

PANORAMA SOBRE LOS SERVICIOS DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



PANORAMA SOBRE LOS SERVICIOS DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



Banco Interamericano de Desarrollo
División de Protección Social y Salud

Panorama sobre los servicios de desarrollo infantil en América Latina y el Caribe

Autores:
María Caridad Araujo
Florencia López-Boo
Juan Manuel Puyana

scl-sph@iadb.org
www.iadb.org/proteccionsocial

Junio 2013



Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del Banco Interamericano de Desarrollo

Araujo, Maria Caridad.

Panorama sobre los servicios de desarrollo infantil en América Latina y el Caribe.
María Caridad Araujo, Florencia López-Boo, Juan Manuel Puyana.

Incluye referencias bibliográficas.

1. Child development—Government policy—Caribbean Area. 2. Child development—Government policy—Latin America. 3. Children—Services for—Caribbean Area. 4. Children—Services for—Latin America. I. Lopez Boo, Florencia-. II. Puyana, Juan Manuel. III. Adoum, Alejandra, ed. IV. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. V. Title.

HQ767.9 A73 2013

IDB-MG-149

Códigos JEL: I20, I30

Keywords: Early childhood, Education, Caribbean, Latin America.

Las opiniones expresadas en esta publicación son exclusivamente de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa. Se prohíbe el uso comercial no autorizado de los documentos del Banco, y tal podría castigarse de conformidad con las políticas del Banco y/o las legislaciones aplicables.

Copyright © 2013 Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados; este documento puede reproducirse libremente para fines no comerciales.

Índice

| | |
|---|------------|
| Tablas, figuras y recuadros | 5 |
| Resumen ejecutivo | 9 |
| Agradecimientos | 11 |
| 1. Introducción | 15 |
| 2. Descripción del estudio | 21 |
| 2.1 Objetivo | 21 |
| 2.2 Revisión de la literatura | 22 |
| 2.3 Metodología | 25 |
| 3. Análisis comparativo de los programas | 33 |
| 3.1 El origen de los servicios de desarrollo infantil en la región | 33 |
| 3.2 La expansión de los servicios de cuidado y educación inicial en la región | 34 |
| 3.3 Cobertura y escala | 37 |
| 3.4 Focalización | 42 |
| 3.5 Frecuencia e intensidad del servicio | 48 |
| 3.6 Intervenciones del modelo de atención | 49 |
| 3.7 Nutrición y alimentación | 51 |
| 3.8 Seguridad y salubridad | 55 |
| 3.9 Capital Humano | 57 |
| 3.10 Trayectoria de los programas en años recientes | 62 |
| 3.11 Institucionalidad | 62 |
| 3.12 Costos | 65 |
| 3.13 Resultados de la observación de la operación de los servicios de cuidado | 69 |
| 3.14 Conclusiones del análisis comparativo | 73 |
| 4. Experiencias de países y programas individuales | 77 |
| 4.1 Argentina | 79 |
| 4.2 Bolivia | 84 |
| 4.3 Brasil | 87 |
| 4.4 Chile | 91 |
| 4.5 Colombia | 94 |
| 4.6 Costa Rica | 98 |
| 4.7 Ecuador | 100 |
| 4.8 El Salvador | 103 |
| 4.9 Guatemala | 105 |
| 4.10 Honduras | 108 |
| 4.11 Jamaica | 110 |
| 4.12 México | 113 |
| 4.13 Nicaragua | 117 |
| 4.14 Panamá | 119 |
| 4.15 Paraguay | 122 |
| 4.16 Perú | 124 |
| 4.17 República Dominicana | 127 |
| 4.18 Trinidad y Tobago | 131 |
| 4.19 Uruguay | 133 |
| Bibliografía | 139 |



Tablas, figuras y recuadros

Tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Porcentaje de participación laboral femenina en el ámbito urbano (mujeres de 15-64 años de edad)..... | 16 |
| Tabla 2. Aporte de las mujeres al ingreso y jefatura del hogar en Latinoamérica (ámbito urbano)..... | 17 |
| Tabla 3. Módulos y componentes del cuestionario de evaluación de programas de primera infancia..... | 26 |
| Tabla 4. Módulos y componentes de los instrumentos para codificar observación de servicios..... | 27 |
| Tabla 5. Programas visitados..... | 29 |
| Tabla 6. Personas entrevistadas y cargo..... | 30 |
| Tabla 7. Estadísticas descriptivas de la muestra por tipo de programa..... | 38 |
| Tabla 8. Estadísticas descriptivas de la muestra por región, programas de atención en centros..... | 39 |
| Tabla 9. Combinaciones de los criterios de focalización de los programas que proveen servicios de cuidado..... | 44 |
| Tabla 10. Combinaciones de los criterios de focalización de los programas de apoyo parental..... | 45 |
| Tabla 11. Instrumentos de focalización por tipo de programa..... | 47 |
| Tabla 12. Estadísticas sobre el horario y tiempo de funcionamiento por tipo de programa..... | 49 |
| Tabla 13. Componentes de los programas que proveen servicios de cuidado..... | 51 |
| Tabla 14. Frecuencia de distintas combinaciones de los componentes de los servicios de cuidado..... | 52 |
| Tabla 15. Estadísticas sobre los servicios de alimentación y nutrición de los servicios de cuidado..... | 56 |
| Tabla 16. Estándares de salubridad y seguridad de los servicios de cuidado..... | 56 |
| Tabla 17. Requisitos educativos para maestros, maestros asistentes y cuidadores en los servicios de cuidado..... | 57 |
| Tabla 18. Tipo de personal contratado por tipo de programa..... | 58 |
| Tabla 19. Características del personal de los servicios de cuidado..... | 58 |
| Tabla 20. Coeficientes de atención de los servicios de cuidado por grupo de edad..... | 59 |
| Tabla 21. Coeficientes de atención para los servicios de cuidado recomendados por la Academia Americana de Pediatría y la Asociación de Salud Pública Americana..... | 59 |
| Tabla 22. Características del personal de los servicios de apoyo parental..... | 59 |
| Tabla 23. Coeficientes de atención de los programas de apoyo parental, por grupo de edad..... | 60 |
| Tabla 24. Trayectoria de los servicios de cuidado en los últimos cinco años..... | 61 |
| Tabla 25. Trayectoria de los programas de apoyo parental en los últimos cinco años..... | 62 |
| Tabla 26. Costo anual por niño y salarios del personal para servicios de cuidado..... | 66 |
| Tabla 27. Costo anual por niño y salarios del personal para programas de apoyo parental..... | 67 |
| Tabla 28. Variables estructurales asociadas a la calidad, por programa..... | 78 |
| Tabla 29. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Argentina..... | 80 |
| Tabla 30. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Argentina..... | 81 |
| Tabla 31. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Argentina..... | 82 |

| | |
|--|-----|
| Tabla 32. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Argentina..... | 83 |
| Tabla 33. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Bolivia..... | 85 |
| Tabla 34. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Bolivia..... | 85 |
| Tabla 35. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Bolivia..... | 87 |
| Tabla 36. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Brasil..... | 88 |
| Tabla 37. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Brasil..... | 89 |
| Tabla 38. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Brasil..... | 89 |
| Tabla 39. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Brasil..... | 90 |
| Tabla 40. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Chile..... | 91 |
| Tabla 41. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Chile..... | 92 |
| Tabla 42. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Chile..... | 93 |
| Tabla 43. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Chile..... | 94 |
| Tabla 44. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Colombia..... | 95 |
| Tabla 45. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Colombia..... | 95 |
| Tabla 46. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Colombia..... | 96 |
| Tabla 47. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Colombia..... | 97 |
| Tabla 48. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Costa Rica..... | 99 |
| Tabla 49. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Costa Rica..... | 99 |
| Tabla 50. Calidad de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Costa Rica..... | 100 |
| Tabla 51. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Ecuador..... | 100 |
| Tabla 52. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Ecuador..... | 101 |
| Tabla 53. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Ecuador..... | 101 |
| Tabla 54. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Ecuador..... | 102 |
| Tabla 55. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en El Salvador..... | 103 |
| Tabla 56. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en El Salvador..... | 103 |
| Tabla 57. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en El Salvador..... | 104 |
| Tabla 58. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en El Salvador..... | 104 |
| Tabla 59. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Guatemala..... | 105 |
| Tabla 60. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Guatemala..... | 106 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 61. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Guatemala..... | 106 |
| Tabla 62. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Guatemala..... | 107 |
| Tabla 63. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Honduras..... | 108 |
| Tabla 64. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Honduras..... | 109 |
| Tabla 65. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Honduras..... | 109 |
| Tabla 66. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Jamaica..... | 110 |
| Tabla 67. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Jamaica..... | 111 |
| Tabla 68. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Jamaica..... | 111 |
| Tabla 69. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Jamaica..... | 112 |
| Tabla 70. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en México..... | 113 |
| Tabla 71. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en México..... | 114 |
| Tabla 72. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en México..... | 115 |
| Tabla 73. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en México..... | 116 |
| Tabla 74. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Nicaragua..... | 117 |
| Tabla 75. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Nicaragua..... | 118 |
| Tabla 76. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Nicaragua..... | 118 |
| Tabla 77. Calidad de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Nicaragua..... | 118 |
| Tabla 78. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Panamá..... | 120 |
| Tabla 79. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Panamá..... | 120 |
| Tabla 80. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Panamá..... | 121 |
| Tabla 81. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Panamá..... | 122 |
| Tabla 82. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Paraguay..... | 123 |
| Tabla 83. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Paraguay..... | 123 |
| Tabla 84. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Paraguay..... | 124 |
| Tabla 85. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Perú..... | 125 |
| Tabla 86. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Perú..... | 125 |
| Tabla 87. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Perú..... | 126 |
| Tabla 88. Calidad de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Perú..... | 126 |
| Tabla 89. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en República Dominicana..... | 128 |

| | |
|--|-----|
| Tabla 90. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en República Dominicana | 128 |
| Tabla 91. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en República Dominicana | 129 |
| Tabla 92. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en República Dominicana | 130 |
| Tabla 93. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Trinidad y Tobago | 132 |
| Tabla 94. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Trinidad y Tobago | 132 |
| Tabla 95. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Trinidad y Tobago | 132 |
| Tabla 96. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Trinidad y Tobago | 133 |
| Tabla 97. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Uruguay | 134 |
| Tabla 98. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Uruguay | 134 |
| Tabla 99. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Uruguay | 135 |
| Tabla 100. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Uruguay | 136 |

Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1. Línea de tiempo por creación o consolidación del programa, según tipo de servicio y nivel de gobierno | 36 |
| Figura 2. Cobertura de los programas que proveen servicios de atención en centros | 41 |
| Figura 3. Cobertura de los programas que proveen servicios de atención a padres | 41 |
| Figura 4. Población objetivo atendida y cobertura de los programas | 43 |
| Figura 5. Costos y componentes de los servicios de cuidado | 68 |
| Figura 6. Costos y cobertura de los servicios de cuidado | 68 |
| Figura 7. Costos y requisito mínimo de nivel educativo para el personal | 69 |
| Figura 8. Costos y coeficientes de atención (0-12 meses) | 69 |
| Figura 9. Costos y coeficientes de atención (13-24 meses) | 70 |
| Figura 10. Costos y coeficientes de atención (25-48 meses) | 70 |
| Figura 11. Costos y coeficientes de atención (49-60 meses) | 71 |

Recuadros

| | |
|--|----|
| Recuadro 1. Congruencia con la estrategia social del BID | 21 |
| Recuadro 2. Programas objeto del estudio | 22 |
| Recuadro 3. Análisis comparativo de los currículos | 28 |
| Recuadro 4. Las historias detrás de la creación de los programas | 33 |
| Recuadro 5. Cobertura en preescolar | 35 |
| Recuadro 6. Programas de apoyo parental | 40 |
| Recuadro 7. El Roving Caregivers Program de Jamaica | 42 |
| Recuadro 8. Programa Nacional Abrazo, Paraguay | 44 |
| Recuadro 9. Sistemas de Selección | 46 |
| Recuadro 10. Barreras de ingreso a los servicios de cuidado | 47 |
| Recuadro 11. Programas de cobertura universal | 48 |
| Recuadro 12. La importancia de las pautas para el aprendizaje temprano* | 52 |
| Recuadro 13. Algunos ejemplos de cómo se realizan los talleres para padres y de cómo opera la atención directa en salud | 53 |
| Recuadro 14. El Caribe y sus avances en regulación y legislación | 63 |
| Recuadro 15. Modelos intersectoriales, iniciativas en Colombia y Nicaragua | 64 |
| Recuadro 16. Modelos de asociación con la sociedad civil: el caso de Trinidad y Tobago y SERVOL | 65 |

Resumen ejecutivo

Este estudio recoge y sistematiza información detallada, actualizada y comparable sobre el diseño, la gestión, el financiamiento y la calidad de los servicios de desarrollo infantil en América Latina y el Caribe. Se concentra en dos tipos de programas que atienden a niños de 0-3 años de edad: (a) aquellos que ofrecen servicios de cuidado en modalidades institucionales y comunitarias, y (b) los que trabajan con los padres y las familias. Los dos tipos de programas estudiados buscan, a través de un conjunto distinto de intervenciones, afectar el entorno de cuidado al cual están expuestos los niños durante un periodo particularmente vulnerable de su vida.

Para la preparación de este estudio se llevó a cabo un minucioso proceso de recolección de información durante 2011. A través de una entrevista estructurada con, por lo menos, un informante por programa, se recogió información detallada sobre una muestra no representativa de 42 programas distintos, en 19 países de América Latina y el Caribe. Además de las entrevistas, se hicieron visitas de observación a unos pocos centros donde cada uno de los programas estudiados brindan sus servicios y se sistematizó la información recogida. Se incluyen en el reporte los programas que tienen mayor cobertura en cada uno de los países estudiados.

Los temas que se analizan se enfocan en el diseño, la gestión y la calidad de los programas. La primera parte del estudio se destina a un análisis comparativo entre programas y países, mientras que la segunda ofrece una descripción detallada de la oferta en cada país visitado. Los principales aspectos explorados a lo largo del análisis son los siguientes. Primero, la cobertura y escala de cada programa. Segundo, el modo en que definen a su población objetivo y los mecanismos empleados para identificarla. Tercero, el diseño del servicio en cuanto a su frecuencia e intensidad. Cuarto,

los componentes o intervenciones que conforman el modelo de atención en cada uno de los programas estudiados. Quinto, el detalle de los componentes de nutrición y alimentación que incluyen. Sexto, las acciones y protocolos de seguridad y salubridad. Séptimo, el perfil del personal que se encarga de la atención a los niños y sus remuneraciones. Octavo, la evolución reciente de los programas estudiados. Noveno, la descripción de la organización institucional de la cual forman parte los programas. Décimo, su estructura de costos.

El análisis comparativo de estos programas es un ejercicio inédito en la región, del que destacan algunas conclusiones:

- América Latina y el Caribe exhiben una enorme heterogeneidad en términos de sus programas de desarrollo infantil. Ésta se manifiesta en múltiples dimensiones: la cobertura de los programas, los servicios que ofrecen, el financiamiento con el que cuentan, los parámetros de calidad que buscan alcanzar y el perfil y la compensación de sus recursos humanos, entre otras.
- La modalidad de atención más común en las zonas urbanas es la provisión de servicios de cuidado, que pueden ser institucionales o comunitarios y que constituyen la modalidad con mayor cobertura en la región.
- Por su parte, en las zonas rurales la modalidad de atención que predomina son los programas de apoyo parental, que trabajan con las familias sea de manera individual o en grupos.
- La demanda (y la oferta) de servicios de cuidado han crecido en años recientes, mientras que los programas que brindan servicios de apoyo parental han visto decrecer su cobertura.

