidado basadas en evidencia	3
La sistemática para el armado y abordaje del plan de mejoras	2
Programa completo en contenidos	1

siguiente semestre se muestran en la *Tabla 5*.

Se realizaron entrevistas telefónicas de seguimiento para 18 de los 19 centros participantes. Las respuestas recibidas durante estas entrevistas mostraron que las herramientas de la formación consideradas más útiles fueron la orientación sobre el desarrollo de protocolos (9), así como un mayor conocimiento sobre la transmisión de enfermedades infecciosas (7) y una estrategia bien diseñada para los procedimientos de higiene de manos (9). En cuanto a los desafíos, la mayoría de las respuestas apuntan a la preocupación por lograr el distanciamiento durante la pandemia, ya que las sugerencias generales de organizar las actividades para trabajar en grupos reducidos y disminuir la transmisión del virus (menos horas de clase y horarios alternos, entre otras) no contemplan la situación de comunidades socialmente vulnerables, en las que los padres dependen del centro para poder trabajar (13). La falta de recursos para mantener las rutinas de limpieza y desinfección también se mencionó como preocupación (4 respuestas).

DISCUSIÓN

La evidencia muestra que la asistencia a un centro de cuidado favorece el mejor desarrollo de los niños, especialmente en comunidades vulnerables.⁸ Sin embargo, la salud preventiva no se consideró hasta ahora un componente esencial de la formación del personal de esos servicios en nuestra región. Presentamos la primera experiencia de capacitación en terreno del personal de los centros de cuidado infantil en temas de salud preventiva en Argentina.

Los centros de cuidado infantil en nuestra región presentan una serie de falencias, entre ellas instalaciones inseguras, falta de políticas sobre prevención en salud, escasez de personal calificado y personal insuficiente para atender adecuadamente la cantidad de niños bajo su

cuidado.⁹ Todos estos son factores que dificultan la garantía de una atención de buena calidad.¹⁰ Para superar estas carencias, se requiere apoyo financiero, lo cual representa un obstáculo en las naciones en desarrollo, como la nuestra. Sin embargo, es en este contexto donde la capacitación, inspirada en las estrategias de los consultores y referentes de salud aplicadas en otras regiones,^{11,12} podría ser una inversión de relativo bajo costo para mejorar las condiciones y los servicios de los centros de cuidado infantil.

La principal fortaleza de esta experiencia incluye el aprendizaje sobre cuestiones de prevención en salud, sumado al cumplimiento de la mayoría de los objetivos previstos según la necesidad de cada centro. Como se ha visto en otros estudios, la formación y la oportunidad de consulta continua dieron lugar a un avance en el desarrollo de políticas y a cambios de comportamiento del entorno y del personal.¹³⁻¹⁷ Además, esta experiencia fue considerada por los participantes como una oportunidad para trabajar con las familias en hábitos saludables y mejores prácticas relacionadas con la salud. Las comunidades vulnerables tienen dificultades para acceder al sistema sanitario y disponen de menos recursos e información que otros grupos para la promoción de la salud. Los referentes de salud de los centros pueden identificar las necesidades de salud y fomentar los hábitos saludables de manera eficaz en las familias de la comunidad.¹⁸⁻²⁰

Los aspectos elegidos para mejorar variaron entre los centros. La mayoría seleccionó la higiene de manos como una de las prioridades, lo que es coherente con la falta de normativa general sobre este tema y su relevancia en la prevención de infecciones. La formación en RCP también se detectó como una necesidad, acorde con la falta de requisitos legales para la formación del personal de los centros. Algunos temas, como las necesidades especiales de cuidado o las cuestiones de expresión e identidad de género,

Tabla 5. Problemas de prevención en salud que se planearon mejorar en el siguiente semestre

Problema seleccionado	Número de centros
Rutina de limpieza del centro	8
Actividades de promoción de salud para la comunidad	5
Inclusión de contenidos sobre salud infantil en el proyecto institucional del centro	6
Protocolo de cambio de pañales	3
Lactancia materna	3
Protocolo de limpieza de juguetes	2
Higiene de manos	1
Prevención de lesiones no intencionales	1

no fueron considerados por ningún centro, lo que muestra que la diversidad y la inclusión son retos aún por reconocer en nuestro medio.

