PÚBLICO
DIVULGACIÓN SIMULTÁNEA

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

DOCUMENTO DE MARCO SECTORIAL DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

SECTOR SOCIAL

Julio, 2019

Este documento fue preparado por el equipo integrado por: Ferdinando Regalia (SCL/SPH), Jefe de División; Emiliana Vegas (SCL/EDU), Jefe de División; M. Caridad Araujo (SCL/SPH); Florencia López-Boo (SCL/SPH); Marta Rubio-Codina (SCL/SPH); Marta Dormal (SCL/SPH); María de la Paz Ferro (SCL/SPH); Claudia Quintero (SCL/SPH); Sheyla Silveira (SCL/SPH); María Mercedes Mateo-Berganza (SCL/EDU); Diana Hincapié (SCL/EDU); Diana Paredes (SCL/EDU); Monserrat Bustelo (SCL/GDI); Verónica Alaimo (SCL/LMK); Norbert Schady (SCL/SCL); Nicolás Fuertes (SCL/SCL); Daniela Zuluaga (SCL/SCL); Carolina Aclan (KIC/KLD); y Bertha Briceño (KIC/KLD). Se agradecen los aportes de Alvaro Altamirano (SCL/LMK); Oliver Azuara (SCL/LMK); Judith Morrison (SCL/GDI); Marco Rojas (SCL/GDI); Jennelle Thompson (SCL/EDU); Adriana Viteri (SCL/EDU); Pablo Zoido (SCL/EDU); María Cecilia Acevedo (DSP/DCO); Paula Castillo (DSP/DCO); y Patricia Yánez (DSP/DBF), así como otras contribuciones al documento del equipo de SCL/SCL. Los autores agradecen los comentarios recibidos de colegas del Banco y de tres revisores externos.

De conformidad con la Política de Acceso a Información, el presente documento se pone a disposición del público de forma simultánea a su distribución al Directorio Ejecutivo para su información.

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO **1**

I. EL DOCUMENTO DE MARCO SECTORIAL DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO EN EL CONTEXTO DE LAS REGULACIONES Y LA ESTRATEGIA INSTITUCIONAL **3**

II. PRINCIPALES DESAFÍOS DEL ÁREA DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO EN LA REGIÓN 4

A. La importancia de la primera infancia 4
B. El estado del DIT en América Latina y el Caribe 5
C. Los servicios para la promoción del desarrollo infantil 8
D. Temas transversales 14

III. EVIDENCIA SOBRE LA EFICACIA DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS EN EL ÁREA DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO **19**

A. Atención en centros 20
B. Los programas de transferencias monetarias 25
C. Los programas de trabajo con familias para la promoción del DIT 26
D. Temas transversales 29
E. Brechas de información y de conocimientos 32

IV. LECCIONES DE LA EXPERIENCIA DEL GRUPO BID EN EL ÁREA DE DIT **35**

A. Lecciones Estratégicas 36
B. Lecciones Temáticas 37

V. LÍNEAS DE ACCIÓN PARA EL TRABAJO DEL GRUPO BID EN EL ÁREA DE DIT **38**

ANEXO I: Figuras

ANEXO II: Tablas

ANEXO III: Operaciones en la muestra y revisión documental para la sección de lecciones aprendidas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREVIATURAS

ALC	América Latina y el Caribe
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
DE	Desviación Estándar
DIT	Desarrollo Infantil Temprano
IPS	Indagación y Resolución de Problemas, por sus siglas en inglés
MICS	Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, por sus siglas en inglés
MOOC	Curso Abierto Masivo en Línea, por sus siglas en inglés
NICHD	Instituto Nacional de la Salud Infantil y Desarrollo Humano, por sus siglas en inglés
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OECD	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, por sus siglas en inglés
OMS	Organización Mundial de la Salud
PEI-CONAFE	Programa de Educación Inicial del Consejo Nacional de Fomento Educativo
PIB	Producto Interno Bruto
PTF	Programas de Trabajo con Familias
PTM	Programas de Transferencias Monetarias
SFD	Documento de Marco Sectorial, por sus siglas en inglés
UNICEF	Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, por sus siglas en inglés

RESUMEN EJECUTIVO

El área de Desarrollo Infantil Temprano (DIT) comprende el conjunto de programas y políticas dirigidos a los niños de 0-5 años y a sus familias y tiene como objetivo promover el desarrollo cognitivo, del lenguaje, motor y socioemocional. Las actividades que realiza el Grupo BID con los países y gobiernos, de carácter operativo, de diálogo y de generación de conocimiento en este sector, son orientadas por el Documento de Marco Sectorial de DIT.

El cerebro humano crece más y es más maleable en los primeros cinco años que en ningún otro periodo. Por ello, el desarrollo adecuado en los primeros años es determinante de resultados educativos, de empleo y de salud durante el resto de la vida. Las decisiones de las familias con respecto a las inversiones que realizan en sus hijos en los primeros años afectan el entorno en el cual éstos se desarrollan y sus oportunidades de aprendizaje. El diseño de políticas públicas efectivas requiere entender cómo deciden las familias sobre estos aspectos y qué acciones garantizan un desarrollo adecuado para todos los niños, en particular para aquellos en situación de vulnerabilidad y pobreza.

A diferencia de otras áreas del sector social, como la educación o la salud, el área de DIT no cuenta con indicadores poblacionales periódicos, comparables entre países, que permitan documentar la evolución del desarrollo de los niños. Tampoco cuenta con datos sistematizados sobre los proveedores o la calidad de los servicios que ofrecen. Sin esta información, la política pública se diseña a ciegas. Tampoco es posible rendir cuentas sobre sus avances y se pone en riesgo la sostenibilidad de compromisos políticos y presupuestarios. En años recientes, algunos países de la región han producido evaluaciones y estudios rigurosos, varios de ellos pioneros a nivel mundial, que han sido muy influyentes para el diseño y mejora de las políticas públicas.

Los datos disponibles permiten documentar que en América Latina y el Caribe (ALC), se observan brechas en los niveles de DIT desde muy temprana edad entre niños que crecen en hogares aventajados y sus pares de hogares menos favorecidos. Estas brechas persisten y aumentan con la edad y, cuando los niños ingresan a la escuela, resultan en diferencias significativas en el desarrollo de áreas como el lenguaje, que limitan la capacidad de algunos niños de aprender y desarrollar todo su potencial. Las mismas brechas que se observan en el DIT aparecen en la calidad del ambiente del hogar en el cual crecen los niños más y menos aventajados. Los niños de hogares en situación de pobreza tienen acceso a menos materiales y actividades de juego que promueven el aprendizaje y, con frecuencia, están expuestos a prácticas de disciplina violentas desde muy temprana edad. A través de la política pública, es imperativo buscar mecanismos para cerrar estas brechas o evitar que aparezcan y así, nivelar las oportunidades de todos los niños de desarrollarse y aprender. El elemento crítico para la efectividad de los programas de DIT es su capacidad de ofrecer entornos de calidad, con interacciones adulto-niño que sean receptivas, sensibles a las necesidades de los menores, ricas en lenguaje y frecuentes.

Este documento se enfoca en servicios que atienden a la población de 0-5 años y a sus familias y que tienen como objetivo fortalecer el DIT, específicamente: (i) servicios que brindan atención en centros (jardines de cuidado infantil para menores de tres años, servicios de prescolar); (ii) programas de trabajo con familias que promueven la inversión en el capital humano (programas para mejorar prácticas de crianza y estimulación en el hogar, programas de transferencias monetarias); y (iii) temas transversales (servicios de DIT que toman en cuenta la diversidad, servicios de protección infantil, aspectos

relacionados a la institucionalidad del área del DIT, la fuerza laboral del DIT, la medición poblacional del DIT y de la calidad de los servicios).

La cobertura de los programas de DIT tiene un margen importante de crecimiento en ALC, pero el mayor desafío es que se expanda con atención a la calidad. Toda la evidencia disponible señala que los niveles de calidad de los servicios de DIT en la región son tan bajos que incluso pueden llegar a ser perjudiciales para el desarrollo de los niños que los usan. Un área de oportunidad en ALC para llevar a escala los programas de DIT consiste en fortalecer la articulación entre éstos y otros sectores, por ejemplo, los servicios de salud o de protección social. En la región, persiste el desafío de trabajar con los servicios de DIT para que tomen en cuenta la diversidad y para que fortalezcan las modalidades de atención a niños en situación de negligencia y abandono.

Los programas de DIT descansan sobre el personal a cargo de la atención de familias y niños. Con frecuencia, este personal trabaja bajo esquemas de voluntariado o con remuneraciones muy bajas, escasas perspectivas de crecimiento profesional y poca o ninguna capacitación y acompañamiento. La expansión de la cobertura de los programas de DIT con calidad solo puede lograrse si se transforman algunos paradigmas de su enfoque de recursos humanos, incluyendo los procesos de selección, contratación y remuneración de este personal, así como sus oportunidades de desarrollo profesional. Para lograr servicios de calidad, el personal de los programas de DIT requiere no solo de conocimientos técnicos sino también de habilidades blandas que le permitan interactuar de manera efectiva, respetuosa, cálida y sensible con las familias y los niños a su cargo. El desarrollo de este tipo de habilidades demanda repensar y fortalecer los procesos de formación y acompañamiento del personal de DIT.

Varios países de la región han abordado el DIT con un enfoque integral, que demanda la articulación de acciones entre sectores y niveles de gobierno. Para coordinar esta articulación, se han creado estructuras de gobernanza para el DIT. Sin embargo, más allá del mandato político, estas instancias experimentan importantes debilidades técnicas, por ejemplo, las instancias articuladoras de las políticas de DIT no cuentan con herramientas de gestión y capacidades gerenciales que les permitan rendir cuentas sobre el resultado de su trabajo o facilitar que los sectores y los diferentes niveles de gobierno actúen en forma articulada y en sincronía.

Este documento propone que las actividades del Grupo BID en DIT se orienten a garantizar que todos los niños y, en particular, aquellos de hogares pobres y vulnerables, tengan la oportunidad de desarrollar su potencial desde los primeros años de vida a través de experiencias significativas, ricas en interacciones de calidad, en el hogar, el jardín y el prescolar. Para que esto ocurra, es necesario que los adultos que se encargan de los niños en estos entornos cuenten con los recursos, los conocimientos, las competencias y los comportamientos necesarios para promover el DIT. Se proponen tres líneas de acción, contextualizadas a la realidad de cada país: (i) promover la gestión eficiente y la política pública bien informada; (ii) implementar servicios de DIT con calidad a escala; y (iii) fortalecer la calidad de la fuerza laboral y mejorar sus condiciones de trabajo.

I. EL DOCUMENTO DE MARCO SECTORIAL DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO EN EL CONTEXTO DE LAS REGULACIONES Y LA ESTRATEGIA INSTITUCIONAL

1.1 **El Documento de Marco Sectorial de Desarrollo Infantil Temprano orienta el trabajo que realiza el Grupo BID con los países y gobiernos en el área de Desarrollo Infantil Temprano (DIT), en los ámbitos operativo, de diálogo y de generación de conocimiento.** El presente Documento de Marco Sectorial (SFD, por sus siglas en inglés) es el primero para esta área que, en años previos, fue abordada en el SFD de Educación y Desarrollo Infantil Temprano (GN-2708-5) y en el SFD de Protección Social y Pobreza (GN-2784-7). El presente SFD remplaza a los dos anteriores en el área de DIT. La estructura y contenido de este SFD se guía por las directrices establecidas en el documento "Estrategias, Políticas, Marcos Sectoriales y Lineamientos en el BID" (GN-2670-5). Este SFD es consistente con la Actualización de la Estrategia Institucional, Soluciones de Desarrollo que Aceleran el Crecimiento y Mejoran Vidas (GN-2933-3), la cual reconoce la exclusión social, la desigualdad y los bajos niveles de productividad como desafíos estructurales para el desarrollo de la región. El presente SFD se relaciona también con la Estrategia para una Política Social Favorable a la Igualdad y la Productividad (GN-2588-4).

1.2 **Este SFD define el DIT como el desarrollo cognitivo, del lenguaje, motor y socioemocional durante los cinco primeros años de vida, y delimita al área de DIT como el conjunto de programas y políticas dirigidos a los niños y familias que tienen como objetivo promover el DIT.** Los primeros cinco años de vida son los más importantes en la formación del capital humano y el desarrollo de habilidades socioemocionales tales como la regulación de emociones, la capacidad de planear, la empatía, entre otras. Invertir en DIT reduce la desigualdad y fortalece la productividad de la fuerza laboral del futuro. En los primeros años, el cerebro humano es más maleable que en ningún otro momento. El desarrollo temprano de habilidades facilita el aprendizaje futuro.

1.3 **El logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) requiere invertir en DIT.** El primer y el décimo objetivos, la erradicación de la pobreza y la reducción de las desigualdades, precisan permitir a todas las personas la oportunidad de un desarrollo pleno de su potencial. Para ello, se sientan los cimientos en los primeros años de vida. El cuarto objetivo, garantizar oportunidades de aprendizaje durante toda la vida, hace por primera vez referencia explícita al acceso a servicios de DIT de calidad y a la promoción del aprendizaje desde los primeros años. El quinto objetivo, la igualdad de género, requiere revisar la distribución de cargas de cuidado entre hombres y mujeres, así como educar desde temprana edad en normas sociales acordes con la igualdad. Finalmente, el octavo objetivo relacionado con el crecimiento económico y el empleo demanda una fuerza laboral bien preparada.

1.4 **Para lograr un desarrollo pleno en los primeros años, se requiere la atención simultánea de múltiples dimensiones, como la salud, la nutrición, el apoyo emocional y la estimulación del niño.** También es necesario asegurar un entorno que brinde condiciones de seguridad y protección apropiadas en el hogar y la comunidad. Por esta razón, el DIT es un área que requiere un abordaje transversal, ya que depende de la acción articulada entre varios sectores. El SFD de DIT es uno de los veintidós SFD que elaborará el Grupo BID en el marco del documento Estrategias, Políticas, Marcos Sectoriales y Lineamientos en el

BID (GN-2670-5), con el objetivo de proporcionar una visión integral sobre los retos de desarrollo en la región. Por su temática, este SFD se articula con varios otros. Este SFD se complementa con el SFD de Salud y Nutrición (GN-2735-7) en lo que se refiere a los aspectos de salud y nutrición, tales como la calidad de los servicios de salud materno infantil y la interacción entre nutrición y DIT. Se articula con el SFD de Trabajo (GN-2741-7) por la necesidad de contar con políticas laborales que protejan los derechos de los padres y madres trabajadores y les permitan participar activamente en la crianza de sus hijos. También se complementa con el SFD de Educación y Desarrollo Infantil Temprano (GN-2708-5) en lo referente a la importancia del DIT para el aprendizaje y desempeño escolar; con el SFD de Protección Social y Pobreza (GN2784-7) en cuanto a la articulación entre los programas de DIT y otras intervenciones focalizadas en familias pobres y vulnerables con niños pequeños; así como con el SFD de Género y Diversidad (GN-2800-8) en relación a dimensiones de género y pertinencia cultural de los servicios y a aspectos relacionados a la violencia en el hogar y a la distribución de cargas de cuidado. Por otro lado, se reconoce la importancia de múltiples factores para garantizar el bienestar y la salud durante la primera infancia, como el acceso a servicios de agua y saneamiento, a una vivienda segura, o a un ambiente libre de contaminación. Estos temas no se abordan en el presente SFD dado que se plantean en los SFD de Agua y Saneamiento (GN2781-8), Desarrollo Urbano y Vivienda (GN-2732-6) y Medio Ambiente y Biodiversidad (GN-2827-8).

1.5 El resto del documento se organiza de la siguiente manera: la Sección II describe la situación del área de DIT en la región e identifica los principales desafíos. La Sección III revisa la evidencia sobre la eficacia de los programas de DIT. La Sección IV discute lecciones aprendidas de la experiencia del Grupo BID, y la Sección V propone un conjunto de líneas estratégicas que guiarán las actividades operativas, analíticas y de diálogo del Grupo BID en el tema.

II. Principales Desafíos del Área de Desarrollo Infantil Temprano en la Región

A. La importancia de la primera infancia

2.1 **Las experiencias en los primeros años, cuando el cerebro humano crece más que en ningún otro momento y es más maleable, determinan resultados en la infancia y en la vida adulta, tales como la trayectoria escolar, la salud física y mental, el empleo y la criminalidad** (Shonkoff y Phillips 2000; Berlinski y Schady 2015). La trayectoria de cada persona y la posibilidad de alcanzar su potencial se ven afectadas por la interacción entre su dotación genética y las experiencias en su entorno, en particular aquellas que transcurren durante la infancia (Manski 2011; Barth, Papageorge y Thom 2018)[1].

2.2 **Las inversiones que realiza la familia en sus hijos durante sus primeros años determinan el entorno donde se desarrollan y además pueden compensar o agudizar los efectos de la exposición a experiencias externas.** Esta inversión depende de las preferencias, los conocimientos y habilidades de la familia y de

[1] Una revisión exhaustiva de esta literatura (Almond, Currie y Duque 2018) se enfoca en los impactos de largo plazo de experiencias tempranas de índole variada: cambios en la alimentación, suplementación nutricional, exposición al estrés, enfermedades infecciosas, contaminación ambiental, fenómenos climáticos, o consumo de alcohol y tabaco.

sus recursos y tiempo (Attanasio 2015). Las familias invierten en sus hijos de múltiples maneras: (i) en tiempo (y tiempo de calidad) con sus hijos; (ii) en recursos en el entorno y la vivienda en donde residen; (iii) en bienes y servicios para promover el desarrollo; y (iv) en arreglos de cuidado para el tiempo durante el cual los padres no pueden estar con sus hijos. La familia también establece reglas de convivencia entre sus miembros y éstas determinan el clima emocional en el hogar. El diseño de políticas públicas efectivas requiere entender cómo deciden las familias sobre estas inversiones en sus hijos. Las políticas públicas que mejoran la calidad del ambiente del hogar y promueven inversiones en el capital humano desde los primeros años pueden aumentar la productividad de la sociedad en su conjunto y también mejorar la igualdad de oportunidades (Heckman 2011).

2.3 **Los mecanismos a través de los cuales la política pública afecta las inversiones de las familias y las sociedades en los primeros años de vida son varios.** Algunos de ellos se dirigen a los padres, las familias y las comunidades. Este es el caso de la transferencia de recursos a las familias pobres con hijos pequeños, o el acceso a servicios públicos, espacios de juego y viviendas seguras. Un segundo mecanismo se relaciona con las políticas de familia y mercado laboral que facilitan la disponibilidad de tiempo de los padres para el cuidado del niño. Un tercer tipo de instrumento son los programas que mejoran las capacidades de los padres de ofrecer a sus hijos interacciones de calidad, oportunidades de desarrollo psicosocial y estrategias de disciplina positiva, o que les brindan información sobre la importancia de los primeros años. Un cuarto grupo de políticas dirigidas a los padres son el fomento a la demanda de jardines de cuidado infantil o servicios de prescolar. Finalmente, la educación de los padres (en particular la educación materna) es un determinante importante del DIT. Otro grupo de intervenciones de política para la promoción del DIT tiene al niño como principal destinatario. En este grupo se encuentran los jardines de cuidado infantil para los niños de 0-3 años, los servicios de prescolar para los niños de 4-5 años, así como los servicios de protección infantil para los niños en situación de abuso o abandono (Carneiro, Meghir, y Parey 2013; Currie y Moretti 2003).

2.4 **El resto de esta sección documenta los desafíos que enfrentan los países de ALC en el área de DIT y describe las brechas en resultados, acceso y calidad de los servicios.** Primero, presenta las brechas socioeconómicas observadas desde edades tempranas y su evolución a lo largo de la infancia. También muestra la capacidad predictiva del desarrollo en los primeros años sobre el aprendizaje futuro. Segundo, sistematiza información sobre el acceso y la calidad de los programas de DIT y sobre la calidad del ambiente de los hogares de los niños en este grupo etario. Tercero, presenta un diagnóstico sobre aspectos transversales al tema.

B. El estado del DIT en América Latina y el Caribe

2.5 **A diferencia de otras dimensiones del capital humano –como la nutrición, la salud, o el aprendizaje escolar– el DIT, históricamente, no se ha medido de manera regular en las encuestas poblacionales, ni siquiera en aquellas que son representativas de la población de niños de 0-5 años.** Aunque en años recientes ha habido avances al respecto, la comunidad científica no ha logrado un consenso alrededor de herramientas para la medición del DIT que sean comparables entre países y factibles de administrar a escala. A esto se suma la

complejidad inherente de medir con precisión el desarrollo de niños muy pequeños y de hacerlo a un costo razonable en el contexto de encuestas con representatividad poblacional. Estas razones explican el por qué, a diferencia de otras áreas de la política social, en el área de DIT no se cuentan con indicadores comparables entre países y entre subgrupos de un mismo país que permitan monitorear el avance en este tema a lo largo del tiempo. No obstante, en los últimos años ALC ha sido pionera a nivel mundial en llevar adelante estudios que han informado con evidencia empírica la agenda de la política pública en el área de DIT y que incluyen mediciones del DIT, del acceso a servicios de DIT, de su calidad y focalización, y de las características de los proveedores que se encargan de operar estos servicios. En esta sección se presenta un diagnóstico de la situación del área de DIT en ALC a partir de la información existente.

2.6 **No existen medidas comparables del DIT que permitan contrastar la situación de los niños en ALC con la de aquellos en otras regiones del mundo.** Las mediciones más completas del DIT administradas en encuestas han traducido y adecuado herramientas desarrolladas en países de ingresos altos al contexto cultural local. Por esta razón, no es metodológicamente correcto comparar los puntajes ni extrapolar los puntos de corte que definen un nivel de desarrollo adecuado de una población a otra. Como resultado, no es posible presentar una comparación de los niveles de DIT de los niños en ALC, con respecto a los de otras regiones, como se hace con indicadores en el sector educativo, de salud o nutrición. A nivel científico, la disciplina se encuentra trabajando en el desarrollo de indicadores que permitan esta comparabilidad a nivel global y el Grupo BID está contribuyendo a este esfuerzo[2].

2.7 **Los datos disponibles en ALC muestran que existen brechas significativas en los niveles de DIT desde muy temprana edad entre niños de hogares con madres con mayores y menores niveles educativos o entre niños de hogares más y menos pobres.** Las Figuras 1 y 2[3] comparan los niveles de desarrollo cognitivo y del lenguaje entre niños menores de 42 meses con madres con mayor y menor nivel educativo, en Colombia, Perú y México. Los datos muestran diferencias significativas entre estos niños, incluso desde el primer año de vida. Estas brechas persisten a medida que los niños crecen[4] e incluso tienden a aumentar con la edad (esto se observa en las Figuras 1 y 2 para Colombia y México, y en la Figura 3 para zonas rurales de Chile, Ecuador y Nicaragua). En el momento en que los niños llegan a la escuela, la magnitud de estas diferencias en los niveles de DIT es grande. Por ejemplo, a los seis años, los niños de los hogares más pobres tienen el desarrollo del lenguaje de un niño de cuatro años en Ecuador, Nicaragua y Perú, y de cuatro años y medio en Colombia (Figura 4). En otros países de ALC con mediciones del desarrollo infantil como Costa Rica,

---

[2] Las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, por sus siglas en inglés) administradas en países de renta media y baja construyen, a partir de diez preguntas, un índice de desarrollo para niños de 3 y 4 años. Un análisis de datos de MICS en 35 países, que incluye tres de ALC –Barbados, Belice y Honduras– muestra que el porcentaje de niños de 3 y 4 años con niveles bajos en el índice de DIT en estos tres países es de 18,7%, comparable al de la región de Medio Oriente y el Norte de África, y menor que el promedio de 32,9% para el total de países analizados (McCoy, Peet, et al. 2016).

[3] Todas las figuras a las cuales hace referencia este SFD se encuentran en el Anexo I.

[4] La Figura 3 se enfoca en el desarrollo del lenguaje de niños de 36 a 72 meses en Chile, Colombia, Ecuador, México, Nicaragua y Perú.

Nicaragua y Paraguay se han documentado brechas similares, ilustradas en la Figura 5[5].

2.8 **Las brechas en el DIT también se observan con respecto a otras dimensiones como, por ejemplo, la calidad del ambiente en el hogar.** La calidad del ambiente en el hogar contempla aspectos como el acceso a actividades y materiales que promueven el juego y el aprendizaje, pero también el clima emocional y las reglas de convivencia. Aquellos niños con mayor acceso a materiales y actividades de juego en sus hogares exhiben mejores niveles de DIT que los niños que no tienen acceso a ellos, como se ilustra en las Figuras 1 y 2 que comparan los niveles de desarrollo cognitivo y del lenguaje entre niños menores de 42 meses en hogares con ambientes de mayor y menor calidad en Colombia, Perú y México[6]. Dentro de un mismo país, las diferencias en los niveles de DIT también son evidentes al comparar los ámbitos rural y urbano. La Tabla 1[7] muestra las diferencias en el DIT en niños de 36 a 72 meses de zonas urbanas y rurales en Chile, Colombia, Ecuador, Nicaragua y Perú. Consistentemente, los niveles de DIT son menores entre los niños del sector rural.

2.9 **En ALC, las brechas socioeconómicas en el DIT se observan principalmente en las áreas de desarrollo cognitivo y del lenguaje.** Si bien existe menos evidencia al respecto, el desarrollo motor y el socioemocional no exhiben las mismas diferencias (o éstas son menos pronunciadas) cuando se comparan niños con madres de mayor y menor nivel educativo, como se observa en la Figura 4 para Colombia y en la Figura 6 para Costa Rica, Nicaragua, Paraguay y Perú[8]. Para el desarrollo socioemocional, esto puede deberse, en parte, a la mayor dificultad de medirlo en este grupo etario[9]. No obstante, el desarrollo socioemocional presenta brechas pronunciadas con respecto a la calidad del ambiente en el hogar, es decir, es mayor en niños de hogares con acceso a materiales y actividades de juego que en niños sin acceso a ellos. Por ejemplo, en la Figura 6 se observan diferencias en los niveles de desarrollo socioemocional entre niños de 24-59 meses de hogares con ambientes de mejor y de peor calidad para Costa Rica, Nicaragua, Paraguay y Perú.

2.10 **A medida que aumenta la edad de los niños crece la brecha en desarrollo cognitivo con respecto al nivel esperado para su edad.** Este patrón se observa, especialmente, en países con menores niveles de ingreso y en zonas rurales[10]. Es una tendencia consistente con lo reportado a nivel global (Grantham-McGregor et al. 2007). En el área de desarrollo motor, el patrón observado es diferente y los niños –en promedio– se encuentran en los niveles esperados para

---

[5] Las brechas socioeconómicas en el área de lenguaje han sido ampliamente documentadas en ALC. Una excepción es un estudio reciente en Bolivia enfocado en menores de tres años (Celhay, Martinez y Vidal 2018).

[6] Otros estudios han documentado estas brechas con respecto a la educación materna, al ingreso o la riqueza del hogar, dentro y fuera de la región (Fernald et al. 2011; Galasso, Weber y Fernald 2017; Hamadani et al. 2014; Fernald et al. 2012; S. Reynolds et al. 2017; Rubio-Codina et al. 2015; Schady et al. 2015).

[7] Todas las tablas a las cuales hace referencia este SFD se encuentran en el Anexo II.

[8] Rubio-Codina et al. (2015) lo documenta para Colombia. Las brechas en riesgo de retraso en desarrollo motor han sido documentadas para Bolivia por Celhay, Martinez y Vidal (2018).

[9] En Colombia se han documentado brechas en el riesgo de rezago en desarrollo socioemocional entre niños con madres de mayor y menor nivel educativo (Berniell et al. 2016).

[10] Las Tablas 2 y 3 muestran la caída en el nivel promedio de DIT en el área cognitiva –con respecto a la población de referencia– a medida que aumenta la edad, entre menores de 42 meses.

su edad e incluso un poco por encima de ellos, a medida que crecen y a lo largo de los primeros años de vida[11].

2.11 **En algunos países, las brechas en los niveles de DIT desde los primeros años de vida también están presentes entre niños indígenas y no indígenas.** La Figura 7 compara el DIT de niños indígenas y no indígenas en Nicaragua, Paraguay (24-60 meses) y Perú (1-54 meses) en donde es posible desagregar los datos de DIT entre estos grupos. Se detectan brechas desde el primer año de vida en Perú y a partir del segundo año en Paraguay, pero no se observan brechas en Nicaragua. En parte, estas brechas se explican por los menores niveles de educación y riqueza de las familias indígenas.

2.12 **No se observan diferencias mayores en el DIT entre niñas y niños.** Las Tabla 4 y 5 desagregan los datos de DIT presentados anteriormente por sexo. Las niñas parecen tener una ligera ventaja en las áreas cognitiva y del lenguaje a muy temprana edad, pero ésta desaparece pronto[12].

2.13 **Los niveles de DIT predicen el desarrollo y el aprendizaje futuros.** Datos longitudinales de Bogotá (Rubio-Codina et al. 2016) y Ecuador (Araujo, Rubio-Codina y Schady 2019) muestran que los niveles de vocabulario y la calidad del ambiente del hogar, considerada un factor protector del DIT, poseen una capacidad predictiva del coeficiente intelectual y del desempeño académico comparable a la de las pruebas de diagnóstico y significativamente mayor a la de la desnutrición crónica, que ha sido frecuentemente usada como *proxy* del nivel de DIT (Grantham-McGregor et al. 2007). La capacidad predictiva de estas variables se mantiene incluso luego de considerar otros factores asociados con los niveles de DIT, tales como la educación materna[13,14].

C. Los servicios para la promoción del desarrollo infantil

2.14 **Este SFD se enfoca en servicios que atienden a la población de 0-5 años y a sus familias y que tienen como objetivo fortalecer el DIT.** Se organizan en dos grandes grupos. Primero, los servicios que brindan atención en centros. En este grupo están los jardines de cuidado infantil que ofrecen servicios de cuidado, alimentación y estimulación fuera del hogar a los niños de 0-3 años que todavía no asisten al prescolar. Tradicionalmente, estos servicios se han promovido con el doble objetivo de facilitar el empleo de los padres y de fortalecer el DIT. En algunos países operan en espacios construidos con ese propósito, mientras que en otros lo hacen en espacios comunitarios e incluso en hogares familiares. El otro tipo de servicio que brinda atención en centros son los servicios de prescolar, que ofrecen servicios educativos y constituyen la primera experiencia de aprendizaje grupal y socialización para la mayoría de los niños en ALC y que en algunos países son obligatorios a partir de cierta edad. El segundo tipo de

---

[11] La Tabla 2 ofrece información sobre el desarrollo motor de niños menores de 42 meses en Colombia.

[12] Aunque no se incluyen las tablas por razones de espacio, estos patrones también se observan en los demás datos analizados en este documento.

[13] La medición precisa del desarrollo en los primeros años es compleja. Por esta razón, es importante acotar que la capacidad predictiva del DIT es mayor después de los 19 meses. Incluso pruebas diagnósticas muy detalladas y sofisticadas tienen poca capacidad predictiva cuando son administradas antes de esa edad (Rubio-Codina et al. 2016). A partir de los 19 meses, la capacidad predictiva aumenta tanto para pruebas diagnósticas, como para pruebas menos detalladas y más cortas que miden una sola dimensión del DIT o factores asociados a éste.

[14] La capacidad predictiva del DIT sobre el aprendizaje futuro también se ha documentado en países de renta alta como el Reino Unido y los Estados Unidos (Bernal y Keane 2011).

servicios de DIT en el cual se enfoca este SFD, son los programas dirigidos a las familias que promueven la inversión en el capital humano de sus hijos. En este grupo están los programas para mejorar las prácticas de crianza y estimulación de los padres y cuidadores principales del niño en el hogar (abuelos y otros familiares o no familiares); y los Programas de Transferencias Monetarias (PTM) que, a través de la transferencia de ingresos y de incentivos o condicionalidades, promueven inversiones en el capital humano de los niños.

2.15 **La calidad de los servicios de DIT es muy importante y los expertos diferencian entre dos dimensiones, la calidad estructural y la de procesos.** La calidad estructural de los programas se refiere a variables que son de fácil medición y regulación tales como el nivel educativo del personal que atiende a los niños o a las familias, sus salarios, aspectos de seguridad de los servicios, las características de la infraestructura física, o el número de niños o familias a cargo de cada adulto (que se conoce como coeficiente de atención). La calidad de procesos es más compleja y costosa de medir pues se enfoca en la frecuencia y calidad de las interacciones entre los niños, entre éstos y los adultos a su cargo, y entre los padres y los educadores, cuidadores o visitadores domiciliarios. Para medir la calidad de procesos se requiere observar el servicio y aplicar protocolos que permitan evaluar las interacciones de forma confiable (Lopez-Boo, Araujo y Tomé 2016). La calidad estructural y la de procesos se relacionan entre sí. Por ejemplo, en entornos con coeficientes de atención altos, es menos factible responder de manera frecuente e individualizada a las verbalizaciones de los niños. Si no existen materiales pedagógicos apropiados para la edad, se limitan las actividades de aprendizaje y estimulación. Otras variables como los salarios del personal o su formación y competencias específicas en el trabajo con niños también están asociadas a la calidad de los procesos. (NICHD 2000a, 2000b; Pianta et al. 2017; Vandell y Wolfe 2000; Whitebook et al. 2001).

1. Servicios de DIT en centros: jardines de cuidado infantil y programas de prescolar

2.16 **El acceso a los jardines de cuidado infantil y al prescolar ha experimentado una expansión considerable en años recientes**[15]**.** El uso de los servicios en centros aumenta con la edad y es muy alto a los cinco años, edad en la cual la asistencia al prescolar es obligatoria en algunos países. La Figura 8 ilustra el cambio a partir de 2010 en el porcentaje de niños que usan jardines de cuidado infantil y servicios de prescolar para 11 países. A pesar de que entre los niños más pequeños históricamente ha existido menor demanda por servicios de cuidado fuera del hogar, en Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y Uruguay existe un porcentaje importante de usuarios de estos servicios desde los primeros años.

2.17 **El acceso a servicios de DIT en centros exhibe diferencias entre las áreas urbana y rural.** La Figura 9 se enfoca exclusivamente en la matrícula a los tres y a los cinco años y la compara entre los ámbitos rural y urbano. A los tres años, la matrícula en estos servicios en el área urbana es mayor que la rural en la mayoría de los países analizados. Estas diferencias se reducen sustancialmente en la matrícula a los cinco años, lo que sugiere que estas brechas de acceso son más

[15] Este SFD define como los servicios de DIT en centros a los jardines de cuidado infantil y los servicios de prescolar. Se usa el término jardines de cuidado infantil para referirse a los servicios para niños de 0-3 años, también conocidos como estancias, cunas, nidos, guarderías o centros de desarrollo infantil en la región. Se emplea el término prescolar para referirse a los servicios para niños de 3, 4 y 5 años, según el país, que constituyen el nivel de educación inicial.

grandes a edades más tempranas. Aunque existen proveedores públicos y privados de servicios de DIT en centros, la oferta pública constituye una proporción importante de la oferta total, como se describe en la Figura 10. La oferta pública es relativamente mayor para el prescolar (4-5 años) que para los jardines de cuidado infantil (0-3 años).

2.18 **La expansión de cobertura de prescolar ha contribuido a reducir gran parte de las brechas de acceso entre niños de cinco años de diferentes grupos étnicos en varios países de ALC.** La Tabla 6 compara el porcentaje de niños de cinco años afrodescendientes, indígenas o identificados con ambas etnias que han completado al menos un año de prescolar. Estos datos están disponibles para nueve países de ALC y, en la mayoría de los casos, provienen de los censos. No existe información que permita desagregaciones por etnia sobre el acceso a servicios de DIT para niños menores de cinco años. Entre los niños de cinco años, se observa que hay brechas de acceso al prescolar entre niños indígenas y no indígenas y entre niños afrodescendientes y el resto, y estas brechas son de magnitud modesta.

2.19 **El uso de los servicios de DIT en centros varía considerablemente según el estatus socioeconómico de la familia.** La Figura 11 ilustra la evolución en el acceso de los más pobres a los servicios de DIT en centros. Las barras de la figura muestran la diferencia en el uso de estos servicios entre el quintil de ingresos más rico y el más pobre. En la mayoría de los casos, el acceso entre los hogares del quintil más rico es 20 puntos porcentuales mayor que aquél entre los hogares del quintil más pobre. En Brasil y México se observan dos tendencias diferentes entre los servicios para niños de 0-3 años y para los de 4-5 años. Mientras que en los primeros ha crecido la brecha de acceso entre familias ricas y pobres, en los segundos ésta se ha reducido. Igualmente, esta brecha se ha reducido entre los niños de 4-5 años en Chile, Honduras y Perú, y en todo el rango etario en Colombia y Uruguay. Tendencias similares se detectan cuando se compara la evolución del acceso a estos servicios según el nivel educativo de la madre (Figura 12). En conclusión, aunque hay aumentos importantes del acceso a los servicios de DIT en centros, éste sigue siendo menor entre los niños de hogares más pobres.

2.20 **Los servicios de DIT en centros que cuentan con información sistematizada sobre aspectos de su calidad estructural y de procesos reflejan niveles muy heterogéneos e importantes márgenes de mejora.** Una sistematización de parámetros de calidad estructural para programas de DIT en centros de seis países de ALC, que se presenta en la Tabla 7, muestra una gran variabilidad en todas las dimensiones analizadas: su cobertura, la escolaridad y salarios del personal, los coeficientes de atención y el costo por niño atendido[16]. Existen pocos estudios que han evaluado la calidad estructural y de procesos en los servicios de ALC. Los datos disponibles para la región se presentan en las Tablas 8 y 9 y muestran que, en general, la calidad es media o baja, con mucho margen para mejorar. Los menores niveles de calidad se observan en el área de apoyo motivador del aprendizaje (o apoyo pedagógico) que es la que está más fuertemente asociada con el desempeño de los niños una vez ingresan al sistema educativo formal. Los niveles de calidad observados en estudios de ALC, en todas estas áreas, son sistemáticamente menores a los de investigaciones similares en

[16] Esto se observa también en una muestra más grande de países en Araujo, Lopez-Boo, y Puyana (2013).

países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD, por sus siglas en inglés) y China (OECD 2018), que han aplicado las mismas herramientas de medición.

2.21 **Existe un gran potencial de crecimiento de la participación laboral femenina en ALC y, con ella, una oportunidad para la expansión de la oferta de servicios de DIT en centros.** La participación laboral femenina, que se aborda en el SFD de Trabajo (GN-2741-7), se incrementó rápidamente entre 1990 y 2010 y, desde entonces, la tendencia se ha desacelerado (Busso y Fonseca 2015). En ALC, la brecha de participación laboral entre hombres y mujeres es alta, solo la superan las regiones del Medio Oriente, África del Norte y el Sur de Asia (Marchionni 2018). Sin embargo, esta brecha varía considerablemente entre países, en un rango de 16 a 55 puntos porcentuales (en los extremos, Uruguay y Guatemala, respectivamente). La Tabla 10 reporta las tasas de participación laboral para hombres y mujeres en 17 países de ALC y compara tres grupos: (i) individuos de hogares sin hijos menores de 18 años; (ii) individuos de hogares en los que el menor de los hijos tiene 0-5 años; y (iii) individuos de hogares en los que el menor de los hijos tiene 6-18 años. En todos los países, la participación laboral de las mujeres de hogares en los cuales el menor de los hijos tiene 0-5 años, es menor a la de las mujeres de hogares sin hijos y también a la de mujeres con hijos de más edad. Entre los hombres, no se observa una asociación entre participación laboral y presencia de hijos pequeños. Por esta razón, la expansión de los servicios de DIT en centros puede facilitar la inserción laboral femenina.

2. Los programas dirigidos a las familias que promueven la inversión en capital humano

2.22 **El hogar es el contexto en el cual transcurre la mayor parte de la vida de los niños durante los primeros cinco años de vida y este entorno no siempre ofrece todas las oportunidades de estimulación y aprendizaje que se requieren para un desarrollo saludable (recursos, tiempo, interacciones de calidad).** Esto es más frecuente en hogares pobres, expuestos a condiciones de riesgo, estrés o violencia, o con padres con bajo nivel educativo. En ALC, la familia inmediata, la familia extendida y la comunidad participan en el cuidado y la atención de los niños más pequeños. Por esta razón, los programas dirigidos a las familias se han implementado comúnmente en estrecha articulación con la comunidad.

2.23 **En el ámbito del hogar, las mujeres tienen a su cargo una mayor proporción de las responsabilidades de cuidado, atención, e interacción con los niños de 0-5 años.** Como se ilustra en la Figura 13, entre 20% y 40% de los niños de 0-5 años, en ALC, crecen en hogares monoparentales, principalmente hogares encabezados por mujeres. Datos para 17 países de ALC sobre la proporción del tiempo dedicado a quehaceres domésticos y cuidados no remunerados muestran que la distribución de estas labores entre hombres y mujeres es inequitativa[17]. En todos los países, la proporción del tiempo destinada a estas tareas reportada por las mujeres es el doble o más que la que reportan los hombres, y en países como Brasil, Ecuador y Honduras llega a ser hasta cuatro veces mayor. Con relación a la interacción directa con los niños de 0-5 años, ésta recae desproporcionadamente sobre las madres de los niños. La Figura 14 ilustra cuánto

[17] Información sistematizada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL 2018).

más frecuente es que los niños realicen actividades de juego con sus madres que con sus padres. Para todas las actividades analizadas –leer, contar historias, cantar, salir a pasear, jugar y nombrar objetos– las madres realizan el doble o más actividades con sus hijos con respecto a los padres. Aunque la frecuencia de interacción con los niños aumenta con el nivel educativo de la madre y del padre, no se observa que este incremento sea mayor en términos relativos entre los padres más educados que entre las mamás con más educación (Figura 15).

2.24 **Una política pública que permite a los padres dedicar tiempo al cuidado y crianza de sus hijos durante los primeros meses de su vida es la licencia parental[18].** Los primeros meses de vida constituyen un período en el cual el tiempo del padre y de la madre es más difícil de sustituir y son esenciales para el bienestar y desarrollo infantil. Existe gran variabilidad en ALC con respecto a las licencias de maternidad, de paternidad y las licencias parentales, como se muestra en la Tabla 11. En la región, únicamente los trabajadores del sector formal, que no son la mayoría[19], tienen derecho a licencias de esta índole. Los efectos que los cambios en el periodo de licencias pueden tener sobre los mercados laborales y sus características, son un ejemplo de cómo este SFD se articula con el SFD de Trabajo (GN-2741-7).

2.25 **Las brechas socioeconómicas que se han documentado en el DIT también están presentes en la calidad del ambiente en los hogares de los niños de ALC desde los primeros años.** La calidad del ambiente en el hogar se cuantifica a través de variables como el acceso a materiales de juego y a libros infantiles, la frecuencia con la que los niños y los adultos a su alrededor participan juntos en actividades de juego, y la prevalencia de prácticas de disciplina violentas. Las Figuras 16, 17 y 18 ilustran: (i) la disponibilidad de libros; (ii) la frecuencia con la que los niños de 0-5 años realizan actividades como leer, contar historias, cantar, salir a pasear, jugar y nombrar objetos con sus madres; y (iii) la prevalencia de prácticas de disciplina violentas. En todos los casos se enfocan en menores de cinco años y contrastan estas variables por quintil de riqueza y educación de la madre. Los niños en hogares menos ricos o cuyas madres tienen menores niveles educativos acceden sistemáticamente a entornos menos estimulantes, con menos actividades, menos libros infantiles y más prácticas de disciplina violentas e inadecuadas para su desarrollo.

a) Programas de Transferencias Monetarias

2.26 **En ALC, las familias con niños de 0-5 años se encuentran sobre representadas entre los más pobres.** La Figura 19 ilustra la distribución de los niños menores de cinco años según el quintil de ingreso de sus hogares en diez países de la región. Entre las familias del quintil de ingreso más pobre, el porcentaje que tiene niños de 0-5 años es entre dos y tres veces mayor al que hay entre los menos pobres. Esta diferencia es particularmente amplia en Brasil y Uruguay.

2.27 **Los PTM son la intervención de mayor cobertura entre las familias pobres de ALC; estos programas promueven la inversión en el capital humano de**

---

[18] Las licencias de maternidad y paternidad son derechos de la madre y del padre, respectivamente. A diferencia de las anteriores, las licencias parentales dejan decidir a la pareja cuál de los padres hará uso de ella.

[19] Según datos del BID, el empleo informal representa el 58,3% del total de personas ocupadas (*circa* 2017; consulta en marzo de 2019 al Sistema de Indicadores de Mercado Laboral y Seguridad Social SIMS, https://www.iadb.org/en/sector/social-investment/sims/home).

los niños incentivando el uso de servicios de salud y educación y constituyen una herramienta importante para combatir la pobreza infantil. Algunos de los PTM de ALC condicionan el pago de las transferencias al cumplimiento de ciertos requisitos que son monitoreados regularmente. Otros establecen corresponsabilidades, pero no las verifican. La Tabla 12 resume las condiciones que establecen los PTM en ALC para las familias con niños de 0-5 años. Estas se concentran principalmente en la asistencia a controles de salud y la nutrición materno-infantil. En la medida en que los PTM transfieren recursos a los hogares más pobres, se podría pensar que aportan a cerrar las brechas socioeconómicas en el desarrollo. Sin embargo, la asociación que se observa entre mayores ingresos y mejor DIT no puede interpretarse como una relación causal. Podría ser, que en las familias más pobres los padres tengan menos educación y sea este el mecanismo principal de promoción del DIT. De ser éste el caso, una transferencia de ingresos no mejoraría el DIT.