- La evidencia internacional documenta que los retornos de la inversión en desarrollo infantil son mayores cuando los esfuerzos se focalizan en los grupos más vulnerables. La región ha enfocado la mayor cantidad de recursos y esfuerzos hacia las poblaciones marginales de zonas urbanas, probablemente porque en ellas se concentran la mayor cantidad de mujeres que trabajan. Persiste el desafío de extender los programas a las zonas rurales, que exhiben las tasas más altas de pobreza extrema. La experiencia de los países sugiere que la atención rural requiere de modalidades de atención distintas de las urbanas.

- Los programas de desarrollo infantil procuran tener un enfoque integral. Sin embargo, es posible trabajar más para profundizar este enfoque en temas como el nutricional o en el componente pedagógico de los propios programas.

- Los programas de desarrollo infantil pueden brindar un canal que permita a los niños que tienen acceso a ellos y a sus familias ser referidos a otra oferta pública a la que tienen derecho. La sostenibilidad financiera y política de una estrategia de provisión de servicios integrales de desarrollo infantil pasa por aprovechar las posibilidades de vinculación y coordinación con otros sectores y actores.

- Dado el enorme desafío en temas nutricionales que persiste en la región, se requiere de mayores esfuerzos para, a través de los propios programas, asegurar un apoyo nutricional oportuno y adecuado a los niños que participan en los servicios de desarrollo infantil.

- En la región existe una larga ruta por recorrer en la definición, el monitoreo y el cumplimiento de estándares de calidad por parte de los proveedores que se encargan de la operación de los centros que ofrecen servicios de desarrollo infantil.

- El recurso humano que se encarga del cuidado y atención de los niños en los programas de primera infancia de la región es, en general, escaso, mal remunerado, y cuenta con poca preparación. Urge invertir para asegurar remuneraciones atractivas y sistemas de capacitación permanente.

- Garantizar servicios de cuidado de calidad durante la primera infancia requiere de coeficientes de atención bajos y esto, inevitablemente, es costoso. Los programas que ofrecen un mayor número de servicios o aquellos que procuran brindar atención integral, cuestan más. Existe una variabilidad muy grande en el costo anual promedio por niño de los distintos programas de la región.

- Proveer servicios de desarrollo infantil de calidad no da réditos políticos ni votos en el corto plazo. Sin embargo, se trata de una inversión de alto retorno. Por lo tanto, la voluntad política es indispensable para pensar en reformas que garanticen el acceso a servicios de calidad para los niños de América Latina y el Caribe.

Agradecimientos

Los autores de este estudio queremos reconocer los aportes valiosos de diferentes personas e instituciones cuyas contribuciones hicieron posible llevar adelante con éxito esta investigación.

Primero, queremos destacar el apoyo brindado por Maureen Samms-Vaughan, destacada académica e investigadora jamaíquina, quien preside la *Early Childhood Comission* (Comisión de Desarrollo Infantil) de ese país. Maureen, con generosidad, nos recibió en Jamaica y nos acompañó durante las primeras entrevistas que realizamos. La experiencia y los conocimientos de Maureen fueron clave para el diseño de los instrumentos de recolección de información que se usaron durante las visitas a todos los programas incluidos en el estudio.

En segundo lugar, agradecemos a los directivos de cada uno de los programas que fueron visitados para este estudio y que compartieron con franqueza e interés la información solicitada. En orden alfabético de los países visitados, los programas son: *Centros de Protección Infantil* (Argentina), *Jardines de Infantes de la Ciudad de Buenos Aires* (Argentina), *Jardines Infantiles de la ciudad de Villa Paranacito en la provincia de Entre Ríos* (Argentina), *Programa Nacional Primeros Años* (Argentina), *Desnutrición Cero* (Bolivia), *Kallpa Wawa* (Bolivia), *Programa de Atención a la Niñez - Manitos* (Bolivia), *Atenção Educação Infantil* (de ahora en adelante *Programa Atención en Educación Infantil*) de la ciudad de Fortaleza (Brasil), *Espaços de Desenvolvimento Infantil* (de ahora en adelante *Espacios de Desarrollo Infantil*) de la ciudad de Río de Janeiro (Brasil), *Proyecto de Primera Infancia de la ciudad de Sobral* (Brasil), *Fundación Integra* (Chile), *Jardines Infantiles de la JUNJI* (Chile), *Programa Conozca a Su Hijo* (Chile), *Buen Comienzo de la ciudad de Medellín* (Colombia), *Hogares Comunitarios de Bienestar* (Colombia), *Proyecto para una Infancia y Adolescencia*

Feliz y Protegida Integralmente de la ciudad de Bogotá (Colombia), *CEN-CINAI* (Costa Rica), *Centros Infantiles del Buen Vivir* (Ecuador), *Creciendo con Nuestros Hijos* (Ecuador), *Modelo de Atención Integral* (El Salvador), *Hogares Comunitarios* (Guatemala), *Proyecto de Atención Integral a la Niñez* (Guatemala), *Bienestar Familiar y Desarrollo Comunitario* (Honduras), *Programa de Atención Integral a la Niñez - AIEPI/AIN-C* (Honduras), *Early Childhood Comission* (Jamaica), *Roving Caregivers Program* (Jamaica), *Guarderías del Instituto Mexicano de Seguridad Social* (México), *Programa de Educación Inicial del CONAFE* (México), *Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras* (México), *Programa de Atención Integral de la Niñez Nicaragüense* (Nicaragua), *Centros de Orientación Infantil y Familiar* (Panamá), *Programa de Estimulación Precoz* (Panamá), *Programa Nacional Abrazo* (Paraguay), *Centros de Desarrollo para la Integración Familiar* (Perú), *Programa Nacional Wawa Wasi* (Perú), *Espacios de Esperanza* (República Dominicana), *Administradora de Estancias Infantiles Salud Segura* (República Dominicana), *Programa de Atención Integral a la Primera Infancia* (República Dominicana), *Early Childhood Care and Education Centers* (Trinidad y Tobago), *Plan Centro de Atención Integral a la Infancia y la Familia* (Uruguay), *Programa de Primera Infancia de la ciudad de Montevideo* (Uruguay) y el *Programa Nuestros Niños de la ciudad de Montevideo* (Uruguay).

En tercer lugar, agradecemos el apoyo de colegas de dentro y fuera del Banco, con quienes mantuvimos conversaciones más extensas para recoger sus criterios técnicos sobre aspectos específicos relacionados con los temas a ser investigados en los programas: Aimee Verdisco (División de Educación del BID), Isabel Nieves (División de Protección Social y Salud del BID) y Carla Paredes (Banco Mundial).

Además queremos reconocer con gratitud la contribución y el apoyo de todos los especialistas del BID que, desde las representaciones del Banco en la región, nos ayudaron a lo largo del proceso de preparación de este estudio. En orden alfabético de los países contactados para el estudio, ellos son: Mario Sánchez (Argentina), Julia Johannsen (Bolivia), Marcelo Pérez-Alfaro (Brasil), Mónica Rubio (Colombia), Horacio Álvarez (Costa Rica y República Dominicana), Lesley O'Connell (Ecuador), Luis Tejerina (El Salvador), Bessy Romero (Honduras), María Deni Sánchez (Honduras), Donna Harris (Jamaica), Claudia Uribe (México), Emma Sánchez-Monin (Nicaragua), Nohora Alvarado (Paraguay), María Fernanda Merino (Perú), Jennelle Thompson (Perú), Jorge Torres (República Dominicana), Ryan Burgess (Trinidad y Tobago), Ian Ho-A-Shu (Trinidad y Tobago), Gustavo Zuleta (Uruguay) y Xiomara Alemán (Venezuela).

Queremos destacar la contribución de Sophie Gardiner y Romina Tomé, asistentes de investigación, así como resaltar los aportes de Amelia Cabrera y Vanessa Currán, quienes brindaron apoyo administrativo al equipo durante la realización del estudio. Agradecemos enormemente la lectura y comentarios de dos revisoras externas, María Estela Ortiz (ex Vicepresidenta Ejecutiva de la Junta Nacional de Jardines Infantiles de Chile y consultora del BID en varios proyectos de desarrollo infantil) y Marcela Goenaga (Directora del Área de Educación Inicial del Ministerio de Educación de la ciudad de Buenos Aires).

Por último, reconocemos con gratitud el apoyo institucional recibido de Ferdinando Regalia, Jefe de la División de Protección Social y Salud del BID, quien nos confió la responsabilidad de sacar adelante este proyecto. Hemos disfrutado y aprendido muchísimo en el proceso.

Los autores

1



1. Introducción

La evidencia científica reciente ha documentado la importancia de invertir en los niños desde sus primeros años de vida, e incluso antes de su nacimiento. Esta inversión, cuando está orientada hacia los más vulnerables, tiene retornos económicos altos y evita que se profundicen las brechas presentes entre los pobres y los ricos. Las políticas de desarrollo infantil promueven la igualdad de oportunidades desde el inicio de la vida. Este es un objetivo clave en Latinoamérica y el Caribe, región caracterizada por exhibir las tasas de desigualdad más altas del mundo.

Pero ¿qué es el desarrollo infantil integral? El desarrollo infantil integral implica la sinergia de un conjunto de acciones que ponen al niño y a su familia en el centro, y que garantizan la atención de sus necesidades en el momento oportuno. Esto incluye la atención en ámbitos de salud, nutrición, estimulación temprana, educación y cuidado. Supone brindar servicios a los menores directamente pero, además, trabajar con sus familias y su comunidad. Esta sinergia presenta dos desafíos igualmente complejos: la necesidad de coordinación intersectorial y de que el conjunto de intervenciones dirigidas a la primera infancia ocurra en forma oportuna, desde la concepción y durante los primeros mil días de vida de los niños.

América Latina y el Caribe enfrentan desafíos importantes en materia de desarrollo infantil. La desnutrición crónica (baja talla para la edad en niños menores de cinco años) sigue siendo superior al 20% en 9 de 20 países sobre los cuales encontramos datos recientes. Pero incluso dentro de un mismo país, las brechas entre grupos de la población o regiones son grandes. En Perú, 48% de los niños en el quintil de ingresos más pobre sufren de desnutrición crónica (en comparación con 5% del quintil de ingresos más rico). Evidencia reciente para cinco países de la región (Schady *et*

al. 2011) documenta brechas dramáticas en el desarrollo cognitivo medido a través de una prueba de vocabulario entre niños de los estratos socioeconómicos más y menos pobres. Este estudio encuentra que a los 6 años de edad, los niños del cuartil más pobre tienen un nivel de vocabulario equivalente al de los de niños de 3,5 años en Nicaragua, 4 en Ecuador y Perú, y 4,5 años en Colombia. Al mismo tiempo, la región ha logrado avances importantes en el acceso a servicios de preescolar, que aumentó del 55% al 69% entre 1999 y 2008 según datos de UNESCO. Aun así, estas cifras esconden una gran heterogeneidad regional. Además, persiste el desafío de brindar servicios de educación inicial de calidad.

En los últimos años las agendas de política pública de varios países de la región han priorizado la atención a la primera infancia. Esto ha resultado en cambios y experiencias interesantes en diferentes ámbitos. Por ejemplo, en países como México, la cobertura de servicios de cuidado (guarderías o estancias) se ha ampliado considerablemente. En Jamaica se han invertido esfuerzos importantes por mejorar la calidad de los servicios de preescolar existentes y se han realizado avances en el proceso de certificación, regulación y monitoreo de los estándares de calidad. En Chile y Colombia se han desarrollado reformas institucionales que permiten mejorar la coordinación intersectorial a través de políticas como *Chile Crece Contigo* o de la estrategia colombiana *De Cero a Siempre*. Ecuador y Perú se encuentran trabajando para mejorar la calidad de sus servicios públicos de cuidado infantil.

Pese a los avances, la región enfrenta desafíos. Las coberturas de los principales servicios de desarrollo infantil son muy bajas, en parte porque los distintos programas e iniciativas han surgido en forma aislada, sin articularse con una política nacional de desarrollo infantil, y se han mantenido fragmentados. La

poca evidencia sobre la calidad de los servicios existentes sugiere que ésta es heterogénea y, en muchos casos, de niveles precarios. La baja cobertura y la mala calidad van de la mano con presupuestos magros para el sector. Además, en la mayoría de los países existen importantes déficits en regulación y rectoría. Esto supone que tanto los servicios operados por instancias públicas como aquellos que ofrece el sector privado lo hacen con poco o ningún control. La formación de recurso humano con las competencias adecuadas para trabajar en desarrollo infantil es escasa y las remuneraciones que se pagan no incentivan a los jóvenes a involucrarse en este tipo de actividades. Además, los desafíos de coordinación que atañen a esta, como a otras políticas sociales intersectoriales, tampoco se han resuelto. Finalmente, se cuenta con una multiplicidad de programas y servicios de desarrollo infantil que han sido ejecutados desde las propias comunidades y organizaciones de la sociedad civil, sobre las cuales existen pocas evaluaciones e información sistematizada.

Este estudio se concentra en entender más a fondo el estado de dos tipos de servicios de desarrollo infantil en la región: (a) los servicios de cuidado (conocidos como guarderías, estancias, salas cuna,

o centros de desarrollo infantil) en sus modalidades institucional y comunitaria; y, (b) los servicios de apoyo parental que trabajan con los padres y las familias para mejorar sus prácticas de crianza y estimulación temprana.

La mayoría de los programas que se identificaron y estudiaron para este documento proveen servicios de cuidado. Un gran número de ellos fue creado con el objetivo principal de permitir la inserción laboral de mujeres de sectores socioeconómicos pobres. Por esta razón se presentan, como contexto, algunas estadísticas sobre el empleo femenino. La región ha visto cambios importantes en la participación laboral de las mujeres en los últimos 10 años. La Tabla 1 describe el porcentaje de mujeres que participan en la fuerza laboral en cada país, independientemente de su tipo de empleo, es decir incluyendo también a aquellas que trabajan en el sector informal. La participación laboral femenina ha aumentado considerablemente en la mayoría de países, intensificando la demanda por servicios de cuidado para los hijos de las mujeres trabajadoras que son madres, en particular en zonas urbanas. Si bien no hay datos comparables desagregados por estatus socioeconómico, son las mujeres más pobres las que más horas trabajan (López Boo, Pagés y Madrigal 2010) y

Tabla 1. Porcentaje de participación laboral femenina en el ámbito urbano (mujeres de 15-64 años de edad)

| País | % de participación laboral femenina en el área urbana | | % de participación laboral femenina en el área urbana 10 años antes |
|----------------------|---|--------|---|
| | Año | Urbana | Urbana |
| Argentina | 2010 | 55,1 | 52,6 |
| Brasil | 2009 | 62,1 | 56,0 |
| Chile | 2009 | 50,8 | 45,3 |
| Colombia | 2010 | 64,7 | 61,8 |
| Costa Rica | 2010 | 53,7 | 46,7 |
| República Dominicana | 2008 | 55,3 | 47,1 |
| Ecuador | 2010 | 52,9 | 57,1 |
| El Salvador | 2010 | 56,2 | 54,3 |
| Guatemala | 2010 | 51,5 | 57,2 |
| Honduras | 2009 | 50,6 | 54,5 |
| México | 2008 | 49,9 | 42,9 |
| Nicaragua | 2010 | 47,3 | 50,0 |
| Panamá | 2008 | 52,4 | 50,4 |
| Paraguay | 2008 | 59,6 | 58,4 |
| Perú | 2009 | 68,2 | 61,0 |
| Uruguay | 2009 | 65,5 | 60,3 |

Fuente: Elaboración de los autores con datos del BID (2011), disponibles en <http://www.iadb.org/sociometro>.

también son las mujeres que más trabajan (o han trabajado) quienes más demandan servicios de cuidado para sus hijos (Ángeles *et al.* 2011). Existe evidencia reciente de México según la cual no son necesariamente las mujeres más pobres las principales usuarias de los servicios de cuidado de bajo costo que ofrece el sector público (Ángeles *et al.* 2011), aunque la información de los Hogares Comunitarios de Colombia muestra lo contrario.