Experiencias previas se centraron en la formación del personal sobre medidas sanitarias preventivas *in situ* en los centros, pero no abordaron la elaboración de políticas, la coordinación y la aplicación de planes a largo plazo.²¹⁻²⁷ Aunque estos estudios aportaron resultados positivos, sus impactos fueron limitados. El enfoque de esta iniciativa, en cambio, enfatiza la formación de un personal como referente en salud. Este referente no solo adquiere conocimientos, sino que también tiene la oportunidad de observar y desarrollar habilidades organizativas y de implementación, con el fin de adaptar los procesos, facilitar la modificación de comportamientos y fomentar un entorno adecuado para las medidas de prevención de enfermedades.^{28,29} Este tipo de formación, que tiene como objetivo entrenar a los miembros del equipo del propio centro de cuidado para convertirse en líderes de la salud en sus centros, es innovador en nuestra región.³⁰

A diferencia de otras experiencias,²⁷ en nuestro caso los participantes continuaron su relación con los consultores indagando sobre nuevas medidas relacionadas con la COVID-19 y los planes de reapertura de los centros, una vez finalizado el proyecto.

Los datos de esta experiencia mostraron que ciertas condiciones de atención no son fáciles de modificar (por ejemplo, las principales cuestiones de infraestructura), pero hay otras variables que incluyen la formación del personal, la promoción de la salud de la comunidad y las políticas organizativas que podrían ser profundamente revisadas y mejoradas a través de esta formación.

Una limitación de esta iniciativa es el pequeño tamaño de la muestra, que es intrínseco a este tipo de intervención educativa. Por su diseño, estas formaciones se organizan y se ofrecen a un número limitado de participantes a la vez. De este modo, cada participante es acompañado por el consultor a lo largo de la formación. Esto forma parte de la estrategia de formación y hace que el participante se sienta cómodo para promover la colaboración y el intercambio fluido de ideas.³¹ A diferencia de otras intervenciones, en esta formación no es posible planificar de antemano cada detalle; es necesario realizar ajustes y motivar a los participantes en cada reto que se les presente.³²

Otra limitación de esta experiencia es

la variabilidad en el funcionamiento de un centro a otro (con base en la heterogeneidad en infraestructura, recursos humanos y dependencia de cada centro), lo que dificulta la generalización de los resultados. Por último, el hecho de que solo se puedan identificar indicadores de progreso, en lugar de que los resultados de salud sean medibles, puede interpretarse también como una debilidad.

Este es un proyecto enfocado a mejorar aquellas condiciones de atención en salud que pueden ser modificadas, aun en contextos de muchas carencias, como los que vive América Latina. El proyecto es innovador en nuestra región por el enfoque elegido para la intervención, consiste en potenciar el papel del centro de cuidado infantil, transformándolo en un referente de protección y promoción de la salud de las familias de su comunidad. Una estrategia más tradicional para estas intervenciones suele ser la de los programas asistenciales y por ello son poco sostenibles en el tiempo y tienen un impacto limitado. Este proyecto, en cambio, propone capacitar al centro para la efectiva autogestión de los recursos necesarios para realizar el ejercicio del derecho a la salud en la primera infancia, ya que permite adaptar las medidas óptimas a la realidad de cada centro y favorece la apropiación del proceso de mejora por parte del personal. Estos resultados seguramente serán maximizados en su eficiencia en el contexto pospandémico, dado el aumento de la pobreza y el acceso limitado a la atención de salud tradicional.

CONCLUSIÓN

La difusión de esta iniciativa podría contribuir a poner de manifiesto la brecha existente entre los conceptos teóricos sobre los derechos del niño y su aplicación efectiva. Además, enciende la discusión sobre los temas que deben ser abordados en el ámbito del cuidado infantil, junto con las estrategias disponibles para superar estos desafíos en América Latina. ■

REFERENCIAS

1. Berens AE, Jensen SKG, Nelson CA 3rd. Biological embedding of childhood adversity: from physiological mechanisms to clinical implications. *BMC Med.* 2017; 15(1):135.
2. Jensen SKG, Berens AE, Nelson CA 3rd. Effects of poverty on interacting biological systems underlying child development. *Lancet Child Adolesc Health.* 2017; 1(3):225-39.
3. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet.* 2017; 389(10064):91-102.
4. Tuñón I. Condiciones de vida de las infancias pre-pandemia COVID-19. Evolución de las privaciones de