2.28 **La mayoría de los países de ALC ha mantenido relativamente estable la cobertura de sus PTM entre las familias con niños de 0-5 años en la última década.** La Figura 20 muestra la evolución del porcentaje de niños en hogares beneficiarios de PTM en diez países de la región durante la última década, según la edad del niño. Con la excepción de Colombia, Uruguay y Ecuador, en donde se observa una caída en la cobertura global para este tipo de programas (resultado de la caída en los niveles de pobreza en Uruguay y cambios en los puntajes de pobreza y criterios de elegibilidad en Colombia y Ecuador), en el resto de los países, ésta se mantuvo constante o incluso aumentó. Para el año más reciente, se observa que entre 10% y 20% de los hogares con niños de 0-5 años recibía un PTM en Chile, Ecuador, Honduras, México y Perú, y entre 40% y 60% en Brasil, Colombia, Jamaica, Surinam y Uruguay. Además de los PTM, hay otros países en ALC que cuentan con esquemas de subsidios o exenciones de impuestos por hijo, como Barbados o Bahamas[20].

b) Programas de Trabajo con Familias

2.29 **Los Programas de Trabajo con Familias (PTF) tienen como objetivo mejorar las prácticas de crianza de las familias y aumentar la cantidad y calidad de los estímulos e interacciones que los niños reciben en sus hogares[21].** Estas intervenciones buscan cambiar el comportamiento de los padres y cuidadores[22] y se articulan en torno al juego y la estimulación psicosocial y, con frecuencia, abordan también temas como el manejo de la disciplina, la seguridad, la higiene o la alimentación. A través del juego y de la mejora de las interacciones en el hogar, los PTF promueven el apego[23]. Tradicionalmente, los PTF se han implementado a través de visitas domiciliarias individuales (Grantham-McGregor

---

[20] Consultas realizadas en línea en febrero de 2019. Para Barbados se consultó: https://bra.gov.bb/About/Tax-Types/Income-Tax/Individuals.aspx y para Bahamas: https://goo.gl/xnoVRv y http://nib-bahamas.com/Benefits.

[21] Existen servicios de trabajo con familias orientados, adicional o exclusivamente, a promover mejores prácticas de cuidado, de salud y nutricionales, por ejemplo, lactancia y suplementación nutricional. Las visitas domiciliarias de Chile Crece Contigo (Torres et al. 2018) o el Programa Amor para los Más Chiquitos, en Nicaragua, son ejemplos de este tipo de estrategias en la región.

[22] Dado que el cuidador principal en el hogar es la madre, estos programas han enfocado su trabajo en ella. No obstante, se reconoce que hay una diversidad de arreglos de cuidado en la región y que para muchos niños el cuidador principal puede ser otro familiar (sus abuelos por ejemplo) o personas sin relación de parentesco.

[23] La metodología de trabajo de los PTF se encuentra en sintonía con los Lineamientos del Cuidado Cariñoso y Sensible promovidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF y el Banco Mundial *(World Health Organization, United Nations Children's Fund, and World Bank Group 2018*).

et al. 1991; Attanasio et al. 2014; Araujo et al. 2019), aunque existen cada vez más experiencias implementadas en sesiones grupales (Peairson et al. 2008; Singla, Kumbakumba y Aboud 2015; Fernald et al. 2017), o combinando visitas y grupos (Yousafzai y Aboud 2014; Hamadani et al. 2006; Eickmann et al. 2003). Dichas intervenciones acostumbran a operar en zonas vulnerables y rurales, dispersas y de difícil acceso –donde la construcción de centros es menos eficiente– y con mujeres gestantes y familias de niños de 0-3 años. En países de renta media y baja, la implementación de este tipo de programas está a cargo de para profesionales o de miembros de la comunidad; en países de ingreso alto, en cambio, lo hacen enfermeras o trabajadores sociales. En ocasiones, buscando su escalabilidad, la implementación se ha vinculado a la operación de otros servicios sociales (Attanasio et al. 2014; Fernald et al. 2017) o del sector salud (Powell et al. 2004; Nahar et al. 2012; Yousafzai y Aboud 2014; Chang et al. 2015). Existen pocos datos poblacionales sobre la cobertura y focalización de los PTF. Los principales PTF en ALC que operan a escala lo hacen con frecuencias de encuentro y modalidades diversas. La Tabla 13 describe las características generales de estos programas. Además de abordar temas relacionados al DIT, algunos PTF entregan alimentos y brindan consejería sobre salud y nutrición.

D. Temas transversales

1. Servicios de DIT que toman en cuenta la diversidad

2.30 **Fortalecer enfoques que toman en cuenta la diversidad de ALC requiere que los servicios de DIT ajusten su diseño e implementación.** ALC posee una enorme diversidad cultural, natural y étnica. La población indígena en ALC es de entre 40 y 50 millones de personas y existen más de 400 pueblos cultural y lingüísticamente diversos. En países como Brasil, Ecuador y Perú, entre 30% y 40% de los jefes de hogar se autoidentifican como afrodescendientes[24]. En los servicios de DIT, todavía falta trabajo para reconocer esa diversidad –entendida en un sentido amplio, que incluye también a niños de familias migrantes– y potenciar que los niños se desarrollen con identidad desde los primeros años. Esto requiere, entre otras cosas, materiales y contenidos pertinentes, y demanda un trabajo cercano con las familias y comunidades.

2.31 **Los servicios de DIT que toman en cuenta la diversidad también facilitan la participación de los niños con discapacidad y de sus familias y dotan a los proveedores de apoyos que permiten que estos niños logren su desarrollo potencial, en igualdad de condiciones con el resto.** Para permitir el acceso, es necesario remover barreras físicas y estructurales. Esto incluye contar con una oferta variada en cuanto a prácticas y formatos de aprendizaje. También requiere ajustes a los espacios físicos, las rutinas y las actividades, para que respondan a las necesidades de los niños. Además del acceso y la participación, los servicios de DIT con un enfoque inclusivo deben garantizar que las familias, los proveedores y los profesionales cuenten con los apoyos, conocimientos, habilidades y recursos requeridos para implementar las mejores prácticas. Esto puede incluir terapias y servicios especializados (NAEYC y DEC 2009).

2.32 **A través de su articulación con los sectores de salud y educación, los programas de DIT son un puente que facilita la administración de tamizajes para la detección temprana de rezagos o retrasos en desarrollo y para su**

[24] Datos del BID consultados en https://www.iadb.org/es/gender-and-diversity/genero-y-diversidad.

tratamiento oportuno. A nivel global, se estima que más de un 2% de los menores de seis años pueden presentar trastornos que alteran su desarrollo y, en consecuencia, requieren de programas de detección e intervención oportuna (OMS 2015)[25]. Sin atención, estos casos pueden llegar a producir situaciones de discapacidad (Huete 2018). Actualmente, los programas de DIT en ALC no se encuentran dotados con las herramientas, ni con la capacidad para identificar y referir de forma oportuna a los niños en riesgo. Tampoco los servicios de salud están bien equipados para evaluarlos y atenderlos. Un abordaje inclusivo del DIT requiere cambios en los dos frentes. Los datos sobre la frecuencia del tamizaje neonatal en el sector salud en ALC revelan una gran heterogeneidad entre países, no solo en el porcentaje de niños cubiertos (99% en Chile y Uruguay, 20% en Bolivia y Perú y 1% en Guatemala y República Dominicana), sino también en cuanto a las condiciones de salud que se evalúan en el tamizaje (Bradford et al. 2015; Borrajo 2007).

2.33 **Cuantificar la prevalencia de la discapacidad en ALC no es una tarea exenta de dificultades metodológicas.** Coexisten diferentes definiciones de discapacidad en las encuestas y registros y poca capacidad para valorar y reconocer la discapacidad (Aranco et al. 2018). Para cuantificar la población con discapacidad, según buenas prácticas internacionales, se debería indagar sobre la intensidad de las dificultades funcionales que las personas experimentan en seis áreas: vista, audición, movilidad, cognición, auto cuidado y comunicación (UNICEF 2017). Con datos para 23 países de la región, se estima que la prevalencia de la discapacidad entre los menores de cuatro años en ALC es de 0,2-8,8%, con amplia variación entre países (CEPAL y UNICEF 2013). Entre los menores de 14 años, se calcula que en ALC hay un 12,4% de niños con discapacidad, en comparación con un rango de 5-10% a nivel global (CEPAL y UNICEF 2013). Las causas más frecuentes son cognitivas y visuales. La prevalencia de la discapacidad aumenta con la edad pues es más común que su origen no sea congénito sino resultado de accidentes, exposición a riesgos o enfermedades, ante lo cual la prevención adquiere relevancia (Huete 2018). Aun así, es probable que se subestime la prevalencia de la discapacidad en los primeros años de vida –sea porque su detección es compleja, porque los padres no conocen lo que sus hijos deberían lograr para su edad, o porque no han aceptado la presencia de una discapacidad. Los profesionales no consideran apropiado medir la discapacidad a través de encuestas antes de los dos años (UNICEF 2017). En general, la prevalencia de la discapacidad es más alta entre los niños que entre las niñas por una mayor frecuencia de trastornos de aprendizaje, lenguaje y comportamiento. También, se han documentado mayores tasas entre los niños afrodescendientes que entre los de otros grupos étnicos, incluyendo los indígenas (CEPAL y UNICEF 2013; Pardo y Llorente 2018). En ALC, la familia constituye la principal red de cuidado y apoyo de los niños con discapacidad y –al igual que con otras tareas– son las mujeres quienes con más frecuencia asumen estas responsabilidades (Huete 2011).

2. Los servicios de protección infantil

2.34 **Los servicios de protección infantil se enfocan en la atención de niños víctimas de abuso, abandono o negligencia, que no cuentan con un entorno familiar capaz de garantizar su protección.** La atención de estos servicios

[25] No se cuenta con una estadística similar para ALC.

incluye a los niños cuyo cuidado y atención está a cargo del estado: los niños huérfanos, los niños cuyos padres están encarcelados, o los niños víctimas de violencia en el hogar y que han sido separados de la familia. Existen pocos datos sobre la frecuencia del uso de estos servicios en ALC y se reconoce que las cifras existentes son aproximaciones (Berens y Nelson 2015). Un estudio reciente sistematizó la información disponible en 142 países para estimar cuántos menores de edad de 0-17 años residen en instituciones o en hogares de acogida (*foster care;* Petrowski, Cappa y Gross 2017). Este estudio no presenta datos desagregados que permitan cuantificar el problema en el grupo de niños de 0-5 años. Según estos cálculos, en ALC existen alrededor de 189 mil niños institucionalizados, es decir, que residen en centros residenciales de distinta escala, dotados con adultos contratados para su supervisión y atención en turnos continuos. Esta cifra representa alrededor de 97 por cada 100 mil niños. Comparativamente, esta tasa es menor a la de otras regiones, por ejemplo, estiman que en los países industrializados hay 192 niños institucionalizados y en Asia del Este y el Pacífico, 153 por cada 100 mil. De acuerdo con los autores, estas diferencias obedecen, en parte, a trayectorias históricas y culturales que han resultado en normas diferentes sobre la responsabilidad del estado, la familia extendida y la comunidad en el cuidado de los niños. Con respecto a los niños que residen en hogares de acogida, una modalidad menos común en la región, el estudio reconoce que los datos disponibles en ALC son insuficientes. Los hogares de acogida ofrecen cuidado en un entorno familiar, sin relación de parentesco con el niño. Las familias que participan en los servicios de acogida son seleccionadas, entrenadas y supervisadas y, con frecuencia, reciben una transferencia monetaria para cubrir los gastos de manutención del niño. Existen programas de acogimiento familiar públicos y no gubernamentales, de diversa escala, en varios países de ALC (Argentina, Colombia, Chile, Guatemala, El Salvador, Paraguay, Perú y República Dominicana), pero no se cuenta con información sobre su escala ni cobertura (Palummo 2012).

3. Institucionalidad

2.35 **Por su naturaleza multisectorial, el DIT requiere la acción articulada entre diferentes sectores y, en entornos en donde la provisión de servicios se encuentra descentralizada, también entre niveles de gobierno.** Desde el punto de vista de la economía política del área de DIT, esta característica la diferencia de otras áreas del sector social, por ejemplo, el sector de la salud o el sector educativo, en donde existe un ministerio que es el principal agente de la política pública, el presupuesto, la provisión, la planificación y la rendición de cuentas del sector. En este sentido, la economía política del área del DIT es más compleja pues requiere articular las acciones de diferentes sectores y/o niveles de gobierno. A este desafío se suma otro de naturaleza temporal. Atado a la falta de indicadores poblacionales que permitan evaluar los avances en materia de DIT, muchas de las inversiones en esta área tienen retornos de largo plazo. Por ejemplo, los beneficios de asistir al prescolar son evidentes al evaluar el aprendizaje durante la primaria. Con frecuencia, el ciclo político tiene un horizonte de corto plazo. En este contexto, una segunda dificultad de economía política que enfrenta el área de DIT es la falta de alineación entre el horizonte temporal de los gobiernos y la realización de los retornos de las inversiones que se hacen en los primeros años. Estos elementos pueden afectar la priorización de recursos presupuestarios para el área de DIT.

2.36 **Al reconocer que el DIT requiere la acción oportuna y en sincronía de programas y servicios que dependen de diferentes ministerios y niveles de gobierno y de proveedores no gubernamentales, se plantea la necesidad de establecer una institucionalidad que guíe la coordinación entre ellos.** La Tabla 14 resume las características de la institucionalidad del DIT en un conjunto de países de ALC. Esta institucionalidad puede integrar, entre otras funciones, elementos de gobernanza, decisiones de financiamiento, sistemas de rectoría y aseguramiento de la calidad, o aspectos pedagógicos y de la transición entre programas. En la última década, varios países de ALC han dado pasos importantes para crear estructuras institucionales que se encarguen de las políticas de DIT (Yoshikawa et al. 2018; Britto et al. 2014). En algunos casos, se prevé la creación de una instancia articuladora (una Comisión, en Colombia), en otros se delega ese rol a una entidad (en Chile, al Ministerio de Desarrollo Social) y en otros, existe un programa o una política de Estado relacionada con el desarrollo y bienestar infantil que cumple implícitamente este rol (como en Brasil y Uruguay). El alcance y naturaleza de las funciones de la entidad articuladora también varían, desde unas más generales como la formulación de políticas y la gestión de acuerdos entre sectores y niveles de gobierno; hasta otras más específicas como la prestación de servicios y la gestión de la calidad. La composición sectorial de las instancias articuladoras, a su vez, difiere entre países; unos se concentran en sectores directamente relacionados con los servicios de DIT (como salud, desarrollo social o educación, en Argentina, Chile, Ecuador, Jamaica o Uruguay) y otros (como Colombia, México o Panamá) incluyen a un grupo amplio de sectores, como hacienda, planeación o relaciones exteriores. Destaca la importancia de contar con la participación de las instancias encargadas de la asignación de recursos fiscales, como lo son las de planeación y finanzas. En cuanto a la gestión de la articulación en sí misma, Chile es probablemente el país que más ha avanzado en la creación y el uso de la tecnología de la información para establecer un sistema nominal para el seguimiento de cada niño, que genera acciones desde los sectores. Los sistemas nominales interoperables, con información en tiempo real y capaces de generar acciones inmediatas desde la oferta de los sectores, son elementos esenciales para que el concepto de DIT integral pase de la teoría a la práctica.

2.37 **Las organizaciones del sector privado, con y sin fines de lucro, han jugado un rol importante en la provisión de servicios de DIT.** Por ejemplo, países como Colombia, México y Ecuador han logrado importantes expansiones de cobertura de sus servicios en centros a través de contratos con terceros que se encargan de la provisión del servicio siguiendo lineamientos técnicos definidos por la entidad pública contratante. En ALC, también existe una oferta de servicios de DIT cuya provisión y financiamiento son privados, por vía del pago directo de las familias usuarias.

2.38 **Los servicios de DIT son intensivos en recursos humanos y su calidad descansa principalmente en ellos, por lo cual la formación, motivación, retención y cuidado de los proveedores son elementos centrales a la discusión sobre la calidad y en donde existen importantes márgenes de mejora.** A nivel mundial, se reconoce que las condiciones de trabajo[26] de los proveedores de DIT no son las mejores. En ALC se ha documentado que incluso

[26] Por condiciones de trabajo nos referimos a todo aquello relacionado con la capacidad de desempeñarse de forma efectiva en el trabajo, la motivación y el tipo de actividades que realizan.

dentro de un mismo sector, como el educativo, los maestros de prescolar tienen menores requisitos de preparación y reciben sueldos más bajos que aquellos del nivel primario (Berlinski y Schady 2015). Un conjunto de estudios recientes provee un diagnóstico más detallado sobre los desafíos en materia de recursos humanos para los servicios de DIT (Bonetti 2018, 2019; Guerrero, Josephson y Coddington 2017; OIT 2014; OECD 2018; Roby 2016). Entre estos desafíos se destacan: salarios comparativamente menores a los de otros empleados con calificaciones o experiencia similares, jornadas largas y elevada carga de trabajo, desplazamientos frecuentes, contratos de muy corto plazo y poco reconocimiento.

2.39 **En ALC existen pocos datos sobre la fuerza laboral del DIT y se reconoce que trabaja en un espectro de condiciones, desde formales hasta precarias.** La fuerza laboral del DIT comprende tanto a las maestras de prescolar, como a cuidadoras que trabajan bajo esquemas de voluntariado en jardines de cuidado, operados en espacios comunitarios o en sus propios hogares. Al igual que en el resto del mundo, en ALC el DIT es un área en la cual la fuerza laboral es mayoritariamente femenina y persiste el desafío de lograr una mayor participación de los varones en esta área de trabajo. En tres países de ALC fue posible sistematizar información sobre la fuerza laboral del DIT a partir de las encuestas de empleo. Estos datos se presentan en la Tabla 15. En estos países –Brasil, Ecuador y México– más del 95% de los proveedores de servicios de DIT son mujeres. Su edad promedio es cercana a los 35 años. El personal que trabaja en el sector educativo tiene, en términos relativos, mejores condiciones de empleo que otros grupos de proveedores de DIT. Por ejemplo, las maestras del nivel inicial poseen, en promedio, entre 15 y 16 años de educación y perciben salarios que representan entre 1,8 y 3,5 salarios mínimos. Las maestras auxiliares poseen entre 11 y 13 años de educación y ganan entre 1,5 y 2,4 salarios mínimos. Por otro lado, las cuidadoras[27] se encuentran en las peores condiciones en el espectro de la calidad del empleo.

2.40 **El trabajo del cuidador tiene lugar en diversos entornos (hogar, centros) y en la economía formal e informal, de forma remunerada o no.** Estudios internacionales revelan que los trabajadores del cuidado tienen bajos niveles salariales y peores condiciones laborales en comparación con otros trabajadores (Razavi y Staab 2010). Las condiciones de trabajo de quienes proveen cuidados repercuten en la calidad de los cuidados de quienes los reciben. Por ello, la mejora de la calidad de los servicios de DIT pasa por la necesidad de cuidar a las cuidadoras (OIT 2014). Las cuidadoras, en promedio, tienen entre 9 y 10 años de educación. Sus remuneraciones son también menores, representan entre 0,8 y 1,0 salario mínimo. El personal de los servicios de DIT trabaja en un nivel aún más precario en cuanto a la calidad del empleo en los países en donde éstos operan bajo esquemas de voluntariado. Esto quiere decir que el personal no tiene una relación de empleo formal. Como resultado de las condiciones de trabajo, el personal de los servicios de DIT rota con mucha frecuencia y, en consecuencia, los programas pierden continuamente la inversión que han realizado en su formación. Perú es uno de los pocos países que ha cuantificado este problema y se encuentra que alrededor del 50% del personal del Programa Nacional Cuna

[27] Por la manera como se definen las categorías ocupacionales en las encuestas, este grupo abarca trabajadores de jardines de cuidado infantil, cuidadores de niños que proveen servicios a familias directamente (nanas, niñeras, etc.) y no se pudo separar del grupo a cuidadores de ancianos y de personas con discapacidad.

Más rota anualmente (Guerrero, Josephson y Coddington 2017). Las condiciones de trabajo del personal de los servicios de DIT y los altos niveles de rotación que resultan de ella constituyen obstáculos estructurales al fortalecimiento de la calidad.

4. Medición del DIT y de la calidad de los servicios

2.41 **La medición poblacional del DIT y la generación de estadísticas periódicas sobre el acceso a servicios y la calidad de éstos, no se ha institucionalizado en las encuestas nacionales de los países de ALC.** Sin la generación de indicadores comparables entre países y dentro de grupos de un mismo país, es muy difícil que la política pública en DIT evalúe sus avances y lleve adelante reformas adecuadamente informadas. La Tabla 16 resume algunas iniciativas pioneras en la región de encuestas nacionales en las cuales se incluyeron mediciones del DIT. El ODS 4.2 contempla dos indicadores relacionados al DIT: (i) el porcentaje de niños que accede al menos a un año de un programa de DIT de calidad; y (ii) el nivel de DIT. Para monitorear la evolución de estos indicadores, se requiere incorporar la medición del DIT y el acceso a servicios en las encuestas nacionales, así como producir información sistemática sobre la calidad de la oferta programática. Algunos de estos indicadores han empezado a ser incluidos de manera más sistemática en las encuestas nacionales de ALC (por ejemplo, en las más recientes Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición de México y Ecuador) y varios países han fortalecido los sistemas de monitoreo asociados a sus servicios de DIT, tomando en cuenta aspectos de seguridad y confidencialidad de este tipo de información. La Tabla 17 resume algunas iniciativas de países que han instalado sistemas de información sobre sus servicios de DIT.

2.42 **En resumen, los niños que nacen en hogares en situación de desventaja en ALC muestran, desde muy temprana edad, brechas en su desarrollo que afectarán su aprendizaje, su productividad y su bienestar durante la vida adulta.** Los programas que promueven el DIT en la región tienen coberturas limitadas, no siempre se encuentran focalizados hacia las poblaciones más pobres y, sobre todo, muestran importantes deficiencias en su calidad. Los programas de DIT de mala calidad no solo no benefician a los niños, sino que incluso pueden llegar a perjudicarlos. Por esta razón, es urgente que ALC replantee sus inversiones en el DIT para enfocarlas en la mejora de la calidad, con mayor énfasis en la calidad de las interacciones adulto-niño, que son el elemento más importante para la promoción del DIT en los primeros años.

III. Evidencia sobre la Eficacia de Políticas y Programas en el Área de Desarrollo Infantil Temprano

3.1 **En años recientes y de la mano del avance de la neurociencia sobre la importancia de los primeros años para el desarrollo del capital humano, se ha incrementado la evidencia sobre las intervenciones de política que promueven con efectividad el DIT.** Existen diferentes variables susceptibles a modificarse mediante intervenciones de política que constituyen factores mediadores del DIT, entre ellas, la calidad del ambiente del hogar, la educación de los padres, el estado nutricional del niño, y su asistencia a un jardín de cuidado infantil o a un prescolar. Una comparación reciente de la contribución de cada uno de estos elementos destaca la importancia de la calidad del ambiente del hogar, relativa a las demás variables, a lo largo de toda la infancia, para la promoción del

DIT(Rubio-Codina y Grantham-McGregor 2019). Esta sección examina la literatura sobre los impactos de los servicios de DIT. Primero, se concentra en los servicios que brindan atención en centros. Segundo, repasa los servicios dirigidos a las familias. Tercero, examina los temas transversales a la política pública en DIT. Y finalmente, en una cuarta sección, discute las principales brechas de conocimiento en esta área.

A. Atención en centros

1. Impactos de los jardines de cuidado infantil sobre el DIT

3.2 **La literatura de países desarrollados sugiere que los jardines de cuidado infantil tienen beneficios sostenidos sobre el DIT cuando los usuarios son niños de hogares en situación de desventaja y la calidad de los centros es alta** (Duncan y Magnuson 2013; Almond, Currie y Duque 2018; Elango et al. 2016). Esta evidencia proviene mayoritariamente de pilotos pequeños dirigidos a una población objetivo vulnerable y de intervenciones de alta calidad como el *Perry Preschool Program* y el *Abecedarian* en Estados Unidos[28]. Estos dos programas incluso tuvieron efectos positivos de largo plazo sobre la salud, cuando los usuarios eran adultos (Conti, Heckman y Pinto 2015).

3.3 **La evidencia de los pilotos pequeños contrasta con los impactos de los jardines de cuidado infantil implementados a escala, que son mixtos.** Existen resultados positivos del programa *Head Start* en Estados Unidos (Carneiro y Ginja 2014; Kline y Walters 2016) y de un programa público alemán (Felfe y Lalive 2018). Sin embargo, otros estudios de jardines que operaban a escala muestran que éstos tuvieron efectos nulos, o incluso negativos, sobre el desarrollo cognitivo, de lenguaje y el aprendizaje de matemáticas (Carta y Rizzica 2018). Evaluaciones en Estados Unidos encuentran un efecto negativo sobre el desarrollo cognitivo y mayores problemas de comportamiento (Herbst y Tekin 2010). Resultados de Canadá identifican mayor ansiedad y agresividad e impactos negativos sobre la motricidad y la salud (Baker, Gruber y Milligan 2008, 2015; Kottelenberg y Lehrer 2017) y en Dinamarca se encontró un efecto negativo sobre el desarrollo socioemocional (Datta Gupta y Simonsen 2010).

3.4 **La evidencia sobre los jardines de cuidado infantil implementados a escala apunta a la dificultad de ofrecer un entorno de calidad para los niños más pequeños, con coeficientes de atención menores, en una edad durante la cual se requieren atenciones individualizadas en el aprendizaje y en las rutinas de cuidado.** Al mismo tiempo, estos resultados sugieren que importa cuál es la calidad de la alternativa de cuidado a la que hubiera tenido acceso ese niño, de no asistir al jardín (lo que se conoce como “el contrafactual”, que puede ser el cuidado de padres, familiares, o vecinos y, en ocasiones, de otros menores de edad). Es probable que los impactos negativos sean más frecuentes cuando los beneficiarios del servicio podrían haber tenido un cuidado contrafactual de calidad comparativamente más alta, como el que ofrecerían familias que no son pobres.

3.5 **En años recientes, en ALC se ha estudiado el impacto de los jardines de cuidado infantil sobre el DIT, la mayoría de ellos implementados a escala, también con resultados mixtos.** En Bolivia y Colombia se encontraron efectos positivos de la asistencia a los jardines sobre el desarrollo cognitivo y

[28] Estos programas han sido ampliamente evaluados (Heckman, Pinto y Savelyev 2013; Heckman et al. 2010; Schweinhart, Barnes y Weikart 1993; Schweinhart et al. 2005).

socioemocional y no sobre el estado nutricional (Behrman, Cheng y Todd 2004; Bernal y Fernández 2013). Por el contrario, en Chile y Ecuador se encontraron efectos negativos sobre el DIT (Noboa-Hidalgo y Urzúa 2012; Rosero y Oosterbeek 2011)[29]. En Nicaragua se encontró que el impacto sobre el lenguaje y el desarrollo socioemocional de asistir a un jardín es positivo, pero de magnitud modesta (Hojman y Lopez-Boo 2018). Otro estudio en Colombia identificó que, tras ocho meses de asistencia a un servicio de alta calidad, hubo impactos más altos para las niñas que para los varones sobre el desarrollo del lenguaje y cognitivo (Nores, Bernal y Barnett 2018). También en Colombia se encontraron efectos positivos sobre el estado nutricional de niños de 2-6 años (Attanasio, Maro y Vera-Hernández 2013). Un estudio adicional, también en Colombia, identificó efectos de corto y mediano plazo de la expansión del acceso a jardines con un enfoque integral para niños de menos de cinco años sobre el desarrollo del lenguaje y, aunque menos robustos, también en el estado nutricional (Bernal y Ramirez 2019).

2. Impactos de los servicios de prescolar sobre el DIT

3.6 **En el caso de los programas de prescolar, para niños de más edad, hay una mayor coincidencia en la evidencia disponible en cuanto a la presencia de impactos positivos de la asistencia sobre el desarrollo cognitivo y socioemocional.** Estudios en Estados Unidos demuestran que luego de asistir a un prescolar de calidad, incluso solo por un año, los niños tuvieron mayores habilidades cognitivas y socioemocionales, y estuvieron mejor preparados para iniciar la escuela primaria (Schweinhart y Weikart 1989; Hustedt et al. 2007; Manship et al. 2017; Peisner-Feinberg et al. 2014; Frede et al. 2007; Hustedt et al. 2010; Peisner-Feinberg y Schaaf 2011; Gormley, Phillips y Gayer 2008; Wong et al. 2008). El acceso al prescolar también tuvo efectos positivos de mediano y largo plazo en la progresión y logros académicos durante la niñez y adolescencia, y en la productividad durante la adultez. Quienes participaron en un prescolar registraron una mayor retención escolar y mejor desempeño académico durante la escuela primaria y secundaria (Schweinhart y Weikart 1989; Jung et al. 2013; Cascio y Schanzenbach 2013; Barnett et al. 2013; Dodge et al. 2017). En ALC, la expansión de la oferta de prescolar también ha generado impactos positivos en el logro académico de los estudiantes (Berlinski, Galiani y Gertler 2009), en la progresión académica (Bastos, Bottan y Cristia 2016), en los años de educación acumulados (Berlinski, Galiani y Manacorda 2008), y en la probabilidad de alcanzar un nivel más alto de estudios, de encontrar empleo y de contar con mayores ingresos (Schweinhart et al. 2005; A. Reynolds, Ou y Temple 2018; Rossin-Slater y Wüst 2016).

3.7 **La asistencia al prescolar tiene mayores impactos para los niños de hogares más desaventajados y genera beneficios sociales de largo plazo.** Varios estudios resaltan los impactos heterogéneos de los programas de prescolar, con mayores beneficios para los niños que provienen de hogares en desventaja (Bitler, Hoynes y Domina 2014; Deming 2009; Kline y Walters 2016; Havnes y Mogstad 2015; Cornelissen et al. 2018). Asimismo, el acceso al prescolar ha demostrado otros beneficios sociales, como una disminución en los problemas disciplinarios en la escuela, la reducción en las tasas de crimen, una mayor participación en los

[29] El estudio realizado en Chile se enfoca en el desarrollo socioemocional e interacciones adulto-niño, y el ecuatoriano en las habilidades de memoria y lenguaje y también reporta un efecto negativo sobre el estado nutricional de los niños.

deberes cívicos (Figlio y Roth 2009; Garces, Thomas y Currie 2002; Schweinhart et al. 2005), y un amento en la esperanza de vida (Rossin-Slater y Wüst 2016).

3. La importancia de la calidad

3.8 **La calidad de los jardines infantiles y de los programas de prescolar es clave para que éstos tengan impactos positivos.** En Estados Unidos, algunos estudios que encontraron impactos de corto plazo sobre el aprendizaje de los servicios de prescolar, implementados a escala, también notaron que éstos se desvanecieron en el mediano plazo durante la primaria (Lipsey, Farran y Durkin 2018; Deming 2009; Bitler, Hoynes y Domina 2014). Una posible explicación para la heterogeneidad de estos resultados podría encontrarse en la baja calidad de los programas (Meloy, Gardner y Darling-Hammond 2019; Cascio y Schanzenbach 2013; Barnett et al. 2017). Al mismo tiempo, es posible que el desvanecimiento de los impactos de corto plazo de programas como estos sea un proceso natural, no necesariamente asociado a su calidad. En países en desarrollo, los servicios de baja calidad no generaron mejoras en el DIT e incluso tuvieron impactos negativos sobre el desarrollo cognitivo, como se ha demostrado en Camboya (Bouguen et al. 2018), Colombia (Bernal et al. 2019) y Ecuador (Rosero y Oosterbeek 2011).

3.9 **La calidad de los procesos en los jardines de cuidado infantil y los programas de prescolar es más importante que la calidad estructural para lograr impactos positivos en los niños.** La calidad de la interacción adulto-niño es clave para promover el DIT (Mashburn et al. 2008; Burchinal et al. 2008; Leyva et al. 2015; Araujo et al. 2016)[30]. En Estados Unidos, se ha demostrado que aspectos específicos de la calidad de los procesos están más relacionados con ciertas áreas del desarrollo. Por ejemplo, el apoyo emocional está asociado a una mayor competencia social y menores problemas de comportamiento y el apoyo pedagógico se relaciona con resultados académicos y de lenguaje (Mashburn et al. 2008; Burchinal et al. 2008). En ALC, una mayor calidad en la interacción adulto-niño está asociada a mejores resultados en lenguaje, función ejecutiva y matemáticas (Bassi, Meghir y Reynoso 2016; Araujo et al. 2016; Leyva et al. 2015; Araujo, Dormal y Schady 2017). En ALC se ha documentado que la costosa inversión en infraestructura y equipamiento de los servicios de DIT, sin la suficiente atención en la calidad de los procesos, no se traduce en resultados sobre el DIT (Bernal y Fernández 2013; Bernal et al. 2019). En síntesis, aunque la calidad estructural es una condición necesaria para el bienestar y seguridad de los niños, ésta no garantiza que los servicios tengan impacto en el DIT.

3.10 **Existen programas que buscan mejorar la calidad de procesos a través de la difusión de buenas prácticas en el aula y del acompañamiento a los maestros.** En Estados Unidos, se han evaluado algunas intervenciones que ofrecen acompañamiento y mentoría a los maestros de prescolar. Varias de ellas lograron mejoras en la calidad de las interacciones adulto-niño (Brown et al. 2010; Bierman et al. 2008; Pianta et al. 2012; Raver et al. 2008). En algunos casos, éstas se tradujeron en mejoras en el desarrollo socioemocional, de lenguaje y en la alfabetización temprana (Bierman et al. 2008). En otros casos, solo se observaron mejores resultados para algunos subgrupos de niños (Downer et al.

[30] Cabe anotar que variables de calidad estructural, como el coeficiente de atención y el tamaño de grupo, son importantes para lograr una buena calidad de los procesos (Pessanha et al. 2017).

2011) [31] , o para algunas áreas del DIT (Pianta et al. 2017). Programas implementados en Perú y en Chile incorporaron el acompañamiento en el aula para docentes de prescolar, generando impactos positivos en cómo los docentes utilizaban el tiempo (Alfonso y Zoido 2018) y en las interacciones adulto-niño (Leyva et al. 2015; Yoshikawa et al. 2015). En Perú, se encontró una asociación con mejores resultados en lenguaje en kínder y con el desempeño en pruebas en segundo grado de primaria (Alfonso y Zoido 2018). En Colombia, intervenciones de formación y acompañamiento de los cuidadores que han sido evaluadas también sugieren resultados positivos en el bienestar y desarrollo de los niños (Bernal 2015; Andrew et al. 2019).

3.11 **Algunos de los modelos pedagógicos que han demostrado ser efectivos en el prescolar promueven la interacción social con otros niños y adultos** (Vygotskiĭ y Cole 1978). El aprendizaje a través de Indagación y Resolución de Problemas (IPS, por sus siglas en inglés) permite aprender mediante la resolución colaborativa de problemas (Hmelo-Silver, Duncan y Chinn 2007). Evaluaciones experimentales en Paraguay y Perú revelaron que los estudiantes de prescolar mejoraron su aprendizaje de matemáticas cuando sus profesores fueron capacitados en la IPS (Bando, Näslund-Hadley y Gertler 2018; Gallego, Näslund-Hadley y Alfonso 2018). En Paraguay, la IPS también promovió el desarrollo de habilidades científicas y lingüísticas (IPA 2018). Si bien la IPS se enfoca en los estudiantes, el docente desempeña un rol central facilitando el proceso de aprendizaje y proporcionando instrucción explícita con explicaciones y modelaje (Hmelo-Silver 2004; Edelson 2001). Esto puede ser difícil de lograr en contextos donde se trabaja con personal comunitario y para profesional. La Academia Americana de Pediatría (Chassiakos et al. 2016) no recomienda la exposición a medios audiovisuales antes de los dos años, concluye que no existe evidencia sobre su apoyo al aprendizaje. Se encuentra más evidencia sobre cómo, a partir de los tres años, algunos videos y material educativo, entregado a través de dispositivos tecnológicos, promueven el aprendizaje. Tanto el diseño y contenido del material, como el rol mediador del adulto en el uso de la tecnología son elementos críticos para que ésta promueva el aprendizaje.

3.12 **Un aspecto de la calidad de los servicios de DIT que ha recibido menor atención en la región son las transiciones.** Éstas implican pensar en la continuidad de la atención que reciben los niños y en la coherencia de los enfoques pedagógicos entre el jardín, el prescolar y la primaria. En ocasiones, durante estas transiciones, algunos servicios se interrumpen. Por ejemplo, en Colombia cuando los niños pasan de los jardines al prescolar, reciben menor apoyo alimentario. Los cambios en los estándares de calidad entre los diferentes programas para la primera infancia pueden tener un impacto negativo en los niños (Bernal et al. 2019). Además, la jornada del prescolar es más corta que la de los jardines de cuidado infantil, lo que puede incentivar a los padres a retrasar el ingreso al prescolar (Berlinski y Schady 2015). Para garantizar la continuidad en el desarrollo de los niños, los estándares de resultados y los servicios deben mantener una coherencia entre los diferentes programas. Por ejemplo, Trinidad y Tobago ha implementado una guía que promueve transiciones fluidas entre programas, aunque su impacto no ha sido evaluado (Berlinski y Schady 2015).

---

[31] La evaluación de un programa de desarrollo profesional para maestras de prescolar encontró efectos positivos sobre el lenguaje y la lectura de los niños solo en las aulas donde el inglés era el idioma predominantemente hablado por las maestras y estudiantes (Downer et al. 2011).

3.13 **Conocer los beneficios y los costos de los programas de DIT es crucial para determinar qué tipos de programas generan un mayor impacto por cada dólar invertido.** Una comparación de las tasas de beneficio-costo de los PTF, los jardines de cuidado infantil y el prescolar muestra que las más altas son las del prescolar, con beneficios que equivalen entre 3,4 y 5,1 veces el costo de los recursos invertidos (Berlinski y Schady 2015). Los PTF exhiben tasas de beneficio-costo cercanas a las del prescolar (entre 2.6 y 3.6) y las de los jardines de cuidado infantil son menores (entre 1,1 y 1,5). Un cálculo del costo de la inacción, definido como la pérdida en DIT por no aumentar la cobertura de jardines y prescolar como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB), sugiere que éste se encuentra entre 0,3% y 4,1% del PIB, para Chile y Nicaragua, respectivamente. Los costos de la inacción aumentan en países con poca oferta de servicios de prescolar como Guatemala y Nicaragua, donde apenas 35% y 40% de los niños asisten al prescolar (Richter et al. 2017).

4. Impactos de los servicios de atención en centros sobre las decisiones e ingresos del hogar

3.14 **Las decisiones sobre el cuidado infantil tienen implicaciones no solo sobre el bienestar de los niños sino también sobre el uso del tiempo, la participación laboral y los ingresos de los hogares.** Dado que las tareas de cuidado de los niños en el hogar recaen principalmente sobre las madres, el acceso a un servicio de atención en centros puede afectar sus decisiones educativas, de fecundidad y de participación laboral (Blau y Winkler 2017; UNFPA 2017). Estas decisiones tienen consecuencias económicas para el hogar y para la sociedad. En Europa y Estados Unidos se ha documentado que el nacimiento del primer hijo marca el inicio de una brecha en los ingresos laborales entre mujeres y hombres, que persiste en el tiempo (Kleven, Landais y Søgaard). Las políticas públicas –y en particular algunas que afectan el DIT, como el acceso a los servicios de atención en centros– pueden mejorar este aspecto del bienestar de los hogares (Olivetti y Petrongolo 2017). En países de renta alta, con mercados laborales predominantemente formales, se ha estudiado el impacto de las licencias de maternidad y, más recientemente, de paternidad (Farré y González 2019) sobre el DIT y el empleo[32]. En Noruega, se encontró que el aumento de la licencia de maternidad incrementó el tiempo dedicado a la crianza y tuvo efectos positivos de largo plazo sobre la educación y los ingresos de los hijos (Carneiro, Løken y Salvanes 2015). Otros estudios concluyen que los impactos de la licencia de maternidad sobre el DIT son altos en los primeros meses, pero es menos claro el aporte adicional de las licencias extendidas por encima de los seis meses (Almond, Currie y Duque 2018). Al mismo tiempo, los efectos de cambios en la duración de la licencia sobre el empleo y los ingresos son mixtos (Olivetti y Petrongolo 2017; Carneiro, Løken y Salvanes 2015) y provienen de estudios en contextos de empleo predominantemente formal, diferentes a los de ALC.

---

[32] Todos los países de ALC ofrecen licencias de maternidad para las empleadas del sector formal. Los países con licencias más largas son Chile y Venezuela (18 semanas) y la más corta es la de Honduras (10 semanas). Las licencias de paternidad existen en 8 de 15 países analizados y la más larga es de 14 días. La asimetría entre las licencias de paternidad y de maternidad generan un costo diferenciado para los empleadores que contratan empleadas mujeres, incluso cuando estos beneficios se financian por vía de impuestos o por la seguridad social (Busso y Fonseca 2015).

3.15 **El acceso a jardines de cuidado infantil ha mostrado efectos positivos sobre la participación laboral de las mujeres.** Una revisión de estudios en ALC (Mateo Díaz y Rodriguez-Chamussy 2016; Busso y Fonseca 2015) muestra que el acceso a estos servicios aumentó la probabilidad de que la madre esté empleada y el número de horas trabajadas[33]. Los hallazgos son mixtos en cuanto al efecto sobre el ingreso. Evidencia de Río de Janeiro identificó que los efectos positivos de corto plazo sobre la participación laboral y los ingresos de abuelas que vivían en el hogar eran detectables cuatro años después (Attanasio et al. 2017). Por el contrario, un análisis en Chile mostró que la provisión de jardines obligatoria, financiada por el empleador en empresas grandes, aumentó el costo de contratar mujeres y redujo sus salarios (Prada, Rucci y Urzúa 2015). Estos estudios ilustran la relación entre el acceso a servicios de cuidado infantil y la participación laboral femenina, sin embargo, esa es una temática más amplia que se aborda en el SFD de Trabajo (GN-2741-7).

B. Los programas de transferencias monetarias

3.16 **Algunas evaluaciones del impacto de los PTM de ALC se han concentrado en sus efectos sobre el DIT[34].** Tres lecciones se desprenden de ellas. Primero, en el corto plazo, estos programas han contribuido a mejorar los niveles de DIT, en particular cuando han llegado a los hogares más pobres. Esto coincide con la evidencia de programas de transferencias de ingresos en los Estados Unidos (Almond, Currie y Duque 2018). Los impactos de los PTM identificados en ALC sobre el DIT son de una magnitud similar a los de otras intervenciones evaluadas, en un rango de entre 0,10-0,15 Desviaciones Estándar (DE)[35]. Segundo, los impactos de mayor magnitud se han observado en las áreas que exhiben las brechas socioeconómicas más grandes, desarrollo cognitivo y lenguaje, y no en las áreas motora o socioemocional. Tercero, cuando ha sido posible estudiar la persistencia de los impactos en el mediano plazo, se observan resultados mixtos sobre la sostenibilidad de aquellos encontrados en el corto plazo. Estos se mantienen en el caso de Colombia (Garcia et al. 2012), Nicaragua (Macours, Schady y Vakis 2012; Barham, Macours y Maluccio 2013) y El Salvador (Sanchez Chico et al. 2018), pero no en el de Ecuador (Araujo, Bosch y Schady 2019).

3.17 **La evidencia de las evaluaciones de los PTM en ALC sobre el DIT parecería más concluyente sobre sus impactos de corto plazo y más heterogénea en cuanto a la sostenibilidad de estos impactos en el mediano y largo plazo.** Parecería que existen aspectos de diseño de los PTM que van más allá de la transferencia de ingreso que pueden potenciar los impactos de estos programas sobre el DIT. En el caso del programa de Nicaragua, una campaña que enfatizó

---

[33] Una revisión reciente, enfocada principalmente en países de renta alta (Carta y Rizzica 2018), reporta resultados mixtos del acceso a jardines sobre la participación laboral femenina. Varios estudios en Estados Unidos y Europa concluyen que estos servicios favorecen cambios en el margen (más horas trabajadas o sustitución del tipo de arreglo de cuidado), y que el aumento en la participación laboral se observa principalmente en madres de hogares monoparentales. Este tipo de hogar ha aumentado significativamente en ALC (Liu, Esteve y Treviño 2017).