No solamente las mujeres participan con mayor frecuencia en los mercados laborales de la región (como lo muestra la tabla), sino que además contribuyen con una fracción importante de los ingresos que sustentan a sus familias (Tabla 2). En todos los países de la región la participación laboral de mujeres en zonas urbanas se incrementó en la última década, con la excepción de tres: Ecuador, Guatemala y Honduras. Por otra parte,


en lo que se refiere al aporte femenino al ingreso del hogar, los datos revelan que en Colombia, El Salvador, Honduras y Nicaragua, las mujeres del quintil de riqueza más bajo en el sector urbano proveen más del 50% del ingreso del hogar (Tabla 2), mientras que en el resto de países aportan con una proporción no menor al 30%. Adicionalmente, un porcentaje alto de los hogares de los países de la región, especialmente de aquellos en el quintil de ingresos más pobre de las zonas urbanas, son encabezados por mujeres. De aquellos incluidos en la Tabla 2, todos, con la excepción de México y Guatemala, presentan un porcentaje mayor al 30% de mujeres cabeza de familia para el quintil más pobre. Si estas mujeres no pueden acceder al mercado laboral por falta de una oferta pública de servicios de cuidado para sus hijos pequeños¹, sus ingresos se verán significativamente reducidos.

Tabla 2. Aporte de las mujeres al ingreso y jefatura del hogar en Latinoamérica (ámbito urbano)

| País | Año | Aporte de la mujer al ingreso del hogar (%) | | % de hogares con jefe de hogar mujer | |
|-----------------|------|---|--------------|--------------------------------------|--------------|
| | | Urbano | | Urbano | |
| | | 20% más pobre | 20% más rico | 20% más pobre | 20% más rico |
| Brasil | 2009 | 36,7 | 43,2 | 42,2 | 34,9 |
| Chile | 2009 | 38,4 | 38,2 | 38,7 | 24,9 |
| Colombia | 2010 | 54,1 | 49,4 | 45,9 | 30,4 |
| Costa Rica | 2010 | 48,7 | 48,9 | 42,7 | 38,4 |
| Rep. Dominicana | 2008 | 33,8 | 38,7 | 44,5 | 29,9 |
| Ecuador | 2010 | 34,3 | 40,3 | 35,4 | 24,5 |
| El Salvador | 2010 | 57,6 | 47,7 | 48,4 | 30,5 |
| Guatemala | 2010 | 36,5 | 38,4 | 27,7 | 22,5 |
| Honduras | 2009 | 57,1 | 46,4 | 31,4 | 35,0 |
| México | 2008 | 30,8 | 41,6 | 28,9 | 26,5 |
| Nicaragua | 2010 | 53,8 | 44,8 | 39,7 | 39,8 |
| Panamá | 2008 | 38,0 | 43,7 | 42,1 | 32,2 |
| Paraguay | 2008 | 41,2 | 42,6 | 38,1 | 28,9 |
| Perú | 2009 | 49,4 | 39,9 | 37,2 | 23,6 |

Fuente: Elaboración de los autores con datos del BID (2011), disponibles en <http://www.iadb.org/sociometro>.

¹ Está documentado que la falta de oferta de servicios (o de una persona adicional) para el cuidado de un niño disminuye la oferta de trabajo femenino. Un estudio reciente sobre el tema en los EEUU (Compton y Pollak 2011) muestra que aproximadamente el 25% de las mujeres que viven a 25 millas de sus madres (o suegras) cuentan con ellas para el cuidado de sus hijos durante el día, mientras que sólo el 4,2% de las mujeres que viven a más de 25 millas de sus madres, cuenta con este apoyo. Este último grupo participa sustancialmente menos en el mercado laboral.



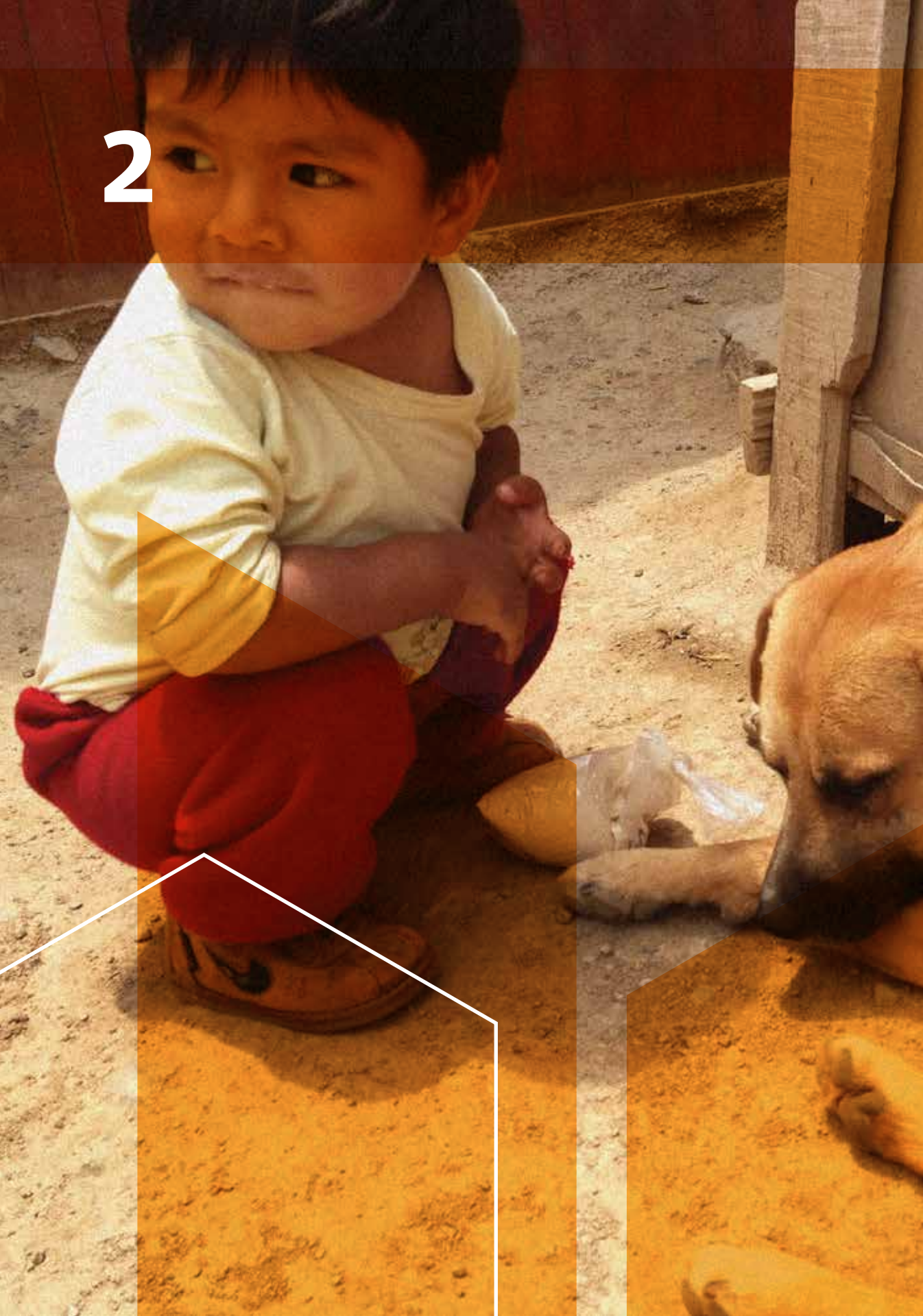
Sin embargo, la oferta de servicios de cuidado de calidad para sus hijos no es la única demanda no satisfecha de las madres trabajadoras de la región. En Latinoamérica y el Caribe la licencia de maternidad con sueldo es un beneficio al cual tienen acceso únicamente las trabajadoras asalariadas del sector formal. Las mujeres que acceden a este derecho en la región cuentan, en promedio, con tres meses de licencia por maternidad con sueldo². Los únicos países que otorgan licencias mayores son Cuba y Venezuela, con 18 semanas, y Brasil y Chile, que establecen seis meses

(únicamente para las servidoras públicas en el caso de Brasil). En el Caribe las licencias para las madres no superan las 13 semanas y la proporción del salario que se cubre es variable. Se destaca que el periodo de licencia más frecuente en la región es inferior al límite mínimo de 14 semanas establecido por el Convenio 183 sobre la Protección a la Maternidad de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (ECLAC-UNICEF 2011). Al mismo tiempo, las licencias para los padres están casi ausentes en todos los países de la región (Pautassi y Rico 2011).

² Este periodo se inicia en general obligatoriamente antes de la fecha probable del parto.



2



2. Descripción del estudio

2.1 Objetivo

Para atender la creciente demanda por servicios de cuidado para niños pequeños, varios países han invertido en la expansión de su cobertura a través de modalidades institucionales o comunitarias. Sin embargo, en muchos casos el énfasis se ha puesto precisamente en facilitar la inserción laboral de las mujeres y se ha prestado menos atención a la necesidad de asegurar servicios de calidad que promuevan el desarrollo integral de los niños. Con estos antecedentes, surgió la motivación por documentar el estado actual de estos programas.

El objetivo principal de este estudio es recoger y sistematizar información detallada, actualizada y comparable sobre el diseño, la gestión, el financiamiento y la calidad de los servicios de desarrollo infantil en América Latina y el Caribe. Esto cumple, por lo menos, un triple objetivo. Primero, proveer información que pueda ser útil para los procesos de reforma que experimentan varios países de la región. Segundo, ilustrar las dimensiones del diseño y gestión de los mismos que son críticas para garantizar su calidad. Y tercero, documentar los costos operativos

de programas de distintas características. El Recuadro 2 documenta cuáles fueron los criterios que se emplearon para seleccionar los programas investigados en este estudio. Es importante recalcar que no se trata de un inventario exhaustivo que recoge todas las experiencias de este tipo de servicios en la región. Al mismo tiempo, este estudio es el esfuerzo más completo realizado hasta la fecha por documentar en forma comparativa y con datos de fuentes primarias el estado de este tipo de servicios. Otras publicaciones recientes que abordan el tema se basan en datos de fuentes secundarias (Vegas y Santibáñez 2010) o se enfocan en la revisión de la literatura sobre los impactos de estos programas (Engle *et al.* 2011, 2007; Nores y Barnett 2010; Leroy *et al.* 2011).

El presente estudio se concentra en dos tipos de programas que atienden a niños de 0-3 años de edad: (a) aquellos que ofrecen servicios de cuidado en modalidades institucionales y comunitarias, y (b) los que trabajan con los padres y las familias. La definición del primer tipo de servicio es consistente con aquella propuesta por UNESCO para los servicios de cuidado y educación inicial (*early childhood education and*

Recuadro 1. Congruencia con la estrategia social del BID

El propósito de este estudio es congruente con las prioridades de la estrategia social del BID (2011). Dentro del ámbito específico del desarrollo infantil, esta estrategia se plantea dos objetivos:

- a) *Para niños de 0 a 3 años:* Identificar políticas e intervenciones que respalden a las personas encargadas del cuidado de los niños y a sus padres en la tarea de mejorar la calidad de la atención, asegurando el acceso a servicios integrales de desarrollo infantil para poblaciones vulnerables e identificando modalidades de servicio eficaces, de calidad, con tasas de deserción bajas y sostenibles en el tiempo
- b) *Para niños de 4 a 6 años:* Ampliar el acceso a los servicios de preescolar teniendo en cuenta aspectos de calidad y equidad y fortalecer iniciativas que articulen la enseñanza preescolar con el ciclo de educación primaria.

Además, la estrategia social del BID busca apoyar a los países en las tareas de revisar y reformar los procesos de selección, certificación y capacitación del recurso humano empleado en los servicios de atención a la primera infancia.

Recuadro 2. Programas objeto del estudio

Fueron seleccionados para participar en el estudio los programas que cumplen con los siguientes requisitos:

- Financiamiento público (gobierno central o local) y, con contadas excepciones, experiencias de la sociedad civil (*Roving Caregivers* y *Kallpa Wawa*) o de asociación con el sector privado (los *Early Childhood Care and Education Centers* de Trinidad y Tobago) cuya inclusión se sustentó en las amplias coberturas que alcanzan.
- Atención a niños de 0-3 años de edad (sin excluir a aquellos que también sirven a poblaciones de más edad).
- Intervenciones que afecten la calidad del entorno y del cuidado que reciben los niños.
- Tipos de programas incluidos:
 - Centros de cuidado (modalidad institucional o comunitaria).
 - Programas que trabajan con familias, padres y madres en temas relacionados con la crianza y estimulación (a través de visitas domiciliarias o de reuniones de grupo).
 - Se incluyeron además dos casos de iniciativas de servicios típicamente de salud que incorporan algún componente de trabajo con padres en temas de crianza y estimulación (específicamente *Desnutrición Cero* en Bolivia y el *Programa de Atención Integral a la Niñez – AIEPI/AIN-C* en Honduras)³.

care o ECEC por sus siglas en inglés), que incluyen los centros de cuidado diurno, servicios de cuidado diurno en hogares, el preescolar, pre-kínder y kínder, los grupos de juego y los servicios de cuidado por horas (Kammerman 2006). Los servicios de apoyo parental trabajan con las familias y cuidadores de los niños, sea en forma individual o grupal, con el fin de mejorar las prácticas de crianza, la estimulación y la calidad de las interacciones entre padres e hijos. El elemento que los dos tipos de programas tienen en común es que, a través de sus intervenciones, afectan el entorno de cuidado al cual están expuestos los niños durante un periodo particularmente vulnerable: los tres primeros años de vida (aunque la mayoría de los programas estudiados también sirven a niños de más edad).

2.2 Revisión de la literatura

Análisis comparativo de los servicios en la región

Existen relativamente pocos estudios que sistematizan información comparativa sobre el diseño, la gestión y la calidad de los programas de desarrollo infantil temprano en América Latina y el Caribe. Evans, Myers e Ilfeld (2000) recogen

ejemplos de buenas prácticas, artículos e información de utilidad para el personal encargado de la gestión y operación de programas de desarrollo infantil sobre una variedad de temas: planeación, modalidades, infraestructura, evaluación y financiamiento. Naudeau *et al.* (2010) buscan apoyar el diálogo de políticas en desarrollo infantil temprano y, con ese fin, sistematizan información sobre temas técnicos en un formato de fácil lectura. Este trabajo revisa la literatura sobre el impacto de los servicios y programas de desarrollo infantil temprano y sobre los instrumentos de medición del desarrollo. El tema del financiamiento de los servicios de desarrollo infantil se aborda en Grun (2008), quien examina las características de cinco modelos de financiamiento empleados en países desarrollados.