- derechos 2010-2019. Documento estadístico. Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Buenos Aires; Barómetro de la Deuda Social Argentina; 2020. [Acceso: 20 de julio de 2021]. Disponible en: <http://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Documentos/2020/2020-OBSERVATORIO-BDSI-DOC-EST-PRE-PANDEMIA-INFANCIA.pdf>
5. Gupta RS, Shuman S, Taveras EM, Kulldorff M, Finkelstein JA. Opportunities for health promotion education in child care. *Pediatrics*. 2005; 116(4):e499-505.
 6. Araujo MC, López-Boo F, Puyana JM. Overview of early childhood development services in Latin America and the Caribbean. Washington: Social protection and health Division, Inter-American Development Bank; 2013. [Acceso: 11 de julio de 2021]. Disponible en: https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/3617/BID_Panorama_ESP%20%28Web%29.pdf?sequence=1
 7. Instrumento diagnóstico para centros de cuidado infantil y para hogares. Programa de Prevención en Salud para Centros de Cuidado Infantil. Fundasamin. [Acceso: 22 de julio de 2021]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1NNPvi1TdmhrpDb3kuqr2CGxT3psTldKg/view>
 8. Araujo MC, Dormal M, Schady N. La calidad de los jardines de cuidado infantil y el desarrollo infantil. Documento de trabajo del BID n° 779. Marzo 2017. [Acceso: 29 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/La-calidad-de-los-jardines-de-cuidado-infantil-y-el-desarrollo-infantil.pdf>
 9. Marco Navarro F. Calidad del cuidado y la educación para la primera infancia en América Latina. Igualdad para hoy y mañana. *CEPAL Política Sociales N° 204*. 2014. [Acceso: 20 de julio de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/36822>
 10. Fiene R. 13 Indicators of quality child care: research update. Washington DC: Department of Health & Human Services Home, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation; 2002. [Acceso: 20 de julio de 2021]. Disponible en: <https://aspe.hhs.gov/reports/13-indicators-quality-child-care-research-update>
 11. Cao C (ed). *The Role of the Child Care Health Advocate*. San Francisco, CA: California Childcare Health Program; 2006.
 12. Child care health consultants: current models and implications for policy and practice. New York: NYS Early Childhood Advisory Council; 2013. [Acceso: 20 de julio de 2021]. Disponible en: http://www.nysecac.org/application/files/4415/5423/1088/White_Paper_on_Child_Care_Health_Consultation_in_NYS_REVISED_FINAL-Reformatted_for_Posting.pdf
 13. Alkon A, Bernzweig J, To K, Wolff M, Mackie JF. Child Care Health Consultation Improves Health and Safety Policies and Practices. *Acad Pediatr*. 2009; 9(5):366-70.
 14. Ulione MS, Donovan E. Nursing in Project Head Start: Improving Health. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 1996; 19(4):227-37.
 15. Ramler M, Nakatsukasa-Ono W, Loe C, Harris K. The Influence of Child Care Health Consultants in Promoting Children's Health and Well-being: A Report on Selected Resources. Newton, MA: Education Development Center, Healthy Child Care Consultant Network Support Center; 2006. [Acceso: 20 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.mchlibrary.org/documents/34010.pdf>
 16. Isbell P, Kotch J, Savage E, Gunn E. Improvement of child care programs' health and safety policies, and practices, and children's access to health care linked to child care health consultation. *Dialog*. 2013; 16(2):34-52.
 17. Honigfeld L, Pascoe T, Macary S, Crowley A. Promoting Children's Health in Early Care and Education Settings by Supporting Health Consultation. Farmington, CT: Child Health and Development Institute of Connecticut. 2017. [Acceso: 20 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.chdi.org/index.php/download_file/view/1243/984/
 18. Cloutier MM, Wiley JF, Trapp C, Haile J, Gorin AA. The Childcare Center: an Untapped Opportunity to Engage and Educate Families in Healthy Behaviors. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2018; 5(2):430-8.
 19. Rosenthal MS, Crowley AA, Curry L. Family Child Care Providers' Experience in Health Promotion. *Fam Community Health*. 2008; 3(4):326-34.
 20. Rowe Minniss F, Wardrope C, Johnston D, Kendall E. Promoting Health in Early Childhood Environments: A Health-promotion Approach. *Child Care Pract*. 2013; 19(2):104-17.
 21. Saville SK, Wetta-Hall R, Hawley SR, Molgaard CA, et al. An Assessment of a Pilot Asthma Education Program for Childcare Workers in a High-Prevalence County. *Respir Care*. 2008; 53(12):1691-6.
 22. Krilov LR, Barone SR, Mandel FS, Cusack TM, et al. Impact of an infection control program in a specialized preschool. *Am J Infect Control*. 1996; 24(3):167-73.
 23. Carabin H, Gyorkos TW, Soto JC, Joseph L, et al. Effectiveness of a training program in reducing infections in toddlers attending day care centers. *Epidemiology*. 1999; 10(3):219-27.
 24. Amoah AO, Witherspoon NO, Pérodin J, Paulson JA. Findings from a pilot environmental health intervention at early childhood centers in the District of Columbia. *J Public Health (Oxf)*. 2015; 38(3):e209-17.
 25. Moon RY, Oden RP. Back to Sleep: Can We Influence Child Care Providers? *Pediatrics*. 2003; 112(4):878-82.
 26. Ulione MS, Dooling M. Preschool injuries in child care centers: nursing strategies for prevention. *J Pediatr Health Care*. 1997; 11(3):111-6.
 27. Johnston R, DelConte BA, Ungvary L, Fiene R, Aronson S. Child Care Health Consultation Improves Infant and Toddler Care. *J Pediatr Health Care*. 2017; 31(6):684-94.
 28. Doughty P. Contextual considerations for behavior change: Intervention/Method selection. In: Gilbert GG, Sawyer RG, McNeil EB. *Health education. Creating strategies for school and community health*. 3rd ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 2011. Págs.47-96.
 29. Mistry KB, Minkovitz CS, Riley AW, Johnson SB, et al. A new framework for childhood health promotion: the role of policies and programs in building capacity and foundations of early childhood health. *Am J Public Health*. 2012; 102(9):1688-96.
 30. Experiencias en Latinoamérica. En: Soria RM, Serra ME. *Cuidado infantil de calidad: Un enfoque desde la salud*. Buenos Aires: Fundasamin-Dunken; 2019. Págs.103-22.
 31. Ultimate adult learning. In Edmunds C, Lowe K, Murray M, Seymour A. *The ultimate educator: Achieving maximum adult learning through training and instruction*. National Victim Assistance Academy Advanced Topic Series; 2002:3.1-14. [Acceso: 20 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.ncjrs.gov/ovc_archives/educator/files/chapter3.pdf
 32. Nebot M. Health promotion evaluation and the principle of prevention. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60(1):5-6.