[34] Los PTM con evaluaciones que han explorado impactos en el DIT son las del Bono de Desarrollo Humano en Ecuador (Fernald e Hidrobo 2011; Paxson y Schady 2010)(Araujo, Bosch y Schady 2019), Atención a Crisis y Red de Protección Social en Nicaragua (Barham, Macours y Maluccio 2013; Macours, Schady y Vakis 2012; Fernald e Hidrobo 2011), Bono 10.000 en Honduras (Lopez-Boo y Creamer 2019), Comunidades Solidarias Rurales en El Salvador (Sanchez Chico et al. 2018) y Familias en Acción en Colombia (Garcia et al. 2012).

[35] En el análisis del DIT, se usa con frecuencia la DE como unidad de medida, por ejemplo, para comparar impactos de diferentes intervenciones o resultados de dos poblaciones distintas. La DE mide cuan dispersas se encuentran las observaciones en una distribución con respecto a su media.

mensajes sobre el propósito de las transferencias para inversiones en los niños explicaría una parte de sus efectos en el DIT que no puede atribuirse exclusivamente al efecto ingreso (Macours, Schady y Vakis 2012). En el caso de Honduras, las condicionalidades en salud están asociadas a mayores impactos sobre el DIT (Lopez-Boo y Creamer 2019). En El Salvador, la condicionalidad educativa desde los cinco años, estaría asociada a una mayor matrícula en prescolar, un inicio puntual de la escuela y mejores resultados educativos (Sanchez Chico et al. 2018). Aunque es un área que todavía requiere más investigación, parecería que es posible potenciar los impactos de los PTM sobre el DIT si estos se combinan con esquemas de incentivos o con intervenciones complementarias diseñadas para cambiar los comportamientos de las familias.

C. Los programas de trabajo con familias para la promoción del DIT

3.18 **La evidencia existente sobre los PTF para la promoción del DIT proviene principalmente de modelos de visitas domiciliarias y muestra impactos positivos en cognición y lenguaje, primariamente, en el corto plazo[36].** Existen pocos estudios con seguimientos a mediano o largo plazo y sus resultados son mixtos. En Estados Unidos se destacan *Early Head Start*, que opera de forma descentralizada[37] a escala nacional y ofrece visitas domiciliarias combinadas con servicios en centros de cuidado; y *Nurse-Family Partnership*, orientado a madres primerizas en situación de alta vulnerabilidad[38]. Las evaluaciones de ambos programas (Love et al. 2013; Olds 2010) muestran impactos modestos en el DIT en el corto plazo, que no siempre perduran hasta la edad escolar[39]. Un programa implementado en varios países de renta media y baja ha sido *Reach Up and Learn*, desarrollado en Jamaica y adaptado y evaluado dentro y fuera de ALC, con distintas poblaciones objetivo y escalas. Este programa, sistemáticamente ha mostrado impactos en desarrollo cognitivo y del lenguaje (Grantham-McGregor y Smith 2016). Su evaluación más conocida es la de Jamaica, en 129 niños con desnutrición crónica, cuyos impactos iniciales de cerca de 1 DE (Grantham-McGregor et al. 1991), se han traducido en mejores resultados académicos, menor depresión, menos conductas violentas y salarios 25% más altos 20 años más tarde (Gertler et al. 2014; Walker et al. 2011). En otra experiencia piloto con *Reach Up and Learn* en Jamaica, los impactos en cognición y comportamiento a los dos años se mantuvieron cuatro años más tarde (Walker et al. 2010). No obstante, en un intento de implementar este modelo de forma escalable en población vulnerable en Colombia, vinculando el PTF al PTM de ese país, los impactos iniciales no se mantuvieron dos años después de concluida la

---

36 Algunos estudios reportan impactos en comportamiento y desarrollo socioemocional, si bien los impactos en estas áreas han sido menos estudiados. Otros estudios sintetizan la evidencia proveniente de países de renta media y baja, en su mayoría de experimentos aleatorizados a escala piloto (Baker-Henningham y Lopez-Boo 2010; Engle et al. 2011; Grantham-McGregor et al. 2014; Aboud y Yousafzai 2015; Grantham-McGregor y Smith 2016; Britto et al. 2017).

37 Los proveedores de *Early Head Start* pueden ser gobiernos locales, Organizaciones no Gubernamentales (ONG), grupos privados, redes educativas, entre otros. Cada proveedor utiliza su propio currículo y modelo pedagógico. En 2017, el servicio contaba con más de 250.000 beneficiarios.

38 *Nurse-Family Partnership* actualmente opera en otros países de ingresos altos, como Alemania, Australia, Inglaterra y Holanda.

39 Estos programas y, en particular, *Nurse-Family Partnership* abordan también temas de salud materno-infantil, reducción del abandono y el maltrato y mejoras en el entorno familiar, incluso a nivel socioeconómico. Han tenido impactos en estas áreas. Si bien existe consenso del potencial de los PTF en reducir maltrato y las prácticas de disciplina violenta o el abuso, estos indicadores han sido poco estudiados en países de ingreso bajo y medio (Knerr, Gardner y Cluver 2013; Mikton y Butchart 2009).

intervención (Andrew et al. 2018). Esto contrasta con los resultados de un estudio en Pakistán que integró una intervención distinta de trabajo con familias basada en el modelo *Care for Development,* que combinaba sesiones individuales, grupales y visitas domiciliarias. Los impactos iniciales se sostuvieron dos años más tarde (Yousafzai et al. 2016), aunque existen reservas técnicas en torno a la evaluación. Si bien la evidencia sobre la heterogeneidad de impactos de los PTF por características de los beneficiarios es limitada, parecería que las familias más vulnerables se benefician más (Bann et al. 2016; Baker-Henningham y Lopez-Boo 2010).

3.19 **Los mecanismos a través de los cuales los PTF logran mejoras en el DIT han sido menos estudiados.** Algunas evaluaciones han mostrado impactos en indicadores intermedios considerados posibles mediadores, por ejemplo, mejores prácticas parentales, interacciones y acceso a materiales de juego en el hogar (Powell et al. 2004; Walker et al. 2004; Tofail et al. 2013; Hamadani et al. 2014; Fernald et al. 2017), y, ocasionalmente, incrementos en conocimiento materno sobre el desarrollo (Powell et al. 2004; Hamadani et al. 2006; Rahman et al. 2009; Chang et al. 2015) o reducciones en sintomatología depresiva materna (Baker-Henningham et al. 2005; Cooper et al. 2009)[40]. El incremento en DIT puede ser resultado de un aumento en la inversión de los hogares en los niños (materiales y tiempo) y no de una mayor productividad del cuidador (Attanasio et al. 2018). Otros posibles mecanismos son los cambios en las aspiraciones y las creencias de los cuidadores (Rubio-Codina et al. 2015), en ocasiones, gracias a la influencia o la interacción con otros miembros de la comunidad (Macours y Vakis 2019).

3.20 **La calidad de procesos juega un papel importante para la efectividad de los PTF.** Si bien la evidencia es escasa y de naturaleza descriptiva, existe consenso en que el éxito de estos programas reside en algunos factores clave: (i) trabajar a través del cuidador principal del niño, generalmente la madre, con quien es imprescindible desarrollar una relación de respeto y confianza (Grantham-McGregor y Walker 2015); (ii) atender las necesidades del cuidador y del niño e involucrarlos adecuadamente en las actividades de la visita (Araujo, Dormal y Rubio-Codina 2018; Roggman et al. 2016; Vogel et al. 2015); (iii) trabajar a través de la demostración de actividades e interacciones, en torno a un currículo de juego estructurado y rico en materiales (Aboud y Yousafzai 2015; Attanasio et al. 2018); (iv) programar encuentros frecuentes (Powell y Grantham-McGregor 2011); y (v) dotar al personal de capacitación previa y acompañamiento continuo (Attanasio et al. 2018; Yousafzai et al. 2014; Yousafzai y Aboud 2014), que no sea una supervisión punitiva, sino una mentoría reflexiva (Grantham-McGregor y Smith 2016). La evaluación del programa peruano Cuna Más, implementado a escala, encuentra que los efectos de este PTF sobre el DIT solo son significativos cuando las visitas se implementan con calidad, es decir, cuando el personal se ha preparado de forma adecuada y logra interacciones receptivas, cálidas y positivas con el cuidador y el niño (Araujo et al. 2019).

3.21 **A pesar de la prevalencia de situaciones de violencia dentro del hogar, en ALC existe poca evidencia sobre la efectividad de los PTF para prevenirla.** La violencia de pareja y el maltrato infantil dentro de la familia están íntimamente

[40] Investigaciones recientes están empezando a incorporar aspectos que abordan específicamente la salud mental del cuidador como parte de las estrategias de trabajo con familias (Nahar et al. 2015; Singla, Kumbakumba y Aboud 2015).

relacionados; ambos tienden a coexistir dentro del mismo hogar y la exposición al maltrato en la infancia predice la violencia en la edad adulta. Existe poca evidencia sobre estrategias efectivas que aborden la prevención de ambas formas de violencia en el hogar (Asghar, Rubenstein y Stark 2017; Bacchus et al. 2017) y sobre la factibilidad de integrarlas a los PTF. La evidencia sugiere que intervenciones que incorporan estrategias para reducir el maltrato infantil a los PTF pueden reducir o prevenir el abuso físico y la negligencia, aunque aún hay pocos estudios, con limitaciones en su diseño y centrados en países de renta alta (Altafim y Linhares 2016; Chen y Chan 2016; Bacchus et al. 2017; Asghar, Rubenstein y Stark 2017).

3.22 **Los PTF y de prevención del maltrato han tendido a enfocarse en las madres, que son las principales encargadas del cuidado de los niños.** No obstante, podría ser que involucrar al padre en los PTF tuviera efectos positivos sobre la calidad del ambiente en el hogar (Daly et al. 2015; Asghar, Rubenstein y Stark 2017). Los programas de paternidad activa buscan transformar las normas sociales que sustentan la violencia de género y crear conciencia sobre el rol de las madres y padres en la seguridad y el bienestar de los niños. La literatura señala que cuando los padres se involucran de manera afectuosa y positiva en el cuidado y en la vida de los hijos, esto repercute favorablemente en su desarrollo (Levtov et al. 2015; Panter-Brick et al. 2014). La evaluación de un programa de paternidad activa en Ruanda mostró una reducción en la prevalencia de la violencia y un aumento de la participación de los hombres en tareas de cuidado (Doyle et al. 2018). No existe evidencia similar en ALC.

3.23 **La implementación a escala de programas de DIT levanta desafíos operativos y también para su evaluación y seguimiento.** Varios países de ALC operan PTF a escala nacional, con diferencias en cuanto a su alcance, criterios de focalización y cobertura[41]. La mayoría de estos programas no cuenta con evaluaciones de impacto. Dos recientes excepciones son: (i) la evaluación del Programa de Educación Inicial del Consejo Nacional de Fomento Educativo (PEI-CONAFE) en México, que halló efectos en cognición, lenguaje y memoria en menores de cuatro años, beneficiarios también del PTM, como resultado de sesiones grupales semanales, particularmente entre población indígena (Fernald et al. 2017); y (ii) la evaluación de Cuna Más en Perú, que identificó impactos en cognición y lenguaje tras 24 meses de visitas domiciliarias semanales a población rural en pobreza (Araujo et al. 2019). Los retos de la implementación de los PTF a escala incluyen: (i) dificultad de movilizar compromiso y liderazgo de actores locales; (ii) menor frecuencia y duración de los contactos con las familias; (iii) trabajo con contenidos no evaluados; (iv) menor tiempo de capacitación y acompañamiento; y (v) baja motivación y poca retención del personal (Grantham-McGregor y Smith 2016). También es importante considerar cuidadosamente si es que es viable aprovechar la infraestructura operativa del PTF para abordar otros temas además del DIT, sin desbordar la capacidad de los proveedores —en especial, en contextos sin oferta efectiva de otros servicios ni articulación entre ellos. Tanto para los PTF como para los programas de atención en centros, hace falta racionalizar la tensión natural entre ampliar cobertura y consolidar calidad en la prestación, a través de mayor capacitación y acompañamiento[42].

---

[41] Esto se documenta en la Tabla 13.

[42] El costo marginal de invertir en calidad de procesos es menor al costo marginal de poner el servicio en funcionamiento (Berlinski y Schady 2015; Attanasio et al. 2018).

D. Temas transversales

1. Servicios de desarrollo infantil que toman en cuenta la diversidad

3.24 **El tránsito hacia un enfoque inclusivo supone un desafío para los programas de DIT.** Es común que los programas de DIT operen con recursos financieros limitados, con personal comunitario o para profesional, con coeficientes de atención mayores a los recomendados y con infraestructura y equipamiento mínimo. La información disponible sobre la calidad de los servicios de DIT muestra que existe un importante margen de mejora. Incorporar un enfoque inclusivo requiere financiamiento adicional y recursos humanos especializados. La adaptación cultural de los contenidos demanda un trabajo colaborativo entre especialistas en desarrollo infantil, profesionales con conocimiento de los pueblos y culturas, expertos en temas lingüísticos, y las propias comunidades. A pesar de que muchos niños indígenas se crían en entornos bilingües, poco o nada se ha hecho en los programas de DIT para valorar el bilingüismo y potenciar sus ventajas sobre el DIT (Rodríguez y Harris-Van Keuren 2013). Para la atención a niños de familias migrantes se requiere reconocer tanto la realidad de los niños que migran con sus familias y necesitan servicios de DIT en su lugar de destino, como la de los hijos de padres migrantes que se quedan a cargo de abuelos u otros familiares en su país de origen. En el caso de la inclusión de niños con discapacidad, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de rezagos y retrasos en el desarrollo que hace el sector salud podría actuar de forma coordinada con los programas de DIT, por ejemplo, para ofrecer consejería y capacitación a las familias, o para movilizar apoyos técnicos especializados en el hogar o la comunidad. Es esencial que el personal de los servicios de DIT esté capacitado para hablar con la familia sobre la detección de rezagos y evitar que este tema genere estigmas o discriminación en el hogar y fuera de él. En países de ingresos altos, se ha documentado la dificultad de implementar de forma universal y oportuna la detección temprana y el tratamiento de rezagos y retrasos durante los primeros años, en particular en niños de hogares en pobreza y en entornos rurales y dispersos (Oberklaid 2014).

3.25 **En la región son todavía pocas las iniciativas para transformar los servicios de DIT en servicios inclusivos y no existen evaluaciones sobre su efectividad.** En el caso de Uruguay, los servicios contemplan la opción de coordinar apoyos adicionales de profesionales y maestros especializados para brindar atención a niños que requieran un acompañamiento más cercano. En Chile, se garantiza una oferta especializada para niños con rezago que incluye el desarrollo de una intervención personalizada; acceso a servicios de estimulación en centros o en el hogar; apoyos especializados; y talleres para padres. No existen evaluaciones sobre la efectividad de estas intervenciones.

2. Los servicios de protección infantil

3.26 **La evidencia internacional documenta que crecer en una institución durante los primeros años de vida perjudica la salud, el crecimiento físico, el desarrollo cognitivo, el apego y el desarrollo socioemocional** (Berens y Nelson 2015). En ALC, la institucionalización es la estrategia más frecuente para la atención y el cuidado de niños que requieren protección especial. Algunas de las características de la institucionalización que resultan en entornos desfavorables para un adecuado desarrollo tienen que ver con la ausencia de interacciones personalizadas entre los niños y sus cuidadores, el aislamiento del

mundo externo y un mayor riesgo de abuso. A eso se suma que en muchos países no existe una rectoría sobre estos servicios que permita monitorear el cumplimiento de condiciones mínimas de seguridad y bienestar. La oferta en la región es heterogénea en escala y coexisten proveedores públicos y privados, informales y de organizaciones no gubernamentales (Palummo 2012).

3.27 **Los niños usuarios de los servicios de protección especial llegan a ellos principalmente por abandono, abuso o negligencia.** Con frecuencia, los niños con discapacidad tienen una mayor probabilidad de abandono, sobre todo en entornos en donde no existen otros servicios que apoyen a las familias en su cuidado y atención (Berens y Nelson 2015). Un estudio experimental muy influyente que se inició en Rumania en el año 2000, ha demostrado que los niños en situación de abandono que fueron ubicados por los servicios de protección especial antes de los dos años en un hogar de acogida (y no en un entorno de cuidado institucional) lograron recuperarse en varias áreas de su desarrollo (Nelson, Fox, y Zeanah 2014). El trasladar a los niños de instituciones al entorno familiar no es una tarea sencilla y requiere un trabajo cuidadoso en el ámbito político, regulatorio y con la comunidad, pero constituye un tema prioritario en la agenda de los servicios de protección infantil en ALC.

3. Institucionalidad

3.28 **Estudios comparativos sobre la institucionalidad del DIT a nivel global concluyen que no hay una ruta única para organizarla y garantizar una oferta de servicios de DIT con calidad.** Un análisis reciente, enfocado en países de ingreso alto considerados referentes por el desempeño de sus sistemas educativos y por la calidad de sus servicios de DIT (Kagan 2019)[43] concluye que los siguientes elementos son importantes para el desempeño exitoso de las políticas y programas de DIT: (i) una política pública fuerte, es decir respaldada por un contexto político, institucional y económico estable y funcional; (ii) servicios adecuadamente financiados y con una gobernanza que permita su coordinación; (iii) recursos humanos capacitados y con los apoyos necesarios; (iv) modelos pedagógicos informados por la evidencia; y (v) esfuerzos de mejora continua respaldados por datos y evidencia. Estos hallazgos coinciden con los de una investigación comparativa realizada en la región (Berlinski y Schady 2015; Kagan, Araujo, Jaimovich y Cruz-Aguayo 2016).

3.29 **Los servicios de DIT financiados con presupuesto público necesitan definir mejor su población objetivo y fortalecer los mecanismos que emplean para identificarla y determinar su elegibilidad.** Durante las dos últimas décadas, los sistemas de protección social de ALC han logrado avances importantes en la construcción de padrones de beneficiarios que permiten identificar a las familias en situación de pobreza y vulnerabilidad (como, por ejemplo, las madres adolescentes). Aunque en algunos países la oferta pública de DIT ya emplea los sistemas nacionales de focalización (sea a nivel de la familia, como en Colombia; o para la focalización geográfica, como en Perú), esta no es una práctica generalizada. En algunos países, los programas de DIT aplican sus propias herramientas de focalización para determinar la elegibilidad de una familia. Los programas de DIT pueden hacer un mayor y un mejor uso de los sistemas de focalización nacionales y también generar estadísticas periódicas sobre la frecuencia de asistencia y uso de sus servicios. La focalización de los servicios de

[43] Los países y territorios estudiados son Finlandia, Hong Kong, Inglaterra, Corea y Singapur.

DIT hacia las familias más pobres es importante por dos razones. Primero, por un tema de equidad, ya que la asignación de recursos públicos escasos debe concentrarse en quienes no pueden pagar por estos servicios. Segundo, por un tema de eficiencia, dado que es más probable que los hogares pobres ofrezcan ambientes de menor calidad a los niños, y de esta forma sean ellos quienes puedan beneficiarse más de los servicios de DIT.

3.30 **Existe muy poca evidencia sistematizada sobre la oferta de servicios de DIT en ALC que se encuentra bajo la provisión de operadores del sector privado, aun cuando, una porción importante de la expansión de cobertura -incluso de aquella parcial o totalmente financiada con fondos públicos- ha sido subcontratada con operadores del sector privado.** Una de las pocas excepciones es un estudio enfocado en São Paulo (Bastos y Cristia 2012). Los autores encontraron una amplia heterogeneidad en la calidad de la oferta privada; también se halló una asociación positiva entre la calidad de los servicios y el nivel de ingreso de los distritos en donde éstos se ubican y un mayor incumplimiento de los estándares mínimos en distritos de ingresos bajos.

3.31 **El rol rector del estado es esencial para asegurar un nivel mínimo de calidad de los servicios de provisión pública y privada.** Para que la provisión funcione de manera eficiente y produzca servicios de calidad, es necesario fortalecer la capacidad técnica y operativa tanto en el sector público como en el privado, por ejemplo, a través de un marco regulatorio sólido y de un sistema de aseguramiento de la calidad eficaz. Esto incluye la definición de estándares sobre los logros de los niños, sobre las competencias y conocimientos de los adultos a su cargo, y sobre las características de los espacios y materiales (Berlinski y Schady 2015; Kagan, Araujo, Jaimovich y Cruz Aguayo 2016). En casos en los cuales el Estado subcontrata los servicios, esto también supone desarrollar las capacidades necesarias en el Estado para diseñar y monitorear los contratos que firma con terceros y para procesarlos ágilmente, sin suspender el servicio que reciben los niños, como ocurre actualmente en más de un país de ALC. Finalmente, para que las alianzas operen con efectividad, el sector público requiere capacidad de identificar a sus socios a través de procesos transparentes y competitivos (Gustafsson-Wright, Gardiner y Smith 2017).

3.32 **Aunque es un tema menos estudiado, la evidencia disponible sugiere que contar con servicios de DIT de buena calidad, que produzcan mayores resultados en el DIT, requiere mejorar las condiciones de empleo de los proveedores de servicios y repensar algunos aspectos de su perfil.** Esta evidencia proviene principalmente de asociaciones y no de relaciones causales. Un estudio en los Estados Unidos enfocado en servicios para menores de dos años encontró que la calidad del PTF no estaba asociada al nivel educativo de los proveedores, aunque sí importaba si ellos habían obtenido un título técnico en DIT. La calidad también estaba positivamente correlacionada con el menor riesgo de depresión entre los proveedores (Hamre y Pianta 2004) y con tener pocas vacantes en el programa. La evidencia entre la depresión del educador, la calidad de los procesos y los resultados en los niños, es consistente con la documentada para maestros de niveles educativos superiores (Hoglund, Klingle y Hosan 2015; McLean y Connor 2015; Clarke-Stewart et al. 2002). La rotación de personal frecuente y la carga de trabajo que ella impone en el equipo están asociadas con servicios de peor calidad (Vogel et al. 2015). La OECD (2018) revisó la literatura con un enfoque en los proveedores en centros. En general, las variables

asociadas de forma más consistente con las interacciones adulto-niño de calidad fueron las calificaciones previas de los proveedores (en particular para el grupo de 0-2 años), la capacitación continua, los mejores salarios y el buen clima organizacional (incluyendo las oportunidades de colaboración entre pares)[44]. Hubo asociaciones mixtas entre los años de experiencia de los proveedores y la calidad. Al comparar el desempeño de trabajadores comunitarios voluntarios y pagos en jardines de Malawi y Sudáfrica, se encontraron mejores resultados en los niños atendidos por proveedores que recibieron un pago (Tomlinson et al. 2017).

4. Medición del DIT y de la calidad de los servicios

3.33 **La medición poblacional del DIT a nivel global es un área de trabajo en transformación constante.** Motivadas por la necesidad de responder al ODS 4.2, varias iniciativas trabajan en la construcción de indicadores de DIT a nivel poblacional, que sean válidos y confiables en contextos socioeconómicos, lingüísticos y culturales diversos; predictivos del desempeño futuro; factibles de ser administrados a escala; y fácilmente comprensibles e interpretables. El grupo *Global Scale for Early Development (GSED),* liderado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y del cual forman parte especialistas del Grupo BID, está trabajando en el desarrollo de indicadores para niños de menos de tres años[45]. Para niños de 2-4 años, el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, (UNICEF, por sus siglas en inglés) está liderando una iniciativa similar (UNICEF 2018). En el mediano plazo, se espera que estos dos esfuerzos converjan en un único indicador que pueda ser aplicado a lo largo de todo el grupo etario.

3.34 **La medición de la calidad de los servicios –ya sea PTF, jardines de cuidado infantil o programas de prescolar– a través de indicadores globales con características como las antes descritas y con representatividad poblacional, se encuentra aún menos desarrollada.** El único instrumento existente a la fecha es *Measuring Early Learning Quality and Outcomes* (MELQO). Combina la medición de calidad en la prestación del servicio y el desempeño de los alumnos. Se enfoca en los servicios de prescolar para niños de 4-6 años y ha sido administrado en algunos países de ALC como Brasil, Colombia y Perú.

E. Brechas de información y de conocimientos

1. Servicios de DIT con calidad a escala

3.35 **La revisión de la literatura permite identificar las brechas de conocimiento en ALC que son importantes de cara a mejorar el diseño y la efectividad de los servicios de DIT implementados a escala.** Desde el punto de vista estratégico, se destacan varias. Primero, se desconoce si existen edades críticas en las cuales una u otra modalidad de programas de DIT tiene mayor impacto. Segundo, tampoco se sabe cuál es la edad óptima de inicio y la duración mínima necesaria del servicio que garantice impactos sostenibles. Este tipo de evidencia

---

[44] Estas asociaciones están presentes también en otros análisis de la calidad de procesos en los jardines (Vogel et al. 2015).

[45] Esta iniciativa articula tres iniciativas distintas que, previamente, habían trabajado de modo independiente en el logro de objetivos similares: el *Caregiver Reported Early Development Instrument (CREDI),* el *Infant and Young Child Development (IYCD)* y el grupo *D-Score,* que nació al interior del *Global Child Development Group* (McCoy, Black, et al. 2016).

serviría para refinar el diseño y la implementación de programas de DIT. Un tercer aspecto, sobre el que existen algunos estudios en marcha, es cómo mejorar la costo-efectividad de los PTF a escala, por ejemplo, comparando modalidades individuales o grupales[46]. Una cuarta brecha de conocimiento se relaciona con la heterogeneidad de los impactos de los jardines de cuidado infantil y de los PTF según la calidad del cuidado contrafactual que reciben los niños en sus hogares[47]. Quinto, no se cuenta con evidencia de la costo-efectividad de expandir la jornada de prescolar en comparación con expandir la cobertura de jardines para niños más pequeños, que podría orientar una mejor asignación de los escasos recursos públicos. Un sexto tema poco estudiado es la efectividad de intervenciones para promover la demanda por servicios de DIT.

3.36 **Los PTF frecuentemente enfrentan presión por incorporar componentes adicionales a la promoción del DIT.** Esto obedece a que, cuando se implementan con éxito, los PTF constituyen una plataforma con mucho potencial para identificar necesidades y brindar apoyos a hogares en situación de vulnerabilidad. Dado que estos programas descansan normalmente en personal con niveles educativos bajos y poca capacitación, y reconociendo que las familias también tienen una capacidad limitada de absorber mensajes y cambiar comportamientos, existe una brecha de conocimiento sobre la capacidad de estos programas de adaptarse e integrar nuevos contenidos. Esta es un área en la cual se podrían diseñar, implementar y evaluar proyectos piloto que exploren sinergias entre los PTF y otras temáticas, por ejemplo: (i) el rol del padre (o de otros miembros de la familia extendida) en la promoción del DIT y su incorporación activa en los PTF[48]; (ii) la promoción de la salud mental del cuidador[49]; (iii) la reducción de violencia íntima de pareja y de prácticas de disciplina violentas, maltrato y abuso hacia el niño; y (iv) las mejoras al bienestar de la mujer gestante y la depresión post-parto[50].

---

46 Un estudio, en curso, en la India, compara el impacto de implementar *Reach Up and Learn* vía visitas individuales en el hogar versus hacerlo mediante sesiones grupales (Attanasio et al. 2019). Asimismo, existe evidencia sobre el impacto de intervenciones implementadas en sesiones grupales (Peairson et al. 2008; Singla, Kumbakumba y Aboud 2015; Fernald et al. 2017), combinando visitas y grupos (Eickmann et al. 2003; Hamadani et al. 2006; Yousafzai et al. 2014), o buscando la integración con otros servicios sociales (Attanasio et al. 2014; Fernald et al. 2017) o del sector salud (Powell et al. 2004; Nahar et al. 2012; Yousafzai et al. 2014; Chang et al. 2015).

47 Hay evidencia que sugiere que las familias más vulnerables se benefician más (Bann et al. 2016; Araujo, Dormal y Rubio-Codina 2018), sin embargo, la evidencia sobre heterogeneidad de impactos de estas intervenciones es limitada.

48 Por lo general, el trabajo es con el cuidador principal, en su mayoría la madre, y pocos programas incorporan explícitamente al padre, si bien algunos involucran a otros miembros de la familia en la visita cuando están presentes (Fernald et al. 2017; Panter-Brick et al. 2014). Una excepción en la región es PEI-CONAFE que tiene cinco sesiones para padres.

49 Algunos PTF han tenido impactos en la reducción de sintomatología depresiva en el cuidador (Baker-Henningham et al. 2005; Cooper et al. 2009; Attanasio et al. 2019), posiblemente a partir de empoderarlo en su rol como promotor del DIT a través de una relación de confianza y respeto. Además, algunas iniciativas recientes han incorporado aspectos específicos sobre esta temática en la intervención (Nahar et al. 2015; Singla, Kumbakumba y Aboud 2015).

50 Pese a la evidencia existente sobre la importancia del ambiente físico y emocional durante el embarazo (Almond, Currie y Duque 2018), los PTF no abordan en su contenido curricular temas como el manejo del estrés, el rol de apoyo de la pareja y la familia, o la violencia.

2. Calidad de la fuerza laboral del área de DIT

3.37 **El fortalecimiento de la calidad de los servicios de DIT descansa en su personal y, sin embargo, existe un vacío de conocimiento sobre los proveedores de DIT, sobre estrategias costo-efectivas para fortalecer sus competencias y sobre cómo atraer y mantener al personal más capaz.** La región necesita producir información descriptiva que documente quiénes son los proveedores de DIT, cuáles son sus características educativas, su experiencia y sus condiciones de empleo, cuáles son los niveles de rotación del personal de los servicios, y las razones detrás de estos movimientos[51]. Este tipo de información es esencial para obtener un diagnóstico más preciso sobre las necesidades de esta área y reformar las estrategias de recursos humanos.

3.38 **También existe una brecha de conocimiento sobre cuáles son las intervenciones más costo-efectivas para fortalecer la calidad del personal de los servicios.** Una primera ruta para fortalecer la calidad del personal es revisar los procesos de selección y contratación, así como los esquemas de incentivos asociados a su desempeño, un área de la cual no existe evidencia en ALC. Una segunda ruta para mejorar la calidad de los proveedores pasa por el proceso de formación y acompañamiento. Se conoce poco sobre intervenciones efectivas a escala para fortalecer la capacitación previa y continua del personal de DIT, con énfasis en la calidad de los procesos. Dada la importancia de las interacciones adulto-niño en el DIT, es necesario continuar evaluando intervenciones para mejorar las prácticas docentes en el aula y la calidad de las interacciones en los PTF. También hay necesidad de estudiar el impacto de cambios en las condiciones de empleo sobre la selección, motivación y retención del personal de los servicios de DIT.

3. Gestión eficiente y política pública bien informada

3.39 **A pesar de que ALC ha logrado avances institucionales que promueven la articulación entre sectores y niveles de gobierno para fortalecer acciones integrales en DIT, existe un gran margen de mejora para que este enfoque tenga efectos concretos en las experiencias de los niños y sus familias.** En algunos casos, los servicios de DIT en ALC han transitado hacia enfoques que encargan la prestación de diferentes servicios (salud, estimulación, nutrición, entre otros) a un solo proveedor, sin evidencia sobre el beneficio ni el costo marginal de este enfoque. Una ruta alternativa para lograr un enfoque integral al DIT es articular las prestaciones de diferentes sectores, poniendo en el centro al niño, la familia y sus necesidades. Es necesario generar evidencia sobre la efectividad de las distintas maneras de organizar la prestación de servicios. Otra área poco explorada es cómo interactúan entre sí los programas dirigidos a las familias y si es que su efectividad se ve afectada por estas interacciones[52].

---

[51] La evidencia sobre la fuerza laboral del área de DIT se ha sistematizado en otras regiones pero no en ALC (OECD 2012, 2018).

[52] Hay estudios que sugieren que la interacción entre programas afecta su efectividad (Özler et al. 2018; Geyer, Haan y Wrohlich 2015; Rossin-Slater y Wüst 2016). Evidencia de Dinamarca indica que el acceso al prescolar tiene efectos positivos en resultados educativos, ingreso y salud, pero cuando se combina con un programa de visitas domiciliarias se pierde una parte sustantiva de los beneficios. Esto también ocurre con las políticas laborales para la conciliación entre la familia y el empleo, en las cuales interactúan factores estructurales (participación laboral, informalidad, incentivos) y características de los servicios de DIT (calidad, horarios, distancia y precio).

Finalmente, una tercera brecha de conocimiento relacionada con la articulación es cómo implementar transiciones de calidad entre los programas de DIT, asegurando continuidad en la atención[53].

3.40 **El diseño y seguimiento a las políticas de promoción del DIT en ALC ha enfrentado una carencia histórica en materia de indicadores.** A diferencia de otros temas, como salud y educación, existen pocos países que han incluido mediciones poblacionales del DIT en sus encuestas nacionales. Tampoco se cuenta con información sistemática y periódica sobre la calidad de los servicios de DIT que informe las decisiones de los padres o las inversiones de recursos públicos. Un desafío urgente es institucionalizar la medición a escala del DIT en las encuestas poblacionales y generar indicadores periódicos sobre el acceso y la calidad de los servicios. Otra brecha en la agenda de la medición es identificar cuáles habilidades socioemocionales se pueden medir de manera confiable durante los primeros años y son predictivas de resultados futuros.

3.41 **A nivel internacional, ALC se ha destacado por desarrollar, implementar y evaluar programas de DIT que han mostrado resultados de corto plazo, sin embargo, se conoce menos sobre si éstos persisten en el mediano y largo plazo.** Por esta razón, es importante dar continuidad a las evaluaciones rigurosas de los programas de DIT. Existe poca evidencia sobre cómo se comparan los retornos a inversiones que se hacen durante los primeros años, con aquellos de otras que ocurren a edades posteriores. A nivel internacional, se ha visto que los impactos de algunos programas de DIT se desvanecen en la infancia y reaparecen después[54]. Se conoce menos sobre los mecanismos que explican este fenómeno o si está presente en los programas de ALC. Más a largo plazo, vale la pena estudiar si los programas de DIT tienen impactos intergeneracionales[55].

3.42 **En resumen, la evidencia internacional y de ALC sobre los programas de DIT converge en la necesidad de mejorar la calidad de los procesos, es decir, las interacciones adulto-niño en el hogar, en los jardines y en el prescolar.** Estas interacciones dependen de los comportamientos, conocimientos y competencias de los padres y otros adultos que se encargan del cuidado de los niños. De ahí la necesidad de invertir en los padres y cuidadores para fortalecer su capacidad de ofrecer interacciones cálidas, sensibles, receptivas y ricas en lenguaje a los niños más pequeños. Esto supone trabajar directamente con las familias, pero también con los proveedores de servicios.

IV. Lecciones de la Experiencia del Grupo BID en el Área de DIT

4.1 La División de Conocimiento y Aprendizaje (KIC/KLD) en colaboración con el resto del equipo responsable de este SFD analizó una muestra de las operaciones con garantía soberana y de las cooperaciones técnicas en el área de DIT[56] del Grupo BID. El análisis se basó en la revisión de documentación de los proyectos y en

---

[53] Evidencia para Colombia muestra que la calidad del ambiente en el hogar a los 6-8 años contribuye a reducir brechas en coeficiente intelectual, incluso después de haber tomado en cuenta cómo era la calidad del ambiente en el hogar en los primeros años en el análisis empírico (Rubio-Codina y Grantham-McGregor 2019).

[54] Esto se observó, por ejemplo, en la evaluación del proyecto *Star* en Estados Unidos (Chetty et al. 2011) y también en uno de los seguimientos del PTF de Jamaica (Grantham-McGregor et al. 1997).

[55] Uno de los pocos estudios que explora efectos intergeneracionales de un PTF en ALC es el de Walker et al. (2012).

[56] El Anexo III presenta una lista de las operaciones y cooperaciones técnicas que conformaron la muestra.

entrevistas con jefes de equipo. El trabajo del Grupo BID en el área de DIT se ha enfocado principalmente políticas y programas públicos, lo cual no cierra la posibilidad de expandir actividades hacia el ámbito privado. A continuación, se resaltan las lecciones aprendidas, agrupadas según su naturaleza estratégica y temática.

A. Lecciones Estratégicas

4.2 **El Grupo BID ha acompañado a través de sus operaciones y asistencia técnica procesos de reforma institucional para fortalecer el abordaje integral del DIT.** Países como Argentina, Brasil, Chile y Colombia han adoptado políticas de DIT con un enfoque integral, que requieren la confluencia de acciones multisectoriales en torno a las necesidades de cada niño y su familia. Uruguay incorporó este tipo de abordaje no solo a la infancia, sino a todas las etapas del ciclo de vida. Del trabajo operativo y de asistencia técnica del Grupo BID en estos procesos de reforma institucional, se ha aprendido que para evitar la fragmentación de las intervenciones que contribuyen al DIT desde diferentes sectores y lograr su articulación, se requiere pensar en los aspectos de gestión desde la planificación y durante todo el ciclo de proyecto. Por ejemplo, la existencia de un sistema nominal de seguimiento de cada niño es una herramienta de gestión que permite que el enfoque integral se traduzca en acciones coordinadas con consecuencias concretas sobre cómo el niño y la familia es atendido por los diferentes sectores sociales. La creación y operación de un sistema de esta índole es una parte orgánica de todo el ciclo de proyecto en lo que se refiere a la implementación de un enfoque integral en el DIT.

4.3 **Para abordar el DIT con una mirada integral y organizar la oferta de servicios, varios países en ALC han adoptado mecanismos de gobernanza integrada o de coordinación horizontal entre sectores e instituciones.** El Grupo BID ha acompañado el diseño, implementación y fortalecimiento de este tipo de mecanismos de gobernanza a través de actividades de asistencia técnica. Las actividades llevadas adelante por el Grupo BID han permitido sistematizar algunas lecciones sobre qué condiciones facilitan la coordinación horizontal. Entre ellas está el disponer de un amplio apoyo político y canales de comunicación fluidos con las autoridades, formalizar legislativamente la sostenibilidad y el financiamiento de los programas de DIT, y generar en las instancias de coordinación espacios para el seguimiento de resultados. Específicamente, los países que han logrado avances más profundos en la política pública de DIT han contado con el apoyo político del más alto nivel y la coordinación horizontal se ha logrado gracias a ese mandato. La sostenibilidad del apoyo político y del financiamiento se ha conseguido a través de reformas legales, las cuales han requerido un trabajo más amplio con otros sectores políticos y la sociedad civil en general.

4.4 **Establecer mecanismos de coordinación vertical entre los diferentes niveles de gobierno y proveedores públicos y privados es crucial para la gestión de intervenciones, en particular en entornos descentralizados.** Un ejemplo de ello es la Ruta Integral de Atenciones en Colombia. A través de actividades de asistencia técnica, el Grupo BID apoyó el desarrollo de herramientas de gestión y el establecimiento de un sistema de acompañamiento y construcción de capacidades en los gobiernos locales. Esto tenía como fin apoyar a los municipios en su tarea de definir y coordinar las prioridades a nivel local. El trabajo en contextos descentralizados como este requirió reconocer (y con frecuencia

nivelar) las diferencias en capacidad técnica, recursos y necesidades que están presentes entre los entes subnacionales. Para ello se identificó la necesidad de herramientas de gestión, tales como reglamentos operativos, una planificación que dimensiona realistamente las líneas de trabajo prioritarias y el apoyo a los equipos locales con sistemas de información y capacidad para llevar adelante acciones de gestión y monitoreo. Este trabajo de asistencia técnica para fortalecer la coordinación vertical en DIT Colombia permitió aprender cómo lograrlo a través de herramientas de gestión concretas y adaptadas al contexto y capacidad local.

B. Lecciones Temáticas

4.5 **El Grupo BID ha financiado operaciones y cooperaciones técnicas en temas relacionados a la expansión de cobertura, la mejora de la calidad, el fortalecimiento institucional y la evaluación de las políticas y los programas de DIT.** Específicamente, las operaciones de DIT se han enfocado en los siguientes ámbitos y países. En temas de expansión de cobertura y mejoramiento de infraestructura, se ha trabajado en Argentina, Bolivia, Chile, Nicaragua, Panamá y Uruguay. Con respecto al fortalecimiento de la calidad a través de la adecuación cultural del currículo y de acciones de formación continua dirigidas al personal, algunas de las actividades más destacadas se han concentrado en Chile, Ecuador, Haití, Panamá, Paraguay y Perú. En cuanto a temas de fortalecimiento de la institucionalidad, el Grupo BID ha financiado operaciones o cooperaciones técnicas en Colombia, Haití, Panamá y Uruguay. Finalmente, se ha brindado asistencia técnica para la evaluación de programas y políticas en varios países, entre otros Argentina, Brasil, Perú y Uruguay.

4.6 **Una observación común a las diferentes experiencias de trabajo en la región es que existe un largo camino por recorrer en la definición e implementación de estándares de calidad estructural y de procesos para los servicios de DIT.** La experiencia operativa indica que los sistemas de aseguramiento de la calidad demandan presupuestos, asesoría técnica y condiciones laborales competitivas para sus recursos humanos, de tal forma que sean capaces de atraer al mejor personal posible. En entornos en los cuales la atención descansa en el personal comunitario y no especializado en DIT, los programas funcionaron mejor cuando contaban con currículos y guías de actividades estructurados.

4.7 **El Grupo BID ha financiado intervenciones innovadoras en comunidades indígenas de Colombia, Panamá y Paraguay, con el objetivo de cerrar la brecha de aprendizaje mediante lecciones bilingües interculturales de matemáticas.** En Paraguay, también se trabajó para reducir la brecha de género en el aprendizaje de las matemáticas, modificando los sesgos en las interacciones en el aula entre adultos y niños. Del aprendizaje derivado de estas experiencias, se destaca la importancia de trabajar cuidadosamente en la adecuación de las intervenciones al contexto local.

4.8 **A través de sus operaciones y de actividades de asistencia técnica, el Grupo BID ha acumulado experiencia de apoyo a los PTF, tanto a través de visitas domiciliarias como de sesiones grupales.** En Jamaica, Brasil, Panamá, Perú y Uruguay, las visitas domiciliarias han permitido ofrecer oportunidades de estimulación psicosocial a niños de familias de alta vulnerabilidad. A partir de la experiencia del Grupo BID, se reconoce que la efectividad de los PTF requiere cambios en los comportamientos y conductas de las familias. Esto demanda entablar una relación cercana con la familia que permita trabajar con ella para

modificar sus prácticas cotidianas e incorporar en ellas más actividades de estimulación y aprendizaje. También se requiere explorar el potencial de cada familia y comunidad de desarrollar materiales adecuados al contexto local y juguetes caseros. La experiencia ilustra los desafíos de encontrar fórmulas de articulación entre los PTM y los PTF, que aseguren la factibilidad operativa de los segundos sin sobrecargar de funciones al personal comunitario de los primeros. La importancia de fortalecer los mecanismos de supervisión y acompañamiento al personal de los PTF es una lección común a todas las experiencias de implementación de estos programas.

4.9 **En los últimos años, las operaciones y actividades de asistencia técnica del Grupo BID han apoyado esfuerzos dirigidos al diseño de instrumentos para medir el DIT de manera periódica, integrados a encuestas nacionales con representatividad poblacional.** Como resultado del trabajo analítico liderado por el Grupo BID en esta área, el principal aprendizaje ha sido reconocer que, dado que el lenguaje y la calidad del ambiente del hogar son altamente predictivos de resultados futuros y relativamente sencillos de medir con precisión, son indicadores que deberían incluirse en las encuestas poblacionales hasta que la comunidad científica cuente con medidas más globales de consenso.

4.10 **El Grupo BID también ha impulsado actividades de conocimiento y difusión alineadas con su cartera operativa.** Para llenar un vacío de conocimiento en los hacedores de política pública, se publicó en 2015 el libro “Los Primeros Años”, parte de la serie anual *Development in the Americas*, con la primera sistematización de evidencia sobre el DIT en la región. Con el objetivo de fortalecer las capacidades técnicas en los gestores de la política pública y los proveedores, se han desarrollado dos cursos en línea. El Curso Abierto Masivo en Línea (MOOC, por sus siglas en inglés) “Políticas Efectivas de Desarrollo Infantil”, en sus cinco ediciones, ha contado con más de 43 mil inscritos. El Curso Pequeño y Privado en Línea (SPOC, por sus siglas en inglés) “Líderes en Educación: Cómo Identificar e Implementar Políticas Educativas Efectivas”, que contiene un módulo sobre DIT, ha certificado a 350 formuladores de política y 60 periodistas y miembros de la sociedad civil, y tiene 5 mil inscritos en su versión MOOC. Con el propósito de informar al público más amplio sobre la importancia estratégica de las políticas de DIT, en 2012 se creó el Blog Primeros Pasos, que desde entonces se ha mantenido entre los cinco más visitados del Grupo BID y ha publicado material nuevo con una frecuencia semanal. Solo en 2018, este blog obtuvo más de 390 mil visitas. La principal lección derivada de estas iniciativas es que el Grupo BID juega un rol estratégico en la gestión del conocimiento regional y que existe una gran demanda por espacios de discusión, análisis y diálogo de políticas basadas en evidencia en el área de DIT.