El libro de Vegas y Santibáñez (2010) se enfoca en América Latina y el Caribe y revisa las características de algunos de los principales programas de atención a la primera infancia en los sectores de salud, educación y nutrición. Un estudio que se realizó como insumo para la preparación de este libro y que ha sido sistematizado en dos documentos diferentes (Vargas-Barón 2007 y 2009) contiene una revisión en mayor detalle de las características

³ Estos dos programas no serán incluidos en los análisis comparativos ya que son muy diferentes en sus características. Sin embargo, sí se analizan en detalle en la sección 4.

operativas y de diseño de diez programas cuya población objetivo son niños de 0 a 5 años. Entre los programas incluidos se encuentra una gran variedad: transferencias monetarias condicionadas, intervenciones en salud, servicios de cuidado y programas de trabajo con padres a través de visitas domiciliarias. Dado que estos estudios emplean criterios de selección bastante amplios en cuanto a los tipos de programas e incluyen un número reducido de ellos, no logran ofrecer un análisis comparativo sistemático de la oferta de servicios de desarrollo infantil en la región.

Impacto de los servicios de cuidado en América Latina y el Caribe

Existe un trabajo reciente de Leroy, Gadsden y Guijarro (2011) que realiza un meta-análisis de las evaluaciones del impacto de cambios en la provisión de servicios de cuidado infantil implementadas usando métodos que permiten emplear metodologías rigurosas para tomar en cuenta el potencial de autoselección entre los usuarios que optan por participar en este tipo de programas. Los autores realizaron una búsqueda exhaustiva de la literatura a partir de 1980 y únicamente encontraron 6 estudios que cumplieron con los criterios metodológicos establecidos. Estos estudios correspondían a cinco países de la región: Bolivia, Guatemala, Argentina, Uruguay y dos en Colombia. Combinan modalidades de atención de dos tipos: institucionales y comunitarias. En general, las evaluaciones revelan efectos positivos sobre medidas de desarrollo de los niños a corto y largo plazo para aquellos que participan en estos servicios a partir de los 36 meses de edad. Sin embargo, debido a resultados inconsistentes no se logró sacar conclusiones respecto del impacto de estos programas sobre la salud y la nutrición. De estos seis estudios, únicamente el que se enfoca en los *Hogares Comunitarios de Bienestar* (HCB) en Colombia (Attanasio et al. 2010, Bernal et al. 2009) evaluó el impacto del servicio sobre la salud infantil. Este estudio encontró reducciones significativas en la prevalencia de la diarrea y las infecciones respiratorias agudas en los niños que habían asistido al programa por un periodo de tiempo más largo. No obstante, estos efectos podrían estar

asociados a un aumento en las infecciones en los niños inmediatamente después de comenzar a ir un HCB, ya que el grupo de comparación se constituyó con niños que empezaban a asistir (y no con niños que no participan en los HCB). Al mismo tiempo, los autores no encuentran un efecto consistente del programa sobre las tasas de vacunación ni sobre la nutrición infantil. En esa misma línea, la evaluación de otro servicio de cuidado, el *Programa Integral de Desarrollo Infantil* (PIDI) en Bolivia, tampoco encontró ningún impacto sobre el crecimiento infantil (Behrman et al. 2004). Por su parte, la evaluación de los *Hogares Comunitarios* de Guatemala (Ruel et al. 2006) sí identificó un impacto positivo de la asistencia al programa sobre la dieta de los niños.

En lo concerniente al efecto de estos servicios sobre otros aspectos del desarrollo infantil, la literatura en la región también tiene resultados variados. Por ejemplo, la evaluación de los HCB de Colombia encuentra que, en el corto plazo, aumentó la frecuencia de los comportamientos agresivos entre los niños del programa, aunque se redujo el aislamiento y se incrementaron las interacciones sociales adecuadas. Además, algo muy importante es que se identificaron mejoras en el desarrollo cognitivo de los niños, en las áreas de lenguaje, matemáticas y conocimientos generales. Estos efectos sobre el desarrollo cognitivo también parecen mantenerse en el largo plazo. En esta misma línea, el estudio del PIDI de Bolivia también encontró efectos a corto plazo sobre el desarrollo motor, el lenguaje y las habilidades sicosociales de los niños. Otro estudio reciente es el de Veramendi y Urzúa (2011), que encuentra impactos positivos de los jardines infantiles chilenos sobre el desarrollo de los niños mayores de 2 años de edad. Estos hallazgos son consistentes con los de una investigación previa liderada por Contreras (2007), quien identificó que los niños que asisten a los jardines infantiles chilenos tienen mejores resultados en las pruebas de aprovechamiento escolar una vez que ingresan a la primaria. Finalmente, la evaluación de impacto del *Programa de Atención Integral a la Niñez Nicaragüense* (PAININ) (Santiago Consultores 2010) no halla ningún efecto de la asistencia a este programa sobre el desarrollo de los niños.

Los hallazgos de impactos positivos de la asistencia a una guardería sobre el desarrollo cognitivo y social son consistentes con los de otras evaluaciones que se han propuesto identificar los efectos de largo plazo de la asistencia al precolar en Argentina (Berlinski *et al.* 2009) y Uruguay (Berlinski *et al.* 2008), donde estos servicios se ofrecen a gran escala. Estos dos estudios encontraron impactos positivos sobre pruebas escolares, sobre el comportamiento de los niños, su asistencia a la escuela y los años de escolaridad. Por su parte, Rodrigues *et al.* (2011) examinan datos de Brasil e identifican que la asistencia al precolar mejora los resultados de los niños en las pruebas de cuarto grado de primaria.

Una deficiencia de varios de los estudios antes mencionados y que identifican efectos positivos de asistir a un servicio de guardería es que cuentan con información muy limitada sobre los canales a través de los cuales ocurre el impacto. Aparte de la explicación sobre la dieta mejorada en el caso de Guatemala, ninguno de los estudios investiga los mecanismos mediante los cuales se produce el impacto de los programas que ofrecen servicios de cuidado. Además, la evidencia sobre la baja calidad de los servicios descritos, que también se documenta en estudios como el de Guatemala y el de Colombia, sugiere que los programas estarían lejos de alcanzar su efecto potencial.

Impacto de los servicios de apoyo parental en América Latina y el Caribe

La segunda modalidad de intervención estudiada en este documento son aquellos programas que trabajan con las familias para mejorar la calidad de la atención, el cuidado y la estimulación que reciben los niños en sus primeros años de vida en el hogar. La literatura existente (Baker-Henningham y López Boo 2010, Engle *et al.* 2011) demuestra que en países como Israel, Santa Lucía, Turquía, Jamaica, Ecuador, Cuba, Sudáfrica y Brasil, los impactos de las visitas domiciliarias de apoyo parental fueron positivos y sostenidos en el tiempo. Además, estas intervenciones son costo-efectivas, particularmente cuando: (i) la intensidad es alta (por ejemplo, las visitas semanales tienen mayor impacto que las visitas mensuales); (ii) la calidad es buena

(es decir, hay un esfuerzo considerable de capacitación inicial y continua del personal, acompañado por procesos de monitoreo y supervisión y por la existencia de protocolos detallados); (iii) la exposición al programa es larga; (iv) el foco de la intervención es claro (por ejemplo, estimulación vs. educación); y, (v) el proceso es interactivo entre la educadora y la familia.

Las evaluaciones más recientes y rigurosas llevadas a cabo en Jamaica (Walker *et al.* 2005) y Colombia (Attanasio *et al.* 2012) se basan en la implementación de este tipo de programas a escala piloto. La evaluación de impacto de Jamaica identificó efectos sustanciales de corto y largo plazo sobre los niños cuyos padres participaron en un programa de visitas domiciliarias enfocado en mejorar las prácticas de estimulación temprana. A línea de base, los niños que participaron en este piloto sufrían de desnutrición crónica y tenían entre 9 y 24 meses de edad. Las visitas se prolongaron por 24 meses y se realizaron de manera semanal. Sus impactos se manifestaron en mejores resultados escolares, laborales y sociales, presentes incluso hasta la adultez. Por su parte, el programa de Colombia promovió visitas domiciliarias semanales con el fin de fomentar la estimulación sicosocial en niños que al inicio de la intervención tenían entre 12 y 24 meses de edad. Tras 18 meses de participar en el programa se encontraron impactos positivos y significativos sobre su desarrollo cognitivo, de lenguaje (receptivo y expresivo) y también mejoras sobre la calidad del ambiente del hogar. Los efectos fueron mayores entre aquellos niños que iniciaron el programa a una edad de 19 meses o más. Vale la pena mencionar que en la región no existe una evaluación de impacto rigurosa de este tipo de servicios implementados a escala.

Costo-efectividad de los servicios de cuidado

Un antecedente cercano metodológicamente al presente estudio, aunque enfocado en los Estados Unidos, es el libro de Helpburn (1995), en el cual se analizan costos, calidad y medidas de desarrollo infantil en guarderías de una muestra aleatoria de 100 centros en California, Connecticut, Colorado y Carolina del Norte. Este estudio presenta comparaciones de los centros en cuanto al tipo de servicios provistos, su

estructura organizativa y administrativa, las características del espacio físico, los mecanismos de participación de los padres, el uso de voluntarios y las políticas de personal. También analiza en detalle la estructura de costos y los subsidios recibidos, las fuentes de ingreso y el pago –si es que existe– que realizan las familias por los servicios.

Los resultados más relevantes del estudio de Helpburn son que la calidad de las guarderías que atienden a niños de entre 0 y 3 años –es decir el grupo objetivo del presente estudio– es, en el mejor de los casos, mediocre. Más de la mitad de los niños de la muestra en este grupo etario acuden a centros con niveles de calidad que no alcanzan estándares mínimos. El estudio también encuentra que la calidad de los servicios es mejor en centros que tienen las siguientes características: coeficientes de atención o número de niños por adulto más bajos; cuidadores con mayores niveles de educación, más oportunidades de capacitación y mejores salarios; administradores con más años de experiencia; currículos mejor desarrollados; y, menor rotación del personal. El estudio encontró que, en los Estados Unidos, incluso los centros de calidad mediocre son muy costosos. Lo interesante es que los de mayor calidad parecían exhibir un costo apenas 10% mayor a aquel de los mediocres.

2.3 Metodología

Con el fin de documentar el estado de los servicios de desarrollo infantil de la región, este estudio implementó un ambicioso proceso de recolección de información durante 2011. La recolección y el análisis de la información que respalda este trabajo pueden organizarse en cuatro etapas: (i) desarrollo de cuestionarios y de protocolos de observación; (ii) visitas a los programas; (iii) seguimiento de las visitas para completar datos faltantes; y, (iv) sistematización y análisis de la información recogida.

Este estudio fue pensado como un análisis cualitativo, organizado alrededor de la

realización de una entrevista estructurada con, por lo menos, un informante por programa. El primer paso fue entonces el desarrollo de instrumentos para la entrevista a los directores de los programas. Los temas que se cubrieron en estos encuentros fueron los siguientes: diseño del programa, financiamiento, aspectos organizativos y gerenciales y variables de calidad⁴. Los módulos principales del cuestionario para el director del programa se muestran en la Tabla 3. En la mayoría de los casos, la entrevista se logró realizar con los propios directores o coordinadores de los programas. Vale la pena destacar que no se trataba de los directores de centros particulares, sino de aquellos a cargo de la supervisión del programa o de un *sistema de centros*. Pese a la riqueza de la información recogida durante la entrevista, es importante mencionar que este enfoque también tiene limitaciones. Entre ellas, por ejemplo, ocurrió que muchas veces la información que se reportaba se basa en los estándares hacia donde quisiera llegar el programa y no en su operación real. Por tratarse de una entrevista, tampoco hay posibilidad de verificar *toda* la información proporcionada. Por último, no todos los programas cuentan con datos igualmente sistematizados, actualizados o completos para ciertos temas. En particular, existió heterogeneidad en el reporte de la información financiera y de aquella relacionada con el cumplimiento de estándares de seguridad y salubridad.

Además de la entrevista con el coordinador del programa, se solicitó visitar algunos centros para observar la operación de los servicios. Con el fin de sistematizar la información recogida durante estas visitas, además de los cuestionarios antes descritos, se desarrollaron instrumentos⁵ para codificar lo observado. En la práctica, fue factible visitar apenas uno o dos centros por programa. Los propios programas se encargaron de seleccionarlos, lo cual probablemente supone un sesgo pues habrán querido mostrar los servicios más exitosos⁶. Aun así, el uso de observaciones codificadas resultó útil para validar la información reportada por los administradores. También

⁴ El cuestionario está disponible en <http://www.iadb.org/ProteccionSocial>

⁵ Estos están disponible en <http://www.iadb.org/ProteccionSocial>

⁶ Así y todo, los propios autores se sorprendían de las condiciones de algunos centros (por ejemplo, baños sucios, ollas hirviendo al alcance de niños que apenas caminan, cables pelados, interacciones poco cálidas y sensibles con los niños, etc.).

permitió observar las características del funcionamiento de los servicios, dialogar con los operadores y maestros-cuidadores, y corroborar medidas de calidad (como los coeficientes de atención o el número de niños por adulto que se mantienen para la atención o el perfil educativo de los maestros-cuidadores). La Tabla 4 resume los temas principales que se abordaron en estas observaciones.

En el transcurso de 9 meses se organizaron visitas a los 42 programas que aceptaron participar en el estudio, en 19 países⁷. Dado el carácter cualitativo de esta investigación, no hubo una

selección aleatoria de programas ni de centros ya que no se pretendía una representatividad geográfica, étnica y de nivel socioeconómico. Lo que se logró fue observar los programas de mayor cobertura en cada uno de los países.