ANEXO

Guía para la entrevista final de participantes de la “Capacitación de referentes de espacios de primera infancia en prácticas saludables de cuidado”

Nombre:

Cuidador Educador Gestor Otro (especificar)

Centro de cuidado al que pertenece:

- 1- **Pregunta: ¿Qué fue lo que más le interesó del programa de capacitación de referentes de espacios de primera infancia en prácticas saludables de cuidado?**
Información por recabar: intentar que el entrevistado puntualice un aspecto: contenidos, modalidad, interacción grupal, materiales.
- 2- **Pregunta: Respecto de las expectativas que tenía antes de iniciar la capacitación, ¿en qué medida considera que se cumplieron?**
Información por recabar: en menor grado, acorde a las expectativas, superó las expectativas.
- 3- **Pregunta: ¿Cómo le resultó implementar el plan de mejora en su centro? ¿Tuvo ayuda? ¿En qué? ¿Percibió resistencia? ¿Cuándo?**
Información por recabar: saber el grado de dificultad para la implementación del plan, si hubo adherencia manifiesta de algún integrante del equipo o una resistencia puntual que dificultara el proceso en algún momento puntual.
- 4- **Pregunta: ¿Hay algún aspecto puntual en el cual cree que su centro se ha beneficiado a partir de su capacitación e implementación del plan?**
Información por recabar: saber si reconoce o identifica alguna fortaleza en la gestión, la implementación o la dinámica del centro a partir de la capacitación y la implementación del plan.
- 5- **Pregunta: ¿Hay algún aspecto del centro que considera un problema o una dificultad para resolver?**
Información por recabar: valoración de la relevancia del problema, saber si identifica alguna debilidad en la gestión, la implementación o la dinámica del centro, conocer el grado de importancia que le atribuye y cómo dimensiona el problema, cómo se posiciona en relación con el problema, si considera la factibilidad de trabajar sobre este o directamente lo desestima, y por qué.
- 6- **Pregunta: ¿Cuáles son los desafíos que considera que tiene por delante en la implementación desde ahora a seis meses?**
Información por recabar: adherencia a lo planificado, nuevos objetivos y proyección del rol a futuro.