V. LÍNEAS DE ACCIÓN PARA EL TRABAJO DEL GRUPO BID EN EL ÁREA DE DIT

5.1 **Este SFD propone que las actividades del Grupo BID en DIT se orienten a garantizar que todos los niños y, en particular, aquellos de hogares pobres y vulnerables, tengan la oportunidad de desarrollar su potencial desde los primeros años de vida a través de experiencias significativas, ricas en interacciones de calidad, en el hogar, en el jardín y en el prescolar.** Para que esto ocurra, es necesario que los adultos que se encargan de los niños en estos entornos cuenten con los recursos, los conocimientos, las competencias y los comportamientos necesarios para promover el DIT. Con base en el diagnóstico

presentado en la Sección II, en la revisión de la literatura de la Sección III, y en las lecciones aprendidas sistematizadas en la Sección IV, se proponen tres líneas de acción, como referencia para el trabajo del Grupo BID, que luego deberían ser contextualizadas a la realidad de cada país.

1. Línea de Acción 1: Promover la gestión eficiente y la política pública bien informada

5.2 **Las instancias articuladoras de las políticas de DIT requieren herramientas de gestión y capacidades técnicas que les permitan rendir cuentas sobre el resultado de su trabajo.** Un desarrollo saludable en los primeros años requiere de acciones articuladas en sincronía que dependen de diferentes sectores y niveles de gobierno (nacional y subnacional). Para que la articulación se traduzca en acciones concretas, el trabajo operativo del Grupo BID promoverá inversiones en herramientas de gestión y el fortalecimiento de las capacidades técnicas para su uso en las instancias articuladoras. Además, el trabajo operativo y el diálogo de políticas del Grupo BID promoverá la participación eficiente del sector privado en el financiamiento o provisión de servicios de DIT.

5.3 **Un déficit histórico en el área de DIT constituye la falta de indicadores poblacionales periódicos sobre el desarrollo de los niños, sobre los proveedores y sobre la calidad de los servicios que se ofrecen.** Sin esta información, la política pública se diseña a ciegas y no es posible rendir cuentas sobre sus avances. Esto pone en riesgo la sostenibilidad de compromisos políticos y presupuestarios que han permitido expandir la cobertura de los servicios de DIT. El Grupo BID fortalecerá las iniciativas nacionales que buscan incorporar la medición del DIT a las encuestas poblacionales periódicas, representativas de los niños de 0-5 años, así como las iniciativas por medir la calidad de los servicios en aspectos estructurales y de procesos. Este trabajo también permitirá mejorar la selección de indicadores y su comparabilidad para fines de monitoreo de los resultados de las operaciones y proyectos de investigación del Grupo BID.

5.4 **ALC ha producido evaluaciones rigurosas de los programas de DIT, varias de ellas pioneras a nivel regional y mundial, que han informado el diseño y mejora de las políticas públicas.** El financiamiento y acompañamiento técnico del Grupo BID de esta agenda regional de evaluación ha sido importante. A través de sus operaciones, su asistencia técnica no rembolsable y su trabajo analítico, el Grupo BID continuará fortaleciendo evaluaciones de impacto y de procesos de los programas de DIT.

2. Línea de Acción 2: Implementar servicios de DIT con calidad a escala

5.5 **La cobertura de los jardines, el prescolar y de los PTF tiene un margen importante de expansión en ALC, pero el mayor desafío es que ésta ocurra con atención a la calidad.** Desde el punto de vista operativo, el Grupo BID apoyará las inversiones de los países en infraestructura, equipamiento, material y en formas innovadoras de expandir la base de recursos humanos calificados, necesaria para llevar adelante esta expansión con calidad. De la mano de este esfuerzo, también es preciso mejorar la focalización de los servicios para que éstos atiendan a las poblaciones pobres y vulnerables, como las madres adolescentes.

5.6 **Un área de oportunidad en ALC para llevar a escala los programas de DIT consiste en fortalecer la articulación entre éstos y otros sectores.** Por

ejemplo, las condicionalidades de los PTM para familias con niños menores de cinco años se han enfocado exclusivamente en la salud y la nutrición. Sin embargo, es posible articularlos con otras intervenciones que busquen mejorar las interacciones con los niños, promover la estimulación psicosocial en el hogar y promover la asistencia al prescolar. En el área de los servicios de salud, también existe un espacio para mejorar la articulación entre éstos y los servicios de DIT. A través de sus operaciones y del diálogo de políticas, el Grupo BID apoyará esfuerzos por articular componentes que promuevan el DIT en los servicios de salud, los PTM y otros servicios sociales.

5.7 **Los jardines de cuidado infantil, los servicios de prescolar y los PTF tienen un gran margen de mejora en su calidad, en particular en el área de procesos.** Aunque en ALC se han documentado déficits importantes en la calidad de las interacciones adulto-niño, con frecuencia las inversiones se han enfocado en aspectos de infraestructura y equipamiento porque –incluso entre los hacedores de política, los proveedores y las familias– existe una inadecuada comprensión de lo que es la calidad de estos servicios. Es necesario trabajar con los proveedores y con las familias en una comprensión compartida de los aspectos críticos de dicha calidad para afianzar la confianza entre los usuarios y la oferta de servicios. Por esta razón, el Grupo BID fortalecerá el diálogo de políticas y la difusión de conocimientos alrededor de la necesidad de enfocar las inversiones en mejorar la calidad de los procesos.

5.8 **Los servicios de DIT en ALC tienen un largo camino que recorrer para transformarse en servicios que toman en cuenta la diversidad.** Como parte del trabajo del Grupo BID para fortalecer la calidad de los servicios de DIT, se apoyará el ajuste al diseño y contenido de los servicios para hacerlos pertinentes a la realidad de los niños de familias migrantes y de los pueblos indígenas y afrodescendientes, y potenciar el desarrollo de su identidad cultural desde los primeros años. Como parte de la expansión de la oferta de servicios DIT con calidad, el Grupo BID apoyará a través de sus operaciones y de su diálogo de políticas, los esfuerzos por lograr la inclusión de niños con diferentes tipos de discapacidad en los servicios de DIT, reconociendo que éstos: (i) requieren repensar aspectos del diseño y la implementación de los servicios; (ii) demandan recursos financieros adicionales; (iii) exigen inversiones en la formación y el acompañamiento del personal a cargo del trabajo con niños y familias; y (iv) necesitan una muy buena articulación con otros sectores, en especial, con el sector salud en lo que se relaciona al tamizaje temprano, necesario para fortalecer las áreas descritas en los primeros tres incisos.

5.9 **Los niños en situación de negligencia y abandono constituyen una población en situación de vulnerabilidad extrema y en ALC, la principal modalidad de atención para ellos han sido los servicios de institucionalización.** Este grupo incluye a los niños huérfanos, víctimas de violencia, o que por otra circunstancia o riesgo han sido separados del entorno familiar. Reconociendo la evidencia de mejores prácticas a nivel internacional, a través del diálogo de políticas y su trabajo analítico y operativo, el Grupo BID explorará mecanismos para ampliar la oferta de los servicios de acogida, que constituyen una mejor opción para el desarrollo adecuado y la seguridad de este grupo. Además, se apoyarán esfuerzos por sistematizar información sobre los niños en situación de negligencia y abandono y sobre la calidad de los servicios que reciben.

3. Línea de Acción 3: Fortalecer la calidad de la fuerza laboral y mejorar sus condiciones de trabajo

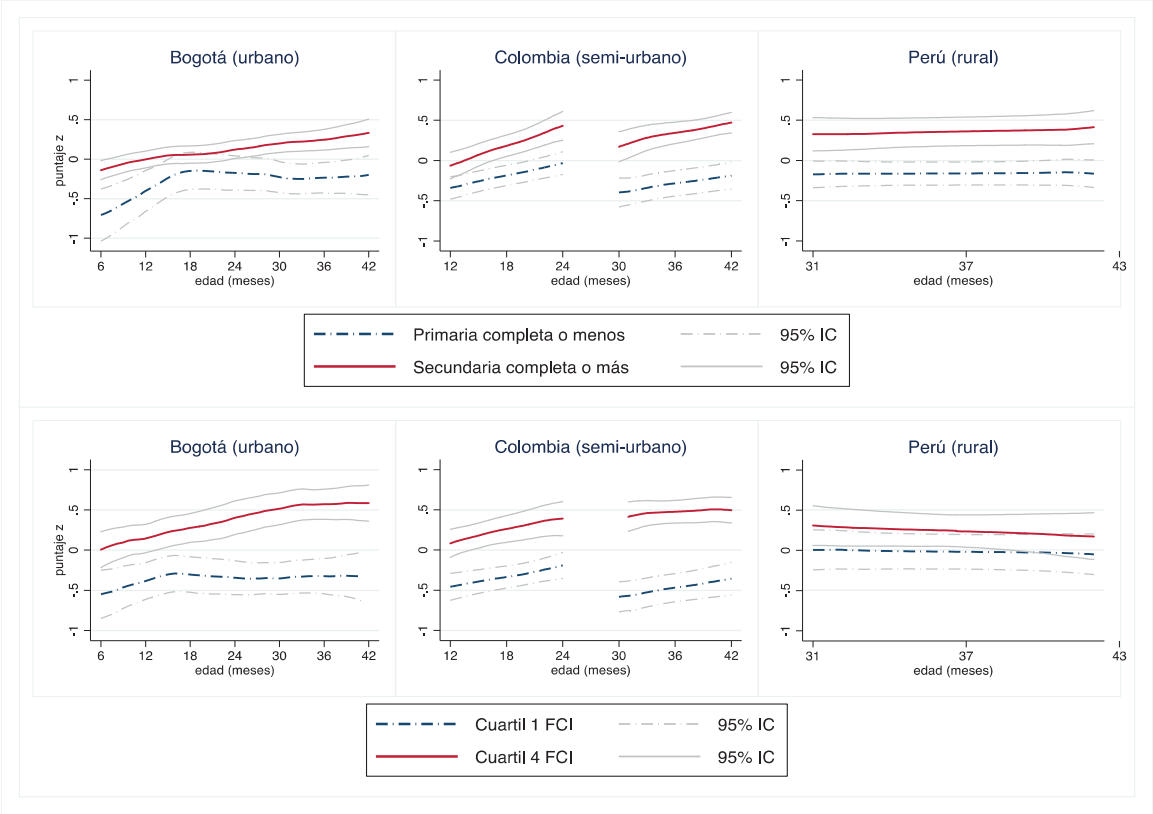
5.10 **Los programas de DIT descansan sobre el personal a cargo de la atención de familias y niños, y la expansión de su cobertura con calidad solo puede lograrse si se transforman algunos paradigmas de su enfoque de recursos humanos.** En la región existe muy poca información sistemática sobre quiénes son las personas que se encargan de la atención de niños y familias en los servicios de DIT, cuáles son sus características sociodemográficas, cuál es su perfil educativo y su experiencia, cómo se selecciona este personal y cuáles son sus condiciones de empleo. El Grupo BID fortalecerá el diálogo de políticas y la generación de conocimiento en este tema, que tradicionalmente no ha sido priorizado por los formuladores de política.

5.11 **Para lograr servicios de calidad, el personal de los programas de DIT, en centros y en el hogar, requiere no solo de un conjunto de conocimientos técnicos sino también de importantes habilidades blandas que le permitan interactuar de manera efectiva, respetuosa, cálida y sensible con las familias y los niños a su cargo.** Este tipo de habilidades, conocidas también como habilidades del siglo XXI, son irremplazables en los servicios de DIT, intensivos en interacciones humanas. Tanto las maestras de prescolar, como las cuidadoras de los jardines y las visitadoras domiciliarias, requieren ser competentes en áreas tan variadas como la comunicación, el dar y recibir retroalimentación, la observación, la resolución de problemas o el manejo del tiempo. Todas ellas son necesarias para realizar su trabajo con efectividad. El trabajo del Grupo BID fortalecerá las inversiones y el acompañamiento técnico de estrategias de formación para el personal que trabaja con los niños y las familias usuarias de los servicios de DIT, incorporando innovaciones en las formas de enseñanza y herramientas tecnológicas en los programas de formación y acompañamiento del personal.

FIGURAS

Figura 1. Gradientes en desarrollo cognitivo y lenguaje por educación materna y calidad del ambiente del hogar

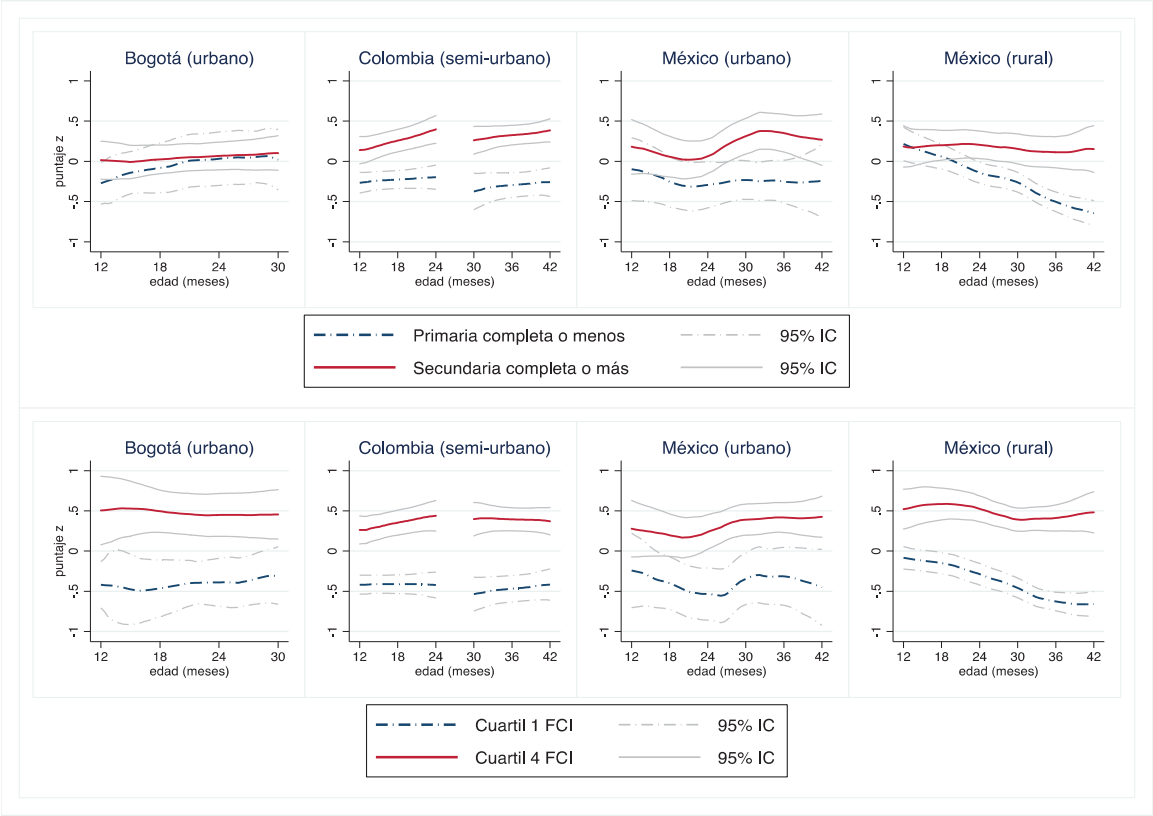
(Puntajes de la prueba Bayley-III)



Fuente: Cálculos propios sobre los datos del estudio de Rubio-Codina et al. (2015) y Rubio-Codina et al. (2016) para Bogotá; evaluación de impacto de un piloto de visitas domiciliarias (Attanasio et al. 2014) para Colombia; línea de seguimiento de la evaluación de impacto del Servicio de Acompañamiento a Familias (2015) para Perú. Estas bases de datos no son representativas a nivel nacional.

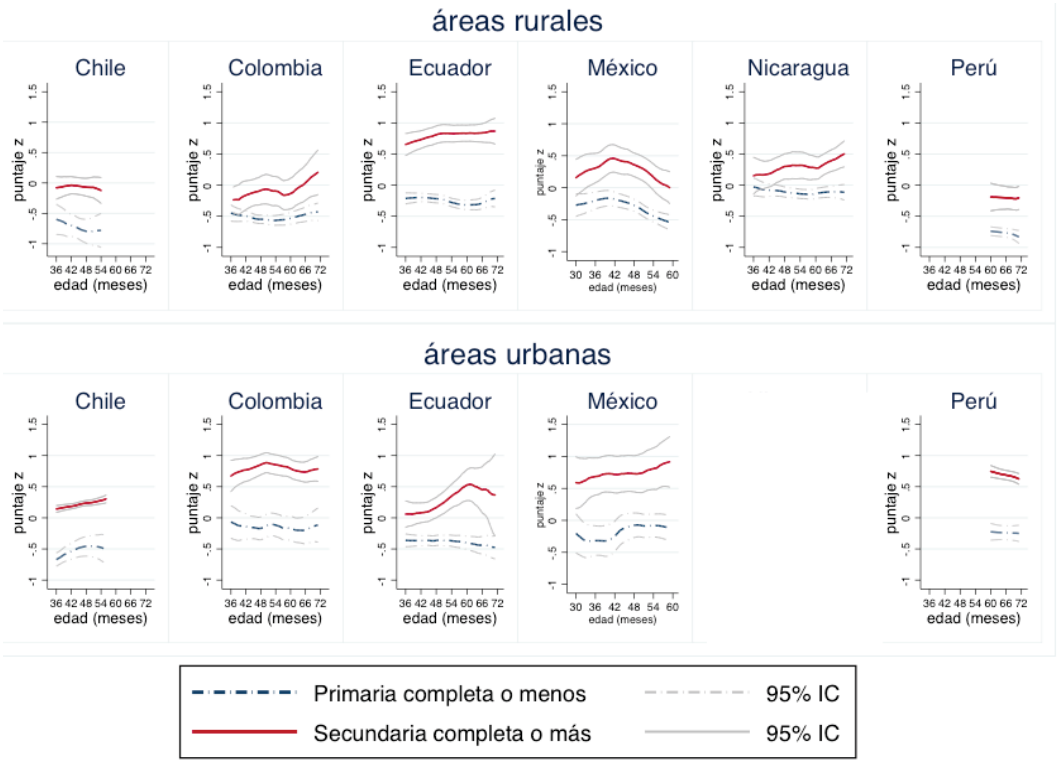
Nota: La figura compara el desarrollo de niños que tienen madres con educación primaria completa o menos vs. aquellos con madres que tienen educación secundaria completa o más; y niños que se encuentran en hogares en el cuartil 1 (más bajo) de la distribución de la calidad del ambiente del hogar vs. aquellos que se encuentran en el cuartil 4 (más alto) de la distribución. La calidad del ambiente del hogar se midió a través de indicadores sobre disponibilidad de materiales de juego y actividades de juego de la escala *Family Care Indicators* (FCI). El eje horizontal corresponde a los meses de edad del niño y el eje vertical al puntaje z del niño en la prueba de desarrollo. Para medir desarrollo infantil, se usaron los puntajes de las dimensiones de desarrollo cognitivo, lenguaje expresivo y lenguaje receptivo de la prueba Bayley-III. Los puntajes crudos se estandarizaron internamente usando la media y desviación estándar edad-específicas en la muestra, calculadas con métodos no paramétricos, y se expresaron en puntajes z. Para Colombia y Perú solo se incluyeron los niños del grupo de control. Para Bogotá, se consideraron los niños que tienen madres con educación secundaria incompleta o menos en lugar de primaria completa o menos.

Figura 2. Gradientes en lenguaje por educación materna y calidad del ambiente del hogar
(Puntajes de la prueba Mac Arthur)



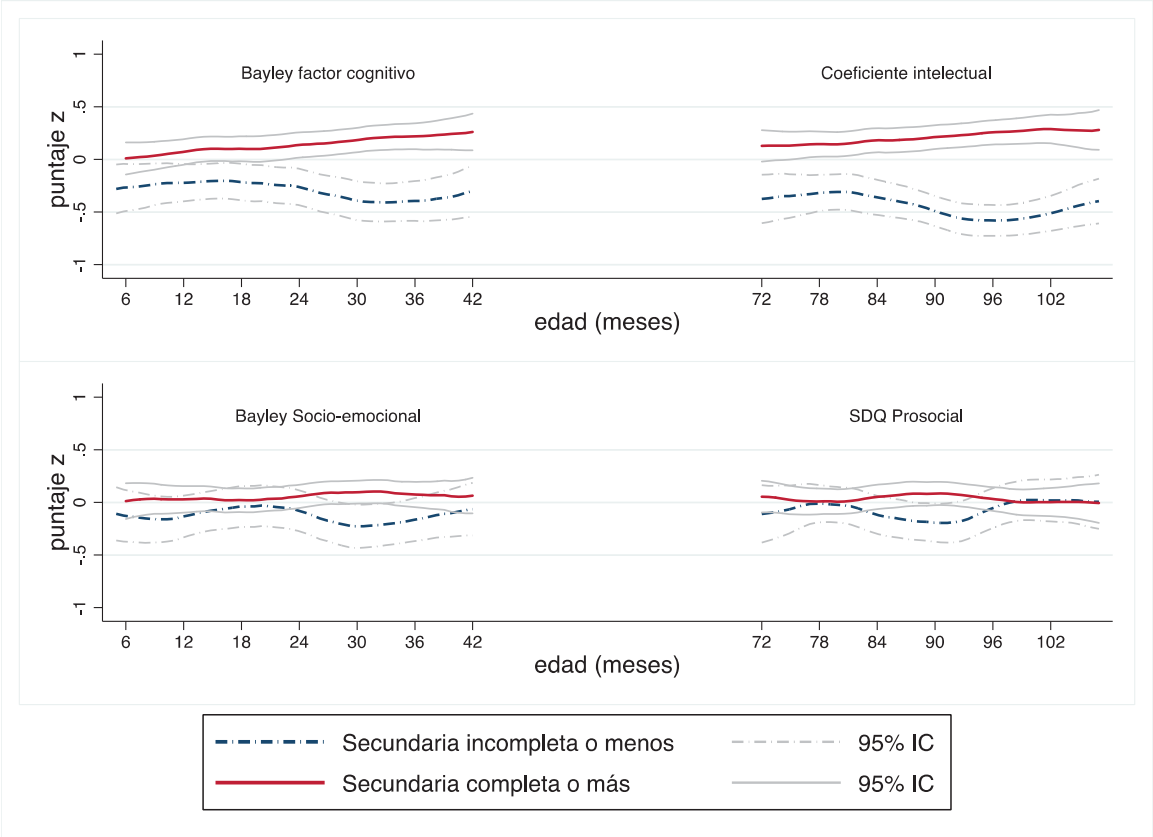
Fuente: Cálculos propios sobre los datos del estudio de Rubio-Codina et al. (2015) y Rubio-Codina et al. (2016) para Bogotá; evaluación de impacto de un piloto de visitas domiciliarias (Attanasio et al. 2014) para Colombia; Encuesta de Salud y Nutrición de Prospera (ENSANUT-Prospera) para México (2018). La encuesta de México es la única que tiene representatividad nacional.
Nota: Las figuras comparan el desarrollo de niños que tienen madres con educación primaria completa o menos vs. aquellos con madres que tienen educación secundaria completa o más; y niños que se encuentran en hogares en el cuartil 1 (más bajo) de la distribución de la calidad del ambiente del hogar vs. aquellos que se encuentran en el cuartil 4 (más alto) de la distribución. La calidad del ambiente del hogar se midió a través de indicadores sobre disponibilidad de materiales de juego y actividades de juego de la escala *Family Care Indicators* (FCI). El eje horizontal corresponde a los meses de edad del niño y el eje vertical al puntaje z del niño en la prueba de desarrollo. Para medir desarrollo infantil, se usaron los Inventarios de Desarrollo Comunicativo de Mac Arthur. Los puntajes crudos se estandarizaron internamente usando la media y desviación estándar edad-específicas en la muestra, calculadas con métodos no paramétricos, y se expresaron en puntajes z. Para Colombia solo se incluyeron los niños del grupo de control. Para Bogotá, se consideraron los niños que tienen madres con educación secundaria incompleta o menos en lugar de primaria completa o menos.

Figura 3. Gradientes en lenguaje por educación materna
(Puntajes de la prueba TVIP)



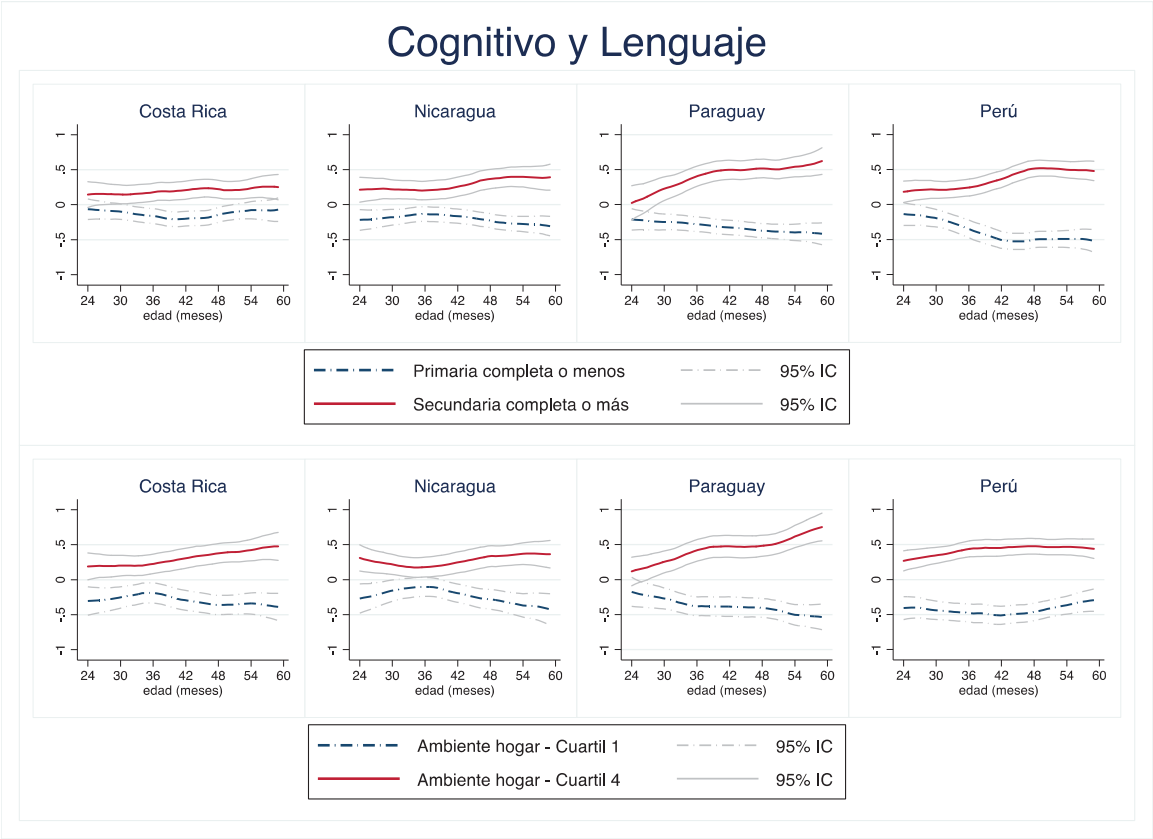
Fuente: Cálculos propios sobre los datos de la Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia (ELPI) para Chile (2010); Encuesta Longitudinal Colombiana de la Universidad de los Andes (ELCA) para Colombia (2010); *Ecuador Longitudinal Survey of Child Health and Development* (ELSCHD) para Ecuador (2003-4); Encuesta de Salud y Nutrición de Prospera (ENSANUT-Prospera) para México (2018); Base de datos de Atención a Crisis para Nicaragua (2005); *Young Lives* para Perú (2006-2007). La encuesta de Chile es representativa a nivel nacional para hogares con niños de cinco años de edad o menos. Para la encuesta de Colombia, la muestra urbana es representativa de toda la población menos el 10% más rico, y la muestra rural es representativa para cuatro4 subregiones geográficas. Para Ecuador, la encuesta es representativa de las familias elegibles o casi elegibles para el programa de transferencias monetarias Bono de Desarrollo Humano. Los datos de Nicaragua son representativos de los hogares para seis municipios rurales incluidos en el programa de transferencias monetarias Atención a Crisis, y los datos de Perú para todos menos el 5% de los distritos más ricos en Perú.
Nota: La figura compara el desarrollo de niños que tienen madres con educación primaria completa o menos vs. aquellos con madres que tienen educación secundaria completa o más. El eje horizontal corresponde a los meses de edad del niño y el eje vertical al puntaje z del niño en la prueba de desarrollo. Para medir el desarrollo de lenguaje de los niños se usaron los puntajes del Test de Vocabulario en Imágenes de Peabody (TVIP). Los puntajes crudos se estandarizaron internamente usando la media y desviación estándar edad-específicas en la muestra, calculadas con métodos no paramétricos y se expresaron en puntajes z. Para Nicaragua, se consideraron los niños que tienen madres con educación primaria completa o más en lugar de secundaria completa o más.
Estas brechas representan cerca de una Desviación Estándar (DE) en niños de seis años (Ecuador y Perú). En el análisis del DIT, se usa con frecuencia la DE como unidad de medida, por ejemplo, para comparar impactos de diferentes intervenciones o resultados de dos poblaciones distintas. La DE mide cuan dispersas se encuentran las observaciones en una distribución con respecto a su media.

Figura 4. Gradientes en desarrollo cognitivo, de lenguaje y socio-emocional/pro-social por educación materna



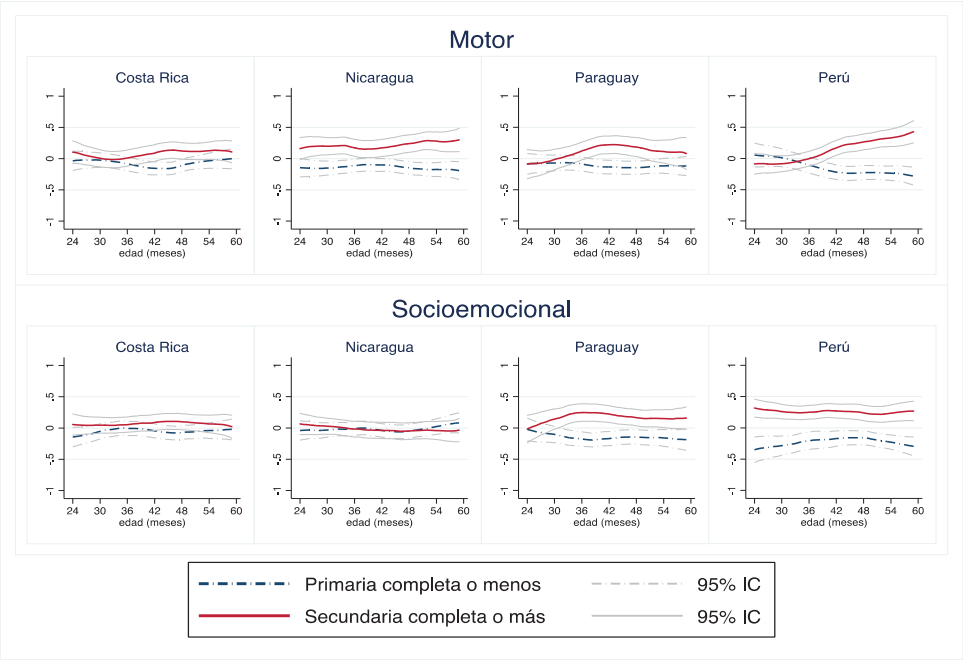
Fuente: Cálculos propios sobre los datos del estudio de Rubio-Codina et al. (2015) y Rubio-Codina et al. (2016) en Bogotá. Estas bases de datos no son representativas a nivel nacional.
Nota: La figura compara el desarrollo de niños que tienen madres con educación secundaria incompleta o menos vs. aquellos con madres que tienen educación secundaria completa o más. El panel superior de la figura muestra los puntajes de un factor cognitivo que combina las dimensiones de desarrollo cognitivo, lenguaje receptivo y lenguaje expresivo del Bayley-III; y el coeficiente intelectual fue medido a través de la Escala de Inteligencia de Wechsler Para Niños-V (WISC-V). El panel inferior de la figura muestra los puntajes de la dimensión de desarrollo socio-emocional del Bayley-III; y de desarrollo prosocial del Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ, por su sigla en inglés). Los puntajes crudos se estandarizaron internamente usando la media y desviación estándar edad-especificas en la muestra calculadas con métodos no paramétricos y se expresaron en puntajes z. Estas brechas representan más de una DE en el coeficiente intelectual a los 6-8 años.

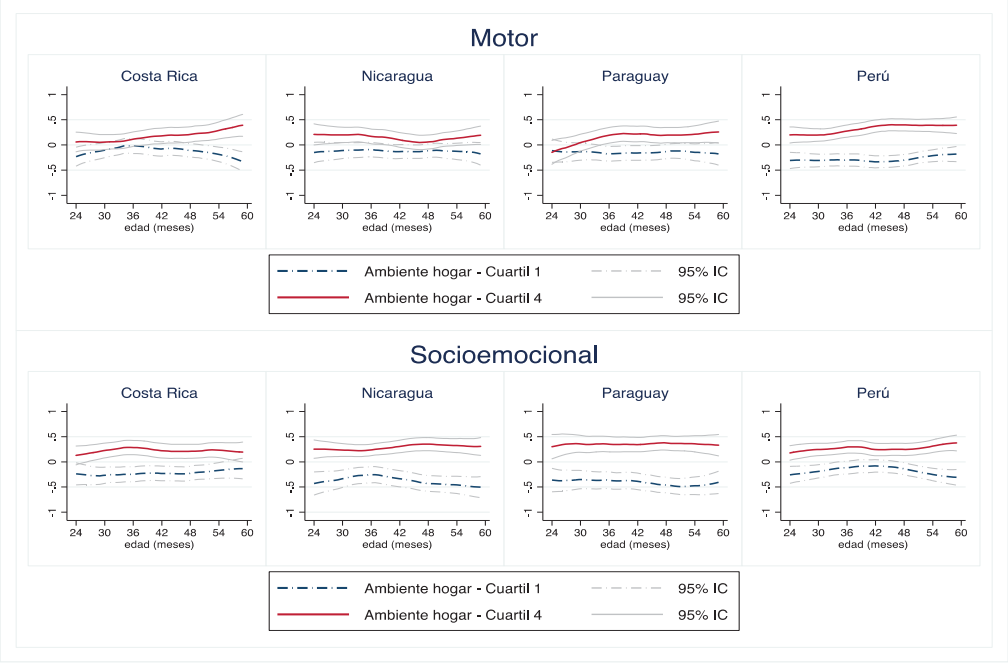
Figura 5. Gradientes en desarrollo cognitivo y lenguaje por educación materna y calidad del ambiente del hogar
(Puntajes de la Escala de Engle)



Fuente: Cálculos propios sobre los datos del Programa Regional de Indicadores de Desarrollo Infantil (PRIDI, 2012), una iniciativa del Grupo BID que generó indicadores comparables de DIT en las áreas cognitiva, de lenguaje, motora y socioemocional, en niños de 24 a 59 meses (Verdisco et al. 2014). Los datos son representativos a nivel nacional.
Nota: Las figuras comparan el desarrollo de niños que tienen madres con educación primaria completa o menos vs. aquellos con madres que tienen educación secundaria completa o más; y niños que se encuentran en hogares en el cuartil 1 (más bajo) de la distribución de la calidad del ambiente del hogar vs. aquellos que se encuentran en el cuartil 4 (más alto) de la distribución. La calidad del ambiente del hogar se midió a través de algunos indicadores sobre el número de libros para niños en el hogar, el número de adultos que interactúan (juegan, cantan, dibujan, cuentan historias) con el niño, la frecuencia con la cual ocurren interacciones adulto-niño y las rutinas y prácticas de higiene del niño. El eje horizontal corresponde a los meses de edad del niño y el eje vertical al puntaje z del niño en la prueba de desarrollo. Para medir el desarrollo de los niños se usaron las dimensiones de desarrollo cognitivo y de lenguaje de la Escala de Engle. Los puntajes crudos se estandarizaron internamente usando la media y desviación estándar edad-específicas en la muestra calculadas con métodos no paramétricos y se expresaron en puntajes z.

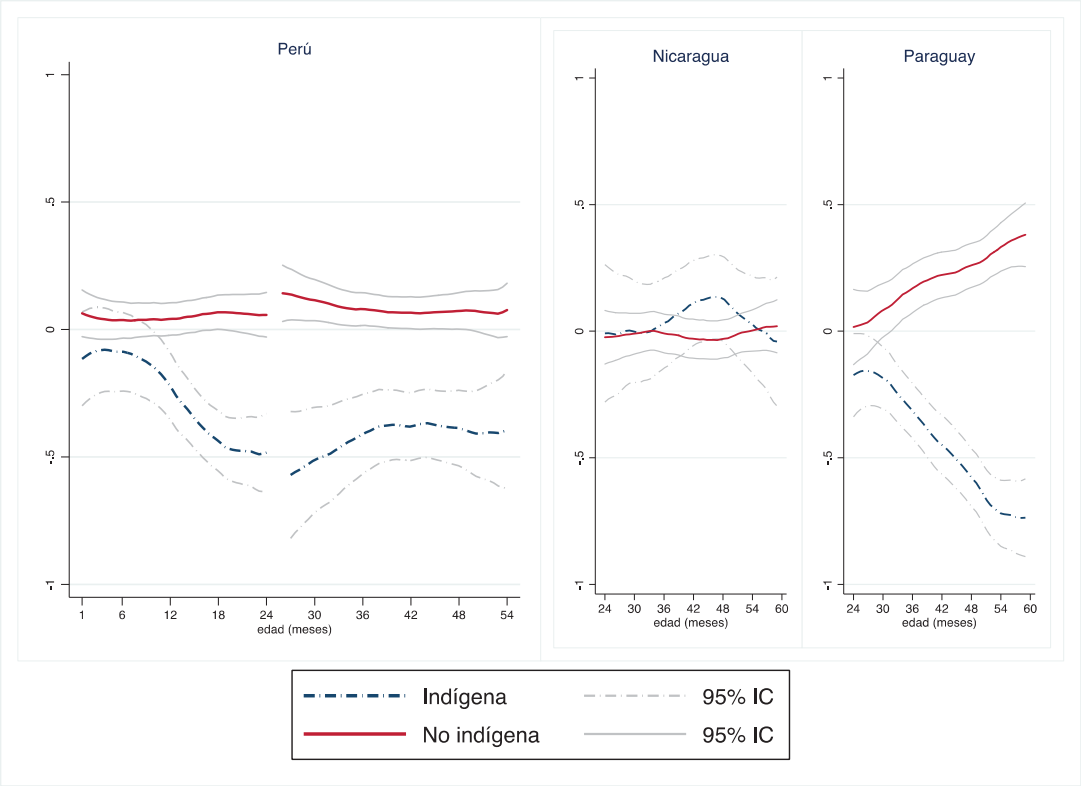
Figura 6. Gradientes en desarrollo motor y socioemocional por educación materna y calidad del ambiente del hogar
(Puntajes de la Escala de Engle)





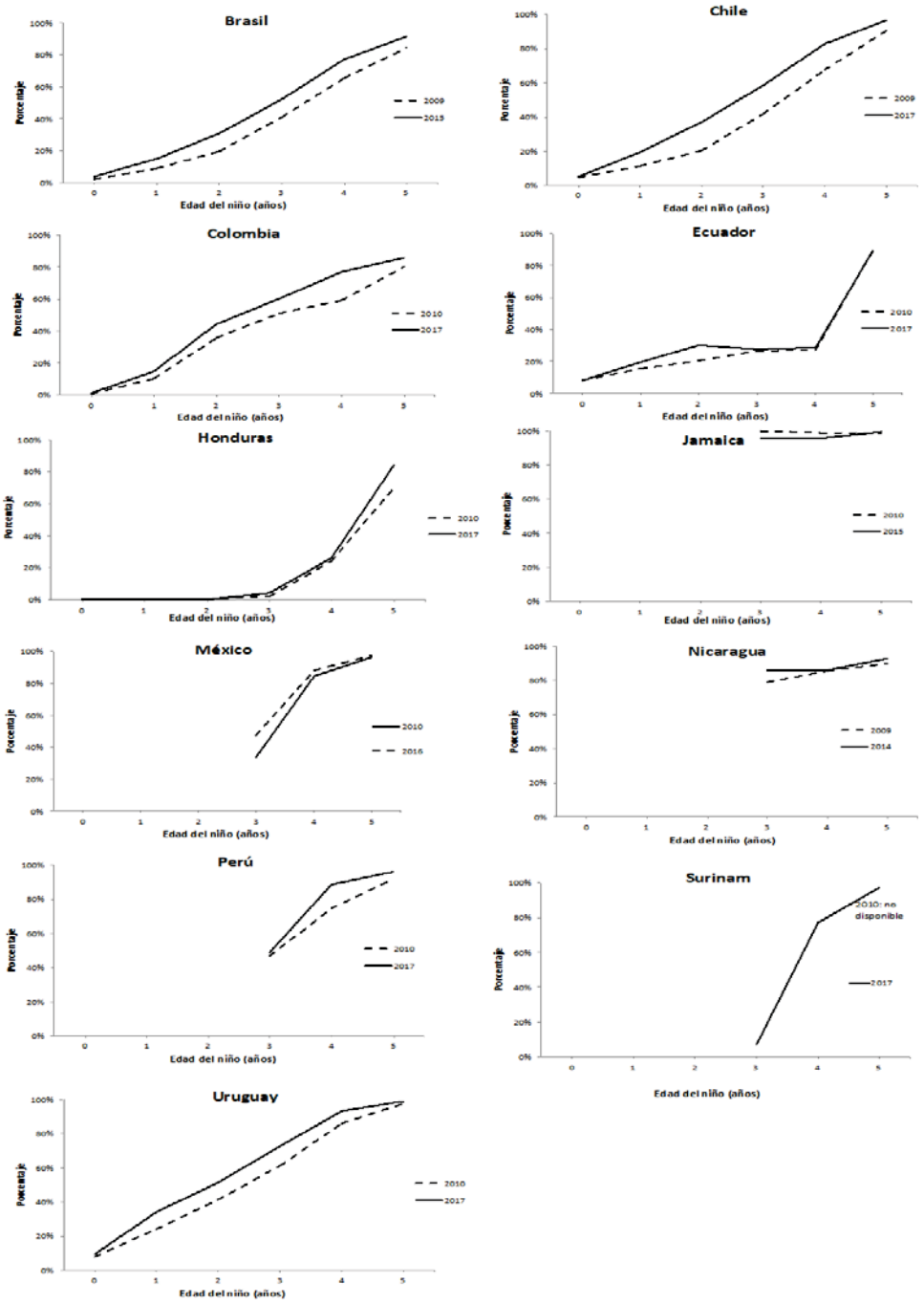
Fuente: Cálculos propios sobre los datos del Programa Regional de Indicadores de Desarrollo Infantil (PRIDI, 2012). Los datos son representativos a nivel nacional.
Nota: Las figuras comparan el desarrollo de niños que tienen madres con educación primaria completa o menos vs. aquellos con madres que tienen educación secundaria completa o más; y niños que se encuentran en hogares en el cuartil 1 (más bajo) de la distribución de la calidad del ambiente del hogar vs. aquellos que se encuentran en el cuartil 4 (más alto) de la distribución. La calidad del ambiente del hogar se midió a través de algunos indicadores sobre el número de libros para niños en el hogar, el número de adultos que interactúan (juegan, cantan, dibujan, cuentan historias) con el niño, la frecuencia con la cual ocurren interacciones adulto-niño y las rutinas y prácticas de higiene del niño. El eje horizontal corresponde a los meses de edad del niño y el eje vertical al puntaje z del niño en la prueba de desarrollo. Para medir el desarrollo de los niños se usaron las dimensiones de desarrollo motor y socioemocional de la Escala de Engle. Los puntajes crudos se estandarizaron internamente usando la media y desviación estándar edad-específicas en la muestra calculadas con métodos no paramétricos y se expresaron en puntajes z.

Figura 7. Gradientes en desarrollo cognitivo y de lenguaje, por indígena y no indígena



Fuente: Cálculos propios sobre los datos de la evaluación de impacto del Servicio de Acompañamiento a Familias (2012 y 2015) para Perú; y los datos del Programa Regional de Indicadores de Desarrollo Infantil (PRIDI, 2012) para Nicaragua y Paraguay. Los datos son representativos a nivel nacional.
Nota: La figura compara el desarrollo de niños que son indígenas vs. aquellos que no son indígenas. Para identificar a los niños indígenas, en los datos de Perú se usa el indicador de si la madre del niño contestó la encuesta de hogar en un idioma indígena; y para Nicaragua y Paraguay el indicador de si la prueba de desarrollo del niño fue administrada en un idioma indígena. El eje horizontal corresponde a los meses de edad del niño y el eje vertical al puntaje z del niño en la prueba de desarrollo. Para medir desarrollo infantil, se usaron los puntajes de las dimensiones de resolución de problemas y comunicación de la prueba ASQ-3 para Perú; y de las dimensiones de desarrollo cognitivo y de lenguaje de la Escala de Engle para Nicaragua y Paraguay. Los puntajes crudos se estandarizaron internamente usando la media y desviación estándar edad-específicas en la muestra, calculadas con métodos no paramétricos, y se expresaron en puntajes z. Para Perú, solo se incluyeron los niños del grupo de control tanto en línea de base como en línea de seguimiento. Las proporciones de niños indígenas en las muestras son 16% para Perú, 21% para Nicaragua y 33% para Paraguay.