Dicho esto, hay que reconocer que hubo programas que fueron identificados demasiado tarde y por lo tanto no se incluyeron en el calendario de visitas, por ejemplo: los Centros de Desarrollo Infantil en Nicaragua (atienden a 6.500 niños en 55 centros de jornada extendida) y los Centros Educativos Culturales de Infancia de la JUNJI en Chile (atienden a niños de 2

Tabla 3. Módulos y componentes del cuestionario de evaluación de programas de primera infancia

| Instrumento | Módulo | Tipo de Información | Detalle | |
|--|---|--|--|---|
| Cuestionario de evaluación de programas de desarrollo infantil en América Latina y el Caribe | Características generales del programa | Identificación | Identificación del programa | |
| | | | Identificación de las personas entrevistadas | |
| | | Características generales del programa | Administración | Historia del programa |
| | | | | Servicios provistos |
| | | | | Focalización |
| | Horario | | | |
| | Cobertura | | | |
| | Calidad | Infraestructura y abastecimiento | Seguridad y salubridad | Información sobre la junta directiva del programa |
| | | | | Regulación de espacios |
| | | | Regulación de dotación | |
| | | Sistemas de información e interacción con los padres | Capital humano | Regulación de seguridad |
| | | | | Regulación de salubridad |
| | | | Inclusión | Información que poseen de los niños |
| | | | | Trabajo con los padres |
| | | Percepción de los servicios | Currículo | Copagos |
| | | | | Procedimientos preventivos y de emergencia |
| | | | Características generales | Acompañamiento nutricional |
| | | Salarios | | |
| | | Razones de cuidado | | |
| | Política de inclusión a niños discapacitados | | | |
| | Política de inclusión a niños indígenas e inmigrantes | | | |
| | Perspectivas | Resumen Financiero | Planes y limitaciones | Preferencias de las madres |
| | | | | Fecha de creación y componentes del currículo |
| Monitoreo del desarrollo | | | | |
| Provisión de alimentos | | | | |
| Definición de menús | | | | |
| Personal de cocina | | | | |
| Provisión de micronutrientes | | | | |
| Planes a futuro | | | | |
| Principales limitantes | | | | |
| Ingresos totales | | | | |
| Fuentes de ingreso | | | | |
| Gastos totales | | | | |
| Categorías de gasto | | | | |
| Costo anual por niño | | | | |
| Último costo por niño calculado | | | | |

⁷ Los rechazos a participar en este estudio fueron mínimos y ocurrieron únicamente en un país.

Tabla 4. Módulos y componentes de los instrumentos para codificar observación de servicios

| Instrumento | Módulo | Tipo de Información | Detalle |
|---|--|---|--|
| Protocolo de observación - Servicios de cuidado | Identificación | Identificación del centro | Nombre y programa al que pertenece |
| | | Identificación del director | Nombre y formación del director |
| | Generales | Proceso de matrícula | Descripción del proceso |
| | | Lista de espera | Existencia y número de niños en ella |
| | | Copagos y financiamiento | Tarifas y fuentes de financiación |
| | | Flexibilidad del horario | Flexibilidad del horario y discrecionalidad |
| | | Percepción de los servicios | Percepción de las madres |
| | Alrededores e infraestructura | Cercanía a transporte público | Facilidad del transporte y ruido producido |
| | | Condición de los alrededores | Presencia de elementos negativos para los niños |
| | | Estado del centro | Ventilación, presencia de grafiti y buena fachada |
| | | Espacios básicos | Lugar de actividades al aire libre y juegos infantiles |
| | Baños y cocinas | Dotación adecuada | Inodoros y lavamanos apropiados |
| | | Servicio de agua | Presencia y facilidad de acceso a agua |
| | | Higiene | Jabón, área de cambio de pañales, canecas |
| | | Estado de los baños | Plomería, filtraciones e higiene |
| | Áreas de juego, aprendizaje y descanso | Estado de las cocinas | Seguridad, restricciones y equipamiento |
| | | Niños matriculados | Número de niños y grupos de edad |
| | | Personal | Número de maestros, asistentes y otro personal |
| | | Dotación adecuadas | Presencia de juguetes, libros y materiales |
| | | Espacios | Suficiente espacio para actividades |
| | Interacciones y cuidadores | Horario | Horas al día y días a la semana |
| Participación | | Participación de los niños y actividad en general | |
| Interacciones | | Cómo interactúan los maestros y los niños | |
| Instrumento | Módulo | Tipo de Información | Detalle |
| Protocolo de observación - Apoyo parental | Información general | Tipo de visita | Sesión grupal o individual, número de familias |
| | | Identificación del entrevistado | Nombre y perfil del encargado de la sesión |
| | | Lugar de la sesión | Tipo de lugar para desarrollar la sesión |
| | | Duración | Duración de la sesión |
| | | Copagos | Tarifas del programa |
| | Supervisión | Presencia de la supervisora | Presencia en la sesión y frecuencia de asistencia |
| | | Función de la supervisora | Interacción con la promotora |
| | Localización e instalaciones | Cercanía a transporte público | Facilidad del transporte y ruido producido |
| | | Condición de los alrededores | Presencia de elementos negativos para los niños |
| | | Higiene | Área de cambio de pañales, canecas |
| | Áreas de juego y aprendizaje | Estado de los baños | Agua potable, higiene |
| | | Dotación adecuada | Presencia de juguetes, libros y materiales |
| | | Espacios | Suficiente espacio para actividades y seguridad |
| | Interacciones y cuidadores | Horario | Días a la semana y meses al año |
| | | Participación | Participación de los niños y actividad en general |
| | | Interacción padres e hijos | Cómo interactúan los padres y sus niños |
| | | Estado de los niños | Vestimenta y presencia de los niños |

Fuente y elaboración: los autores.

a 6 años con énfasis en expresión artística y cultural). En países como Brasil o Argentina, donde la provisión de estos servicios se encuentra descentralizada a nivel de la gestión estatal o municipal, solo fue posible visitar una muestra muy pequeña de la oferta disponible. La mayoría de las visitas fueron realizadas por la misma persona, uno de los autores del estudio⁸. A manera de piloto, las encuestas y el instrumento de codificación de observaciones fueron probados en Jamaica. Tras esa experiencia, se hicieron varios ajustes. Las entrevistas a los directores de los programas se llevaron a cabo con éxito, pese a su extensión y nivel de detalle. Tomaron, en promedio, cuatro horas por programa, pero la variabilidad fue grande. Las entrevistas tendían a extenderse más en aquellos programas donde la información no se encontraba sistematizada.

La Tabla 5 muestra la lista de los países y programas visitados, indicando las ciudades donde se encuentra su oficina principal, su ámbito de atención (nacional o municipal) y la institución de la cual dependen. Como complemento, la Tabla 6 especifica el nombre y cargo del informante que respondió al cuestionario principal en cada programa. Cabe aclarar que, dada la rotación de personal, no todas las personas

que fueron consultadas continúan en el cargo. Las dos tablas están organizadas alfabéticamente por país.

Dado que durante las visitas a los programas alguna información no estuvo disponible para ser sistematizada, fue necesario realizar un seguimiento individual, por vía telefónica, para completar los cuestionarios, sobre todo en materia financiera, detalle del perfil educativo, remuneraciones del personal y respecto de algunas desagregaciones de la cobertura de los programas. Pese a estos esfuerzos, no fue posible recoger información sobre todas las variables del programa para la totalidad de los que se incluyen en el estudio. Por esta razón, en varias de las tablas que se presentan más adelante el número de observaciones no coincide con el total de programas visitados. Se ha intentado documentar este tema cuidadosamente en cada una de las tablas.

El resto del estudio se concentra en analizar los aspectos de diseño, financiamiento, administración y calidad de los programas estudiados. Como en América Latina existen diferencias en el origen y la evolución de este tipo de programas entre los distintos países, en ocasiones el análisis se desagrega en subgrupos: los

Recuadro 3. Análisis comparativo de los currículos

Como parte del esfuerzo por recoger información, se recopilaron los documentos originales que contenían los currículos y pautas de aprendizaje de aquellos programas que contaban con ellos y estaban dispuestos a compartirlos. El análisis comparativo de los currículos es, en sí mismo, un esfuerzo de magnitud importante, que requiere de una metodología diferente. Debido a ello se decidió realizar este trabajo en forma paralela a la elaboración del presente estudio. El análisis comparativo de las pautas de aprendizaje busca identificar y caracterizar los elementos comunes y diferentes entre los currículos examinados. Se logró recopilar material curricular para 27 programas en 14 de los países investigados. Al igual que en este reporte, el análisis comparativo de los currículos se enfoca en aquellos que se concentran en niños de 0-3 años de edad (y, en algunos casos, sus familias).

Dada la heterogeneidad de los datos por sistematizar en los currículos, para su análisis se empleó una metodología de evaluación analítica comparada, que sistematiza un conjunto amplio de dominios e indicadores presentes en cada uno de los documentos. Son éstos los que describen las pautas de aprendizaje que contemplan los programas. El método de análisis se basó en la propuesta de Scott-Little et al. (2008), que evaluó las pautas de aprendizaje para niños de 0-3 años en una muestra de programas de los Estados Unidos. Este análisis se presenta en un documento separado que acompaña al presente estudio: "Pautas para el aprendizaje temprano en América Latina y el Caribe", escrito por Christine Harris-Van Keuren, Diana Rodríguez-Gómez y Maggie Morrison de la Universidad de Columbia⁹. El Recuadro 12 resume en mayor detalle las principales conclusiones de este estudio.

⁸ Uno de los autores se encargó de casi la totalidad de las visitas, con la excepción de los programas de Paraguay, Argentina y Trinidad y Tobago, que estuvieron a cargo de otra de las autoras.

⁹ Disponible en <http://www.iadb.org/DesarrolloInfantil>

países de la región andina, los del Cono Sur y los de Centroamérica. El Caribe, como subregión, se discute brevemente en el Recuadro 14 y en este documento se toma a la región casi como un estudio de caso ya que se cuenta con información solamente para Jamaica y Trinidad y Tobago.

Tabla 5. Programas visitados

| País | Ciudad | Programa | Institución de la cual depende | Tipo |
|-------------|------------------|---|---|-----------|
| Argentina | Buenos Aires | Centros de Protección Infantil | Ministerio de Desarrollo Social de Buenos Aires | Municipal |
| Argentina | Buenos Aires | Jardines de Infantes de la Ciudad de Buenos Aires | Ministerio de Educación de Buenos Aires | Municipal |
| Argentina | Buenos Aires | Programa Nacional Primeros Años | Consejo Nacional de Coordinación de Pol. Sociales | Municipal |
| Argentina | Villa Paranacito | Jardines Infantiles de la ciudad de Villa Paranacito | Ministerio de Educación de la Provincia de Entre Ríos | Municipal |
| Bolivia | Cochabamba | Kallpa Wawa | Unicef y Municipio de Tapacará | Municipal |
| Bolivia | El Alto | Programa de Atención a la Niñez - Manitos | Gobernación de la Paz - Municipio de El Alto | Municipal |
| Bolivia | La Paz | Desnutrición Cero | Ministerio de Salud | Nacional |
| Brasil | Fortaleza | Atención en Educación Infantil | Secretaría de Educación de Fortaleza | Municipal |
| Brasil | Río de Janeiro | Espacio de Desarrollo Infantil | Secretaría de Educación de Río de Janeiro | Municipal |
| Brasil | Sobral | Proyecto de Primera Infancia | Secretaría de Educación Municipal de Sobral | Municipal |
| Chile | Santiago | Conozca a su Hijo-CASH | Junta Nacional de Jardines Infantiles | Nacional |
| Chile | Santiago | Fundación Integra | Ministerio de Educación/ Gabinete de la Primera Dama | Nacional |
| Chile | Santiago | Jardines Infantiles de la JUNJI | Junta Nacional de Jardines Infantiles | Nacional |
| Colombia | Bogotá | Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar | Instituto Colombiano de Bienestar Familiar | Nacional |
| Colombia | Bogotá | Infancia y Adolescencia Feliz y Protegida Integralmente | Sec. de Integración Social de Bogotá | Municipal |
| Colombia | Medellín | Buen Comienzo | Sec. de Educación, Salud e Integr. Social - Medellín | Municipal |
| Costa Rica | San José | CEN-CINAI | Ministerio de Salud | Nacional |
| Ecuador | Quito | Centros Infantiles del Buen Vivir-CIBV | Instituto de la Niñez y la Familia | Nacional |
| Ecuador | Quito | Creciendo con Nuestros Hijos-CNH | Instituto de la Niñez y la Familia | Nacional |
| El Salvador | San Salvador | Modelo de Atención Integral | Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia | Nacional |
| Guatemala | Guatemala | Hogares Comunitarios | Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente | Nacional |
| Guatemala | Guatemala | Proyecto de Atención Integral a la Niñez | Dirección General de Gestión de Calidad Educativa - Ministerio de Educación | Nacional |
| Honduras | Tegucigalpa | Bienestar Familiar y Desarrollo Comunitario | Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia | Nacional |
| Honduras | Tegucigalpa | Programa de Atención Integral a la Niñez - PAIN-AIEPI/AIN-C | Secretaría de Salud | Nacional |
| Jamaica | Kingston | Early Childhood Commission | Ministerio de Salud | Nacional |
| Jamaica | May Pen | Roving Caregivers | Rural Family Support Organization | N/A |
| México | Distrito Federal | Guarderías | Instituto Mexicano del Seguro Social | Nacional |
| México | Distrito Federal | Programa de Educación Inicial | Consejo Nacional de Fomento Educativo-CONAFE | Nacional |
| México | Distrito Federal | Programa de Estancias Infantiles | Secretaría de Desarrollo Social | Nacional |

Tabla 5. Programas visitados (Continuación)

| País | Ciudad | Programa | Institución de la cual depende | Tipo |
|----------------|---------------|--|---|-----------|
| Nicaragua | Managua | Programa de Atención Integral a la Niñez-PAININ* | Ministerio de la Familia | Nacional |
| Panamá | Panamá | Centros de Orientación Infantil y Familiar | Ministerio de Desarrollo Social | Nacional |
| Panamá | Panamá | Programa de Estimulación Precoz | Instituto Panameño de Estimulación Especial | Nacional |
| Paraguay | Asunción | Programa Nacional Abrazo | Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia | Municipal |
| Perú | Lima | Centros de Desarrollo para la Integración Familiar-CEDIF | Instituto Nacional para el Bienestar Familiar | Nacional |
| Perú | Lima | Programa Nacional Wawa Wasi* | Ministerio de la mujer y desarrollo social | Nacional |
| R. Dominicana | Santo Domingo | Espacios de Esperanza | Despacho de la Primera Dama | Nacional |
| R. Dominicana | Santo Domingo | Estancias Infantiles Salud Segura | Instituto Dominicano de Seguros Sociales | Nacional |
| R. Dominicana | Santo Domingo | Programa de Atención Integral a la Primera Infancia | Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia | Nacional |
| Trin. y Tobago | Puerto España | Early Childhood Care and Education Centers | Ministerio de Educación | Nacional |
| Uruguay | Montevideo | Plan CAIF (Centros de Atención Integral Familiar) | Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay-INAU | Nacional |
| Uruguay | Montevideo | Programa Nuestros Niños | Intendencia de Montevideo | Municipal |
| Uruguay | Montevideo | Programa Primera Infancia (Centros Diurnos) | Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay-INAU | Municipal |

* Nota: Los programas PAININ y Wawa Wasi fueron reemplazados por otras intervenciones luego de ser visitados en 2011.

Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 6. Personas entrevistadas y cargo

| País | Programa | Nombre | Cargo |
|-----------|---|---|--|
| Argentina | Centros de Protección Infantil | Santiago López | Director General Fortalecimiento de la Sociedad Civil |
| Argentina | Jardines de Infantes de Buenos Aires | Marcela Goenaga | Directora Área Inicial |
| Argentina | Jardines Infantiles de Villa Paranacito | Marta Muchiutti | Directora Educación Inicial-Nación |
| Argentina | Primeros Años | María Lilita Gamarra Norberto Vázquez | Coordinadora Técnica Coordinador Monitoreo y Evaluación PA |
| Bolivia | Pan-Manitos | Víctor Rodríguez David Santamaría | Jefe de Unidad de Programas y Seguros de Salud Responsable del Programa |
| Bolivia | Kallpa Wawa | Ludmina Colque Lidia Zambrano | Técnica Municipal de Desarrollo Humano Supervisora |
| Bolivia | Desnutrición Cero | Lucy Alcón Vladimir Camacho | Supervisora de las UNI Jefe Unidad de Servicios de Salud y Calidad |
| Brasil | Atención en Educación Infantil Fortaleza | Francisca Francineide de Pinho | Coordinadora de Educación Infantil |
| Brasil | Proyecto de Primera Infancia de Sobral | Julio César Alexandre Edna Lucia de Carvalho | Secretario de Educación de Sobral Coordinadora de Educación Infantil |
| Brasil | Espacio de Desarrollo Infantil - Río de Janeiro | Eduardo de Padua Nazar | Gerente de Proyectos Especiales |
| Chile | Fundación Integra | Patricia Paredes Johnny Chamorro | Jefa Staff de Alianzas Estratégicas Profesional de Apoyo Contabilidad |
| Chile | JUNJI | Sylvana Meniconi | Directora |
| Chile | CASH | Sylvana Meniconi Mafalda Díaz | Directora Encargada Nacional del Programa CASH |
| Colombia | Buen Comienzo | Fabián Zuluaga Mauricio Hoyos | Director Gestor de Costos de Atención |

| País | Programa | Nombre | Cargo |
|----------------|---|--|---|
| Colombia | Secretaría de Integración Social | Paola Londoño | Coordinadora de Servicios Sociales de Infancia |
| | | Adriana Velázquez | Líder del Equipo de Jardines Infantiles |
| Colombia | Hogares Comunitarios de Bienestar | María Patricia Serra Rey | Jefe de la Oficina de Cooperación y Convenios |
| Costa Rica | CEN-CINAI | Guillermo Flores | Director Ejecutivo |
| Ecuador | CIBV | Javier Cueva | Coordinador Nacional de Primera Infancia |
| | | Elizabeth Ramos | Asesora |
| Ecuador | CNH | Javier Cueva | Coordinador Nacional de Primera Infancia |
| | | Elizabeth Ramos | Asesora |
| El Salvador | Modelo de Atención Integral | Sonia Molina | Jefa del Departamento de Atención Inicial |
| Guatemala | Hogares Comunitarios | Patricia Castañeda | Directora Programa Hogares Comunitarios |
| Guatemala | Programa de Atención Integral a la Niñez | Edna Torres | Profesional del Departamento de Educación Inicial |
| | | Ilse Secaira | Subdirectora de Educación Escolar |
| Honduras | Bienestar Familiar y Desarrollo Comunitario | Aleyda Girón | Gerente de Asistencia Técnica del IHNFA |
| | | Josué Martínez Oviedo | Coordinador Nacional |
| Honduras | PAIN | Concepción Durón | Jefe del PAIN |
| Jamaica | Early Childhood Commission | Winsome Johns-Gayle | Directora Ejecutiva |
| | | Michelle Campbell | Directora, Sector de Servicios de Soporte |
| Jamaica | Roving Caregivers | Utealia Burrell | Directora Ejecutiva de RUFAMSO |
| México | Estancias Infantiles para Madres Trabajadoras | Lizbeth Torres | Directora de Relaciones Interinstitucionales |
| México | Guarderías de la Seguridad Social | Nabiha Sáade | Coordinadora de Guarderías del IMSS |
| | | Jorge Govea | Titular de la División de Expansión del Servicio |
| México | Programa de Educación Inicial - CONAFE | Valerie Vonwobeser | Subdirectora del Programa de Educación Inicial |
| | | Imelda Velázquez | Apoyo técnico |
| Nicaragua | PAININ | Lucía Padilla Reina García | Técnica Nac. de Primera Infancia Administrativa Financiera |
| Panamá | Centros de Orientación Infantil y Familiar | Julián Rivera | Director Nacional Servicios de Protección Social |
| | | Angélica Pérez | Supervisora |
| Panamá | Programa de Estimulación Precoz | Gloria Hernández | Directora del Programa de Estimulación Precoz |
| | | Itzel Palacios | Directora General del IPHE |
| Paraguay | Abrazo | Norma Duarte | Directora Protección y Promoción de Derecho |
| | | Luis Bendozo | Director Centro #2 |
| Perú | Programa Nacional Wawa Wasí | Josefina Vera Capurro Sandra Manrique Becerra | Gerente de Unidad de Planeación y Desarrollo Especialista de Monitores |
| Perú | CEDIF | Carmen Jordán Vela Juan Ramón Ugarte | Asistente de Gerencia Asistente de Monitoreo |
| R. Dominicana | Espacios de Esperanza | Carolina Gordillo | Encargada de Proyectos Infantiles |
| R. Dominicana | Programa de Primera Infancia | Penélope Melo Ruddy Lozano | Gerente PAIPI Gerente Financiero |
| R. Dominicana | Estancias Infantiles de la Seguridad Social | Lilliam Rodríguez | Directora Educativa |
| Trin. y Tobago | Early Childhood Care and Education Centers | Ann Thornhill Keisha Mahabirsingh | Directora Empleada de cuentas II |
| Uruguay | Plan CAIF | Susana Mara | Directora General de Primera Infancia |
| | | Andrea Tejeira | Directora de División |
| Uruguay | Programa Nuestros Niños | Brenda Rovetta María Mangado | Coordinadora Ejecutiva Equipo Técnico |
| Uruguay | Programa de Primera Infancia del INAU | Rosario Martínez Adela Telles | Directora de la División de Infancia Directora del Programa Primera Infancia |

Fuente y elaboración: los autores.

3



3. Análisis comparativo de los programas

3.1 El origen de los servicios de desarrollo infantil en la región

Los primeros servicios de cuidado y de educación inicial de América Latina aparecieron a finales del siglo XIX, pero no fue sino hasta la mitad del siguiente siglo que comenzaron a consolidarse programas públicos que ofrecían servicios para la primera infancia. Un ejemplo ilustrativo es el de *Jardines de Infantes* en Argentina. A fines del siglo XIX se inauguró el primer jardín de infantes en la Ciudad de Buenos Aires, pero es recién en los años 1930 y 1940 que se crean los llamados jardines integrales, prioritariamente para niños de 5 años. En aquella época estos funcionaban en salas anexas a escuelas primarias. Durante la década de 1950, con la industrialización y la migración interna hacia zonas urbanas, los jardines se hacen más populares y comienzan un proceso de expansión. Estos servicios fueron el antecedente de los programas provinciales que existen hoy en día en Argentina y que proveen no solo servicio de preescolar, sino también

atención a los niños más pequeños (en los llamados Jardines Maternales).

Los programas investigados en este estudio que ofrecen servicios de cuidado precedieron en casi una década a los programas de apoyo parental. Los primeros tienen una edad promedio de 22 años, aunque con un rango de variabilidad muy amplio. Se realizaron entrevistas a programas que empezaron sus actividades en 1930 y a otros que apenas lo hicieron en 2009. Por su parte, la edad promedio de los programas de apoyo parental en la región es de casi 12 años (Tabla 7). Si se examina la diferencia entre las subregiones, destaca que la oferta de los servicios de cuidado se inicia hace alrededor de 25 años en Centroamérica, en el Caribe y en el Cono Sur, mientras que en los Andes este tipo de modalidad tiene, en promedio, 16 años de existencia (Tabla 8). En más de un país, la información anecdótica que narran los directivos de los programas vincula su creación a políticas que buscaban facilitar la inserción laboral de las mujeres.

Recuadro 4. Las historias detrás de la creación de los programas.

Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) – Chile

La JUNJI representa un ejemplo típico del modelo de atención institucional (jardines materno-infantiles), cuya presencia es común sobre todo en el Cono Sur. En Chile la oferta pública de jardines infantiles surge hacia inicios de la década de los 1970 como una respuesta a la necesidad de las mujeres de entrar al mercado laboral. Aunque en ese entonces la cobertura era baja, esta institución nace con una oferta de atención integral a la infancia –pionera en América Latina– que incluía servicios de nutrición y alimentación (un rol importante para enfrentar la desnutrición existente en esos años), educación y cuidado. Desde 1985 el proceso de expansión de la cobertura se complementó con servicios alternativos (por ejemplo, estimulación, salas cuna, entre otros) y se iniciaron procesos de mejora de la regulación de los jardines. En 2005 se aprueba una nueva reglamentación sobre variables críticas para la calidad de la atención como los coeficientes de atención y los perfiles mínimos que debían cumplir los maestros. Los procesos de mejoramiento de la calidad en Chile hacen que hoy en día los jardines de la JUNJI sean un referente regional importante.

Hogares Comunitarios de Bienestar (HCB) – Colombia

Los HCB son un ejemplo representativo de los servicios de cuidado de tipo comunitario, frecuente en los países andinos. En 1974 se crearon los Hogares Infantiles en Colombia para facilitar la entrada de las madres de escasos recursos al mercado laboral y para brindar un espacio seguro a los niños en entornos urbanos con problemas de violencia. En 1988, y como una estrategia estatal masiva de erradicación de la pobreza, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) extendió la cobertura de los Hogares Infantiles y los llamó HCB.

En los últimos años el ICBF ha emprendido una serie de esfuerzos destinados a mejorar la calidad de la atención en los HCB y a transitar desde una modalidad comunitaria hacia una institucional. Este proceso supone, entre otros cambios, la construcción de nueva infraestructura y la contratación de personal profesional que se encargue de la atención de los niños. También se han iniciado procesos de capacitación de las madres comunitarias, que son el principal recurso humano del programa. Actualmente los HCB constituyen el servicio de cuidado de tipo comunitario con la cobertura más grande de América Latina (atienden a más de 1,2 millones de niños).

CEN-CINAI – Costa Rica

EL CEN-CINAI es un programa representativo de la modalidad de programas de apoyo parental, que operan desde los centros de salud. Se enfoca en temas de nutrición, pero cuenta también con componentes de estimulación temprana. Su objetivo inicial fue la provisión de servicios de nutrición a familias de escasos recursos. La atención empezó en 1949 con el apoyo de UNICEF y en coordinación con el Departamento de Nutrición del Ministerio de Salud. En la década de 1950 se comenzó a construir Centros de Educación y Nutrición (CEN), donde se realizaban talleres de alimentación y se entregaban alimentos. En 1971 el programa empezó a integrar la educación parvularia dentro de sus objetivos. En 1975 se crearon los Centros Infantiles de Nutrición y Desarrollo Infantil (CINAI). En 2010 esta iniciativa se fortaleció con la consolidación de la Dirección del CEN-CINAI.

Plan CAIF – Uruguay

Este programa empieza a funcionar en 1987 como un piloto experimental de UNICEF. El proyecto tenía como propósito lograr interacciones de calidad con los niños, la familia y la comunidad, así como proveer servicios de nutrición y de atención integral. Durante la década de 1990 se expande la cobertura mediante la apertura de nuevos centros CAIF. También entonces, el programa pasa a manos del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), bajo el Ministerio de Desarrollo Social. Para profundizar el proceso de expansión se firman convenios de funcionamiento con instituciones de diferente índole: jardines, instituciones religiosas, el ejército, cooperativas, ONG y sindicatos. Aunque esta estrategia tiene éxito en la expansión de la cobertura, la operación mediante convenio debilita la operación con estándares homogéneos. Por esta razón, en 1997 se genera una estructura única para los centros, con un programa de educación inicial y un currículo elaborado por el Ministerio de Educación y Cultura.

Las primeras experiencias relacionadas con los servicios de cuidado y de educación inicial tuvieron motivaciones diferentes. En algunos casos los servicios de cuidado para la primera infancia estuvieron dirigidos a la clase trabajadora, que no contaba con los recursos económicos suficientes que permitieran mantener a los niños en casa hasta que tuvieran edad requerida para entrar a la primaria. En otros casos, los niños que accedían al prescolar eran aquellos que pertenecían a familias de ingresos altos y asistían a instituciones vinculadas a colegios privados (UNESCO 2010). El Recuadro 4 documenta con mayor detalle algunas trayectorias representativas de diferentes tipos de programas que fueron recogidas durante las entrevistas con sus directivos.

Algo que destaca al analizar la historia de los programas estudiados es que, desde su origen, este tipo de servicios se conciben con visiones diferentes. En algunos casos parten de la oferta de servicios educativos

mientras que, en otros, se trata de un servicio de apoyo a las familias pobres para facilitar la participación laboral y la generación de ingresos. Este último enfoque por lo general deja de lado el componente pedagógico de los servicios de cuidado, dándole menos importancia a los procesos de capacitación y construcción de competencias en el personal que se encarga del cuidado y la atención de los niños.

3.2 La expansión de los servicios de cuidado y educación inicial en la región

La expansión de los servicios de cuidado y educación inicial para la primera infancia fue relativamente lenta hasta los años 1970. Anteriormente, los establecimientos de cuidado infantil y educación inicial estaban en general ubicados en las grandes ciudades, donde la concentración de niños era mayor, y usualmente estaban adscritos a una escuela primaria (UNESCO

2010). No obstante, con el objetivo de facilitar la inserción laboral de las madres, los programas de cuidado infantil se expandieron hacia barrios urbano-marginales, hospitales, áreas industriales y otros lugares con una densidad alta de familias con niños.

Sin embargo, la oferta de estos servicios seguía siendo muy limitada a finales de los años 1980 y la mayoría de niños que iniciaban sus estudios de primaria no habían tenido acceso previo ni a un servicio de cuidado ni a educación inicial. La cobertura de servicios dirigidos a la primera infancia en América Latina y el Caribe registró incrementos importantes, especialmente en las últimas dos décadas. La cobertura de los servicios de cuidado y educación inicial para niños entre 0 y 5 años pasó de 7,9% en 1980 a 15% en 1986. Muchos países de la región experimentaron aumentos significativos como Brasil (91%), Costa Rica (85%), República Dominicana (233%) y México (133%). La gran mayoría del incremento en cobertura estuvo asociado con esfuerzos importantes por universalizar niveles de educación previos a la primaria. Más tarde, entre 1985 y 1995, UNESCO reportó un gran aumento

de cobertura en la región. Por ejemplo en Chile, la tasa de matrícula en centros de cuidado y educación inicial pasó de 83% a 96%, en Jamaica de 76% a 81% y en Trinidad y Tobago de 8% a 19% (Kamerman 2006). Vale la pena destacar que estas cifras reflejan sobre todo la expansión de los servicios de preescolar para niños mayores de 3 años en la región. Las coberturas entre niños menores de 3 años siguen siendo sustancialmente inferiores.

Según el Foro de Educación Mundial, entre 1990 y 1998 el número de niños entre 3 y 5 años que asistían a un centro de cuidado o de educación inicial aumentó significativamente, llegando a una cobertura cercana al 50% de los niños de esta edad en América Latina y el Caribe. En el Caribe el avance ha sido más rápido. Se estima que en la actualidad el 95% de los niños de Jamaica es atendido por los servicios de educación inicial que se ofrecen a partir de los 3 y hasta los 5 años. Este incremento observado en la región va en línea con una mayor conciencia de la importancia de la educación inicial por parte de los padres y una mayor atención prestada por los gobiernos al tema¹⁰. Igualmente, en algunos países fueron los

Recuadro 5. Cobertura en preescolar

Aunque el preescolar no es objeto de este estudio, que pone su acento en los servicios que atienden a niños de entre 0-3 años, vale la pena destacar que desde el año 2000 el avance en la cobertura de preescolar¹¹ ha sido significativo en América Latina y el Caribe. En 2004 la tasa de matrícula bruta en centros de cuidado y educación para la primera infancia era alta comparada a la de otras regiones del mundo con niveles similares de desarrollo, aunque menor que la registrada por los países desarrollados. Mientras la tasa promedio en países en desarrollo era menor a 50%, en América Latina alcanzaba 60% y en el Caribe la cobertura era total (Vegas y Santibáñez 2010).