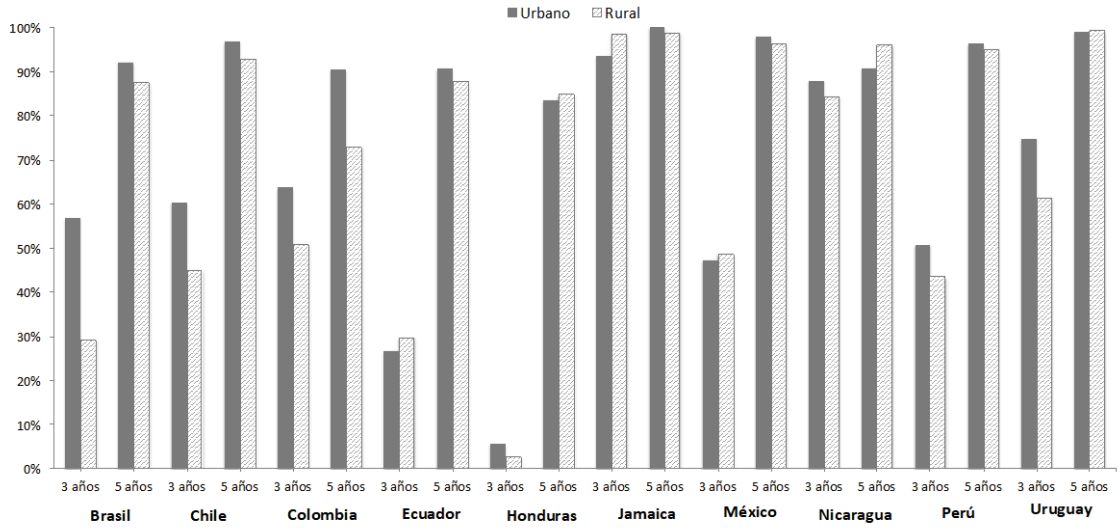
Figura 8. Asistencia a jardines de cuidado infantil y prescolar por edad



Fuente: Cálculos propios sobre la bases de la *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD) para Brasil; Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) para Chile; Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) para Colombia; Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Sub-empleo (ENEMDU) para Ecuador; Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM) para Honduras; *Survey of Living Conditions* (SLC) para Jamaica; Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) para México; Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Nivel de Vida (EMNV) para Nicaragua; Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) para Perú; *Survey of Living Conditions* (SLC) para Surinam; Encuesta Continua de Hogares (ECH) para Uruguay. Los datos son representativos a nivel nacional.

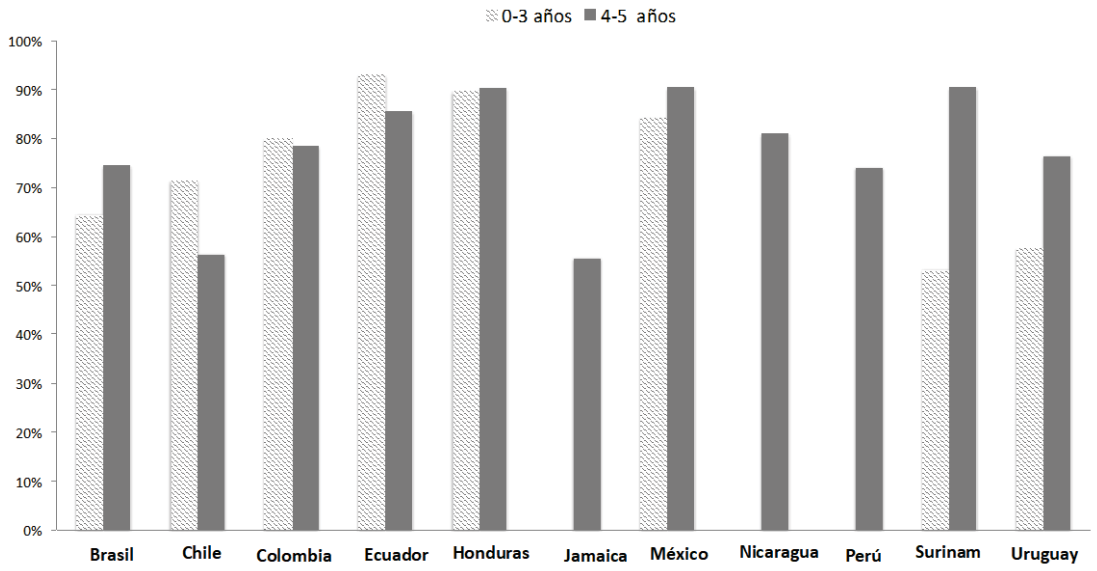
Nota: El eje horizontal corresponde a los años de edad del niño y el eje vertical al porcentaje de niños que asisten a un jardín de cuidado infantil o prescolar. En México y en Surinam, la participación solo se preguntó a partir de los tres años de edad. En Surinam hubo información solo para un año. No se incluyeron a los niños de 0-2 años para Perú porque la pregunta en la encuesta no es comparable con los otros países (se enfocaba en la asistencia a un único programa). No se incluyeron a los niños menores de dos años para Jamaica y Nicaragua porque las muestras eran muy pequeñas.

Figura 9. Asistencia a jardines de cuidado infantil y prescolar por ámbito a los 3 y a los 5 años



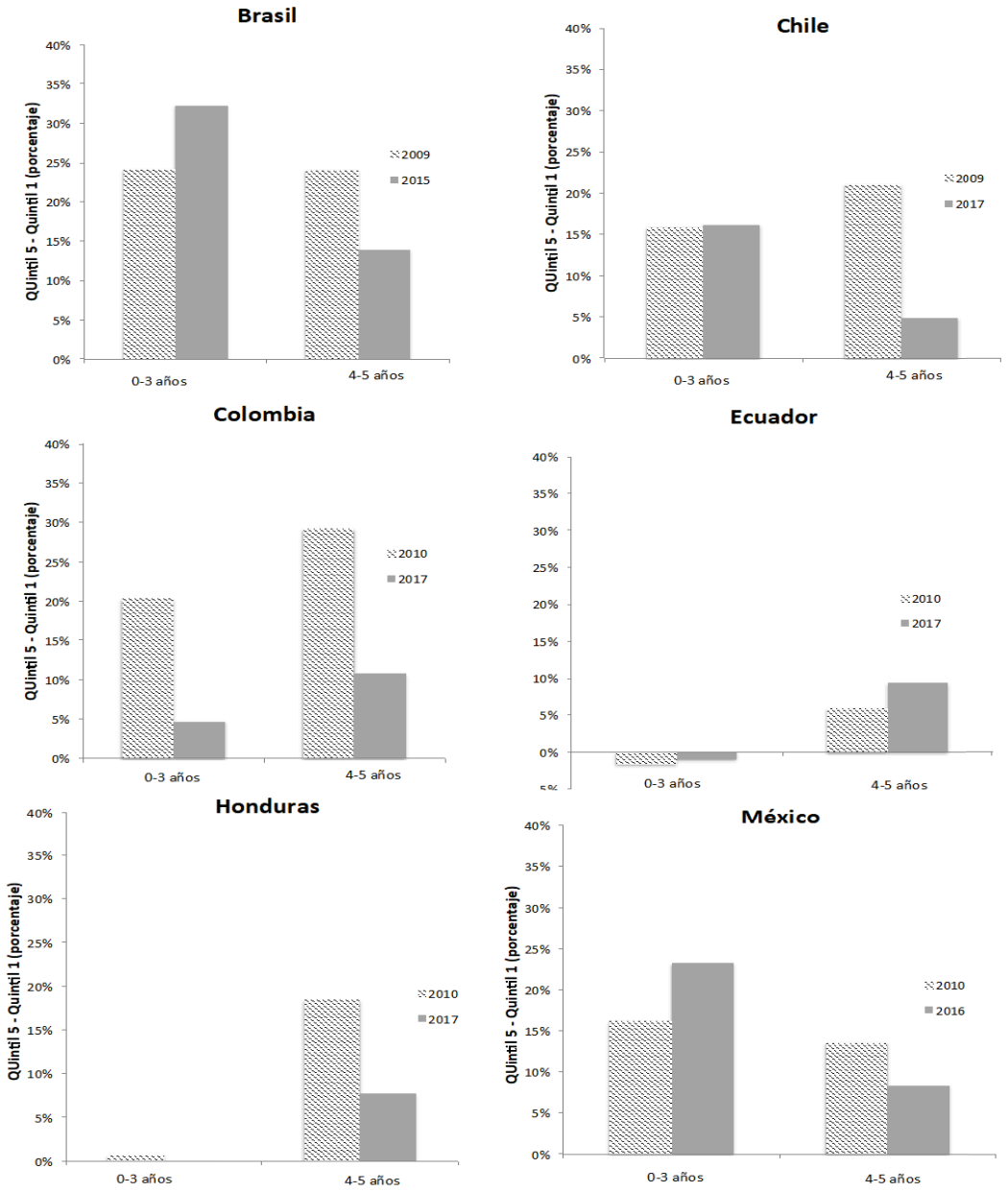
Fuente: Cálculos propios sobre la bases de la *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD) para Brasil (2015); Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) para Chile (2017); Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) para Colombia (2017); Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) para Ecuador (2017); Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM) para Honduras (2017); *Survey of Living Conditions* (SLC) para Jamaica (2015); Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) para México (2016); Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Nivel de Vida (EMNV) para Nicaragua (2014); Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) para Perú (2017); Encuesta Continua de Hogares para (ECH) Uruguay (2017). Los datos son representativos a nivel nacional.
Nota: La figura muestra el porcentaje de niños que asiste a un jardín de cuidado infantil o prescolar por ámbito (urbano o rural), para los niños de 3 y 5 años. Esta información no estaba disponible para Surinam.

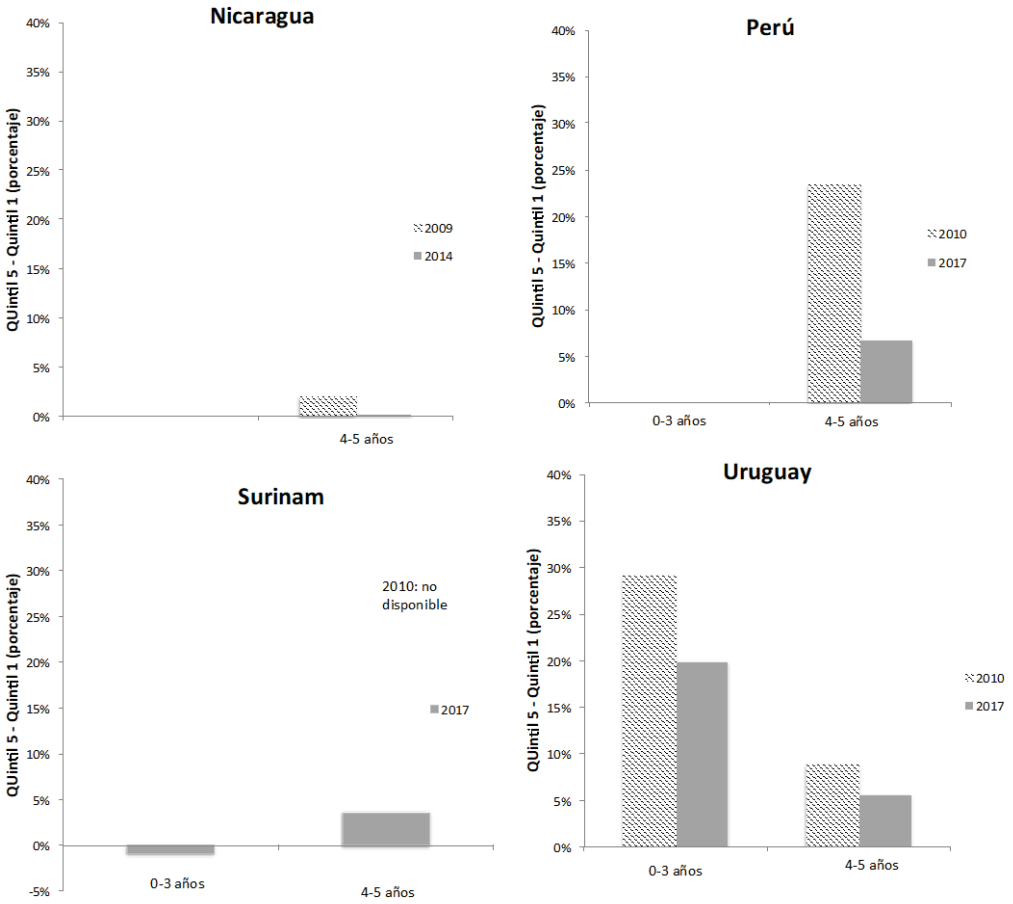
Figura 10. Asistencia a jardines de cuidado infantil y prescolar públicos



Fuente: Cálculos propios sobre la bases de la *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD) para Brasil (2015); Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) para Chile (2017); Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) para Colombia (2017); Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) para Ecuador (2017); Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM) para Honduras (2017); *Survey of Living Conditions* (SLC) para Jamaica (2015); Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) para México (2016); Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Nivel de Vida (EMNV) para Nicaragua (2014); Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) para Perú (2017); *Survey of Living Conditions* para Surinam (2017); Encuesta Continua de Hogares para (ECH) Uruguay (2017). Los datos son representativos a nivel nacional.
Nota: La figura muestra el porcentaje de niños que asiste a un jardín de cuidado infantil o prescolar público para dos grupos etarios: 0-3 años y 4-5 años. No se incluyó a los niños de 0-3 años para Perú porque la pregunta no es comparable con las de los otros países. No se incluyeron a los niños menores de dos años para Jamaica y Nicaragua porque las muestras son muy pequeñas.

Figura 11. Diferencia en la asistencia a jardines de cuidado infantil y prescolar entre el quintil más rico y el menos rico

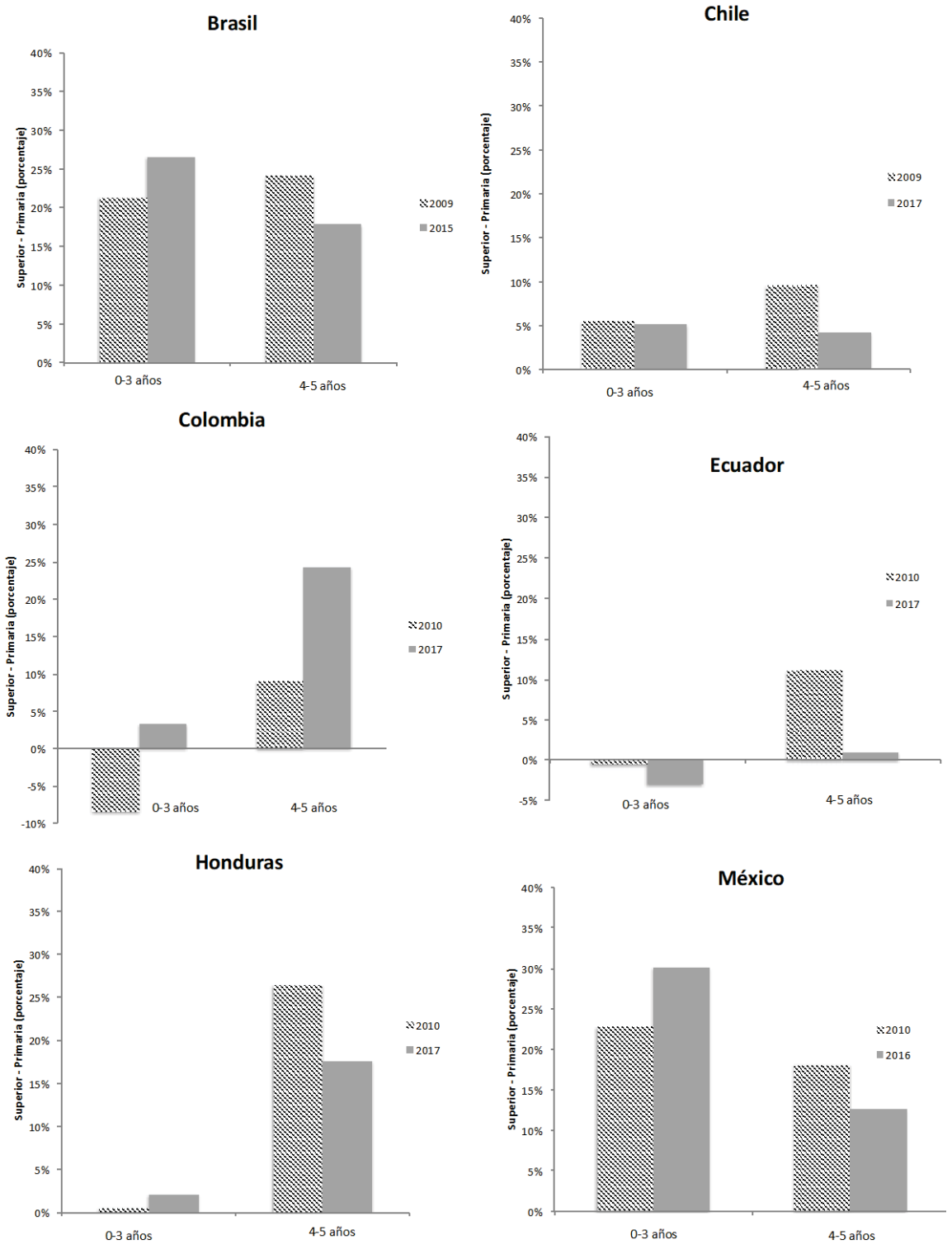


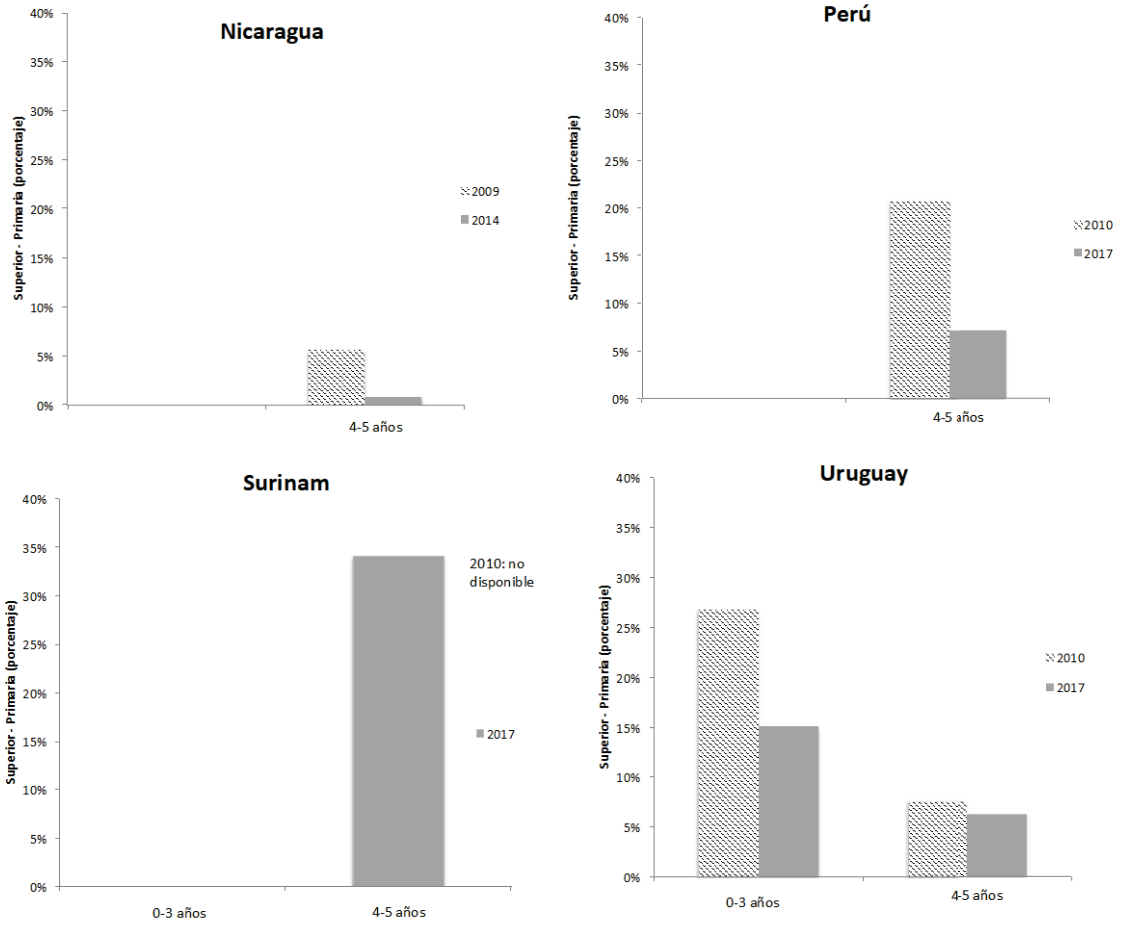


Fuente: Cálculos propios sobre la bases de la *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD) para Brasil; Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) para Chile; Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) para Colombia; Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) para Ecuador; Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM) para Honduras; Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) para México; Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Nivel de Vida (EMNV) para Nicaragua; Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) para Perú; *Survey of Living Conditions* (SLC) para Surinam; Encuesta Continua de Hogares (ECH) para Uruguay. Los datos son representativos a nivel nacional.

Nota: La figura muestra la diferencia en el porcentaje de niños que asiste a un jardín de cuidado infantil o prescolar entre el quintil 5 (más rico) y el quintil 1 (más pobre) de ingresos, para dos grupos etarios: 0-3 años y 4-5 años. La variable se calculó de la siguiente manera para todos los países: (i) se dividió la muestra en quintiles de ingreso; (ii) se calculó el porcentaje promedio de participación en jardines de cuidado infantil o preescolar para los dos grupos; y (iii) se calculó la diferencia en este porcentaje entre el quintil 5 y el quintil 1 para los dos grupos de edades. En Surinam hubo información solo para un año. No se pudo incluir a Jamaica por falta de información sobre los ingresos. No se incluyeron a los niños de 0-3 años para Perú porque la pregunta no es comparable con las de los otros países. No se incluyó a los niños menores de dos años para Nicaragua porque la muestra era muy pequeña.

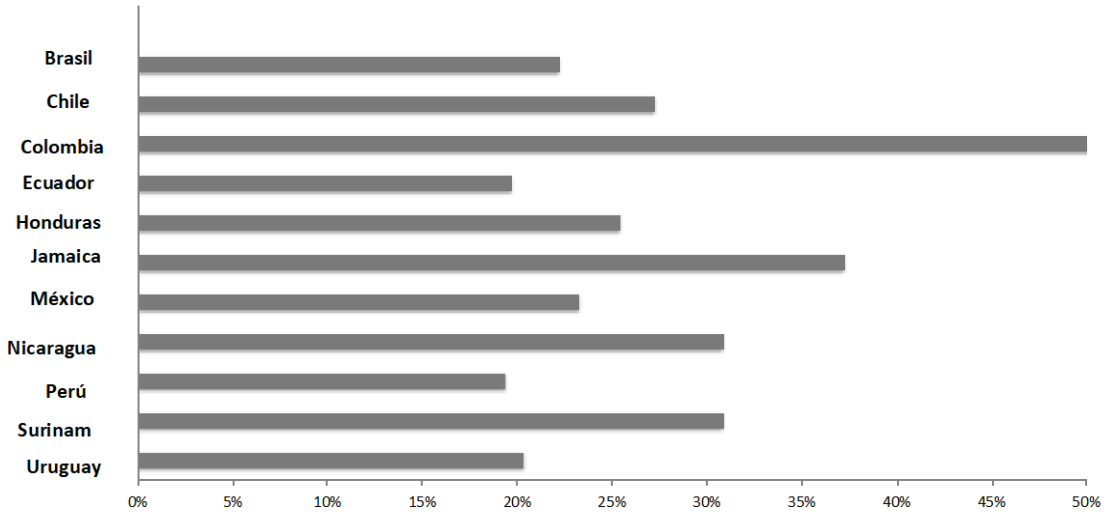
Figura 12. Diferencia en la asistencia a jardines de cuidado infantil y prescolar entre los niños con madres que tienen educación superior y aquellas con educación primaria





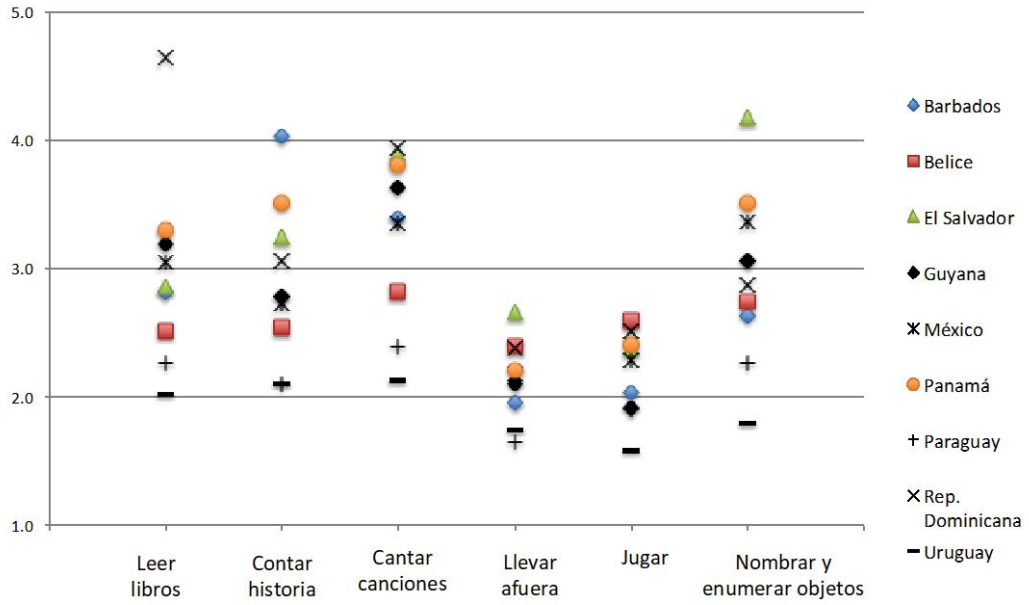
Fuente: Cálculos propios sobre la bases de la *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD) para Brasil; Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) para Chile; Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) para Colombia; Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) para Ecuador; Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM) para Honduras; Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) para México; Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Nivel de Vida (EMNV) para Nicaragua; Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) para Perú; *Survey of Living Conditions* (SLC) para Surinam; Encuesta Continua de Hogares (ECH) para Uruguay. Los datos son representativos a nivel nacional.
Nota: La figura muestra la diferencia en el porcentaje de niños que asisten a un jardín de cuidado infantil o prescolar, entre aquellos con madres que tienen educación superior y madres con educación primaria, para dos grupos etarios: 0-3 años y 4-5 años. La variable se calculó de la siguiente manera para todos los países: (i) se calculó el porcentaje promedio de participación en jardines de cuidado infantil o prescolar para los dos grupos; y (ii) se calculó la diferencia en este porcentaje entre los niños que tienen madres con educación terciaria y los que tienen madres con educación primaria. En Surinam hubo información solo para un año. No se incluyeron a los niños de 0-3 años para Perú porque la pregunta no es comparable con las de los otros países. Para Chile, Ecuador, Perú, Nicaragua y Uruguay se considera la educación del jefe de hogar cuando es mujer o de su cónyuge cuando el jefe es hombre porque no es posible identificar a la madre del niño. En Jamaica, los dos grupos de niños a los 4-5 años tenían una asistencia del 100%. No se incluyeron a los niños menores de dos años para Nicaragua porque la muestra es muy pequeña.

Figura 13. Porcentaje de niños entre 0-5 años que viven en hogares monoparentales



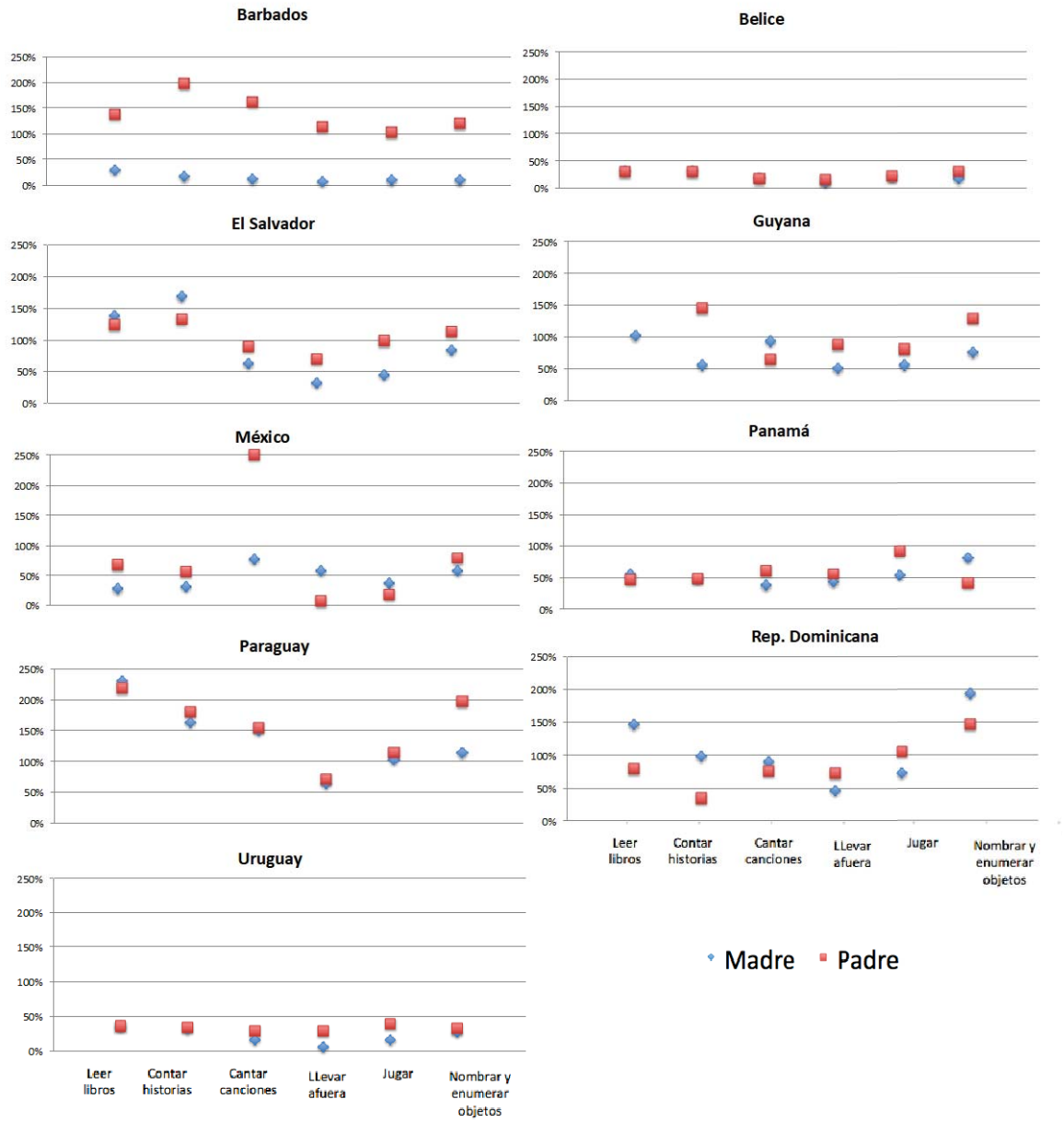
Fuente: Cálculos propios sobre la bases de la Pesquisa Nacional por *Amostra de Domicílios* (PNAD) para Brasil (2015); Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) para Chile (2017); Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) para Colombia (2017); Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) para Ecuador (2017); Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM) para Honduras (2017); *Survey of Living Conditions* (SLC) para Jamaica (2015); Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) para México (2016); Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Nivel de Vida (EMNV) para Nicaragua (2014); Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) para Perú (2017); *Survey of Living Conditions* para Surinam (2017); Encuesta Continua de Hogares para (ECH) Uruguay (2017). Los datos son representativos a nivel nacional.
Nota: Para Brasil, Chile, Ecuador, Honduras, Perú, Nicaragua y Uruguay no es posible identificar a ambos padres del niño, por lo que se toma al jefe de hogar y su cónyuge.

Figura 14. Diferencia entre la madre y el padre en el número de veces que reportan realizar unas actividades de juego con sus hijos



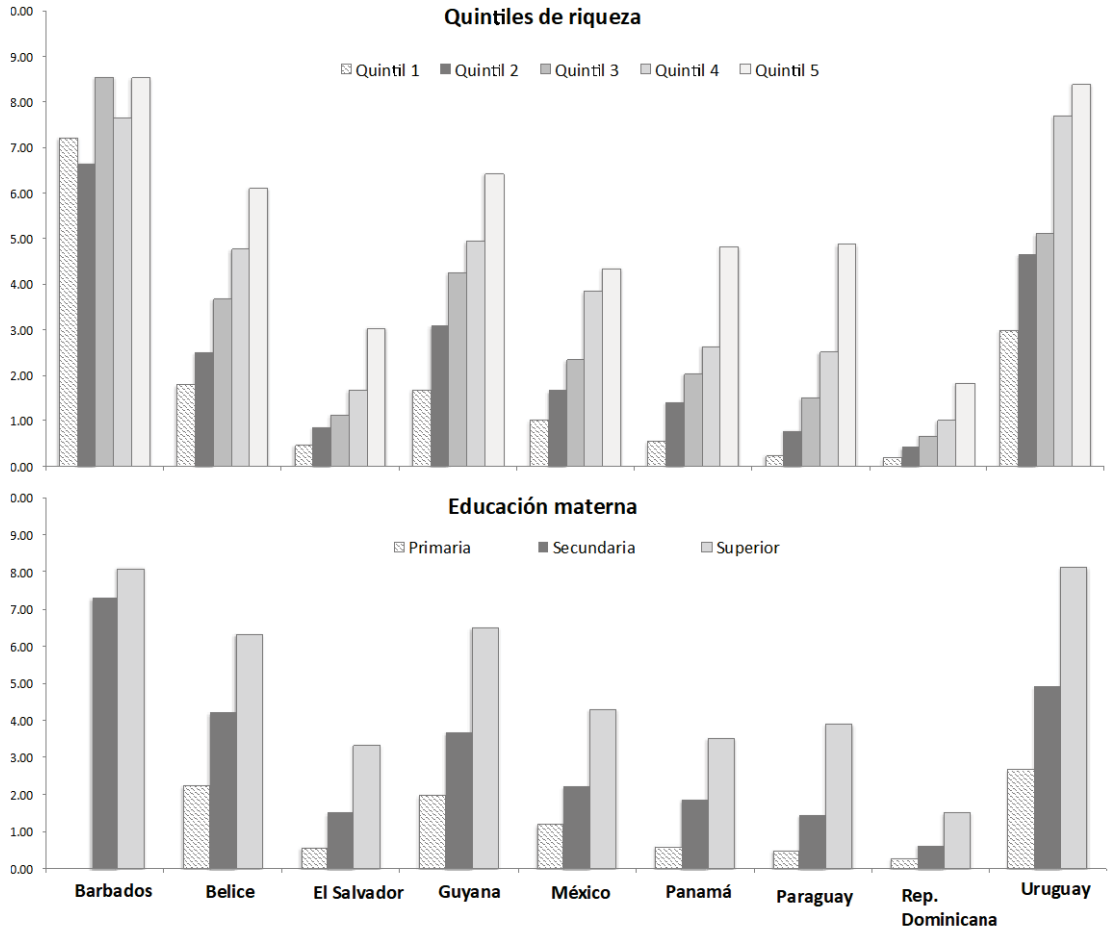
Fuente: Cálculos propios sobre la base de los datos de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) que tienen representatividad nacional: Barbados (2012); Belice (2015-2016); El Salvador (2014); Guyana (2014); México (2015); Panamá (2013); Paraguay (2016); República Dominicana (2014); Uruguay (2013).
Nota: La figura muestra la diferencia en el número de veces que la madre y el padre reportaron hacer una serie de actividades con el niño en los tres días previos a la encuesta. Para todos los países, la variable se calculó dividiendo el porcentaje de madres que reportaron hacer la actividad para el porcentaje de padres que reportaron hacer la misma actividad.

Figura 15. Porcentaje de incremento entre una madre/un padre con educación superior y una/uno con educación primaria en el número de veces que realizan actividades de juego con sus hijos



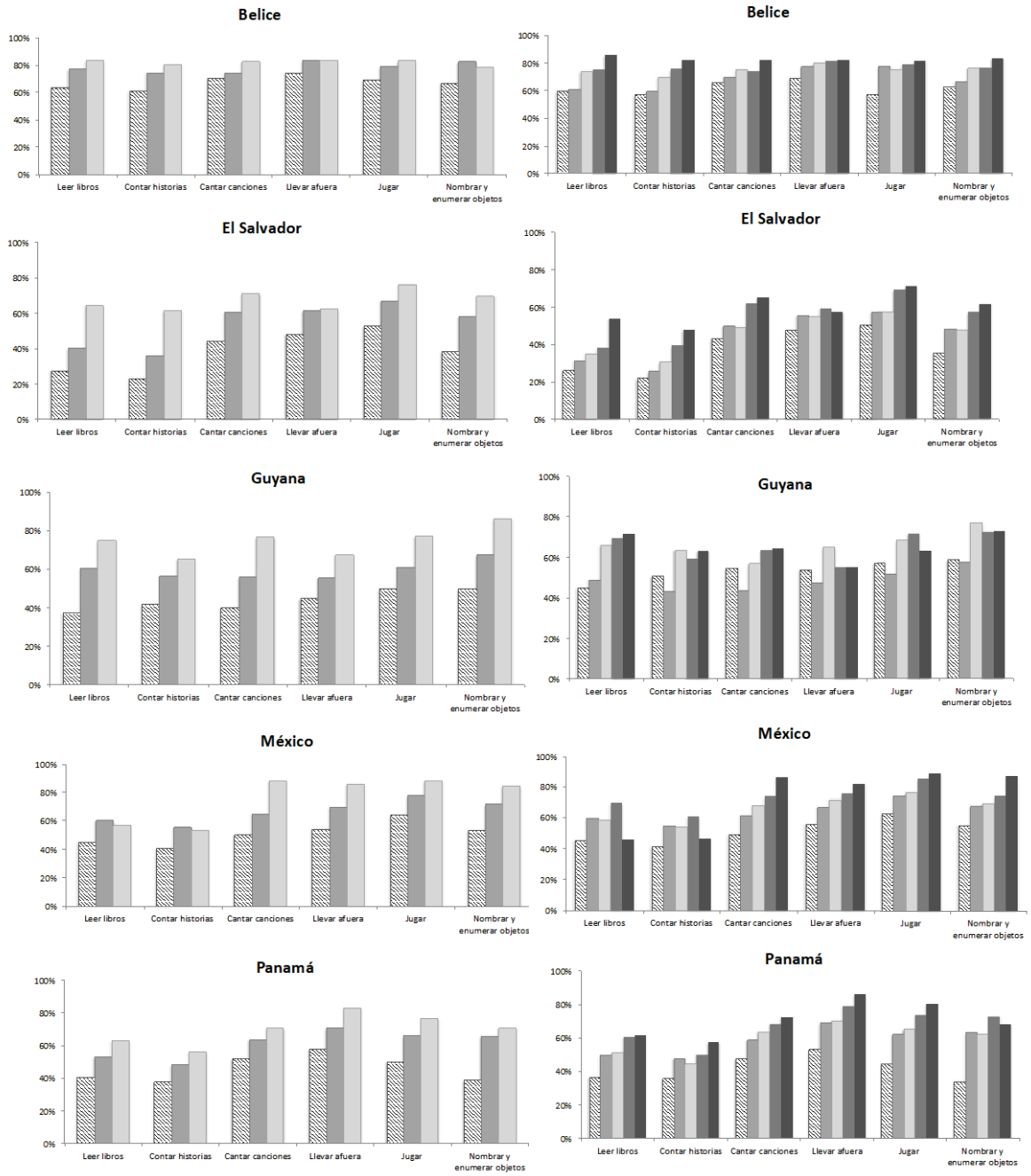
Fuente: Cálculos propios sobre la base de los datos de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) que tienen representatividad nacional: Barbados (2012); Belice (2015-2016); El Salvador (2014); Guyana (2014); México (2015); Panamá (2013); Paraguay (2016); República Dominicana (2014); Uruguay (2013).
Nota: La figura muestra el porcentaje de incremento entre una madre/un padre con educación superior y una/uno con educación primaria en el número de veces que realizan actividades de juego con sus hijos en los tres días previos a la encuesta. Para todos los países, la variable se calculó: (i) restando el porcentaje de madres/padres con educación superior del porcentaje de madres/padres con educación primaria que reportaron hacer la actividad; (ii) dividiendo el resultado por el porcentaje de madres/padres con educación primaria que reportaron hacer la actividad. Para Barbados, se consideraron a los padres con educación secundaria en lugar de primaria porque la muestra era muy pequeña.

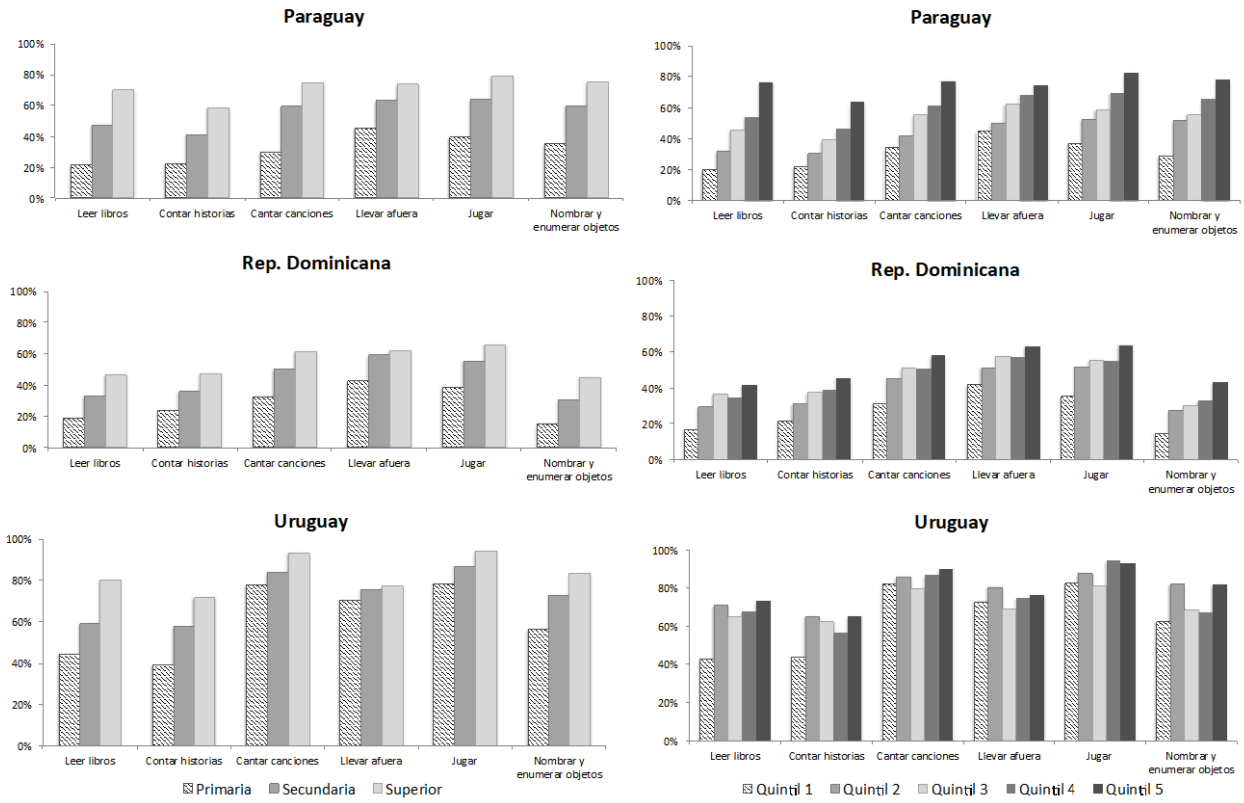
Figura 16. Disponibilidad de libros para niños con dibujos por quintil de riqueza y educación materna



Fuente: Cálculos propios sobre la base de los datos de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) que tienen representatividad nacional: Barbados (2012); Belice (2015-2016); El Salvador (2014); Guyana (2014); México (2015); Panamá (2013); Paraguay (2016); República Dominicana (2014); Uruguay (2013).
Nota: La figura muestra el número de libros para niños o libros con dibujos de los que dispone el hogar, por quintil de riqueza (en donde el quintil 1 es el más pobre y el quintil 5 es el más rico), y para los niños con madres que tienen educación primaria, secundaria y superior.

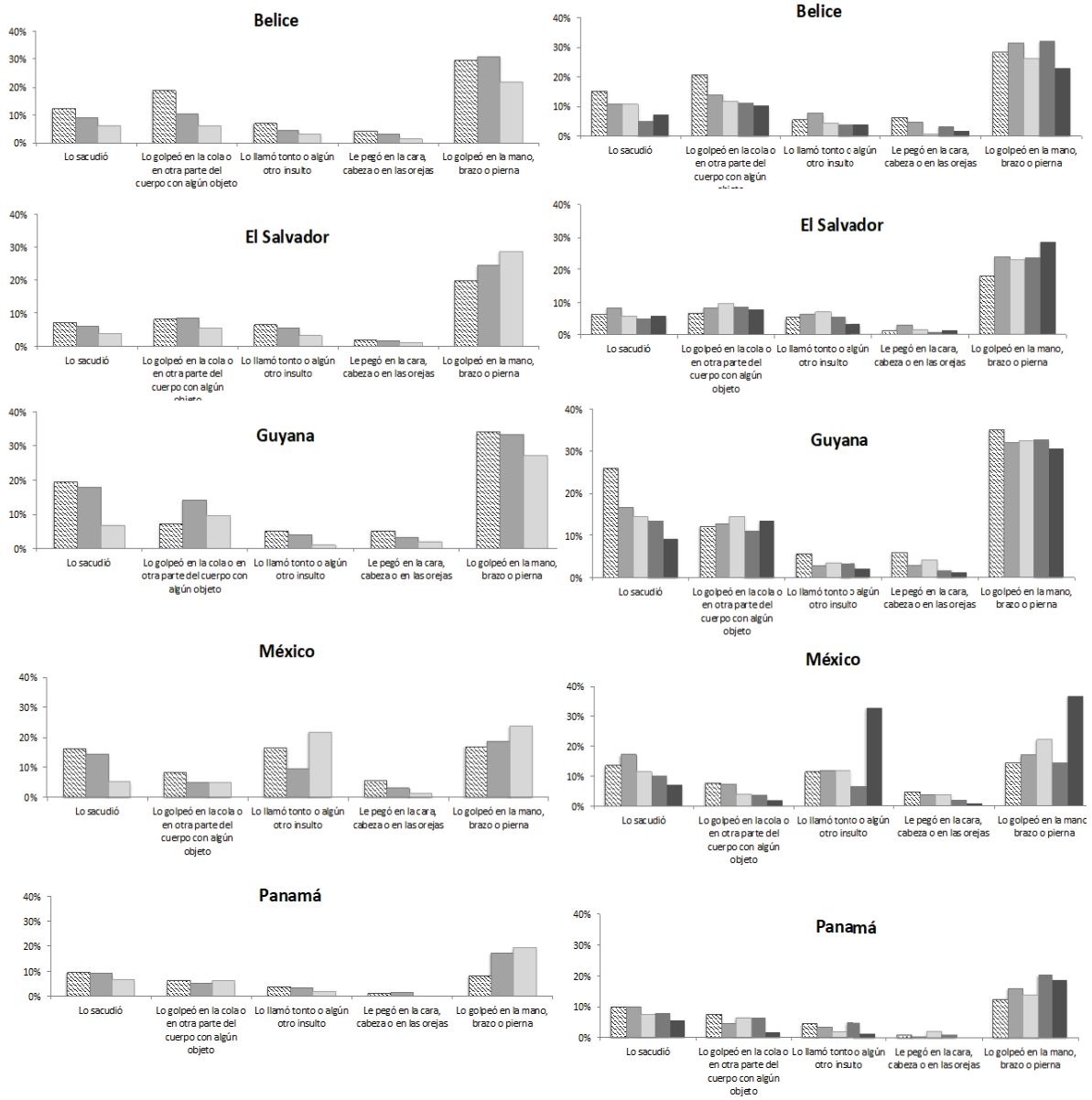
Figura 17. Actividades de juego con la madre por educación materna y quintil de riqueza

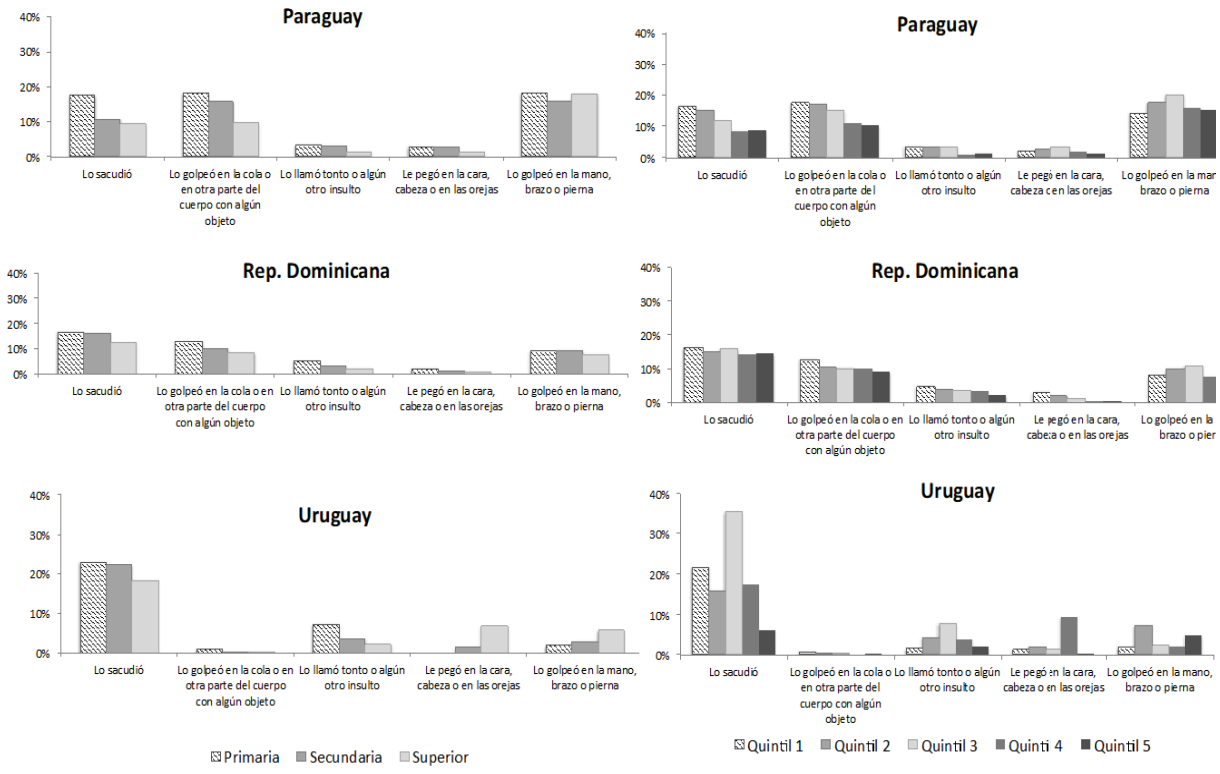




Fuente: Cálculos propios sobre la base de los datos de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) que tienen representatividad nacional: Belice (2015-2016); El Salvador (2014); Guyana (2014); México (2015); Panamá (2013); Paraguay (2016); República Dominicana (2014); Uruguay (2013).
Nota: La figura muestra el porcentaje de madres que realizaron una serie de actividades con el niño en los tres días previos a la encuesta. Para cada país, el panel de la izquierda muestra los porcentajes según la educación de la madre (primaria, secundaria y superior); y el panel de la derecha según el quintil de riqueza (en donde el quintil 1 es el más pobre y el quintil 5 es el más rico). No se incluyó a Barbados porque la muestra es muy pequeña.

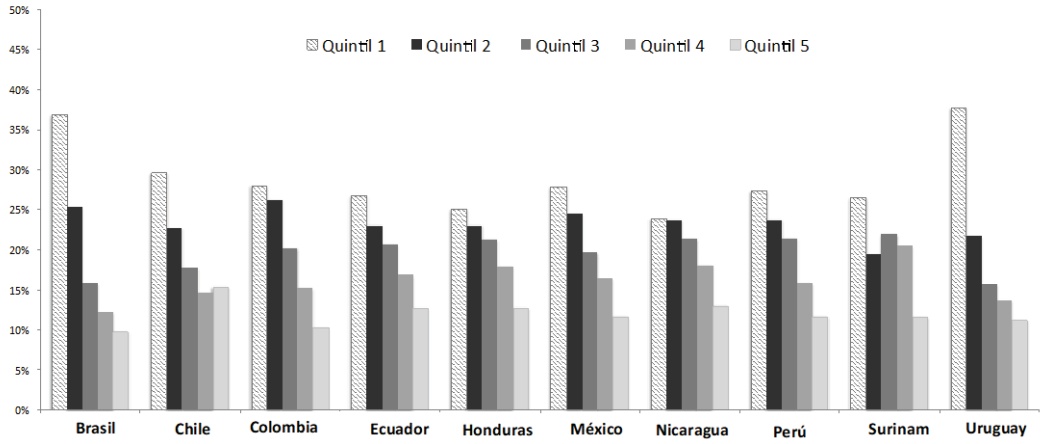
Figura 18. Prácticas de disciplina violenta por educación materna y quintil de riqueza





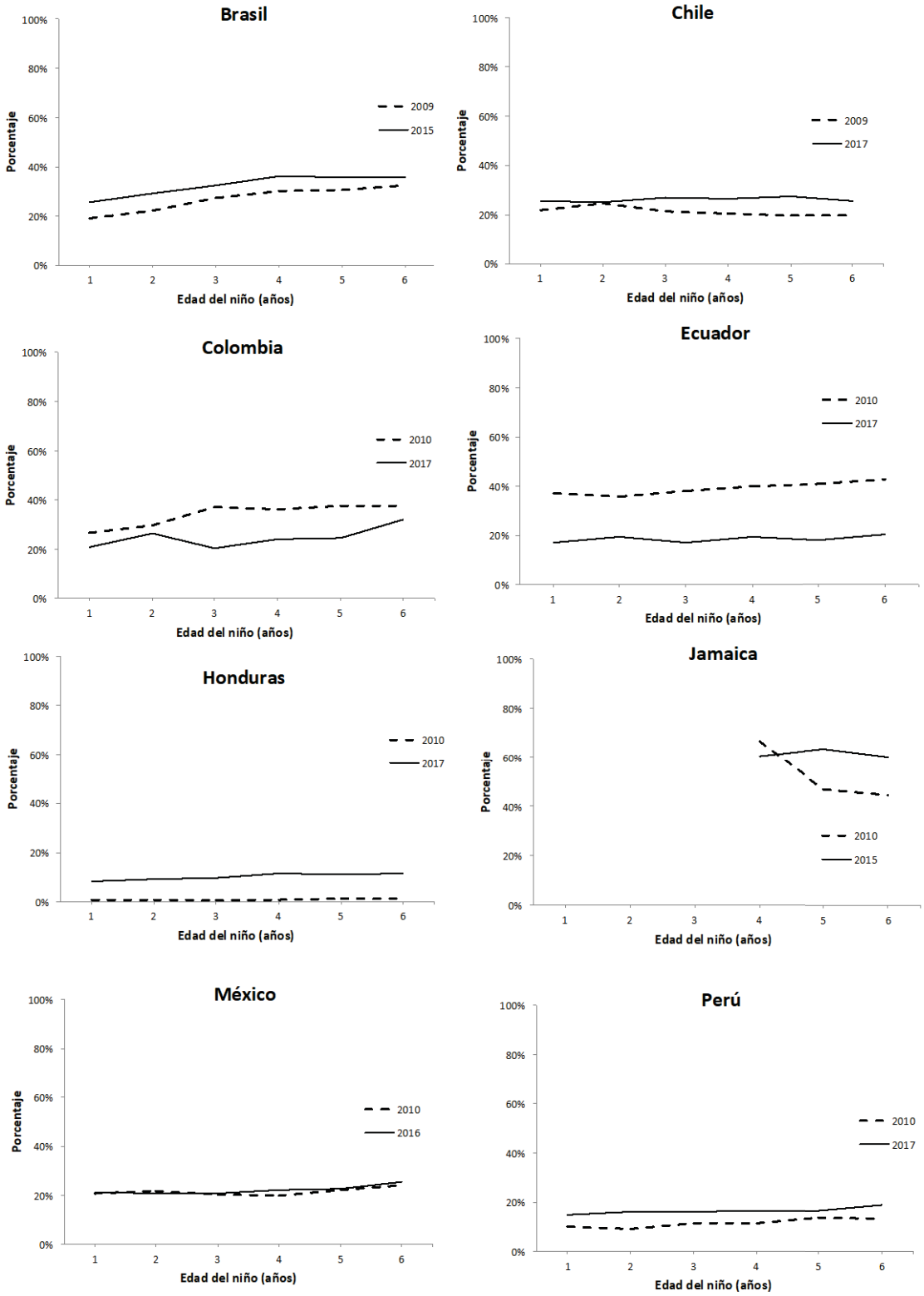
Fuente: Cálculos propios sobre la base de los datos de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) que tienen representatividad nacional: Belice (2015-2016); El Salvador (2014); Guyana (2014); México (2015); Panamá (2013); Paraguay (2016); República Dominicana (2014); Uruguay (2013).
Nota: La figura muestra el porcentaje de madres que utilizaron una serie de prácticas de disciplina violenta en el mes previo a la encuesta. Para cada país, el panel de la izquierda muestra los porcentajes según la educación de la madre (primaria, secundaria y superior); y el panel de la derecha según el quintil de riqueza (en donde el quintil 1 es el más pobre y el quintil 5 es el más rico). No se incluyó a Barbados porque la muestra es muy pequeña.

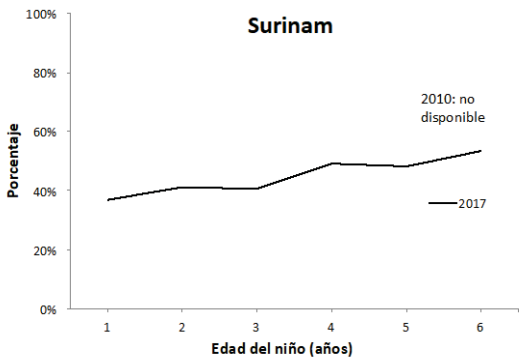
Figura 19. Distribución de los niños de 0-5 años según el quintil de ingresos de sus hogares

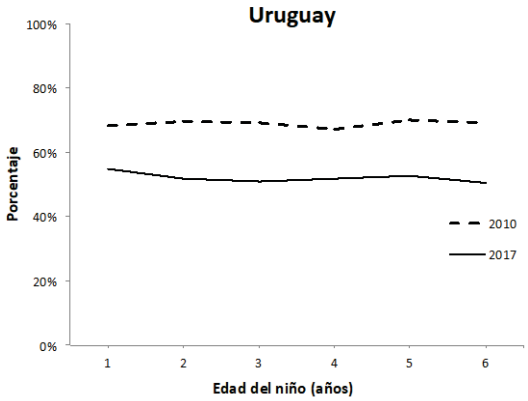


Fuente: Cálculos propios sobre la bases de la Pesquisa Nacional por *Amostra de Domicílios* (PNAD) para Brasil (2015); Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) para Chile (2017); Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) para Colombia (2017); Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) para Ecuador (2017); Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM) para Honduras (2017); Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) para México (2016); Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Nivel de Vida (EMNV) para Nicaragua (2014); Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) para Perú (2017); *Survey of Living Conditions* para Surinam (2017); Encuesta Continua de Hogares para (ECH) Uruguay (2017). Los datos son representativos a nivel nacional.
Nota: La figura muestra la distribución de los niños de 0-5 años según el quintil de ingreso de su hogar (en donde el quintil 1 es el más pobre y el quintil 5 es el más rico). No se pudo incluir a Jamaica por falta de información sobre los ingresos.

Figura 20. Niños beneficiarios de los programas de transferencias monetarias







Fuente: Cálculos propios sobre la bases de la *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD) para Brasil; Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) para Chile; Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) para Colombia; Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) para Ecuador; Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM) para Honduras; *Survey of Living Conditions* (SLC) para Jamaica; Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) para México; Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) para Perú; *Survey of Living Conditions* (SLC) para Surinam; Encuesta Continua de Hogares (ECH) para Uruguay. Los datos son representativos a nivel nacional.
Nota: El eje horizontal corresponde a los años de edad del niño (de 0 a 5 años) y el eje vertical al porcentaje de niños de familias beneficiarias del programa de transferencias monetarias del país. En Surinam hubo información solo para un año. No se incluyeron a los niños menores de dos años para Jamaica porque la muestra es muy pequeña. Los programas corresponden a: Bolsa Familia (Brasil), Chile Solidario (Chile), Familias en acción (Colombia), Bono de Desarrollo Humano (Ecuador), Bono Vida Mejor (Honduras), PATH (Jamaica), Oportunidades-Prospera (México), Juntos (Perú), *Financial and Child Support* (Surinam), y Asignaciones familiares-Plan Equidad (Uruguay). Se considera el hogar beneficiario si algún miembro del hogar al que pertenece lo es. Nicaragua no tiene un programa de transferencias monetarias.

TABLAS

Tabla 1. Nivel de vocabulario receptivo por edad (puntajes de la prueba TVIP empleando estandarización externa)

País	36-41			42-48			49-54			55-60			61-66			67-71		
	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE
Chile (urbano)	1508	104.9	14.2	1890	106.3	16.6	1210	108.4	16.8									
Chile (rural)	177	100.9	13.5	227	100.2	15.6	158	99.9	16.8									
Colombia (urbano)	196	100.9	14.8	219	98.2	18.9	228	95.8	19.5	179	97.9	21.0	211	100.9	21.3	152	99.4	20.9
Colombia (rural)	205	90.9	9.7	198	84.4	10.3	258	79.1	13.3	194	80.0	15.9	235	85.8	19.4	180	84.7	20.8
Ecuador (urbano)	298	90.1	8.6	304	84.7	10.8	272	80.0	14.8	163	77.8	17.4	89	80.3	22.4	61	75.4	19.8
Ecuador (rural)	584	92.6	10.2	569	88.1	14.4	475	82.9	16.4	446	83.9	21.7	309	88.0	23.6	182	89.2	24.6
Nicaragua (rural)	187	89.3	8.4	236	80.2	7.2	277	72.3	9.1	239	64.6	7.9	316	62.0	9.7	249	60.7	9.0
Perú (urbano)													482	98.3	19.5	392	100.6	17.6
Perú (rural)													393	75.6	16.7	70	78.2	18.0

Fuente: Cálculos propios sobre los datos de la Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia (ELPI) para Chile (2010); Encuesta Longitudinal Colombiana de la Universidad de los Andes (ELCA) para Colombia (2010); Ecuador *Longitudinal Survey of Child Health and Development* (ELSCHD) para Ecuador (2003-4); Base de datos de Atención a Crisis para Nicaragua (2005); *Young Lives para Perú* (2006-7). La encuesta de Chile es representativa a nivel nacional para hogares con niños de cinco años de edad o menos. Para la encuesta de Colombia, la muestra urbana es representativa de toda la población menos el 10% más rico, y la muestra rural es representativa para cuatro subregiones geográficas. Para Ecuador, la encuesta es representativa de las familias elegibles o casi elegibles para el programa de transferencias monetarias Bono de Desarrollo Humano. Los datos de Nicaragua son representativos de los hogares para seis municipios rurales incluidos en el programa de transferencias monetarias Atención a Crisis, y los datos de Perú para todos menos el 5% de los distritos más ricos en Perú.
Nota: Puntajes compuestos del Test de Vocabulario en Imágenes de Peabody (TVIP) que corresponden a una función no lineal de los puntajes brutos (media 100 y desviación estándar 15).

Tabla 2. Niveles de desarrollo infantil por edad (puntajes compuestos de la prueba Bayley-III empleando estandarización externa)

País/Dimensión	6-12			13-18			19-24			25-30			31-36			37-42		
	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE
Bogotá (urbano)																		
Cognitivo	179	104.7	9.5	146	102.4	9.8	186	96.3	8.0	161	95.7	8.9	159	95.3	6.5	145	95.3	6.1
Lenguaje	179	102.0	9.9	146	95.7	9.9	186	92.3	10.6	161	94.8	11.0	159	97.3	9.7	145	97.4	7.5
Motor	179	91.0	10.8	146	100.5	12.5	186	99.2	8.3	161	100.0	11.6	159	103.8	10.3	145	102.8	8.0
Socio-emocional	179	95.8	12.8	146	93.6	13.3	186	95.1	12.6	161	90.4	12.7	159	90.1	9.3	145	92.1	9.9
Colombia (semi-urbano)																		
Cognitivo				325	100.2	13.2	307	95.7	11.1				266	92.2	6.2	303	92.4	6.4
Lenguaje				325	95.0	15.0	307	93.5	15.0				266	93.9	8.8	303	94.0	7.5
Motor				325	102.0	13.7	307	101.5	14.0				266	103.0	10.0	303	101.9	9.2
Perú (rural)																		
Cognitivo													208	87.0	5.9	175	86.9	6.4
Lenguaje													208	88.9	6.0	175	88.6	5.1

Fuente: Cálculos propios sobre los datos del estudio de Rubio-Codina et al. (2015) y Rubio-Codina et al. (2016) para Bogotá; evaluación de impacto de un piloto de visitas domiciliarias (Attanasio et al. 2014) para Colombia; línea de seguimiento de la evaluación de impacto del Servicio de Acompañamiento a Familias (2015) para Perú. Estas bases de datos no son representativas a nivel nacional.
Nota: Puntajes compuestos de la prueba Bayley-III que corresponden a una función no lineal de los puntajes brutos (media 100 y desviación estándar 15).

Tabla 3. Porcentaje de palabras que el niño dice por edad (porcentaje de respuestas correctas en la prueba MacArthur)

País	12-18			19-24			25-30			31-36			37-42		
	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE
Bogotá (urbano)	80	0.10	0.09	87	0.41	0.25	91	0.64	0.24						
Colombia (semi-urbano)	350	0.09	0.08	288	0.36	0.22	14	0.41	0.28	281	0.49	0.23	317	0.59	0.23
Ecuador (urbano)	135	0.10	0.13	144	0.33	0.25	146	0.59	0.29	117	0.78	0.23			
Ecuador (rural)	314	0.11	0.13	276	0.35	0.27	342	0.65	0.30	248	0.78	0.23			
México (urbano)	110	0.11	0.14	84	0.31	0.18	93	0.54	0.25	106	0.41	0.23	97	0.45	0.19
México (rural)	315	0.15	0.13	273	0.28	0.22	293	0.54	0.24	290	0.23	0.20	283	0.41	0.24

Fuente: Cálculos propios sobre los datos del estudio de Rubio-Codina et al. (2015) y Rubio-Codina et al. (2016) para Bogotá; evaluación de impacto de un piloto de visitas domiciliarias (Attanasio et al. 2014) para Colombia; Ecuador Longitudinal Survey of Child Health and Development (ELSCHD) para Ecuador (2003-4); Encuesta de Salud y Nutrición de Prospera (ENSANUT-Prospera) para México (2018). La encuesta de México es la única que tiene representatividad nacional.
Nota: Inventarios de Desarrollo Comunicativo de MacArthur. El puntaje representa el porcentaje de palabras que el niño logró decir durante la administración de la prueba. En Bogotá, Colombia y México se cambió de inventario a los 19 y 30 meses. En Ecuador se usó un único inventario para todo el rango etario. México (urbano) incluye la zona metropolitana.

Tabla 4. Niveles de desarrollo infantil por edad y sexo

(puntajes compuestos de la prueba Bayley-III empleando estandarización externa)

País/Dimensión	6-12						13-18						19-24						25-30						31-36						37-42					
	Hombre			Mujer			Hombre			Mujer			Hombre			Mujer			Hombre			Mujer			Hombre			Mujer			Hombre			Mujer		
	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE
Bogotá (urbano)																																				
Cognitivo	108	103.8	10.0	71	106.1	8.5	73	101.0	9.8	73	103.9	9.7	91	95.4	7.0	95	97.1	8.8	89	95.1	8.8	72	96.5	8.9	87	94.5	5.8	72	96.3	7.1	66	95.2	6.4	79	95.4	5.9
Lenguaje	108	101.2	10.7	71	103.2	8.5	73	94.4	9.1	73	97.0	10.6	91	89.4	9.0	95	95.0	11.4	89	93.5	10.5	72	96.5	11.6	87	95.3	10.0	72	99.6	8.8	66	97.0	7.9	79	97.7	7.2
Motor	108	90.6	10.8	71	91.5	10.9	73	99.6	13.5	73	101.5	11.4	91	96.9	7.6	95	101.4	8.5	89	98.6	10.8	72	101.8	12.4	87	102.3	9.7	72	105.8	10.7	66	102.7	8.1	79	102.9	7.9
Socio-emocional	108	95.8	13.3	71	95.8	12.2	73	94.0	11.5	73	93.1	14.9	91	94.5	13.5	95	95.6	11.8	89	90.3	14.3	72	90.6	10.4	87	89.0	8.8	72	91.5	9.7	66	92.0	10.8	79	92.2	9.2
Colombia (semi-urbano)																																				
Cognitivo							168	99.0	12.8	157	101.5	13.5	158	95.8	11.3	149	95.6	10.9							139	91.4	6.4	127	93.0	5.9	155	92.2	6.5	148	92.7	6.3
Lenguaje							168	94.1	14.2	157	96.0	15.8	158	91.4	14.8	149	95.6	14.9							139	92.8	9.6	127	95.1	7.6	155	93.1	8.1	148	95.0	6.8
Motor							168	100.8	14.1	157	103.2	13.1	158	101.1	14.9	149	102.1	12.9							139	101.1	9.8	127	105.1	9.9	155	101.9	8.8	148	102.0	9.7
Perú (rural)																																				
Cognitivo																									101	87.5	5.6	107	86.4	6.1	80	86.6	6.2	95	87.3	6.6
Lenguaje																									101	89.0	5.5	107	88.8	6.4	80	87.9	4.8	95	89.2	5.2

Fuente: cálculos propios sobre los datos del estudio de Rubio-Codina et al. (2015) y Rubio-Codina et al. (2016) para Bogotá; evaluación de impacto piloto de visitas domiciliarias (Attanasio et al. 2014) para Colombia; línea de seguimiento de la evaluación de impacto del Servicio de Acompañamiento a Familias (2015) para Perú. Estas bases de datos no son representativas a nivel nacional.
Nota: Puntajes compuestos de la prueba Bayley-III que corresponden a una función no lineal de los puntajes brutos (media 100 y desviación estándar 15).

Tabla 5. Nivel de vocabulario receptivo por edad y sexo

(puntajes de la prueba TVIP empleando estandarización externa)

País	36-41						42-48						49-54					
	Hombre			Mujer			Hombre			Mujer			Hombre			Mujer		
	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE
Chile (urbano)	756	104.91	14.12	1508	104.94	14.16	937	106.98	16.84	1890	106.32	16.65	617	109.36	16.59	1210	108.39	16.82
Chile (rural)	92	100.68	13.26	85	101.08	13.79	110	100.37	15.83	117	99.96	15.45	87	100.71	16.90	71	98.986	16.83
Colombia (urbano)	96	101.08	13.81	196	100.90	14.84	117	98.77	16.85	219	98.16	18.94	115	96.70	19.71	228	95.803	19.45
Colombia (rural)	109	90.87	9.11	96	90.83	10.47	99	84.43	10.19	99	84.31	10.38	129	80.40	14.69	129	77.822	11.76
Ecuador (urbano)	141	90.04	7.25	298	90.14	8.55	156	85.24	11.78	304	84.69	10.84	143	80.85	14.54	272	80.048	14.83
Ecuador (rural)	310	91.94	9.47	274	93.27	10.94	292	89.47	14.11	277	86.64	14.52	247	83.86	16.57	228	81.89	16.13
Nicaragua (rural)	90	89.11	8.75	97	89.41	8.05	112	79.69	6.88	124	80.67	7.40	151	72.17	8.99	126	72.492	9.28
Perú (urbano)																		
Perú (rural)																		

País	55-60						61-66						67-71					
	Hombre			Mujer			Hombre			Mujer			Hombre			Mujer		
	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE
Chile (urbano)																		
Chile (rural)																		
Colombia (urbano)	87	97.53	21.15	179	97.94	20.95	109	102.11	18.66	211	100.92	21.26	80	97.57	20.57	152	99.40	20.94
Colombia (rural)	92	78.29	13.55	102	81.56	17.68	112	85.98	20.22	123	85.66	18.68	87	83.39	21.64	93	86.01	20.00
Ecuador (urbano)	83	76.55	17.71	163	77.82	17.41	40	82.28	20.26	89	80.26	22.37	34	73.94	20.70	61	75.39	19.78
Ecuador (rural)	223	83.26	21.01	223	84.55	22.41	144	88.99	23.12	165	87.04	24.08	79	92.19	24.23	103	86.98	24.71
Nicaragua (rural)	121	65.04	8.68	118	64.22	7.07	159	62.13	10.05	157	61.80	9.42	120	61.50	9.86	129	59.95	8.12
Perú (urbano)							239	97.67	18.95	482	98.26	19.46	209	100.54	17.84	392	100.61	17.64
Perú (rural)							187	75.80	16.57	206	75.38	16.89	37	77.22	17.59	33	79.36	18.60

Fuente: cálculos propios sobre los datos de la Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia (ELPI) para Chile (2010); Encuesta Longitudinal Colombiana de la Universidad de los Andes (ELCA) para Colombia (2010); Ecuador *Longitudinal Survey of Child Health and Development* (ELSCHD) para Ecuador (2003-4); Base de datos de Atención a Crisis para Nicaragua (2005); *Young Lives* para Perú (2006-7). La encuesta de Chile es representativa a nivel nacional para hogares con niños de 5 años de edad o menos. Para la encuesta de Colombia, la muestra urbana es representativa de toda la población menos el 10% más rico, y la muestra rural es representativa para 4 subregiones geográficas. Para Ecuador, la encuesta es representativa de las familias elegibles o casi elegibles para el programa de transferencias monetarias Bono de Desarrollo Humano. Los datos de Nicaragua son representativos de los hogares para seis municipios rurales incluidos en el programa de transferencias monetarias Atención a Crisis, y los datos de Perú para todos menos el 5% de los distritos más ricos en Perú.

Nota: puntajes compuestos del Test de Vocabulario en Imágenes de Peabody (TVIP) que corresponden a una función no lineal de los puntajes brutos (media 100 y desviación estándar 15).

Tabla 6. Porcentaje de niños de 5 años con algún grado de prescolar completo para 9 países, según su etnia

País	Afrodescendientes	Indígenas	Ambos	El Resto
Bolivia	NA	0.43	NA	0.49
Brasil	0.80	NA	NA	0.84
Chile	NA	0.93	NA	0.92
Colombia	0.83	0.84	NA	0.86
Costa Rica	0.36	0.33	NA	0.37
México	0.89	0.87	0.88	0.88
Panamá	0.59	0.38	0.45	0.55
Perú	0.79	0.80	NA	0.81
Uruguay	0.97	0.99	0.99	0.97

Fuente: Cálculos propios sobre las bases de la Encuesta Continua de Hogares (2017) para Bolivia; *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua* (2017) para Brasil; Censo del 2017 para Chile; Encuesta Nacional de Calidad de Vida (2017) para Colombia**;** Censo del 2011 para Costa Rica**;** Encuesta intercensal (2015) para México**;** Censo del 2010 para Panamá**;** Censo del 2017 para Perú**;** Censo del 2011 para Uruguay. Estas bases de datos son representativas a nivel nacional.
Nota: La tabla muestra el porcentaje de niños que a los cinco años han completado por lo menos un año de prescolar, según su etnia. Las encuestas de México, Panamá, y Uruguay permiten que el individuo se identifique con más de una etnia. La categoría "Ambos" se refiere a las personas que se identificaron como afrodescendiente y como perteneciente a un pueblo indígena simultáneamente. En Perú, se usa la autoidentificación étnica del jefe de hogar pues esta información no se recoge para los niños de 5 años.

Tabla 7. Características de calidad estructural de jardines de cuidado infantil en seis países

País	Programa	Cobertura	Educadores/Cuidadores/Asistentes		Coeficiente de atención	Costo per cápita anual (US$)	Año	Descripción
			Años de educación	Salario (US$)				
Argentina[1]	Espacios de Primera Infancia	180,000 [a]	13.89	231	15.25	1,612	2017	Centros para niños de 45 días a 5 años de edad.
Bolivia[2]	Crecer Bien Para Vivir Bien	1,164 [f]	9.64	n.d.	13.5	n.d.	2018	Centros infantiles en Chuquisaca y Potosí para menores de 4 años.
Colombia	Hogares Comunitarios agrupados	36,890	13 [b]	455	n.d.	674	2019	Servicio para niños menores de 5 años. En un mismo espacio, trabajan entre 2-7 madres comunitarias
	Hogares Comunitarios tradicionales	396,031	13 [b]	418	12.25	637	2019	Servicio para niños menores de 5 años en el hogar de una madre comunitaria.
Perú[3]	Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más	60,695	10.01 [g]	152	4 (6-18 meses) 8 (19-36 meses)	1,184	2018	Niños de 6 a 36 meses en zonas de pobreza y pobreza extrema del ámbito urbano.
Trinidad y Tobago[4]	Early Childhood Care and Education Centres	6,560	16 (maestros) 14 (asistentes) [b]	1300 (maestros) 750 (asistentes)	15 [e]	n.d.	2018	Centros para niños de 3 y 4 años. Asistencia no es obligatoria. Provisión a través de asociación público-privada.
Uruguay[5]	Educación Inicial (pública)- CEIP	86,588 (cifra de 2017)	16 (maestros) 12 (auxiliares) [b]	1884[c]	11.5 (3 años) 25.5 (años) 24.9 (años)	2,798	2018	Jardines y escuelas para niños de 3-5 años. Asistencia obligatoria desde los 4 años.

Nota: Información similar para años previos y otros países se encuentra en Araujo, López-Boo y Puyana (2013). Los datos de cobertura corresponden a las bases administrativas de los programas. Los datos de años de educación son los reportados por los proveedores en encuestas para los casos de Argentina, Bolivia y Perú y los requeridos por los lineamientos para Colombia, Trinidad y Tobago y Uruguay. Los datos de salarios y coeficientes de atención también corresponden a reportes de encuestas en Argentina y Bolivia, mientras que son los que dicta el lineamiento en Perú, Trinidad y Tobago y Uruguay y provienen de información administrativa para Colombia. Para Argentina, los datos de costos provienen de comunicación con la SENAF (febrero 2019) y para Colombia, Perú y Uruguay de sus bases administrativas.

[a]Información del universo de EPI en Argentina para el 2015 del Registro Nacional de Espacios de Primera Infancia. En el Gran Buenos Aires 65.000 niños.

[b]Nivel educativo mínimo.

[c]Corresponde al promedio simple del salario de maestros nivel 1-6.

[d]No incluye gastos de infraestructura edilicia, mobiliario ni partidas para materiales didácticos.

[e]Coeficiente de atención máximo de acuerdo con normativa del Ministerio de Educación.

[f] Información para el universo de centros beneficiarios del programa (N=79).

[g]Información de 2013/2014.

[h]Corresponde al promedio. Puede ser de 10-14 niños por madre comunitaria, dependiendo de las necesidades en territorio.

1. Lopez Boo et al. (en proceso); Johannsen et al. (en proceso); 3. Araujo, Dormal y Schady (2018) y comunicación con el Programa en enero de 2019; 4. Comunicación con el Ministerio de Educación en enero de 2019 y Ministerio de Educación (s.f.); 5. Administración Nacional de Educación Pública (2018), y comunicación con SEIP en enero de 2019.

Tabla 8. Calidad estructural y de procesos en los jardines de cuidado infantil

Instrumento	Argentina[1]	Bolivia[2]	Bolivia[2]	Chile[3]	Colombia[4]	Ecuador[5]	Perú[6]
ITERS							
Total	**-**	**1.3**	**2.2**	**3.2**	**1.9**	**2.1**	**3.6**
Espacio y muebles	-	1.2	2.6	3.6	1.9	2.1	3.4
Rutinas de cuidado	-	1.1	1.6	3.2	1.2	1.7	3.2
Escuchar y hablar	3.0	1.3	2.7	3.6	1.9	2.5	3.3
Actividades	-	1.2	1.9	2.7	1.5	1.5	2.9
Interacción	3.9	1.4	3.3	4.0	2.2	3.3	5.0
Estructura del programa	-	1.1	2.6	3.4	2.1	2.6	4.0
Padres y personal	-	1.3	1.8	3.0	2.3	2.0	2.8
Observaciones	95	100	62	63	36	404	602
CLASS- PÁRVULOS							
Total	**4.1**	**-**	**-**	**-**	**-**	**2.9**	**3.1**
Apoyo emocional y conductual	**5.1**	**-**	**-**	**-**	**-**	**3.6**	**3.9**
Clima positivo	5.4	-	-	-	-	3.3	3.4
Clima negativo	6.7	-	-	-	-	6.6	6.9
Sensibilidad del educador	4.7	-	-	-	-	3.4	3.3
Consideración por la perspectiva del niño	3.1	-	-	-	-	2.0	3.1
Orientación de la conducta	5.7	-	-	-	-	2.9	3.0
Apoyo motivador del aprendizaje	**2.5**	**-**	**-**	**-**	**-**	**1.6**	**1.8**
Facilitación del aprendizaje y desarrollo	2.5	-	-	-	-	2.1	2.5
Calidad de la retroalimentación	2.1	-	-	-	-	1.3	1.3
Modelaje lingüístico	2.9	-	-	-	-	1.6	1.5
Observaciones	55					404	602
Año	2017	2014	2018	-	2012	2012	2013/2014
Representatividad de la muestra	Gran Buenos Aires	Chuquisaca y Potosí	Chuquisaca y Potosí	Concepción	Nacional (14 ciudades)	Nacional	Nacional

Fuente: Los datos de Bolivia (2014), Ecuador y Perú provienen de Berlinski y Schady, 2015. Los datos de Buenos Aires corresponden a López Boo et al. (en proceso); los datos de Bolivia (2018) son de Johannsen et al. (en proceso); los de Chile vienen de Herrera et al. 2005.1: Espacios de Primera Infancia; 2: Crecer Bien para Vivir Bien; 3: Jardines; 4: Centros de Desarrollo Infantil; 5: Centros Infantiles del Buen Vivir (hoy Centros de Desarrollo Infantil); 6: Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más.
Nota: Se reportan puntajes de dos escalas que miden la calidad de los servicios en centros. El ITERS-R[1] (Harms, Cryer y Clifford 2006) y el ECERS-R[1] (Harms, Cryer y Clifford 2005) evalúan aspectos relacionados tanto a la calidad de las interacciones como a la calidad estructural, o la disponibilidad de recursos de apoyo como espacios, rutinas, materiales y otros. El Sistema de Observación y Calificación en el Aula (CLASS, por sus siglas en inglés) (La Paro, Hamre y Pianta 2008; La Paro, Hamre y Pianta 2011), por su parte, se enfoca exclusivamente en la calidad de procesos. Las dos herramientas se administran por observación y codificación de un protocolo. Se califican en una escala del 1 al 7. Los puntajes en un rango de 1-2 se interpretan como calidad muy baja, entre 3-5 son niveles medios y 6—7 son puntajes que describen una buena calidad.

Tabla 9. Calidad de procesos en programas de preescolar de ALC

CLASS (PRE-K)	Trinidad y Tobago[1]	Jamaica[2]
Total	**3.7**	**3.5**
Apoyo emocional	**4.8**	**4.2**
Clima positivo	4.9	4.2
Clima negativo	6.7	5.5
Sensibilidad del educador	4.3	4.4
Consideración por la perspectiva del niño	3.5	2.8
Organización del aula	**4.4**	**4.8**
Manejo de la conducta	5.2	4.6
Productividad	4.9	5.4
Formatos de aprendizaje instruccional	3.0	4.5
Apoyo pedagógico	**1.4**	**1.4**
Desarrollo de conceptos	1.5	1.1
Calidad de la retroalimentación	1.5	1.3
Modelaje lingüístico	1.4	1.9
Observaciones	82	226
Año	2015/2016	2015
Representatividad muestra	Nacional	Kingston y St Andrew

Fuente: Los datos de Trinidad y Tobago corresponden a Cruz-Aguayo y Schodt (2018) y los de Jamaica a Baker-Henningham et al. (2016). 1: *Early Childhood Care and Education Centers*; 2: *Basic School Classrooms*.
Nota: Se reportan puntajes del Sistema de Observación y Calificación en el Aula (CLASS, por sus siglas en inglés) (La Paro, Hamre y Pianta 2008; La Paro, Hamre y Pianta 2011). El CLASS se enfoca exclusivamente en la calidad de procesos y se administra por observación y codificación de un protocolo. Se califica en una escala del 1 al 7. Los puntajes en un rango de 1-2 se interpretan como calidad muy baja, entre 3-5 son niveles medios y 6--7 son puntajes que describen una buena calidad.

Tabla 10. Participación laboral por sexo y arreglos familiares

País	Mujeres (%)				Hombres (%)				Diferencia hombres-mujeres (puntos porcentuales)			
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total
Argentina	79.2	60.6	71.6	70.2	94.6	97.8	96.7	96.4	15.4	37.1	25.2	26.2
Bolivia	77.3	63.0	73.0	69.5	98.0	99.1	98.9	98.8	20.7	36.1	25.9	29.3
Brasil	71.5	64.1	71.2	69.4	91.2	95.2	93.5	93.1	19.7	31.0	22.3	23.7
Chile	73.9	62.6	69.0	68.6	95.4	97.9	97.9	97.0	21.5	35.3	28.9	28.4
Colombia	76.5	66.9	74.5	72.4	96.5	98.8	98.2	97.9	20.1	31.9	23.8	25.5
Costa Rica	64.7	50.8	60.4	58.9	94.9	98.5	98.0	97.2	30.3	47.6	37.6	38.3
Rep. Dominicana	65.1	61.0	69.1	65.4	92.9	97.6	96.2	95.5	27.8	36.6	27.0	30.1
Ecuador	75.5	62.0	69.8	67.4	96.9	98.8	98.5	98.4	21.5	36.8	28.8	31.0
Guatemala	51.1	38.0	47.5	43.5	97.4	98.9	98.1	98.4	46.3	60.9	50.6	54.9
Honduras	63.6	48.9	58.1	54.2	96.9	99.2	99.1	98.8	33.3	50.3	41.0	44.6
México	66.6	54.0	63.8	61.0	96.6	98.4	98.3	98.0	30.0	44.4	34.5	37.0
Nicaragua	70.5	52.2	64.4	59.6	96.3	98.2	97.0	97.5	25.9	46.1	32.6	38.0
Panamá	75.8	62.5	69.8	68.4	97.4	99.6	98.5	98.5	21.6	37.1	28.7	30.2
Perú	82.5	71.8	80.6	77.5	96.5	98.4	98.4	98.0	14.1	26.6	17.9	20.5
Paraguay	74.2	64.3	71.1	68.5	97.4	98.6	98.4	98.3	23.1	34.3	27.3	29.8
El Salvador	61.0	49.0	60.2	56.4	91.8	96.0	95.7	94.9	30.8	47.0	35.5	38.5
Uruguay	84.5	76.8	83.2	81.8	96.2	98.6	97.7	97.4	11.8	21.8	14.5	15.7
Promedio simple	71.4	59.3	68.1	65.4	95.7	98.2	97.6	97.3	24.3	38.9	29.5	31.9

Fuente: Cálculos propios basados en las encuestas oficiales de hogares armonizadas por el BID. Encuestas de hogares del año 2017, con la excepción de México (2016) y Nicaragua (2014). Estas bases de datos son representativas a nivel nacional.
Nota: Grupo 1 = hogares sin presencia de hijos menores de 18 años; Grupo 2 = hogares en los cuales el menor de los hijos tiene entre 0 y 5 años; Grupo 3 = hogares en los cuales el menor de los hijos tiene más de 6 años y menos de 18 años; Total incluye a todos los hogares de la encuesta. Las tasas de participación laboral resultan de dividir a la población económicamente activa (PEA) sobre el total de personas en el rango de edad particular. Las estimaciones solo incluyen a jefes(as) de familia y cónyuges del jefe(a).