Para finales de la década de 2000, países latinoamericanos como Argentina, Ecuador, México, Uruguay y Venezuela reportaban una tasa de matrícula superior al 80% en niveles previos a la primaria. Mientras tanto, otros países como Paraguay, El Salvador, Nicaragua y Honduras se mostraban rezagados, con menos de la mitad de los niños matriculados en preescolar (Schady 2012).

A pesar del mejoramiento en cobertura, la desigualdad en el acceso a la educación preescolar continúa siendo un inconveniente. Por ejemplo, en El Salvador el porcentaje de niños matriculados pertenecientes al quintil más bajo de la distribución de riqueza era alrededor de la mitad del de los niños del quintil más alto. En Brasil y Nicaragua la brecha entre el primer y el quinto quintil era de 27 puntos porcentuales (Schady 2012). Por su parte, el acceso en países como Uruguay, Costa Rica y Argentina parece ser más equitativo.

¹⁰ Cada vez más países en la región (Argentina, Colombia, Chile, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela) han adoptado políticas de educación inicial dirigidas a la primera infancia. Esto demuestra que el tema ha recibido mayor atención en la agenda de la política pública.

¹¹ Hay que tener en cuenta que, por lo general, las estadísticas relacionadas con asistencia a preescolar consideran principalmente programas formales dirigidos a niños próximos a entrar a la primaria, quedando por fuera de los registros, en muchos casos, los programas no formales o comunitarios que tienen algún componente educativo pero que están clasificados como "cuidado infantil" y son tratados separadamente (Myers 1992).

municipal de primera infancia en Montevideo y los primeros programas de trabajo de apoyo parental en México.

En los 1990, Guatemala y Perú promovieron los programas comunitarios; Honduras implementó un programa nacional y otro de trabajo con padres; Nicaragua creó un programa de nivel nacional; y, en Bolivia se inició el programa de apoyo parental mediante encuentros semanales para niños indígenas.

A partir de 2000 se crean los programas municipales analizados en Bolivia, Colombia y Brasil, además del programa nacional en Jamaica y el programa para los niños de la calle en Paraguay. En esa década, en Argentina comienza el programa de trabajo con padres, en México se inicia un servicio de cuidado subsidiado pero provisto por terceros (las *Estancias Infantiles*) y, en Bolivia, el programa de nutrición *Desnutrición Cero*. A partir del año 2006, en Chile la primera infancia se convierte en un tema prioritario de la política pública, ampliándose al 93% la cobertura de atención a niños menores de 2 años de familias en los primeros dos quintiles de ingreso y cuyas madres trabajan, estudian o buscan trabajo y requieren de atención institucionalizada. Además, se crea una política integral de atención a la infancia, Chile *Crece Contigo*, con carácter de ley nacional. Por último, en 2009 República Dominicana impulsó un nuevo programa nacional y Argentina y Brasil consolidaron programas municipales adicionales.

Vale la pena destacar que el modelo de oferta de servicios de cuidado y educación inicial que ha adoptado la región combina la provisión pública y la privada. El sector público tiene un papel importante como proveedor directo, especialmente en las áreas rurales y entre los estratos socioeconómicos más pobres. Por ejemplo, en Chile la mayoría de la cobertura se financia con fondos públicos, mediante dos estrategias de financiamiento administradas a través de JUNJI e *Integra*, y de transferencia del 100% de los costos de operación a organizaciones no gubernamentales, congregaciones religiosas y municipios (la oferta del sector privado en Chile representa menos del 10% nacional). Además, en la mayoría de países el Estado cumple alguna función de rectoría

sobre la oferta privada. En países como República Dominicana, una importante porción de la oferta de servicios de cuidado y educación inicial está a cargo del sector privado, mientras que en otros, como Brasil y Costa Rica, estos servicios los provee principalmente el sector público (Kamerman 2006). En países como Jamaica o Ecuador, la provisión de los servicios financiados con fondos públicos la hacen entidades privadas (iglesias, comunidades u organizaciones sin fines de lucro) que suplementan el financiamiento público con contribuciones de las familias.

La provisión de servicios de desarrollo infantil opera desde el nivel central en dos terceras partes de los países de la región. En algunos, la responsabilidad ha sido trasladada a los gobiernos locales. En la actualidad un tercio de los programas visitados funcionan desde el ámbito municipal. Sin embargo, se observan diferencias importantes entre países. Por ejemplo, la mayoría de los países (entre ellos Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana y Trinidad y Tobago) cuentan con programas que ofrecen servicios de cuidado de cobertura nacional en modalidades institucionales o comunitarias. En Bolivia, Argentina y Brasil los servicios de cuidado están organizados a nivel municipal. Por su parte, países como Colombia o Uruguay combinan ofertas desde los diferentes niveles de gobierno: nacional y municipal.

En Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Honduras, Jamaica y México se cuenta con programas de apoyo parental. En Bolivia este programa opera en un solo municipio y, al igual que en Jamaica, se trata de una iniciativa no gubernamental (la experiencia de Jamaica se describe en el Recuadro 7). En el resto de países los programas de apoyo parental dependen del gobierno central.

3.3 Cobertura y escala

Es un reto caracterizar la oferta pública de programas de primera infancia en la región, especialmente debido a su heterogeneidad. Iniciamos, por ello, con la presentación de alguna información general sobre la cobertura y escala de

los programas investigados. De los 42 programas a los que se entrevistó para el estudio, 34 (81%) proveen servicios de cuidado en modalidades institucional o comunitaria, 2 (5%) corresponden a programas nutricionales y los 6 restantes (14%) son programas de apoyo parental. 10 de los 42 programas estudiados (24%) corresponden a la región andina, 14 (33%) al Cono Sur, 15 (36%) a Centroamérica –que para propósitos de este estudio abarca también a México y República Dominicana– y 3 (7%) al Caribe. En lo que resta el estudio se enfocará exclusivamente en los 34 programas que proveen servicios de cuidado y en los 6 de apoyo parental, es decir en una muestra de 40 programas. Se deja a los programas nutricionales fuera del análisis dado que exhiben diferencias importantes con el resto en su objetivo y en las intervenciones que brindan.

La Tabla 7 presenta algunas variables sobre la escala de la muestra. En promedio, entre los programas investigados, aquellos que proveen servicios de apoyo parental alcanzan coberturas de más del doble de beneficiarios que aquellos que ofrecen servicios de cuidado (207,9 mil versus 89,8 mil niños). Vale anotar que, en ambos casos, hay mucha variabilidad en el rango de valores de la cobertura. Al mismo tiempo, el tamaño promedio del recurso humano de los dos tipos de

programas es de magnitud más parecida: algo más de 7,7 mil empleados para los programas de apoyo parental y 11,8 mil empleados para los servicios de cuidado. Esto se explica por la propia naturaleza de los dos tipos de servicios. Los programas de apoyo parental operan con menor frecuencia, por periodos más cortos y con menor intensidad que los servicios de cuidado en centros. Por el contrario, los programas de cuidado en centros ofrecen, en su mayoría, este servicio en forma permanente durante todos los días del año, con el fin de permitir el empleo de las madres de los niños que asisten a ellos.

La Tabla 8 examina los datos de los programas que proveen servicios de cuidado (en modalidades institucional o comunitaria) y los desagrega por subregión. Según estos datos, parecería que la mayor cobertura promedio y total de este tipo de programas se encuentra en la región andina, seguida por Centroamérica y por último el Cono Sur. Sin embargo, la información presentada está sesgada, dado que en Argentina y Brasil, dos países con coberturas grandes de este tipo de servicios a nivel nacional, su oferta está descentralizada y por ende los datos recogidos durante las visitas a unas pocas unidades (provincias en Argentina y estados en Brasil) no permiten construir totales representativos a nivel nacional¹². Hay

Tabla 7. Estadísticas descriptivas de la muestra por tipo de programa

| Región | Servicios de Cuidado | Apoyo parental | Nutricional | Total | |
|-----------------------------------|----------------------|----------------|-------------|-----------|-----------|
| Andes | 7 | 2 | 1 | 10 | |
| Cono Sur | 12 | 2 | 0 | 14 | |
| Centroamérica | 13 | 1 | 1 | 15 | |
| Caribe | 2 | 1 | 0 | 3 | |
| Total | 34 | 6 | 2 | 42 | |
| Servicios de cuidado | | | | | |
| Variable | Obs. | Media | Des. Est. | Faltante | No aplica |
| Edad del Programa (años) | 34 | 22,3 | 16,8 | 0/34 | 0/34 |
| Número de Niños Atendidos en 2011 | 34 | 89.818 | 210.249 | 0/34 | 0/34 |
| Número de Centros en 2011 | 34 | 3.350 | 12.453 | 0/34 | 0/34 |
| Total de Empleados en 2011 | 32 | 11.828 | 28.820 | 2/34 | 0/34 |
| Apoyo Parental | | | | | |
| Variable | Obs. | Media | Des. Est. | Faltante | No aplica |
| Edad del Programa (años) | 6 | 11,7 | 9,9 | 0/6 | 0/6 |
| Número de Niños Atendidos en 2011 | 6 | 207.991 | 228.660 | 0/6 | 0/6 |
| Total de Empleados en 2011 | 6 | 7.750 | 12.305 | 0/6 | 0/6 |

Obs. = Número de observaciones.
Des. Est. = Desviación estándar.
Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 8. Estadísticas descriptivas de la muestra por región, programas de atención en centros

| | Obs. | Media | Des. Est. |
|--|------|-----------|-----------|
| Andes | | | |
| Edad del Programa (años) | 7 | 15,6 | 13,6 |
| Número de Niños Atendidos en 2011 | 7 | 222.850 | 441.599 |
| Número de Centros en 2011 | 7 | 11.627 | 26.862 |
| Total de Empleados en 2011 | 7 | 17.902 | 28.187 |
| Total de Niños Atendidos en la Región (2011) | 7 | 1.559.950 | N/A |
| Total de Centros en la Región (2011) | 7 | 81.388 | N/A |
| Total de Empleados en la Región (2011) | 7 | 125.314 | N/A |
| Cono Sur | | | |
| Edad del Programa (años) | 12 | 23,7 | 20,1 |
| Número de Niños Atendidos en 2011 | 12 | 46.285 | 54.999 |
| Número de Centros en 2011 | 12 | 1.271 | 3.109 |
| Total de Empleados en 2011 | 12 | 4.430 | 4.934 |
| Total de Niños Atendidos en la Región (2011) | 12 | 555.417 | N/A |
| Total de Centros en la Región (2011) | 12 | 15.252 | N/A |
| Total de Empleados en la Región (2011) | 12 | 53.160 | N/A |
| Centroamérica | | | |
| Edad del Programa (años) | 13 | 24,6 | 15,7 |
| Número de Niños Atendidos en 2011 | 13 | 61.773 | 86.278 |
| Número de Centros en 2011 | 13 | 1.118 | 2.499 |
| Total de Empleados en 2011 | 11 | 18.145 | 43.693 |
| Total de Niños Atendidos en la Región (2011) | 11 | 678.600 | N/A |
| Total de Centros en la Región (2011) | 11 | 13.871 | N/A |
| Total de Empleados en la Región (2011) | 11 | 199.594 | N/A |

Obs. = Número de observaciones.

Des. Est. = Desviación estándar.

Fuente y elaboración: los autores.

otro efecto a tener en cuenta. El tamaño promedio de los programas andinos se encuentra sobredimensionado debido a la presencia del programa de *Hogares Comunitarios de Bienestar* en Colombia, el mayor de la región. En ausencia de este programa, el promedio de niños atendidos por programas que proveen servicios de cuidado es similar en la región andina y en Centroamérica (es decir, excluyendo los HCB este promedio se reduce de 222 mil a 56 mil en los Andes).

La mayor cobertura de los servicios de cuidado en la región andina se refleja también en la existencia de un mayor número de centros en esta región que en las otras. En promedio, los programas visitados en esa región tienen bajo su operación o supervisión más de 11 mil centros (1.518 si se excluye a los HCB), lo cual representa 19,1 veces más que los programas del Cono Sur y 10,4 veces más que los programas de Centroamérica (2,5

y 1,3 veces, respectivamente, si se excluye a los HCB).

En lo que se refiere al personal de estos programas, los de la región andina emplean, en promedio, a más de 17.900 personas, es decir un número 4 y 0,9 veces el correspondiente al Cono Sur y Centroamérica, respectivamente (si se excluye a los HCB, los programas de la región andina emplean a más de 7.700 personas o 1,7 y 0,4 veces lo que en el Cono Sur y Centroamérica). Es importante destacar que las variables presentadas en esta sección –número de niños, personal y número de centros– son los componentes con los cuales se calculan los coeficientes de atención (o la tasa de número de niños por cuidadora), citados con frecuencia en la literatura como una variable estructural clave para medir la calidad de este tipo de servicios. Más adelante se analiza con mayor detalle este tema.

¹² Si se considera la cobertura de los Jardines Infantiles y Maternales públicos de cada provincia de Argentina y se suma la población atendida del grupo 0-5, resulta que la cobertura del servicio a nivel nacional es de 1,5 millones de niños en todo el país.

Si se observan los totales al pie de cada grupo de indicadores y se calcula, por subregión, el tamaño promedio de cada establecimiento dividiendo el número de niños atendidos para el total de centros en operación, se puede notar que el tamaño promedio de cada guardería difiere significativamente entre subregiones. Los centros son 2,5 veces de mayor tamaño en Centroamérica (48 niños por centro) que en los Andes (19) y 1,3 veces más grandes que en el Cono Sur (36). Esta diferencia en escala también está presente respecto de los recursos humanos de los programas. Los de Centroamérica tienen, en promedio,

14,3 empleados por centro mientras que los de los Andes y el Cono Sur cuentan con apenas 1,5 y 3,4 respectivamente. Estas disparidades tienen una explicación. Como se observará más adelante, una parte considerable de la oferta en Centroamérica corresponde a las *Guarderías del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, con centros de una escala mucho mayor que la de otros programas de la región.