Tabla 11. Licencias por Maternidad, paternidad y licencia parental

País	Maternidad	Paternidad	Parental	Fuente
Argentina	90 días. Se puede tomar 45 antes del parto y 45 después, o 30 antes y 60 después del parto. Hay licencias mayores en varias provincias.	2 días. Hay licencias mayores según la provincia.	No contempla licencia parental. Proyecto de ley prevé establecer licencia de 180 días posteriores al parto para padre o madre.	Ley de Contrato de Trabajo.
Bahamas	12 semanas.	1 semana sin goce de sueldo.	No contempla licencia parental.	Employment Act, 2001.
Barbados	12 semanas.	No contempla licencia por paternidad.	No contempla licencia parental.	Employment of Women (Maternity Leave) Act.
Bolivia	15 días prenatal y 45 días postnatal.	3 días.	No contempla licencia parental.	Ley General del Trabajo, Decreto Supremo N° 1212.
Brasil	4 meses.	5 días. Se extiende a 20 días en caso que el padre trabaje para una empresa que participe de programa Empresa Ciudadana.	No contempla.	Ley N° 8112/90, Ley N° 11.770/08 "Programa Empresa Ciudadana."
Chile	6 semanas prenatal y 12 semanas postnatal.	5 días.	Finalizada la licencia postnatal, existe un permiso postnatal parental de 12 semanas a jornada completa o 18 semanas a media jornada. La madre puede transferir al padre 6 semanas si opta por jornada completa o 12 semanas si opta por media jornada. Olbligatoriamente las primeras 6	Código del Trabajo. Ley N° 20.545 de 2011.
Colombia	18 semanas.	4 días si el padre es el único contibuyente al sistema de salud; 8 días si ambos padres contribuyen.	No contempla licencia parental.	Ley N° 1822, Código del Trabajo.
Costa Rica	1 mes prenatal y 3 meses postnatal.	No contempla licencia por paternidad.	No contempla licencia parental.	Código del Trabajo.
Ecuador	2 semanas prenatal y 10 semanas postnatal.	10 días.	No contempla licencia parental.	Código del Trabajo.
El Salvador	6 semanas prenatal y 10 semanas postnatal.	3 días.	No contempla licencia parental.	Código del Trabajo, Decreto N° 335.
Guatemala	30 días prenatal y 54 días postnatal.	2 días.	No contempla licencia parental.	Código del Trabajo.
Honduras	10 semanas que se dividen de la siguiente forma: 4 semanas antes del parto, 6 semanas con posterioridad.	No contempla licencia por paternidad.	No contempla licencia parental.	Código del Trabajo.
Jamaica	12 semanas.	No contempla licencia por parternidad.	No contempla licencia parental.	The Maternity Leave Act, 1979.
México	6 semanas prenatal y 6 semanas postnatal.	5 días.	No contempla licencia parental.	Ley Federal del Trabajo.
Panamá	6 semanas prental y 8 semanas postnatal.	3 días.	No contempla licencia parental.	Código del Trabajo. Ley N° 27 de 2017.
Paraguay	2 semanas prenatal y 16 semanas postnatal.	14 días.	No contempla licencia parental.	Ley N° 5508 de 2015, Decreto 7750.
Perú	49 días prenatal y 49 días postnatal.	10 días.	No contempla licencia parental.	Ley N° 30.367, Decreto Supremo 006-2016-TR, Ley N° 30.807, Ley General del Trabajo.
República Dominicana	14 semanas.	2 días.	No contempla licencia parental.	Código del Trabajo. Resolución N° 211-14 que aprobó Convenio N° 183 OIT.
Uruguay	14 semanas.	13 días.	Finalizada la licencia por maternidad y por un período de 6 meses, el padre o la madre pueden trabajar media jornada en forma alternada o indistinta, recibiendo un subisidio para el cuidado del niño.	Ley N° 19.161.
Venezuela	6 semanas prenatal y 20 semanas postnatal.	14 dias.	No contempla licencia parental.	Ley Orgánica del Trabajo, los Trabajadores y las Trabajadoras.

Tabla 12. Corresponsabilidades para los niños de 0-5 años y mujeres gestantes de los programas de transferencias monetarias

País	Programa	Control salud 0-5	Suplementación nutricional 0-5	Asistencia prescolar	Control de salud durante el embarazo
Argentina	Asignaciones Familiares	X		5 años	X
	Programa de Ciudadanía Porteña	X		3-5 años	X
Belice	Creando oportunidades para nuestra transformación social (Building Opportunities for Our Social Transformation, BOOST)	X			X
Bolivia	Bono Madre Niña-Niño Juana Azurduy	X			X
Brasil	Bolsa Familia	X			X
	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI)				
Colombia	Más Familias en Acción	X		5 años	X
Costa Rica	Fondo Nacional de Becas (FONABE)			4-5 años	
Ecuador	Bono de Desarrollo Humano	X			X
El Salvador	Programa de Apoyo a Comunidades Solidarias en El Salvador	X		5-6 años	X
Guatemala	Mi Bono Seguro	X			X
Honduras	Bono Vida Mejor	X	X		X
Jamaica	Programme of Advancement Through Health and Education	X			
México	Prospera	X	X		X
Panamá	Bonos Familiares para la Compra de Alimentos	X			X
	Red de Oportunidades	X			X
Paraguay	Abrazo	X			
	Tekoporâ	X			X
Perú	Juntos	X	X		X
República Dominicana	Progresando con Solidaridad	X			X
Trinidad y Tabago	Targeted Conditional Cash Transfer Program			3-5 años	
Uruguay	Asignaciones Familiares - Plan Equidad	X		4-5 años	X

Fuente: Base de datos de programas de protección social no contributiva en ALC de CEPAL y consultas con expertos.
Nota: Programas de transferencias monetarias que estaban en operación en diciembre de 2018. Esta tabla no incluye programas de apoyo a los ingresos que otorgan cupones para compra de alimentos y que son comunes en los países del Caribe como Bahamas y Barbados. Tampoco incluye las estrategias multisectoriales de acompañamiento a los pobres extremos.

Tabla 13. Programas de Trabajo con Familias en ALC

País	Programa	Inicio de operación	Cobertura	Población objetivo	Edad de atención	Modalidad atención y frecuencia	Áreas prioritarios de atención
Argentina[1]	Programa Nacional Primeros Años	2006	434,850 familias	Familias con vulnerabilidad. Se priorizan localidades con altos niveles de aislamiento y dificultades en el acceso a salud y educación.	0-48 meses	Sesiones grupales mensuales	Fortalecer prácticas de crianza
Brasil[2]	Criança Feliz	2016	233,000 familias	Familias beneficiarias del programa Bolsa Familia y/o de los programas que engloba la estrategia	prenatal-36 meses	Visitas al hogar semanales, con periodicidad variable en función de la estrategia regional (ver nota al pie)	Fortalecer vínculos y el rol de las familias en el cuidado, protección y educación de las niñas y niños
Chile[3]	Nadie es Perfecto	2007	70,000 familias	Padres y cuidadores atendidos por el sistema público de salud y/o educativo	0-59 meses	6 talleres grupales con padres	Promover habilidades de crianza: desarrollo mental; desarrollo físico; auto-eficacia como padres; manejo de conductas y comportamientos; seguridad y prevención de accidentes
Colombia[4]	Hogares Comunitarios FAMI	1991	118,772 familias	Familias en situación de vulnerabilidad, condición de desplazamiento y familias pertenecientes a grupos étnicos	prenatal-24 meses	Sesiones grupales semanales y visitas domiciliarias mensuales	Promover prácticas de cuidado y crianza Entregar canastas alimentarias
Colombia[5]	Desarrollo Infantil en Medio familiar (DIMF)	2012	452,000 familias	Familias vulnerables en zonas rurales, rurales dispersas y urbano-marginales	0-59 meses	Sesiones grupales semanales y, para menores de 2 años, visitas mensuales adicionales	Promover prácticas de cuidado y crianza Entregar canastas alimentarias
Cuba[6]	Educa a tu Hijo	1982	463,000 familias (más del 70% de los niños y niñas en el país)	Gestantes Niños y niñas en el rango etario objetivo que no asisten a ninguna institución infantil	prenatal-71 meses	Gestantes-23 meses: visitas domiciliarias semanales o 2 veces por semana 24-71 meses: sesiones grupales semanales	Potenciar conocimientos esenciales en las familias para que preparen a sus hijos para el ingreso a la escuela (enfoque educativo)
Ecuador[7]	Creciendo con Nuestros Hijos (CNH)	2006	200,000 familias	Población pobre y con riesgo de exclusión social	prenatal-36 meses	prenatal-18 meses: visitas semanales hogar (mensuales para gestantes) 19-36 meses: sesiones grupales semanales	Promover prácticas de crianza y el desarrollo infantil (enfoque psicosocial)
Mexico[8]	Programa de Educación Inicial, PEI-Conafe	2002	444,108 familias	Población vulnerable en zonas sin acceso a prescolar	prenatal-48 meses	Sesiones grupales semanales	Enriquecer prácticas de crianza para la promoción del desarrollo infantil integral
Nicaragua[9]	Amor para los más Chiquitos - Visita Casa a Casa	2012	~ 70,000 familias	Familias en municipios urbanos y rurales con altos niveles de pobreza	0-71 meses	0-35 meses: visitas domiciliarias quincenales 36-71 meses: visitas domiciliarias cada dos meses	Promover prácticas parentales y acompañamiento psicosocial a familias
Perú[10]	Servicio de Acompañamiento a Familias de Cuna Más (SAF)	2012	97,837 familias	Población en zonas que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema y con altos niveles de desnutrición crónica	0-36 meses	Visitas al hogar semanales	Promover el desarrollo infantil integral (enfoque psicosocial) Mejorar prácticas de cuidado y crianza Entregar suplementación nutricional
Uruguay[11]	Uruguay Crece Contigo - Programa de Acompañamiento Familiar y Trabajo de Cercanía	2012	> 38,775 familias	Familias y mujeres embarazadas en situación de vulnerabilidad/riesgo socio-sanitario	prenatal-47 meses	Visitas al hogar semanales	Promover el desarrollo infantil integral

Fuente:

1 Cobertura a 2011. http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/politicas/218/programa-nacional-de-desarrollo-infantil-primeros-anos; Araujo et al (2013).

2 Cobertura a enero de 2018. *Criança Feliz* es una estrategia nacional de promoción del desarrollo que desde 2016 engloba varios programas regionales. Los más emblemáticos, con una mayor trayectoria operando, son: *Primera Infancia Melhor* (PIM) en *Rio Grando do Sul*; *Programa Cresca con o seu Filho* en Fortaleza, *Familia Que Acolhe* (FQA) en Boa Vista. http://mds.gov.br/assuntos/crianca-feliz/crianca-feliz/conheca-o-programa; Bernad Van Leer Foundation (2018).
Cross Content (2018).

3 Cobertura a 2016. *Nadie es Perfecto* es parte de los servicios que ofrece Chile Crece Contigo. http://www.crececontigo.gob.cl/beneficios/talleres-nadie-es-perfecto/; World Bank (2018)
Cross Content (2018).

4 Cobertura a diciembre de 2018. FAMI está siendo reemplazado por DIMF como parte de la Estrategia de Cero a Siempre. http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PrimeraInfancia/ICBF/Servicios/Familiar

5 Cobertura a diciembre de 2018. http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PrimeraInfancia/ICBF/Servicios/Familiar

6 Cobertura a 2016. https://www.ecured.cu/Educa_a_tu_Hijo Cross Content (2018).

7 Cobertura a 2018. https://plataformacelac.org/programa/47

8 Cobertura a 2013. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343879&fecha=08/05/2014; https://www.gob.mx/conafe/acciones-y-programas/educacion-inicial-del-conafe; Fernald et al (2016).

9 El programa operó de septiembre a julio 2018, momento a partir del cual ha ido reduciendo cobertura gradualmente. https://plataformacelac.org/programa/401

10 Cobertura a 2017. http://www.cunamas.gob.pe; http://www.cunamas.gob.pe/?p=11383 Cross Content (2018).

11 Cobertura a 2018. https://presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/mides-uruguay-crece-contigo-intervencion-en-localidades-departamentos; Bernad Van Leer Foundation (2016); Cross Content (2018).

Tabla 14. Entidades articuladoras de políticas de DIT

País	Institucionalidad	Año de creación	Dependencia a la cual pertenece	Funciones	Sectores que lo conforman
Argentina	Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia, SENAF	2004	Ministerio de Salud y Desarrollo Social	Articular con diferentes áreas técnicas las actividades, planes de desarrollo y programas de primera infancia. Existe una oficina de SENAF en cada provincia que coordina la inter-sectorialidad de los servicios de desarrollo infantil.	Desarrollo social, salud, educación y justicia
Brasil	Comité Intersectorial del Programa Crianza Feliz	2017	Ministerio de la Ciudadanía, Secretaría de Desarrollo Social	Planear y articular los componentes del Program Crianza Feliz a nivel estatal, federal y municipal.	Desarrollo Social, Asistencia Social, Educación, Salud, Cultura y Derechos Humanos
Chile	Subsistema de protección integral a la infancia Chile Crece Contigo	2009	Ministerio de Desarrollo Social	Definir orientaciones técnicas para la operación y gestión del Subsistema y el trabajo en red; Supervisar el funcionamiento de los mecanismos de coordinación entre organismos públicos y privados que participan del subsitema; Planificar, monitorear y supervisar financiera y técnicamente las acciones y prestaciones que componen al Subsistema; Mantener información actualizada sobre el presupuesto y gasto de las prestanciones del Subsistema; Diseñar, administrar y mantener un registro informático en línea con información para el seguimiento a la trayectoria del desarrollo de los niños y familias beneficiarios de la red.	Salud, Educación, Desarrollo Social, Junta Nacional de Jardines Infantiles, Fundación Integra y Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas
Colombia	Comisión Intersectorial de Primera Infancia	2011	Presidencia de la República	Dar dirección a la implementación de la Estrategia "De Cero a Siempre" (DCAS) en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal; Recomendar los lineamientos para la implementación de un Sistema Único de Calidad dirigido a la Atención Integral a la Primera Infancia (AIPI); Adoptar el Plan de Acción Nacional para implementar la Estrategia DCAS; Coordinar la política nacional para la AIPI; Apoyar en la formulación de la política nacional para la AIPI. Orientar e implementar un esquema de financiación sostenible, que posibilite la ampliación de cobertura para la AIPI; Crear el Sistema Único Nacional de Información de la población en la primera infancia; Estructurar los esquemas de asociación público-privadas en asuntos de primera infancia; Promover los mecanismos de cooperación nacional e internacional, en materias relacionadas con la AIPI; Dar lineamientos para establecer la oferta regional de servicios y proyectos de inversión de las entidades del orden nacional.	Presidencia, Salud, Protección Social, Eduacicón, Cultura, Vivienda, Planeación, Prosperidad Social, ICBF, Unidad de Atención y Reparación Integral a Víctimas, Deportes, Seguridad Alimentaria y Nutricional
Ecuador	Misión Ternura	2018	Comité Interinstitucional del Plan Toda una Vida, presidido por la Primera Dama	Misión Ternura es una política que remplaza a la *Estrategia Nacional Intersectorial para la Primera Infancia: Infancia Plena,* ejecutada desde 2012 bajo el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. Busca promover el bienestar humano desde la gestación y durante los primeros 5 años de vida. Para alcanzarlo, prevé articular las acciones interinstitucionales en las que participan el Estado, los Gobiernos Autónomos Descentralizados, la sociedad, la comunidad y la familia. Comprende servicios en cuatro ámbitos: salud, alimentación y nutrición, fomento del juego para el aprendizaje temprano, y entornos seguros y protectores.	Presidencia, Secretaría Técnica Plan Toda una Vida, Salud, Educación, Inclusión Económica y Social
Jamaica	Comisión de Primera Infancia	2003	Ministerio de Educación	Coordinar todas las actividades, planes de desarrollo y programas del sector de desarrollo infantil, a través de tres departamentos: regulación y monitoreo, servicios de apoyo y coordinación inter-sectorial.	Educación. A través del departamento encargado de coordinación, se relaciona con otros sectores.
México	Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes	2015	Secretaría de Gobernación	Apoyar al Sistema Nacional de Protección Integral en la ejecución y seguimiento de los acuerdos y resoluciones emitidos; Celebrar convenios de coordinación, colaboración y concertación con instancias públicas y privadas, nacionales e internacionales; Administrar el Sistema Nacional de Información sobre niñas, niños y adolescentes a nivel nacional; Asesorar y apoyar a los gobiernos de las entidades federativas, así como a las autoridades federales que lo requieran para el ejercicio de sus atribuciones; Coordinar con las Secretarías Ejecutivas de los Sistemas de las Entidades la articulación de la política nacional, así como el intercambio de información.	Presidencia, Gobernación, Desarrollo Social, Hacienda, Salud, Educación, Relaciones Exteriores, Trabajo, Sistema Nacional de Desarrollo Integral Familiar, Fiscalía, Derechos Humanos, Telecomunicaciones.
Panamá	Consejo Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia	2009	Despacho de la Primera Dama	Organismo rector, responsable de articular, supervisar, actualizar y evaluar la aplicación de la Ruta de Atención Integral a la Primera Infancia.	Despacho de la Primera Dama, Salud, Educación, Desarrollo Social, Instituto Panameño de Habilitación Especial, Economía, Tribunal Electoral, Secretaría Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia, Instituto Nacional de la Mujer, Contraloría, Secretaría Nacional para el Plan Alimentario Nacional, ONGs, Asociaciones profesionales, Gremios empresariales, Secretaría Social de la Presidencia
República Dominicana	Instituto Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia (INAIPI)	2014	Desconcentrado adscrito al Ministerio de Educación	Gestionar la prestación de servicios de atención integral de calidad a menores de 5 años; Trabajar directamente con las familias de zonas vulnerables en el fortalecimiento de las prácticas de crianza; Garantizar el cumplimiento de las normas y estándares de calidad ; Coordinar alianzas con organismos públicos, privados y ONGs; Promover la formación del recurso humano y la participación activa de las familias y comunidades en la cogestión de los servicios .	No existe una mesa interinstitucional. Está en contacto con: Educación, Salud, Ministerio de la Mujer, Procuraduría, Junta Nacinal Electoral, Ayuntamientos, Gabinete Coordinador de Política Social, Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia.
Uruguay	Uruguay Crece Contigo	2014	Ministerio de Desarrollo Social	Es una política pública de cobertura nacional, que apunta a consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia. Para ello se propone el desarrollo de acciones universales y focalizadas que garanticen los cuidados y protección adecuados de las mujeres embarazadas y el desarrollo de niños y niñas menores de 4 años, desde una perspectiva de derechos, género y generaciones.	Instituto Nacional del Niño y el Adolescente, Salud, Educación y Cultura, Previsión Social, Vivienda, y el Plan CAIF.

Nota: La información de la tabla se consolidó consultando las siguientes fuentes. Argentina: Consulta a expertos locales y página web del Ministerio de Salud y Desarrollo Social en enero de 2019, https://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial; Brasil: Decreto 956 del 22 de marzo de 2018 sobre el Programa Crianza Feliz; Chile: Reglamento del Subsistema de Protección Integral a la Infancia ChCC; Ley 20.379 de Creación de dicho Sistema y página web de ChCC, consultada en enero de 2019, http://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc/que-es/ ; Colombia: Página web de la Comisión Intersectorial para la Primera Infancia, consultada en enero de 2019, http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Paginas/ComisionIntersectorial.aspx; Ecuador: Documento de presentación de la Misión Ternura, consultado en enero de 2019, disponible en https://issuu.com/todaunavida/docs/misionternurai2/54; Jamaica: Página web de la Comisión de Primera Infancia, consultada en enero de 2019, https://ecc.gov.jm/; México: Página web del SIPINNA, consultada en enero de 2019, https://www.gob.mx/sipinna; Panamá: Decretos de Creación y Reformas al CONAIPI, decretos 201 (27 de noviembre de 2009), 108 (6 de febrero de 2014) y 213 (10 de marzo de 2015); República Dominicana: Consulta a autoridades y página web del INAIPI en enero de 2019, https://www.inaipi.gob.do/; Uruguay: Página web de Uruguay Crece Contigo, consultada en enero de 2019, http://www.mides.gub.uy/41937/uruguay-crece-contigo-ucc.

Tabla 15. Características del personal de los servicios de DIT

Característica	Brasil			Ecuador			México		
	Maestros[a]	Cuidado[b]	Auxiliares[c]	Maestros[a]	Cuidado[b]	Auxiliares[c]	Maestros[a]	Cuidado[b]	Auxiliares[c]
Mujeres	98%	97%	96%	98%	91%	n.d.	92%	97%	77%
Edad	37.84	38.41	37.94	37.13	39.15	n.d.	35.53	35.47	34.69
Años de educación	15.63	8.49	11.52	16.15	10.59	n.d.	14.99	9.64	13.47
Salario	1,759	781	1,156	672	313	n.d.	7,824	2,417	5,341
Salario mínimo	788			375			2,220		
Observaciones	979	2,204	274	160	425	7	509	920	156

a: Para Brasil son los profesores de prescolar con estudios superiores; para Ecuador y México, son los profesores de prescolar. La categoría ocupacional de las encuestas se refiere a este nivel como educación inicial.
b: Para Brasil son los asistentes de *creche* y acompañantes de ancianos; para Ecuador son los cuidadores de niños y trabajadores de los cuidados personales; para México son los cuidadores de niños, personas con discapacidad y ancianos.
c: Para Brasil son los profesores de prescolar con estudios de nivel medio; para Ecuador son los auxiliares de maestros; para México son los auxiliares y técnicos en pedagogía.
Nota: Para Brasil, se emplea la *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD) de 2015 y estos grupos corresponden al 2.12% de los trabajadores que reportan una ocupación; para Ecuador, se emplea la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) de 2017 y estos grupos corresponden al 1.08% de los trabajadores que reportan una ocupación; para México, se emplea la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) de 2016 y estos grupos corresponden al 1.32% de los trabajadores que reportan una ocupación. Estas encuestas son representativas a nivel nacional. En todos los casos los salarios se reportan en moneda local y se refiere a los ingresos correspondientes a la ocupación principal. El salario mínimo se refiere al año de la encuesta.

Tabla 16. Países en ALC que miden DIT de forma periódica con representatividad nacional

País(es)	Encuesta	Rondas	Edad módulo DIT	Áreas del DIT	Institución responsable
Argentina	Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS)	2005, 2019 (en diseño)	0-59 meses	Desarrollo cognitivo, motor, lenguaje (PRUNAPE) en 2	Ministerio de Salud y Medioambiente
Chile[1]	Encuesta Longitudinal de Primera Infancia (ELPI)	2010, 2012, 2017	0-4 años (2010) 0-6 años (2012) 0-11 años (2017)	Desarrollo cognitivo, motor, lenguaje (Battelle, TEPSI, TVIP, EEDP) Función ejecutiva (varias pruebas - e.j., Pencil Tapping Task) Desarrollo socioemocional (ASQ:SE, CBCL) Calidad del ambiente del hogar	Ministerio de Educación (2010) Ministerio de Trabajo y Previsión Social (2012) Ministerio de Desarrollo Social (2017)
Colombia[2]	Encuesta Longitudinal Colombiana (ELCA)	2006, 2010, 2013	3-9 años	Lenguaje (TVIP) Desarrollo socioemocional (ASQ:SE, 3-6 años).	Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico (CEDE) de la Facultad de Economía, Universidad de los Andes
Ecuador[3]	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)	2018	0-59 meses	Lenguaje (MacArthur-Bates, TVIP) Calidad del ambiente del hogar Hitos del desarrollo motor (WHO) Madurez emocional	Instituto Nacional de Encuestas y Censos
México[4]	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)	2018	0-59 meses	Lenguaje (MacArthur-Bates, TVIP-II) Calidad del ambiente del hogar	Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud Federal e Instituto Nacional de Estadística y Geografía
Perú[5]	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)	2015, 2016, 2017	9-59 meses	Desarrollo motor Comunicación verbal efectiva Función simbólica	Instituto Nacional de Estadistica e Informática
Uruguay[6]	Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS)	2013, 2015, 2019 (en diseño)	0-47 meses (2013) 2-6 años (2015) 6-10 años (2019)	Comunicación, motricidad gruesa y fina, resolución de problemas, socioindividual (ASQ-3) Desarrollo socioemocional (ASQ:SE y CBCL) Lenguaje (TEPSI) Coeficiente del desarrollo (EEDP)	Iniciativa conjunta del Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación y Cultura, el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay y el Instituto Nacional de Estadística; liderada por Uruguay Crece Contigo
Argentina, República Dominicana, El Salvador, Guyana, Honduras, Trinidad y Tobago, Costa Rica, Cuba, Suriname, Islas Turcas y Caicos, Paraguay, Belize, México (Ciudad), México (ENIM 2015), Panamá, Uruguay, Barbados, Santa Lucia, Jamaica[7]	Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS)	MICS 4 - 2009 MICS 5 - 2010 MICS 6 - 2011	36-59 meses	10 ítems en habilidades preacadémicas, desarrollo físico y desarrollo socioemocional (ECDI) Calidad del ambiente del hogar	UNICEF, con instituciones locales

Fuente:
[1] http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/elpi.php
[2] Muestra urbana representativa de los estratos 1 a 4 a nivel nacional y 5 regiones geográficas. Muestra rural representativa para pequeños productores (campesinos) de 4 microrregiones. https://encuestalongitudinal.uniandes.edu.co/es/
[3] La ENSANUT se recoge cada 6 años desde 2012. No obstante, la ENSANUT 2018 es la primera en incorporar un módulo de DIT. De 1989 a 2004, se recogía la ENDEMAIN (Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil) https://www.salud.gob.ec/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-ensanut/
[4] La ENSANUT se recoge cada 6 años des del 2000 pero la ENSANUT 2018 es la primera en incorporar un módulo de DIT. https://www.insp.mx/avisos/4789-ensanut-2018-marcha.html.
[5] La ENDES se recoge cada 5 años, aproximadamente, desde 1986. La ENDES 2015 es la primera en incorporar un módulo de DIT. https://proyectos.inei.gob.pe/endes/.
[6] http://www.ine.gub.uy/encuesta-de-nutricion-desarrollo-infantil-y-salud-endis-2018-
[7] MICS incorpora el módulo de DIT a partir de la MICS 4 (2009), MICS 5 (2010) o MICS 6 (2011) en función de los países. http://mics.unicef.org
Nota: Se sombrean en gris las encuestas longitudinales—esto es, encuestas que siguen a una misma cohorte. La ELPI (Chile) sigue una cohorte y además introduce una nueva cohorte de refresco de 0-5 años en cada nueva medición. La ELCA (Colombia) sigue hogares y en consecuencia incorpora nuevos integrantes del hogar. La ENDIS (Uruguay) sigue una cohorte y a partir de 2019 (encuesta actualmente en diseño) incorpora una nueva cohorte de refresco.

Tabla 17. Servicios de DIT que cuentan con sistemas de información

País	Sistema	Descripción	Variables	Página web
Argentina	Sistema Integrado de Información Digital Educativa (SInIDE)	Sistema centralizado de las instituciones educativas para los niveles inicial, primarip, secundario y superior. Recopila información de las instituciones y de los niños.	**Centros**: salas, carga horaria, entre otros. **Niños**: información de contacto básica, nivel o sala en la que se encuentra.	https://sinide.educacion.gob.ar/
Brasil	Censo Escolar	Principal instrumento de recolección de información de instituciones educativas del nivel básico. Se recoge anualmente en dos etapas. En la primera, se recolecta información básica de los alumnos, educadores y las instituciones. En la segunda, al final del año escolar, se recoge información del desarrollo/desempeño del niño.	**Centros:** dirección, número de grupos, información de la infraestructura**. Niños**: información de contacto, medio de transporte al centro, si posee alguna deficiencia, etc. **Educadores**: información de contacto, si posee alguna deficiencia, nivel educativo, experiencia, etc.	http://portal.inep.gov.br/censo-escolar
Chile	Sistema de Información General de Estudiantes (SIGE) de educación parvularia	Recopila información de los establecimientos educativos del país sin importar su dependencia, incluyendo matrícula, asistencia, idoneidad docente, y rendimiento del estudiante. Se está trabajando para incorporar al sistema las instituciones educativas del nivel inicial (empezando con JUNJI e Integra).	NA (sistema en construcción)	NA (sistema en construcción)
Colombia	CUENTAME	Sistema de los servicios de primera infancia que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar .	**Centro**: información de contacto del representate legal, la entidad administradora del servicio y los contratistas, infraestructura, equipamento. **Empleados/Educadores**: nivel educativo, estado civil, experiencia, entre otros. **Niños**: fecha de nacimiento, si es beneficiario de programas sociales, información nutricional, información de los padres, entre otros.	https://www.icbf.gov.co/programas-y-estrategias/primera-infancia/cuentame
Ecuador	Sistema Integrado de Información del MIES (SIIMIES)	Recopila información de los niños que asisten a los servicios de desarrollo infantil del MIES (Centros de Desarrollo Infantil y Creciendo con Nuestros Hijos). Integra bases de datos provenientes de tres instituciones: el Registro Civil, el Ministerio de Salud y Viceministerio de Inclusion Social. Además, ingresa información nominal sobre los usuarios de los programas y su asistencia a los servicios. Es actualizado de manera continua por los operadores.	**Centro:** ubicación, tipo de operador, número de usuarios, entre otras. **Niños:** edad, variables socioeconómicas de sus familias	https://siimies.inclusion.gob.ec/SIIMIES/vistas/login/login.jsf
Jamaica	Crenso de la Comisión de Primera Infancia	Censo anual de las instituciones de primaria infancia a nivel nacional, recoge información a nivel de institución y de los empleados.	**Centros**: director, número de empleados, número de niños matriculados por rango etario. **Empleados**: experiencia, salario, nivel educativo.	https://ecc.gov.jm/eci-census-2018-19/
	Evaluación a los 4 años	Evaluación del desarrollo y el aprestamiento escolar a nivel nacional.	**Niños**: puntaje en la prueba.	
México	Registro Nacional de Centros de Atención Infantil (RENCAI)	Catálogo nacional de los centros de atención infantil sin importar la modalidad o la entidad operadora. Se espera que el sistema cuente con información a nivel de centro (modalidad, capacidad instalada, capacidad ocupada, listado de empleados) y de la población usuaria (por género y rango de edad).	NA (sistema en construcción)	http://rencai.dif.gob.mx/rencai/login.html
	Sistema de Información y Administración de Guarderías (SIAG)	Sistema de información de las guarderías del IMSS. Recopila información de los niños inscritos, personal que trabaja en la guardería, e información básica de la guardería.	**Niños**: nombre, si presenta alguna discapacidad, control de inmunizaciones, control de peso y talla, lista de tutores, registro de asistencia, evaluación del desarrollo del niño. **Empleados/Educadores**: educación, experiencia, entre otros. **Centro**: dirección, nombre de la directora.	http://siag.imss.gob.mx/
Perú	CUNA NET	Sistema Progama Nacional Cuna Más. No está completamente digitalizado.	Recopila información de tres áreas: estado de la infraestructura, seguridad de las cuidadoras y seguridad de los niños.	http://cunanet.cunamas.gob.pe/
Uruguay	Gestión Unificada de Registros e Información (GURI)	Sistema de información web con información sobre docentes, no docentes y alumnos. A través de la aplicación "GURI familia", los padres pueden acceder a la información de sus hijos y del maestro.	**Docentes**: control de asistencia, reporte mensual de licencias y paros, formularios, informes de visitas. **No docentes**: control de asistencia. **Niños**: control de asistencia, matrícula, pases, constancias escolares y de suficiencia, actas de promoción.	http://www.ceip.edu.uy/programas/guri

Fuente: Consultas en internet y con expertos locales.

OPERACIONES EN LA MUESTRA Y REVISIÓN DOCUMENTAL PARA LA SECCIÓN DE LECCIONES APRENDIDAS

Número	Nombre	Aprobación
AR-L1152	Program to Support the Policy on Improving Equity in Education - PROMEDU III	May-31-13
AR-L1254	Programa de Apoyo a la Estrategia Nacional de Infancia y Adolescencia (ENIA)	12-Jul-17
AR-L1180	Quality and Equity of Education. PROMEDU IV-	May-7-15
BR-L1329	Expansion and improvement program of early childhood education and elementary ed	Nov-20-13
BR-L1392	Expansion and Improvement Project of the Public Education Network of Manaus	Dec-16-14
BR-L1393	Mejora de la Calidad de la Educación del Municipio de P. Alegre	28-Sep-16
BR-L1406	Programa de Apoyo a las Reformas Sociales de Ceará Proares III – 1ª FASE	17-Dec-14
CH-L1082	Early Childhood Education Expansion and Improvement Program	Dec-11-14
DR-L1077	Mejoramiento de la Calidad de la Educación Básica y ECD. CLIP DR-X1004	5-Dec-16
EC-L1235	Inversión En Calidad De Los Servicios De Desarrollo Infantil	19-Sep-18
ES-L1016	Reducción De Vulnerabilidad En Asentamientos Urbanos Precarios En Área Metropolitana De San Salvador	17-Nov-11
GU-L1087	Mejoramiento de la cobertura y calidad educativa	11-Dec-15
HA-L1080	Support to the Education Plan and Reform in Haiti – IV	Nov-26-14
PE-L1129	Programa de Gestión de Resultados para la Inclusión Social I	25-Jun-14
PE-L1154	Programa de Gestión de Resultados para la Inclusión Social II	22-Apr-15
PN-L1103	Programa de Transparencia y Equidad del Gasto En Protección Social I	5-Aug-15
PN-L1105	Programa De Inclusión Y Desarrollo Social	5-Aug-15
PN-L1152	Program for Transparency and Equity in Spending on Social Protection III	29-Aug-18
UR-L1046	Programa de Apoyo a la Estrategia Nacional de Infancia y Adolescencia (ENIA)	8-Dec-10
UR-L1110	Programa de Apoyo al Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Segunda Operación Bajo la Línea CCLIP Para El Programa de Apoyo a la Estrategia Nacional de Infancia y Adolescencia (UR-X1005)	20-Jul-16

Nota: operaciones de préstamo analizadas, aprobadas después de 2015. Las cooperaciones técnicas objeto de revisión documental fueron: ME-T1384, ME-T1337, CO-T1433, CO-T1467, CO-T1467, CO-T1419, BR-T1330, BR-T1300, BR-T1389, NI-T1226, RG-T3106, UR-T1137, AR-T1163, UR-T1194, ES-T1282, EC-T1400, CO-T1367, PE-T1254, ME-T1235, ME-T1335, PN-T1166, PN-T1154 y CR-T1134, JA-T1092, PR-T1182. Los documentos de trabajo económico y sectorial revisados incluyeron: RG-K1450, RG-K1423, RG-E1547, RG-E1481, RG-K1454, RG-K1249, RG-K1373.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aboud, Frances, y Aisha Yousafzai. 2015. “Global health and development in early childhood”. *Annual review of psychology* 66: 433-57. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015128.

Alfonso, Mariana, y Pablo Zoido. 2018. “¿Listos para aprender? Beneficios de una educación inicial de calidad para estudiantes desfavorecidos en Perú”. Presentación Banco Inter-Americano de Desarrollo. Diciembre.

Almond, Douglas, Janet Currie, y Valentina Duque. 2018. “Childhood Circumstances and Adult Outcomes: Act II”. *Journal of Economic Literature* 56 (4): 1360-1446. https://doi.org/10.1257/jel.20171164.

Altafim, Elisa Rachel Pisani, y Maria Beatriz Martins Linhares. 2016. “Universal violence and child maltreatment prevention programs for parents: A systematic review”. *Psychosocial Intervention* 25 (1): 27-38. https://doi.org/10.1016/J.PSI.2015.10.003.

Andrew, Alison, Orazio Atanasio, Raquel Bernal, Lina Cardona, Sonya Krutikova, y Marta Rubio-Codina. 2019. “Pre-school quality and child development in a low income setting. Mimeo”.

Andrew, Alison, Orazio Attanasio, Emla Fitzsimons, Sally Grantham-McGregor, Costas Meghir, y Marta Rubio-Codina. 2018. “Impacts 2 years after a scalable early childhood development intervention to increase psychosocial stimulation in the home: A follow-up of a cluster randomised controlled trial in Colombia”. Editado por Zulfiqar A. Bhutta. *PLOS Medicine* 15 (4): e1002556. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002556.

Aranco, Natalia, Marco Stampini, Pablo Ibarrarán, y Nadin Medellín. 2018. “Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe”. Washington, D.C. https://doi.org/10.18235/0000984.

Araujo, M. Caridad, Mariano Bosch, y Norbert Schady. 2019. “Can Cash Transfers Help Households Escape an Inter-Generational Poverty Trap?” Cambridge, MA. https://doi.org/10.3386/w22670.

Araujo, M. Caridad, Pedro Carneiro, Yyannú Cruz-Aguayo, y Norbert Schady. 2016. “Teacher Quality and Learning Outcomes in Kindergarten”. *The Quarterly Journal of Economics* 131 (3): 1415-53. https://doi.org/10.1093/qje/qjw016.

Araujo, M. Caridad, Marta Dormal, Sally Grantham-McGregor, Fabiola Lazarte, Marta Rubio-Codina, y Norbert Schady. 2019. “Home Visiting at Scale and Child Development ”. Mimeo.

Araujo, M. Caridad, Marta Dormal, y Marta Rubio-Codina. 2018. “Quality of Parenting Programs and Child Development Outcomes”: Working Paper Series N. 951. IDB-WP-951.

Araujo, M. Caridad, Marta Dormal, y Norbert Schady. 2018. “Child Care Quality and Child Development ”. *The Journal of Human Resources.* March 2, 2018.

Araujo, M. Caridad, Florencia Lopez-Boo, y Juan Manuel Puyana. 2013. “Panorama sobre los servicios de desarrollo infantil en América Latina y el Caribe”. No. 149. Monografía. Washington DC, Estados Unidos.

Araujo, M. Caridad, Marta Rubio-Codina, y Norbert Schady. 2019. “Predictive Validity of

Language and Quality of the Home Environment: Longitudinal Evidence from Ecuador". Mimeo.

Asghar, Khudejha, Beth Rubenstein, y Lindsay Stark. 2017. "Preventing Household Violence: Promising Strategies for Humanitarian Settings".

Attanasio, Orazio. 2015. "The Determinants of human capital formation during the early years of life: theory, measurement, and policies". *Journal of the European Economic Association* 13 (6): 949-97. https://doi.org/10.1111/jeea.12159.

Attanasio, Orazio, Britta Augsburg, Jere Behrman, Sally Grantham-McGregor, Costas Meghir, y Marta Rubio-Codina. 2019. "Impacting at Scale: Home Visits vs. Groups Sessions in Rural India". (forthcoming). London.

Attanasio, Orazio, Helen Baker-Henningham, Raquel Bernal, Costas Meghir, Diana Pineda, y Marta Rubio-Codina. 2018. "Early Stimulation and Nutrition: The Impacts of a Scalable Intervention". Cambridge, MA. https://doi.org/10.3386/w25059.

Attanasio, Orazio, Camila Fernández, Emla Fitzsimons, Sally Grantham-McGregor, Costas Meghir, y Marta Rubio-Codina. 2014. "Using the infrastructure of a conditional cash transfer program to deliver a scalable integrated early child development program in Colombia: cluster randomized controlled trial". *The British Medical Journal* 349 (g5785). https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmj.g5785.

Attanasio, Orazio, Vincenzo Di Maro, y Marcos Vera-Hernández. 2013. "Community Nurseries and the Nutritional Status of Poor Children. Evidence from Colombia". *The Economic Journal* 123 (571): 1025-58. https://doi.org/10.1111/ecoj.12020.

Attanasio, Orazio, Ricardo Paes De Barro, Pedro Carneiro, David Evans, Lycia Lima, Pedro Olinto, y Norbert Schady. 2017. "Impact of free availability of public childcare on labour supply and child development in Brazil". New Delhi: International Initiative for Impact Evaluation (3ie).

Bacchus, Loraine J., Manuela Colombini, Manuel Contreras Urbina, Emma Howarth, Frances Gardner, Jeannie Annan, Kim Ashburn, Bernadette Madrid, Ruti Levtov, y Charlotte Watts. 2017. "Exploring opportunities for coordinated responses to intimate partner violence and child maltreatment in low and middle income countries: a scoping review". *Psychology, Health & Medicine* 22 (sup1): 135-65. https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1274410.

Baker-Henningham, Helen, y Florencia Lopez-Boo. 2010. "Early Childhood Stimulation Interventions in Developing Countries: A comprehensive literature review". 213. Working paper .

Baker-Henningham, Helen, Christine Powell, Susan Walker, y Sally Grantham-McGregor. 2005. "The effect of early stimulation on maternal depression: A cluster randomised controlled trial". *Arch Dis Child* 90 (12): 1230-34.

Baker, Michael, Jonathan Gruber, y Kevin Milligan. 2008. "Universal Child Care, Maternal Labor Supply, and Family Well-Being". *Journal of Political Economy* 116 (4): 709-45. https://doi.org/10.1086/591908.

———. 2015. "Non-Cognitive Deficits and Young Adult Outcomes: The Long-Run Impacts of a Universal Child Care Program". *NBER Working Paper*, n.º 21571.

Bando, Rosangela, Emma Näslund-Hadley, y Paul Gertler. 2018. "Inquiry and Problem Based Pedagogy: Evidence from 10 Field Experiments". Washington, D.C. https://doi.org/10.18235/0001491.

Bann, CM, JL Wallander, B Do, V Thorsten, O Pasha, FJ Biasini, R Bellad, et al. 2016. “Home-Based Early Intervention and the Influence of Family Resources on Cognitive Development”. *Pediatrics* 137 (4): e 20153766.

Barham, Tania, Karen Macours, y John Maluccio. 2013. “Boys’ Cognitive Skill Formation and Physical Growth: Long-Term Experimental Evidence on Critical Ages for Early Childhood Interventions”. *American Economic Review* 103 (3): 467-71. https://doi.org/10.1257/aer.103.3.467.

Barnett, William, A. H. Friedman-Krauss, G. G. Weisenfeld, M. Horowitz, R. Kasmin, y J. H Squires. 2017. “The State of Preschool 2016: State Preschool Yearbook”. New Brunswick, NJ.

Barnett, William, Kwanghee Jung, Min-Jong Youn, y Ellen Frede. 2013. “Abbott Preschool Program Longitudinal Effects Study: Fifth Grade Follow-Up”. New Brunswick, NJ.

Barth, Daniel, Nicholas Papageorge, y Kevin Thom. 2018. “Genetic Endowments and Wealth Inequality”. Cambridge, MA. https://doi.org/10.3386/w24642.

Bassi, Marina, Costas Meghir, y Ana Reynoso. 2016. “Education Quality and Teaching Practices”. Cambridge, MA. https://doi.org/10.3386/w22719.

Bastos, Paulo, Nicolas L. Bottan, y Julian Cristia. 2016. *Access to Pre-Primary Education and Progression in Primary School: Evidence from Rural Guatemala*. Policy Research Working Papers. The World Bank. https://doi.org/10.1596/1813-9450-7574.

Bastos, Paulo, y Julian Cristia. 2012. “Supply and quality choices in private child care markets: Evidence from São Paulo”. *Journal of Development Economics* 98 (2): 242-55. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jdeveco.2011.08.001.

Behrman, Jere, Yingmei Cheng, y Petra Todd. 2004. “Evaluating Preschool Programs When Length of Exposure to the Program Varies: A Nonparametric Approach”. *Review of Economics and Statistics* 86 (1): 108-32. https://doi.org/10.1162/003465304323023714.

Berens, Anne, y Charles Nelson. 2015. “The science of early adversity: is there a role for large institutions in the care of vulnerable children?” *The Lancet* 386 (9991): 388-98. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61131-4.

Berlinski, Samuel, Sebastian Galiani, y Paul Gertler. 2009. “The effect of pre-primary education on primary school performance”. *Journal of Public Economics* 93 (1-2): 219-34. https://doi.org/10.1016/J.JPUBECO.2008.09.002.

Berlinski, Samuel, Sebastian Galiani, y Marco Manacorda. 2008. “Giving Children a Better Start: Preschool Attendance and School-Age Profiles”. *Journal of Public Economics* 92(5-6) (June): 1416-40.

Berlinski, Samuel, y Norbert Schady. 2015. *The Early Years: Child Well-being and the Role of Public Policy*. *IDB Publications (Books)*. Inter-American Development Bank.

Bernal, Raquel. 2015. “The impact of a vocational education program for childcare providers on children’s well-being”. *Economics of Education Review* 48 (octubre): 165-83. https://doi.org/10.1016/J.ECONEDUREV.2015.07.003.

Bernal, Raquel, Orazio Attanasio, Ximena Peña, y Marcos Vera-Hernández. 2019. “The effects of the transition from home-based childcare to childcare centers on

children's health and development in Colombia". *Early Childhood Research Quarterly* 47 (abril): 418-31. https://doi.org/10.1016/J.ECRESQ.2018.08.005.

Bernal, Raquel, y Camila Fernández. 2013. "Subsidized childcare and child development in Colombia: Effects of Hogares Comunitarios de Bienestar as a function of timing and length of exposure". *Social Science & Medicine* 97 (noviembre): 241-49. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.10.029.

Bernal, Raquel, y Michael P. Keane. 2011. "Child Care Choices and Children's Cognitive Achievement: The Case of Single Mothers". *Journal of Labor Economics* 29 (3): 459-512. https://doi.org/10.1086/659343.

Bernal, Raquel, y Sara Ramirez. 2019. "Improving the quality of early childhood care at scale: The effects of "From Zero to Forever"". *World Development*.

Berniell, Lucila, Dolores de la Mata, Raquel Bernal, Adriana Camacho, Felipe Barrera-Osorio, Fernando Álvarez, Pablo Brassiolo, y Juan Vargas. 2016. "RED 2016. Más habilidades para el trabajo y la vida: los aportes de la familia, la escuela, el entorno y el mundo laboral", octubre.

Bierman, Karen L, Celene E Domitrovich, Robert L. Nix, Scott D Gest, Janet Welsh, Mark T. Greenberg, Clancy Blair, Keith E. Nelson, y Sukhdeep Gill. 2008. "Promoting Academic and Social-Emotional School Readiness: The Head Start REDI Program". *Child Development* 79 (6): 1802-17. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01227.x.

Bitler, Marianne, Hilary Hoynes, y Thurston Domina. 2014. "Experimental Evidence on Distributional Effects of Head Start". Cambridge, MA. https://doi.org/10.3386/w20434.

Blau, Francine, y Anne Winkler. 2017. "Women, Work, and Family". Cambridge, MA. https://doi.org/10.3386/w23644.

Bonetti, Sara. 2018. "The early years workforce: a fragmented picture - Education Policy Institute".

———. 2019. "The early years workforce in England - Education Policy Institute".

Borrajo, Gustavo. 2007. "Newborn screening in Latin America at the beginning of the 21st century". *Journal of Inherited Metabolic Disease* 30 (4): 466-81. https://doi.org/10.1007/s10545-007-0669-9.

Bouguen, Adrien, Deon Filmer, Karen Macours, y Sophie Naudeau. 2018. "Preschool and Parental Response in a Second Best World". *Journal of Human Resources* 53 (2): 474-512. https://doi.org/10.3368/jhr.53.2.1215-7581R1.

Bradford, L.Therrell, Carmencita David Padilla, J. Gerard Loeber, Issam Kneisser, Amal Saadallah, Gustavo Borrajo, y John Adams. 2015. "Current status of newborn screening worldwide: 2015". *Seminars in Perinatology* 39 (3): 171-87. https://doi.org/10.1053/J.SEMPERI.2015.03.002.

Britto, Pia, Stephen Lye, Kerrie Proulx, Aisha Yousafzai, Stephen Matthews, Tyler Vaivada, Rafael Perez-Escamilla, et al. 2017. "Nurturing care: promoting early childhood development". *The Lancet* 389 (10064): 91-102. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3.

Britto, Pia, Hirokazu Yoshikawa, Jan Van Ravens, Liliana Angelica Ponguta, Maria Reyes, Soojin Oh, Roland Dimaya, Ana María Nieto, y Richard Seder. 2014.

"Strengthening systems for integrated early childhood development services: a cross-national analysis of governance". *Annals of the New York Academy of Sciences* 1308 (1): 245-55. https://doi.org/10.1111/nyas.12365.

Brown, Joshua L., Stephanie M Jones, Maria D. LaRusso, y J. Lawrence Aber. 2010. "Improving classroom quality: Teacher influences and experimental impacts of the 4rs program." *Journal of Educational Psychology* 102 (1): 153-67. https://doi.org/10.1037/a0018160.

Burchinal, Margaret, Carollee Howes, Robert Pianta, Donna Bryant, Diane Early, Richard Clifford, y Oscar Barbarin. 2008. "Predicting Child Outcomes at the End of Kindergarten from the Quality of Pre-Kindergarten Teacher–Child Interactions and Instruction". *Applied Developmental Science* 12 (3): 140-53. https://doi.org/10.1080/10888690802199418.

Busso, Matias, y Dario Fonseca. 2015. "Female Labor Force Participation in Latin America: Patterns and Explanations", Documento de Trabajo, .

Carneiro, Pedro, y Rita Ginja. 2014. "Long-Term Impacts of Compensatory Preschool on Health and Behavior: Evidence from Head Start". *American Economic Journal: Economic Policy* 6 (4): 135-73. https://doi.org/10.1257/pol.6.4.135.

Carneiro, Pedro, Katrine V. Løken, y Kjell G. Salvanes. 2015. "A Flying Start? Maternity Leave Benefits and Long-Run Outcomes of Children". *Journal of Political Economy* 123 (2): 365-412. https://doi.org/10.1086/679627.

Carneiro, Pedro, Costas Meghir, y Matthias Parey. 2013. "Maternal Education , Home environments and the Development of Children and adolescents". *Journal of the European Economic Association* 11 (enero): 123-60. https://doi.org/10.1111/j.1542-4774.2012.01096.x.

Carta, Francesca, y Lucia Rizzica. 2018. "Early kindergarten, maternal labor supply and children's outcomes: Evidence from Italy". *Journal of Public Economics* 158 (febrero): 79-102. https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2017.12.012.

Cascio, Elizabeth, y Diane Whitmore Schanzenbach. 2013. "The Impacts of Expanding Access to High-Quality Preschool Education". Cambridge, MA. https://doi.org/10.3386/w19735.

Celhay, Pablo, Sebastian Martinez, y Cecilia Vidal. 2018. "Socioeconomic Gaps in Child Development: Evidence from a National Health and Nutrition Survey in Bolivia". Washington, D.C. https://doi.org/10.18235/0001479.

CEPAL. 2018. "Los cuidados en América Latina y el Caribe. Textos seleccionados 2007-2018". Santiago.

CEPAL, y UNICEF. 2013. "Los derechos de la infancia y adolescencia con discapacidad".

Chang, Susan, Sally Grantham-McGregor, Christine Powell, Marcos Vera-Hernández, Florencia Lopez-Boo, Helen Baker-Henningham, y Susan Walker. 2015. "Integrating a Parenting Intervention With Routine Primary Health Care: A Cluster Randomized Trial." *Pediatrics* 136 (2): 272-80. https://doi.org/10.1542/peds.2015-0119.

Chassiakos, Yolanda (Linda) Reid, Jenny Radesky, Dimitri Christakis, Megan A. Moreno, Corinn Cross, COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA. 2016. ¨ Children and Adolescents and Digital Media¨. *Pediatrics*, 138 (5) e20162593; DOI:

10.1542/peds.2016-2593.

Chen, Mengtong, y Ko Ling Chan. 2016. “Effects of Parenting Programs on Child Maltreatment Prevention”. *Trauma, Violence, & Abuse* 17 (1): 88-104. https://doi.org/10.1177/1524838014566718.

Chetty, R., J. N. Friedman, N. Hilger, E. Saez, D. W. Schanzenbach, y D. Yagan. 2011. “How Does Your Kindergarten Classroom Affect Your Earnings? Evidence from Project Star”. *The Quarterly Journal of Economics* 126 (4): 1593-1660. https://doi.org/10.1093/qje/qjr041.

Clarke-Stewart, K.Alison, Deborah Lowe Vandell, Margaret Burchinal, Marion O’Brien, y Kathleen McCartney. 2002. “Do regulable features of child-care homes affect children’s development?” *Early Childhood Research Quarterly* 17 (1): 52-86. https://doi.org/10.1016/S0885-2006(02)00133-3.

Conti, Gabriella, James Heckman, y Rodrigo Pinto. 2015. “The Effects of Two Influential Early Childhood Interventions on Health and Healthy Behaviors”. Cambridge, MA. https://doi.org/10.3386/w21454.

Cooper, Peter J, Mark Tomlinson, Leslie Swartz, Mireille Landman, Chris Molteno, Alan Stein, Klim McPherson, y Lynne Murray. 2009. “Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomised controlled trial.” *BMJ (Clinical research ed.)* 338 (abril): b974. https://doi.org/10.1136/bmj.b974.

Cornelissen, Thomas, Christian Dustmann, Anna Raute, y Uta Schönberg. 2018. “Who Benefits from Universal Child Care? Estimating Marginal Returns to Early Child Care Attendance”. *Journal of Political Economy* 126 (6): 2356-2409. https://doi.org/10.1086/699979.

Currie, Janet, y Enrico Moretti. 2003. “Mother’s Education and the Intergenerational Transmission of Human Capital: Evidence from College Openings”. *Source: The Quarterly Journal of Economics*. Vol. 118.

Daly, Mary, Rachel Bray, Zlata Bruckauf, Jasmina Byrne, Alice Margaria, Ninoslava Pecnik, y Maureen Samms-Vaughan. 2015. *Family and Parenting Support Policy and Provision in a Global Context, Innocenti Insight*. Florence: UNICEF Office of Research.

Datta Gupta, Nabanita, y Marianne Simonsen. 2010. “Non-cognitive child outcomes and universal high quality child care”. *Journal of Public Economics* 94 (1-2): 30-43. https://doi.org/10.1016/J.JPUBECO.2009.10.001.

Deming, David. 2009. “Early Childhood Intervention and Life-Cycle Skill Development: Evidence from Head Start”. *American Economic Journal: Applied Economics* 1 (3): 111-34. https://doi.org/10.1257/app.1.3.111.

Dodge, Kenneth A., Yu Bai, Helen F. Ladd, y Clara G. Muschkin. 2017. “Impact of North Carolina’s Early Childhood Programs and Policies on Educational Outcomes in Elementary School”. *Child Development* 88 (3): 996-1014. https://doi.org/10.1111/cdev.12645.

Downer, Jason, Robert Pianta, Xitao Fan, Bridget Hamre, Andrew Mashburn, y Laura Justice. 2011. “Effects of Web-Mediated Teacher Professional Development on the Language and Literacy Skills of Children Enrolled in Pre-Kindergarten Programs.” *NHSA dialog* 14 (4): 189-212. https://doi.org/10.1080/15240754.2011.613129.

Doyle, Kate, Ruti Levtov, Gary Barker, Gautam G. Bastian, Jeffrey B. Bingenheimer, Shamsi Kazimbaya, Anicet Nzabonimpa, et al. 2018. “Gender-transformative Bandebereho couples’ intervention to promote male engagement in reproductive and maternal health and violence prevention in Rwanda: Findings from a randomized controlled trial”. Editado por Jacobus P. van Wouwe. *PLOS ONE* 13 (4): e0192756. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192756.

Duncan, Greg J, y Katherine Magnuson. 2013. “Investing in Preschool Programs”. *Journal of Economic Perspectives* 27 (2): 109-32. https://doi.org/10.1257/jep.27.2.109.

Edelson, Daniel C. 2001. “Learning-for-use: A framework for the design of technology-supported inquiry activities”. *Journal of Research in Science Teaching* 38 (3): 355-85. https://doi.org/10.1002/1098-2736(200103)38:3<355::AID-TEA1010>3.0.CO;2-M.

Eickmann, Sophie H, Ana Lima, Miriam Guerra, Marilia Lima, Pedro Lira, Sharon Huttly, y Ann Ashworth. 2003. “Improved cognitive and motor development in a community-based intervention of psychosocial stimulation in northeast Brazil”, 536-41.

Elango, Sneha, Jorge Luis García, James Heckman, y Andrés Hojman. 2016. “Early Childhood Education”. En *Chapter in NBER book Economics of Means-Tested Transfer Programs in the United States, Volume 2*, 235-97. University of Chicago Press.

Engle, Patrice, Lia Fernald, Harold Alderman, Jere Behrman, Chloe O’Gara, Aisha Yousafzai, Meena Cabral De Mello, et al. 2011. “Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries”. *The Lancet* 378 (9799): 1339-53. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60889-1.

Farré, Lídia, y Libertad González. 2019. “Does paternity leave reduce fertility?” *Journal of Public Economics* 172 (abril): 52-66. https://doi.org/10.1016/J.JPUBECO.2018.12.002.

Felfe, Christina, y Rafael Lalive. 2018. “Does early child care affect children’s development?” *Journal of Public Economics* 159 (marzo): 33-53. https://doi.org/10.1016/J.JPUBECO.2018.01.014.

Fernald, Lia, y Melissa Hidrobo. 2011. “Effect of Ecuador’s cash transfer program (Bono de Desarrollo Humano) on child development in infants and toddlers: A randomized effectiveness trial”. *Social Science & Medicine* 72 (9): 1437-46. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.005.

Fernald, Lia, Rose Kagawa, Heather Knauer, Lourdes Schnaas, Guerra Garcia, Armando Neufeld, y M Lynnette. 2017. “Promoting child development through group-based parent support within a cash transfer program: Experimental effects on children’s outcomes.” *Developmental psychology* 53 (2): 222-36.

Fernald, Lia, Patricia Kariger, Melissa Hidrobo, y Paul Gertler. 2012. “Socioeconomic gradients in child development in very young children: evidence from India, Indonesia, Peru, and Senegal.” *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 109 Suppl (Supplement 2): 17273-80. https://doi.org/10.1073/pnas.1121241109.

Fernald, Lia, Ann Weber, Emanuela Galasso, y Lisy Ratsifandrihamanana. 2011.

"Socioeconomic gradients and child development in a very low income population: evidence from Madagascar". *Developmental Science* 14 (4): 832-47. https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2010.01032.x.

Figlio, David, y Jeffrey Roth. 2009. "The Behavioral Consequences of Pre-Kindergarten Participation for Disadvantaged Youth in Gruber, J. (Ed.). The Problems of Disadvantaged Youth: An Economic Perspective. Chicago and London", abril, 15-42.

Frede, Ellen, K. Jung, William Barnett, C. E. Lamy, y A. Figueras. 2007. "The Abbott Preschool Program longitudinal effects study: Interim report". New Brunswick, NJ.

Galasso, Emanuela, Ann Weber, y Lia Fernald. 2017. "Dynamics of child development: Analysis of a longitudinal cohort in a very low income country". *The World Bank Economic Review*, enero, lhw065. https://doi.org/10.1093/wber/lhw065.

Gallego, Francisco, Emma Näslund-Hadley, y Mariana Alfonso. 2018. "Tailoring Instruction to Improve Mathematics Skills in Preschools: A Randomized Evaluation". Washington, D.C. https://doi.org/10.18235/0001090.

Garces, Eliana, Duncan Thomas, y Janet Currie. 2002. "Longer-Term Effects of Head Start". *American Economic Review* 92 (4): 999-1012. https://doi.org/10.1257/00028280260344560.

Garcia, A, O Romero, Orazio Attanasio, y L Pellerano. 2012. "Impactos de largo plazo del programa de Familias en Acción en Municipios de menos de 100,000 habitantes en los aspectos clave de desarrollo del capital humano".

Gertler, Paul, James Heckman, Rodrigo Pinto, Arianna Zanolini, Christel Vermeersch, Susan Walker, Susan Chang, y Sally Grantham-McGregor. 2014. "Labor market returns to an early childhood stimulation intervention in Jamaica." *Science* 344 (6187): 998-1001. https://doi.org/10.1126/science.1251178.

Geyer, Johannes, Peter Haan, y Katharina Wrohlich. 2015. "The effects of family policy on maternal labor supply: Combining evidence from a structural model and a quasi-experimental approach". *Labour Economics* 36 (octubre): 84-98. https://doi.org/10.1016/J.LABECO.2015.07.001.

Gormley, William T., Deborah Phillips, y Ted Gayer. 2008. "Preschool Programs Can Boost School Readiness". *Science* 320 (5884).

Grantham-McGregor, Sally, Yin Bun Cheung, Santiago Cueto, Paul Glewwe, Linda Richter, Barbara Strupp, y International Child Development Steering Group. 2007. "Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries." *Lancet (London, England)* 369 (9555): 60-70. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60032-4.

Grantham-McGregor, Sally, Lia Fernald, Rose Kagawa, y Susan Walker. 2014. "Effects of integrated child development and nutrition interventions on child development and nutritional status". *Annals of the New York Academy of Sciences* 1308 (1): 11-32. https://doi.org/10.1111/nyas.12284.

Grantham-McGregor, Sally, Christine Powell, Susan Walker, y John H. Himes. 1991. "Nutritional supplementation, psychosocial stimulation, and growth of stunted children: The Jamaican study". *The Lancet* 338 (8758): 1-5. https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)90001-6.

Grantham-McGregor, Sally, y Joanne A Smith. 2016. "Extending The Jamaican Early

Childhood Development Intervention". *Journal of Applied Research on Children: Informing Policy for Children at Risk* 7 (2): Article 4.

Grantham-McGregor, Sally, y Susan Walker. 2015. "The Jamaican early childhood home visiting intervention". *Early Childhood Matters*, 28-34.

Grantham-McGregor, Sally, Susan Walker, Susan Chang, y Christine Powell. 1997. "Effects of early childhood supplementation with and without stimulation on later development in stunted Jamaican children". *The American Journal of Clinical Nutrition* 66 (2): 247-53. https://doi.org/10.1093/ajcn/66.2.247.

Guerrero, Gabriela, Kimberly Josephson, y Catherine Coddington. 2017. "Supporting the early childhood workforce at scale: The Cuna Más home visiting program in Peru". Washington, D.C.

Gustafsson-Wright, Emily, Sophie Gardiner, y Katie Smith. 2017. "Public-Private Partnerships in Early Childhood Development: The Role of Publicly Funded Private Provision".

Hamadani, Jena, Syed Huda, Fahmida Khatun, y Sally Grantham-McGregor. 2006. "Psychosocial stimulation improves the development of undernourished children in rural Bangladesh." *The Journal of nutrition* 136 (10): 2645-52. https://doi.org/136/10/2645 [pii].

Hamadani, Jena, Fahmida Tofail, Syed Huda, Dewan Alam, Deborah Ridout, Orazio Attanasio, y Sally Grantham-McGregor. 2014. "Cognitive deficit and poverty in the first 5 years of childhood in Bangladesh." *Pediatrics* 134 (4): e1001-8. https://doi.org/10.1542/peds.2014-0694.

Hamre, Bridget K, y Robert C Pianta. 2004. "Self-reported depression in nonfamilial caregivers: prevalence and associations with caregiver behavior in child-care settings". *Early Childhood Research Quarterly* 19 (2): 297-318. https://doi.org/10.1016/J.ECRESQ.2004.04.006.

Havnes, Tarjei, y Magne Mogstad. 2015. "Is universal child care leveling the playing field?" *Journal of Public Economics* 127 (julio): 100-114. https://doi.org/10.1016/J.JPUBECO.2014.04.007.

Heckman, James. 2011. "The Economics of Inequality The Value of Early Childhood Education". *American Educator* 35 (n1): 6.

Heckman, James, Seong Hyeok Moon, Rodrigo Pinto, Peter Savelyev, y Adam Yavitz. 2010. "Analyzing social experiments as implemented: A reexamination of the evidence from the HighScope Perry Preschool Program." *Quantitative economics* 1 (1): 1-46.

Heckman, James, Rodrigo Pinto, y Peter Savelyev. 2013. "Understanding the Mechanisms Through Which an Influential Early Childhood Program Boosted Adult Outcomes". *American Economic Review* 103 (6): 2052-86. https://doi.org/10.1257/aer.103.6.2052.

Herbst, Chris, y Erdal Tekin. 2010. "The Impact of Child Care Subsidies on Child Well-Being: Evidence from Geographic Variation in the Distance to Social Service Agencies". Cambridge, MA. https://doi.org/10.3386/w16250.

Hmelo-Silver, Cindy E. 2004. "Problem-Based Learning: What and How Do Students Learn?" *Educational Psychology Review* 16 (3): 235-66. https://doi.org/10.1023/B:EDPR.0000034022.16470.f3.

Hmelo-Silver, Cindy E., Ravit Golan Duncan, y Clark A. Chinn. 2007. “Scaffolding and Achievement in Problem-Based and Inquiry Learning: A Response to Kirschner, Sweller, and Clark (2006)”. *Educational Psychologist* 42 (2): 99-107. https://doi.org/10.1080/00461520701263368.

Hoglund, Wendy L.G., Kirsten E. Klingle, y Naheed E. Hosan. 2015. “Classroom risks and resources: Teacher burnout, classroom quality and children’s adjustment in high needs elementary schools”. *Journal of School Psychology* 53 (5): 337-57. https://doi.org/10.1016/j.jsp.2015.06.002.

Hojman, Andrés, y Florencia Lopez-Boo. 2018. “The Impact of Daycare on Child Development: Experimental Evidence from Nicaragua”. *Universidad de Chile (Forthcoming)*.

Huete, Agustín. 2011. “Mujeres con discapacidad. Igualdad de oportunidades desde una perspectiva de género”. *Boletín del OED. Volumen 3*, 2011.

———. 2018. “Autonomía e inclusión de las personas con discapacidad en el ámbito de protección social”.

Hustedt, J. T., William Barnett, K. Jung, y A. H Friedman. 2010. “The New Mexico pre-k evaluation: Impacts from the fourth year (2008–2009) of New Mexico’s state-funded pre-k program”. New Brunswick, NJ.

Hustedt, J. T., William Barnett, K. Jung, y Jaime Thomas. 2007. “The effects of the Arkansas Better Chance Program on young children’s school readiness.” New Brunswick, NJ.

IPA. 2018. “Informe Línea Final: Estudio de Evaluación de Impacto del Proyecto Piloto Tikichuela Ciencias en Mi Escuela”.

Jung, K., William Barnett, E. Hustedt, y J Francis. 2013. “Longitudinal effects of the Arkansas Better Chance program: Findings from first grade through fourth grade”. New Brunswick, NJ.

Kagan, Sharon, ed. 2019. *The Early Advantage 2 Building Systems That Work for Young Children International Insights from Innovative Early Childhood Systems*. New York: Teachers College, Columbia University.

Kagan, Sharon, M. Caridad Araujo, Analía Jaimovich, y Yyannú Cruz-Aguayo. 2016. “Understanding systems theory and thinking: Early childhood education in Latin America and the Caribbean”. *The SAGE handbook*.

Kagan, Sharon, M. Caridad Araujo, Analía Jaimovich, y Yyannú Cruz Aguayo. 2016. “Understanding systems theory and thinking: Early childhood education in Latin America and the Caribbean”. *The SAGE handbook*.

Kleven, Henrik, Camille Landais, y Jakob Egholt Søgaard. *Children and Gender Inequality: Evidence from Denmark*. *American Economic Journal: Applied Economics (Forthcoming)*. Cambridge, MA.

Kline, Patrick, y Christopher R. Walters. 2016. “Evaluating Public Programs with Close Substitutes: The Case of Head Start”. *The Quarterly Journal of Economics* 131 (4): 1795-1848. https://doi.org/10.1093/qje/qjw027.

Knerr, Wendy, Frances Gardner, y Lucie Cluver. 2013. “Improving Positive Parenting Skills and Reducing Harsh and Abusive Parenting in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review”. *Prevention Science* 14 (4): 352-63.

https://doi.org/10.1007/s11121-012-0314-1.

Kottelenberg, Michael J., y Steven F. Lehrer. 2017. “Targeted or Universal Coverage? Assessing Heterogeneity in the Effects of Universal Child Care”. *Journal of Labor Economics* 35 (3): 609-53. https://doi.org/10.1086/690652.

Levtov, Ruti, N Van der Gaag, M Greene, M Kaufman, y Gary Barker. 2015. “State of the World’s Fathers: A MenCare Advocacy Publication”. Washington, DC:

Leyva, Diana, Christina Weiland, M. Clara Barata, Hirokazu Yoshikawa, Catherine Snow, Ernesto Treviño, y Andrea Rolla. 2015. “Teacher-Child Interactions in Chile and Their Associations With Prekindergarten Outcomes”. *Child Development* 86 (3): 781-99. https://doi.org/10.1111/cdev.12342.

Lipsey, Mark W., Dale C. Farran, y Kelley Durkin. 2018. “Effects of the Tennessee Prekindergarten Program on children’s achievement and behavior through third grade”. *Early Childhood Research Quarterly* 45 (octubre): 155-76. https://doi.org/10.1016/J.ECRESQ.2018.03.005.

Liu, Chia, Albert Esteve, y Rocío Treviño. 2017. “Female-Headed Households and Living Conditions in Latin America”. *World Development* 90 (febrero): 311-28. https://doi.org/10.1016/J.WORLDDEV.2016.10.008.

Lopez-Boo, Florencia, M. Caridad Araujo, y Romina Tomé. 2016. *¿Cómo se mide la calidad de los servicios de cuidado infantil?: Guía de herramientas*. Washington DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo.

Lopez-Boo, Florencia, y John Creamer. 2019. “Cash, Conditions and Child Development: Experimental Evidence from a Cash Transfer in Honduras”. 12109. Discussion Paper Series.

Love, John M., Rachel Chazan-Cohen, Helen Raikes, y Jeanne Brooks-Gunn. 2013. “What Makes a Difference: Early Head Start Evaluation Findings in a Developmental Context”. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 78 (1).

Macours, Karen, Norbert Schady, y Renos Vakis. 2012. “Cash Transfers, Behavioral Changes, and Cognitive Development in Early Childhood: Evidence from a Randomized Experiment”. *American Economic Journal: Applied Economics* 4 (2): 247-73. https://doi.org/10.1257/app.4.2.247.

Macours, Karen, y Renos Vakis. 2019. “Sustaining Impacts When Transfers End: Women Leaders, Aspirations, and Investments in Children”. En *The Economics of Poverty Traps*, 325-55. University of Chicago Press.

Manship, Karen, Aleksandra Holod, Heather Quick, Burhan Ogut, Iliana Brodziak De Los Reyes, Jennifer Anthony, Jodi Chernoff, et al. 2017. “The Impact of Transitional Kindergarten on California Students Final Report From the Study of California’s Transitional Kindergarten Program”. San Mateo, CA.

Manski, Charles F. 2011. “Genes, Eyeglasses, and Social Policy”. *Journal of Economic Perspectives* 25 (4): 83-94. https://doi.org/10.1257/jep.25.4.83.

Marchionni, Mariana. 2018. “Los desafíos de la igualdad de género en América Latina”. En *LIII Reunión Anual AAEP - UNLP*, editado por CEDLAS-UNLP y CONICET.

Mashburn, Andrew, Robert Pianta, Bridget Hamre, Jason Downer, Oscar Barbarin, Donna Bryant, Margaret Burchinal, Diane Early, y Carollee Howes. 2008.

"Measures of Classroom Quality in Prekindergarten and Children's Development of Academic, Language, and Social Skills". *Child Development* 79 (3): 732-49. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01154.x.

Mateo Díaz, Mercedes, y Lourdes Rodriguez-Chamussy. 2016. *Cashing in on Education: Women, Childcare, and Prosperity in Latin America and the Caribbean*. The World Bank. https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0902-6.

McCoy, Dana, Maureen Black, Bernadette Daelmans, y Tarun Dua. 2016. "Measuring development in children from birth to age 3 at population level". *Early Childhood Matters*, 34-39.

McCoy, Dana, Evan D Peet, Majid Ezzati, Goodarz Danaei, Maureen M Black, Christopher R Sudfeld, Wafaie Fawzi, y Günther Fink. 2016. "Early Childhood Developmental Status in Low- and Middle-Income Countries: National, Regional, and Global Prevalence Estimates Using Predictive Modeling." *PLoS medicine* 13 (6): e1002034. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002034.

McLean, Leigh, y Carol McDonald Connor. 2015. "Depressive Symptoms in Third-Grade Teachers: Relations to Classroom Quality and Student Achievement". *Child Development* 86 (3): 945-54. https://doi.org/10.1111/cdev.12344.

Meloy, Beth, Madelyn Gardner, y Linda Darling-Hammond. 2019. "Untangling the Evidence on Preschool Effectiveness: Insights for Policymakers". Palo Alto, CA.

Mikton, Christopher, y Alexander Butchart. 2009. "Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews". *Bulletin World Health Organ* 87: 353-61. https://doi.org/10.2471/BLT.08.057075.

NAEYC, y DEC. 2009. "Early Childhood Inclusion: A Joint Position Statement of the Division for Early Childhood (DEC) and the National Association for the Education of Young Children (NAEYC)". https://doi.org/https://npdci.fpg.unc.edu/sites/npdci.fpg.unc.edu/files/resources/EarlyChildhoodInclusion_0.pdf.

Nahar, B, I Hossain, Jena Hamadani, T Ahmed, Sally Grantham-McGregor, y L.A Persson. 2015. "Effect of a food supplementation and psychosocial stimulation trial for severely malnourished children on the level of maternal depressive symptoms in Bangladesh". *Child: Care, Health and Development* 41 (3): 483-93. https://doi.org/10.1111/cch.12176.

Nahar, B, I Hossain, Jena Hamadani, T Ahmed, S N Huda, Sally Grantham-McGregor, y L A Persson. 2012. "Effects of a community-based approach of food and psychosocial stimulation on growth and development of severely malnourished children in Bangladesh: a randomised trial". *European Journal of Clinical Nutrition* 66 (6): 701-9. https://doi.org/10.1038/ejcn.2012.13.

Nelson, Charles, Nathan A. Fox, y Charles H. Zeanah. 2014. *Romania's abandoned children : deprivation, brain development, and the struggle for recovery*.

NICHD. 2000a. "The relation of child care to cognitive and language development." *Child development* 71 (4): 960-80.

———. 2000b. "Characteristics and Quality of Child Care for Toddlers and Preschoolers". *Applied Developmental Science* 4 (3): 116-35. https://doi.org/10.1207/S1532480XADS0403_2.

Noboa-Hidalgo, Grace E., y Sergio S. Urzúa. 2012. "The Effects of Participation in Public

Child Care Centers: Evidence from Chile". *Journal of Human Capital* 6 (1): 1-34. https://doi.org/10.1086/664790.

Nores, Milagros, Raquel Bernal, y William Barnett. 2018. "Center-Based Care for Infants and Toddlers: The aeioTU Randomized Trial". *Brunkswick, NJ: National Institute for Early Education Research. Documento CEDE No. 48*, octubre. https://doi.org/10.2139/ssrn.3288787.

Oberklaid, Frank. 2014. "Prevention and early detection in young children: challenges for policy and practice". *The Medical Journal of Australia* 201 (7): 369-70. https://doi.org/10.5694/mja14.01200.

OECD. 2012. "Quality Matters in Early Childhood Education and Care". United Kingdom .

———. 2018. *Engaging Young Children - Lessons from Research about Quality in Early Childhood Education and Care.* Paris: OECD Publishing. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1787/9789264085145-en.

OIT. 2014. "Recibir y brindar cuidados en condiciones de equidad: desafíos de la protección social y las políticas de empleo en Argentina".

Olds, David. 2010. "The Nurse-Family Partnership: From Trials to Practice". En *Childhood Programs and Practices in the First Decade of Life: A Human Capital Integration*, 49-75. Cambridge: Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511762666.004.

Olivetti, Claudia, y Barbara Petrongolo. 2017. "The Economic Consequences of Family Policies: Lessons from a Century of Legislation in High-Income Countries". *Journal of Economic Perspectives* 31 (1): 205-30. https://doi.org/10.1257/jep.31.1.205.

OMS. 2015. "Diez datos acerca del desarrollo en la primera infancia como determinante social de la salud". WHO. World Health Organization. 2015. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/10facts/es/.

Özler, Berk, Lia Fernald, Patricia Kariger, Christin McConnell, Michelle Neuman, y Eduardo Fraga. 2018. "Combining pre-school teacher training with parenting education: A cluster-randomized controlled trial". *Journal of Development Economics* 133 (julio): 448-67. https://doi.org/10.1016/J.JDEVECO.2018.04.004.

Palummo, Javier. 2012. "La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe". Panamá.

Panter-Brick, Catherine, Adrienne Burgess, Mark Eggerman, Fiona McAllister, Kyle Pruett, y James Leckman. 2014. "Practitioner Review: Engaging fathers - recommendations for a game change in parenting interventions based on a systematic review of the global evidence". *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 55 (11): 1187-1212. https://doi.org/10.1111/jcpp.12280.

Pardo, Rafael, y Blanca Llorente. 2018. "Insumos para incorporar políticas para la inclusión social y autonomía de las personas con discapacidad en la agenda de salud del Banco Interamericano de Desarrollo".

Paxson, Christina, y Norbert Schady. 2010. "Does Money Matter? The Effects of Cash Transfers on Child Development in Rural Ecuador". *Economic Development and Cultural Change* 59 (1): 187-229. https://doi.org/10.1086/655458.

Peairson, Shannon, Ann Berghout Austin, Cyle Nielsen de Aquino, y Elizabeth Urbieta de Burró. 2008. “Cognitive Development and Home Environment of Rural Paraguayan Infants and Toddlers Participating in Pastoral del Niño, an Early Child Development Program”. *Journal of Research in Childhood Education* 22 (4): 343-62. https://doi.org/https://doi.org/10.1080/02568540809594632.

Peisner-Feinberg, Ellen, y Jennifer Schaaf. 2011. “Effects of the North Carolina More at Four Pre-kindergarten Program on Children’s School Readiness Skills: Summary of Key Findings”. Chapel Hill, NC.

Peisner-Feinberg, Ellen, Jennifer Schaaf, Doré LaForett, Lisa Hildebrandt, y John Sideris. 2014. “Effects of Georgia’s Pre-K Program on children’s school readiness skills: Findings from the 2012–2013 evaluation study”. Chapel Hill, NC.

Pessanha, Manuela, Carla Peixoto, Sílvia Barros, Joana Cadima, Ana Isabel Pinto, Vera Coelho, y Donna Bryant. 2017. “Stability and change in teacher-infant interaction quality over time”. *Early Childhood Research Quarterly* 40 (julio): 87-97. https://doi.org/10.1016/J.ECRESQ.2016.10.003.

Petrowski, Nicole, Claudia Cappa, y Peter Gross. 2017. “Estimating the number of children in formal alternative care: Challenges and results”. *Child Abuse & Neglect* 70 (agosto): 388-98. https://doi.org/10.1016/J.CHIABU.2016.11.026.

Pianta, Robert, Karen La Paro, Bridget Hamre, Margaret Burchinal, Samuel Field, Jennifer LoCasale-Crouch, Jason Downer, Carollee Howes, y Catherine Scott-Little. 2012. “A Course on Effective Teacher-Child Interactions”. *American Educational Research Journal* 49 (1): 88-123. https://doi.org/10.3102/0002831211434596.

Pianta, Robert, Karen La Paro, Bridget Hamre, Jason Downer, Margaret Burchinal, Amanda Williford, Jennifer LoCasale-Crouch, Carollee Howes, y Catherine Scott-Little. 2017. “Early Childhood Professional Development: Coaching and Coursework Effects on Indicators of Children’s School Readiness”. *Early Education and Development* 28 (8): 956-75. https://doi.org/10.1080/10409289.2017.1319783.

Powell, Christine, Helen Baker-Henningham, Susan Walker, Jacqueline Gernay, y Sally Grantham-McGregor. 2004. “Feasibility of integrating early stimulation into primary care for undernourished Jamaican children: cluster randomised controlled trial.” *BMJ* 329 (7457): 89-91. https://doi.org/10.1136/bmj.38132.503472.7C.

Powell, Christine, y Sally Grantham-McGregor. 2011. “Home Visiting of Varying Frequency and Child Development The online version of this article , along with updated information and services , is located on the World Wide Web at : Home Visiting Development of Varying Frequency and Child”. *Pediatrics*.

Prada, María, Graciana Rucci, y Sergio Urzúa. 2015. “The Effect of Mandated Child Care on Female Wages in Chile”. Cambridge, MA. https://doi.org/10.3386/w21080.

Rahman, A., Z. Iqbal, C. Roberts, y N. Husain. 2009. “Cluster randomized trial of a parent-based intervention to support early development of children in a low-income country”. *Child: Care, Health and Development* 35 (1): 56-62. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2008.00897.x.

Raver, C Cybele, Stephanie M Jones, Christine P Li-Grining, Molly Metzger, Kina M Champion, y Latriese Sardin. 2008. “Improving preschool classroom processes: Preliminary findings from a randomized trial implemented in Head Start settings”. *Early Childhood Research Quarterly* 23: 10-26.

https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2007.09.001.

Razavi, Shahra, y Silke Staab. 2010. “Mucho trabajo y poco salario. Perspectiva internacional de los trabajadores del cuidado”. *Revista Internacional del Trabajo* 129 (4): 449-67. https://doi.org/10.1111/j.1564-9148.2010.00095.x.

Reynolds, Arthur, Suh-Ruu Ou, y Judy A. Temple. 2018. “A Multicomponent, Preschool to Third Grade Preventive Intervention and Educational Attainment at 35 Years of Age”. *JAMA Pediatrics* 172 (3): 247. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.4673.

Reynolds, Sarah, Christopher Andersen, Jere Behrman, Abhijeet Singh, Aryeh Stein, Liza Benny, Benjamin Crookston, et al. 2017. “Disparities in children’s vocabulary and height in relation to household wealth and parental schooling: A longitudinal study in four low- and middle- income countries”. *SSM - Population Health* 3 (February): 767-86. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.08.008.

Richter, Linda, Bernadette Daelmans, Joan Lombardi, Jody Heymann, Florencia Lopez-Boo, Jere Behrman, Chunling Lu, et al. 2017. “Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development.” *Lancet (London, England)* 389 (10064): 103-18. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31698-1.

Roby, Jini L. 2016. “The Evidence Base on the Social Service Workforce: Current Knowledge, Gaps and Future Research Direction”.

Rodríguez, Diana;, y Christine Harris-Van Keuren. 2013. “Pautas para el aprendizaje temprano en América Latina y el Caribe”.

Roggman, Lori A., Gina A. Cook, Mark S. Innocenti, Vonda Jump Norman, Lisa K. Boyce, Katie Christiansen, y Carla A. Peterson. 2016. “Home Visit Quality Variations in Two Early Head Start Programs in Relation to Parenting and Child Vocabulary Outcomes”. *Infant Mental Health Journal* 37 (3): 193-207. https://doi.org/10.1002/imhj.21565.

Rosero, Jose, y Hessel Oosterbeek. 2011. “Trade-offs between Different Early Childhood Interventions: Evidence from Ecuador”. 11-102/3. Tinbergen Institute, Amsterdam and Rotterdam.

Rossin-Slater, Maya, y Miriam Wüst. 2016. “What is the Added Value of Preschool? Long-term Impacts and Interactions with a Health Intervention”. Cambridge, MA. https://doi.org/10.3386/w22700.

Rubio-Codina, Marta, M. Caridad Araujo, Orazio Attanasio, Pablo Muñoz, y Sally Grantham-McGregor. 2016. “Concurrent Validity and Feasibility of Short Tests Currently Used to Measure Early Childhood Development in Large Scale Studies”. Editado por David O. Carpenter. *PLOS ONE* 11 (8): e0160962. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160962.

Rubio-Codina, Marta, Orazio Attanasio, Costas Meghir, Natalia Varela, y Sally Grantham-McGregor. 2015. “The Socioeconomic Gradient of Child Development: Cross-Sectional Evidence from Children 6–42 Months in Bogota”. *Journal of Human Resources* 50 (2): 464-83. https://doi.org/10.3368/jhr.50.2.464.

Rubio-Codina, Marta, y Sally Grantham-McGregor. 2019. “Predictive Validity in Middle Childhood of Short Tests of Early Childhood Development Used in Large Scale Studies Compared to the Bayley-III, the Family Care Indicators, Stunting, and

Height-for-Age". Mimeo.

Sanchez Chico, Ana, Karen Macours, John Maluccio, y Marco Stampini. 2018. "Six years of Comunidades Solidarias Rurales: Impacts on School Entry of an Ongoing Conditional Cash Transfer Program in El Salvador". Washington, D.C. https://doi.org/10.18235/0001167.

Schady, Norbert, Jere Behrman, M. Caridad Araujo, Rodrigo Azuero, Raquel Bernal, David Bravo, Florencia Lopez-Boo, et al. 2015. "Wealth Gradients in Early Childhood Cognitive Development in Five Latin American Countries". *Journal of Human Resources* 50 (2): 446-63. https://doi.org/10.3368/jhr.50.2.446.

Schweinhart, Lawrence, Helen Barnes, y David Weikart. 1993. *Significant benefits : the High-Scope Perry preschool study through age 27*. High/Scope Press.

Schweinhart, Lawrence, Jeanne Montie, Zongping Xiang, William Barnett, Clive Belfield, y Milagros Nores. 2005. *Lifetime Effects: The High/Scope Perry Preschool Study Through Age 40 Summary, Conclusions, and Frequently Asked Questions*. High/Scope Press.

Schweinhart, Lawrence, y David Weikart. 1989. "The High/Scope Perry Preschool Study". *Prevention in Human Services* 7 (1): 109-32. https://doi.org/10.1300/J293v07n01_06.

Shonkoff, Jack, y Deborah Phillips. 2000. *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington, D.C.: National Academies Press. https://doi.org/10.17226/9824.

Singla, Daisy R, Elias Kumbakumba, y Frances Aboud. 2015. "Effects of a parenting intervention to address maternal psychological wellbeing and child development and growth in rural Uganda : a community-based , cluster-randomised trial". *The Lancet Global Health* 3 (8): e458-69. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00099-6.

Tofail, Fahmida, Jena Hamadani, Fardina Mehrin, Deborah Ridout, Syed Huda, y Sally Grantham-McGregor. 2013. "Psychosocial Stimulation Benefits Development in Nonanemic Children but Not in Anemic, Iron-deficient Children". *The Journal of Nutrition* 143 (6): 885-93. https://doi.org/10.3945/jn.112.160473.Three.

Tomlinson, Mark, Lorraine Sherr, Ana Macedo, Xanthe Hunt, y Sarah Skeen. 2017. "Paid staff or volunteers – does it make a difference? The impact of staffing on child outcomes for children attending community-based programmes in South Africa and Malawi". *Global Health Action* 10 (1): 1381462. https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1381462.

Torres, A., Florencia Lopez-Boo, V. Parra, C. Vazquez, S. Segura-Pérez, Z. Cetin, y Rafael Pérez-Escamilla. 2018. "Chile Crece Contigo: Implementation, results, and scaling-up lessons". *Child: Care, Health and Development* 44 (1): 4-11. https://doi.org/10.1111/cch.12519.

UNFPA. 2017. *Worlds apart: reproductive health and rights in an age of inequality*. Editado por State of world population report. UNFPA.

UNICEF. 2017. "Washington Group on Disability Statistics : Module on Child Functioning". New York.

———. 2018. "SDG global indicators related to children".

Vandell, Deborah, y Barbara Wolfe. 2000. “Child Care Quality: Does It Matter and Does It Need to Be Improved?”

Vogel, Cheri, Pia Caronongan, Jaime Thomas, Eileen Bandel, Yange Xue, Juliette Henke, Nikki Aikens, Kimberly Boller, y Lauren Murphy. 2015. “Toddlers in Early Head Start: A Portrait of 2-Year-Olds, Their Families, and the Programs Serving Them. Volume I: Age 2 Report”.

Vygotskiĭ, L. S. (Lev Semenovich), y Michael Cole. 1978. *Mind in society : the development of higher psychological processes*. Harvard University Press.

Walker, Susan, Susan Chang, Sally Grantham-McGregor, C Osmond, y Florencia Lopez-Boo. 2012. “Do early childhood experiences affect development in the next generation? Preliminary findings from the Jamaica intergenerational study”. En *Conference ‘Promises for Preschoolers: Early Childhood Development and Human Capital Accumulation*. London.

Walker, Susan, Susan Chang, Christine Powell, y Sally Grantham-McGregor. 2004. “Psychosocial intervention improves the development of term low-birth-weight infants.” *The Journal of nutrition* 134 (6): 1417-23. https://doi.org/10.1093/jn/134.6.1417.

Walker, Susan, Susan Chang, Marcos Vera-Hernández, y Sally Grantham-McGregor. 2011. “Early childhood stimulation benefits adult competence and reduces violent behavior.” *Pediatrics* 127 (5): 849-57. https://doi.org/10.1542/peds.2010-2231.

Walker, Susan, Susan Chang, N Younger, y Sally Grantham-McGregor. 2010. “The effect of psychosocial stimulation on cognition and behaviour at 6 years in a cohort of term, low-birthweight Jamaican children”. *Dev Med Child Neurol* 52 (7): e148-54.

Whitebook, Marcy, Laura Sakai, Emily Gerber, y Carollee Howes. 2001. “Then a Now: Changes in Child Care Staffing, 1994–2000”. Washington D.C.

Wong, Vivian C., Thomas D. Cook, William Barnett, y Kwanghee Jung. 2008. “An effectiveness-based evaluation of five state pre-kindergarten programs”. *Journal of Policy Analysis and Management* 27 (1): 122-54. https://doi.org/10.1002/pam.20310.

World Health Organization, y United Nations Children’s Fund World Bank Group. 2018. “Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential”. Geneva.

Yoshikawa, Hirokazu, Diana Leyva, Catherine E. Snow, Ernesto Treviño, M. Clara Barata, Christina Weiland, Celia J. Gomez, et al. 2015. “Experimental impacts of a teacher professional development program in Chile on preschool classroom quality and child outcomes.” *Developmental Psychology* 51 (3): 309-22. https://doi.org/10.1037/a0038785.

Yoshikawa, Hirokazu, Alice J. Wuermli, Abbie Raikes, Sharon Kim, y Sarah B. Kabay. 2018. “Toward High-Quality Early Childhood Development Programs and Policies at National Scale: Directions for Research in Global Contexts”. *Social Policy Report* 31 (1): 1-36. https://doi.org/10.1002/j.2379-3988.2018.tb00091.x.

Yousafzai, Aisha, y Frances Aboud. 2014. “Review of implementation processes for integrated nutrition and psychosocial stimulation interventions”. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1308 (1): 33-45. https://doi.org/10.1111/nyas.12313.

Yousafzai, Aisha, Jelena Obradović, Muneera Rasheed, Arjumand Rizvi, Ximena

Portilla, Nicole Tirado-Strayer, Saima Siyal, y Uzma Memon. 2016. “Effects of responsive stimulation and nutrition interventions on children’s development and growth at age 4 years in a disadvantaged population in Pakistan: a longitudinal follow-up of a cluster-randomised factorial effectiveness trial”. *The Lancet Global Health*, 433-57. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30100-0.

Yousafzai, Aisha, Muneera Rasheed, Arjumand Rizvi, Robert Armstrong, y Zulfiqar Bhutta. 2014. “Effect of integrated responsive stimulation and nutrition interventions in the Lady Health Worker programme in Pakistan on child development, growth, and health outcomes: a cluster-randomised factorial effectiveness trial”. *The Lancet* 384 (9950): 1282-93. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60455-4.