Vale la pena destacar que los programas de escala nacional y aquellos de escala municipal probablemente enfrentan desafíos distintos en su operación y

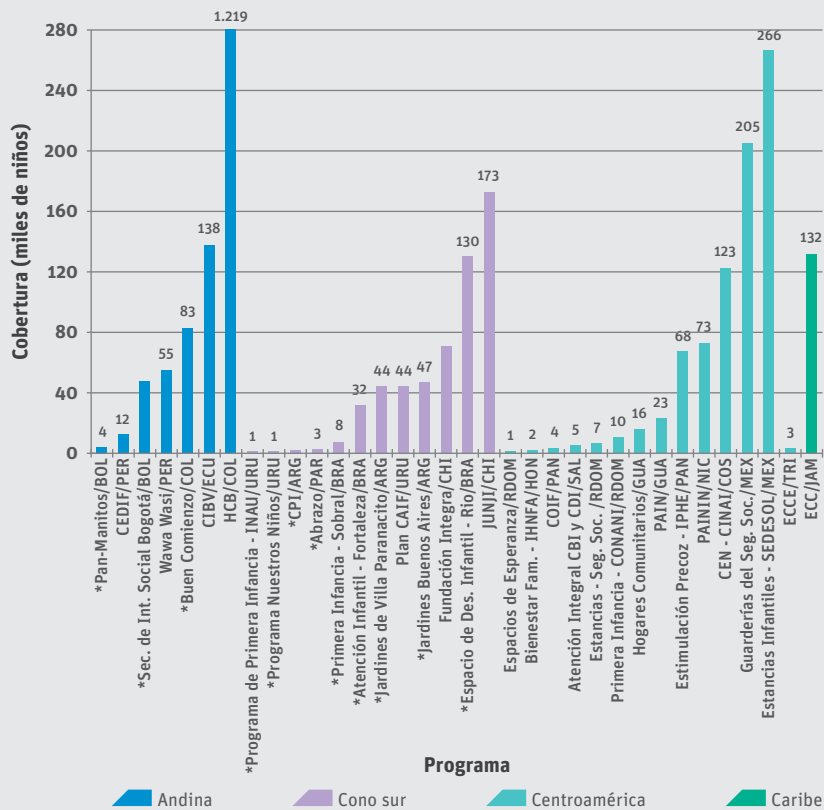
Recuadro 6. Programas de apoyo parental

Dentro de la modalidad de programas que proveen servicios de cuidado institucionales o comunitarios, existe casi siempre algún componente de trabajo que involucra a los padres. El *Programa Nacional Abrazo* de Paraguay es un ejemplo muy particular en este y otros sentidos (véase el Recuadro 8). No obstante, este trabajo nunca es tan intenso como en aquellos programas dirigidos únicamente al apoyo parental. El trabajo con los padres se lleva a cabo principalmente a través de dos modalidades: visitas domiciliarias a hogares individuales con el fin de trabajar con la madre o el cuidador principal del niño, o reuniones periódicas grupales en un espacio comunitario. En estos encuentros se da capacitación a las familias en temas relacionados con el cuidado, la crianza o la estimulación sicosocial de los niños. Por lo general, se sigue un currículo y se cuenta con un plan de actividades para cada reunión. En los programas con interacción uno a uno, se cubren temas relevantes para la edad del niño. Esto no es posible cuando se trabaja con grupos de familias que tienen niños de edades diferentes.

Los programas que trabajan con los padres, familias o cuidadores de los niños se caracterizan por tener un costo de funcionamiento más bajo que los que proveen servicios de cuidado. Por lo general, una sola promotora o visitadora se encarga de atender a entre 8 y 15 familias. Dependiendo de la modalidad de atención y del número de familias a cargo de cada promotora, la frecuencia de atención puede ser semanal o quincenal. La duración de cada reunión es de alrededor de 1-2 horas, aunque la promotora debe destinar tiempo adicional para preparar y documentar cada encuentro. Generalmente, estos programas no otorgan alimentos ni suplementos nutricionales a sus beneficiarios. Además, dado que usan el espacio físico de los hogares o aprovechan centros comunitarios, sus costos de mantenimiento de infraestructura o de pago por servicios públicos son mínimos. Es frecuente que las promotoras no tengan una relación laboral con el programa y que reciban un reconocimiento económico muy modesto y no un salario por su trabajo.

Una característica de esta modalidad de programas es que se ajustan mejor a la realidad de las poblaciones rurales dispersas, si bien enfrentan desafíos operativos considerables. Por un lado, puede ser difícil encontrar y capacitar a personal idóneo para llevar a cabo estas sesiones con efectividad en contextos rurales y dispersos. Se busca que las promotoras tengan credibilidad, liderazgo, así como una buena capacidad de comunicación y de generación de confianza entre las familias. Por otro lado, una limitación de estos programas es que demandan un compromiso de tiempo por parte de las familias (por lo general, de las madres). En las zonas rurales puede ser complicado encontrar un horario que convenga a madres o grupos de madres cuya rutina laboral incluye no solo la atención de las labores domésticas de su hogar y el cuidado de sus hijos, sino además tareas agrícolas u otras actividades productivas. En la práctica, ocurre con frecuencia que estos programas no logran mantener tasas de asistencia o de participación altas a lo largo del tiempo. Este no es un tema menor. Sin un contacto frecuente entre la promotora y la madre, es poco efectiva la posibilidad de que este tipo de intervenciones puedan cambiar comportamientos y creencias arraigados en los padres, como aquellos relacionados con la crianza, el cuidado y la interacción entre ellos y sus niños.

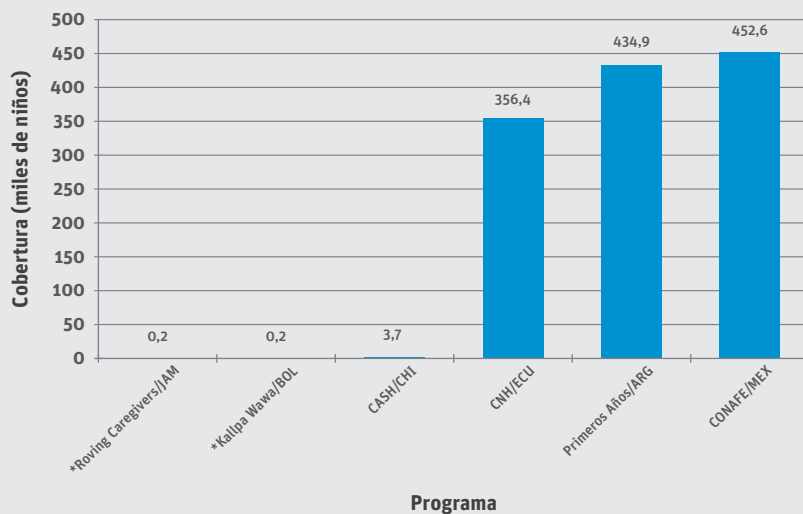
Figura 2. Cobertura de los programas que proveen servicios de atención en centros



Nota: Los nombres de los programas cuya operación no depende del gobierno nacional sino municipal se destacan con un asterisco.

Fuente y elaboración: los autores.

Figura 3. Cobertura de los programas que proveen servicios de atención a padres



Nota: Los programas que se destacan con un asterisco son operados por la sociedad civil, en alianza con la cooperación internacional, y funcionan en municipios específicos y no a nivel nacional.

Fuente y elaboración: los autores.

Recuadro 7. El Roving Caregivers Program de Jamaica

El *Roving Caregivers Program* es un programa de trabajo directo con padres en Maypen, Jamaica, manejado por la Rural Family Support Organization con financiación de UNICEF y de Bernard van Leer Foundation. Empezó en 1996 como un programa de capacitación a jóvenes que habían abandonado la escuela. Posteriormente se hizo un piloto con madres adolescentes y se capacitó a la primera generación de promotoras comunitarias. Esta modalidad se ha expandido hacia varios países en el Caribe. En su cima, el Programa de Jamaica contó con 50 promotoras comunitarias y más de 1.200 niños atendidos, pero en 2008 los donantes externos cortaron el financiamiento del proyecto, lo que ha obligado a una reducción drástica del personal. En marzo de 2011 el Programa contaba con apenas 8 promotoras comunitarias y una supervisora.

manejo, precisamente por el tema de la escala. El manejo de los programas municipales puede ser más vulnerable a los procesos de iniciativas locales y políticas del alcalde de turno, por lo cual es posible que vean amenazada la continuidad de sus obras cuando sobrevienen nuevos gobiernos. Sin embargo, probablemente su menor escala les permite resolver de manera más eficiente problemas específicos a las comunidades donde trabajan. Asimismo, es importante mencionar que en el Cono Sur la oferta es casi exclusivamente de naturaleza institucional, mientras que en los Andes y, en parte, en Centroamérica predomina un modelo de oferta de índole comunitaria.

Dado que el estudio identificó apenas 6 programas de apoyo parental en los 19 países visitados, no tiene sentido presentar estadísticas al respecto desagregadas por subregión. Los programas de apoyo parental son más comunes en las áreas rurales, donde un servicio de cuidado puede resultar poco factible por la dispersión geográfica en la que viven los hogares. Esta es precisamente una de las razones por las cuales los programas de apoyo parental enfrentan desafíos operacionales grandes. En esas zonas puede resultar más complicado reclutar personal calificado. De igual manera, la dispersión hace que sea más costoso invertir en capacitación y supervisión, o asegurar una calidad homogénea del servicio que se provee. En el Recuadro 6 se discuten algunos de los desafíos y retos que enfrentan este tipo de programas.

La variabilidad en la cobertura de los programas estudiados se ilustra con mayor claridad en la Figura 2 y Figura 3. La primera de ellas se enfoca en los programas que proveen servicios de cuidado y distingue con colores las

diferentes subregiones. La segunda, por su parte, se concentra en los programas de apoyo parental. En la Figura 2 se destacan con un asterisco los programas que son operados por los municipios (para diferenciarlos de aquellos cuya operación es competencia del gobierno central). En la Figura 3 el asterisco distingue a dos programas que no son iniciativas públicas sino de la sociedad civil en alianza con la cooperación internacional y cuya operación se acota a municipios específicos. El programa *Roving Caregivers* (descrito con mayor detalle en el Recuadro 7) y el *Kallpa Wawa* son programas de apoyo parental de pequeña escala que operan en Jamaica y Bolivia, respectivamente.

3.4 Focalización

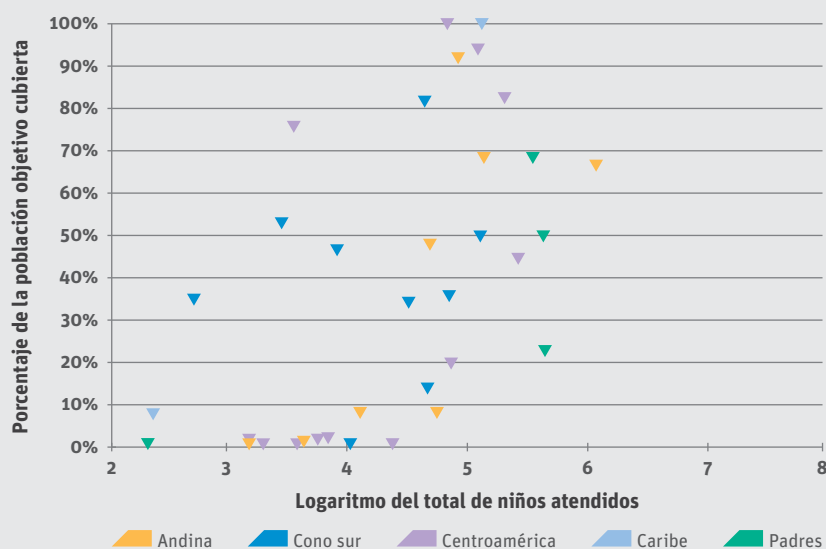
Este apartado compara los métodos empleados por los programas de desarrollo infantil para seleccionar a sus beneficiarios. Un primer dato que llama la atención es la propia percepción que tienen los programas de las características de la población objetivo a la cual buscan atender y su tamaño. Cuando se solicita a los directores de los programas que calculen el porcentaje de la población objetivo a la cual se encuentran efectivamente atendiendo, la heterogeneidad de las respuestas es grande. De los programas que proveen servicios de cuidado, alrededor de dos terceras partes perciben que atienden a menos de la mitad de su población objetivo mientras que la otra tercera parte estima que cubre a más de la mitad. Por su parte, de los seis programas de apoyo parental para los cuales se cuenta con esta información, cuatro revelan que atienden a menos de la cuarta parte de su población objetivo mientras que dos (*Primeros Años* en Argentina y CNH en Ecuador) llegan, respectivamente, al 50% y 68% de la población a la que tienen

como meta atender. Es interesante notar que aquellos programas de coberturas más grandes son también los que perciben que atienden a un mayor porcentaje de su población objetivo. La relación entre estas dos variables se ilustra en la Figura 4.

Vale la pena destacar que el porcentaje de la población objetivo atendida fue una variable reportada por los programas durante la entrevista, en muchos casos calculada sin cifras de respaldo. Por esta razón se la interpreta como una aproximación a la *percepción* de los propios programas sobre el desafío que enfrentan en términos de subcobertura. En otras palabras, permite entender el modo en que

información sistemática sobre los criterios y el tipo de información que se emplean a fin de determinar la elegibilidad de una familia para el uso de los servicios. La Tabla 9 describe la frecuencia con la cual ciertos criterios son identificados por los programas que proveen servicios de cuidado para guiar la selección de sus beneficiarios. Hay que destacar que los programas usan diferentes *combinaciones* de criterios, que se busca resumir en la Tabla 9. Los datos de esta tabla muestran que los criterios usados con mayor frecuencia para la focalización son las condiciones de pobreza y riesgo, y la presencia de una madre trabajadora. Apenas un

Figura 4. Población objetivo atendida y cobertura de los programas



Fuente y elaboración: los autores.

cuantifican el porcentaje de la población a la que logran atender en su escala actual, respecto de aquella que potencialmente reúne las características para ser atendida. En términos subregionales, los programas de la región andina alcanzan, en promedio, una mayor cobertura de su población objetivo (45%), seguidos por los del Cono Sur (40%) y por último Centroamérica (27%). En resumen, a lo largo de la región es común la percepción de que persisten déficits de cobertura significativos en este tipo de servicios.

Durante la encuesta aplicada a los directores de los programas, se recogió

programa identifica explícitamente el ámbito geográfico como un criterio de focalización (y atiende únicamente a población urbano-marginal). Esto destaca dado que, en la práctica, la gran mayoría de programas que proveen servicios de cuidado priorizan zonas urbanas con un grado de densidad poblacional mínimo que haga factible su operación.

Los datos de la Tabla 9 también revelan que alrededor de la tercera parte de los programas que brindan servicios de cuidado identifican al estado de desnutrición de los niños como un criterio

Recuadro 8. Programa Nacional Abrazo, Paraguay.

El programa *Abrazo* es una experiencia emblemática –que cuenta con rango ministerial– de la Secretaría Nacional de la Niñez y Adolescencia del Gobierno de Paraguay. Su población objetivo son los niños de la calle. Por esta razón el Programa pone mucho énfasis en la interacción que mantiene con las familias.

Desde su inicio en 2005, el programa ha servido como una red de protección para niños de la calle de entre 0 y 14 años. Provee atención integral, estimulación, alimentación, salud y, en casos de extrema pobreza, un subsidio a la familia del niño (en parte para remplazar el ingreso que él traía al hogar antes de ser incorporado al programa).

En la actualidad el programa cuenta con 19 centros y 2.700 niños, de los cuales 740 tienen entre 0 y 4 años. Aunque la cobertura es menor que la de otros programas de la región, su población objetivo la vuelve significativa. El programa enfrenta desafíos en términos de la calidad de la infraestructura de que dispone, pero cuenta con maestros de perfil profesional alto y tiene la jornada más larga de todos los programas considerados, con 15 horas diarias 6 días a la semana.

Además de los servicios de atención en el centro, el *Programa Nacional Abrazo* tiene un componente particular de apoyo a los padres. Una vez que los niños han terminado el ciclo de atención en el centro, se realiza un seguimiento mensual de los padres o del cuidador principal, en el que se trabajan temas de cuidado, métodos de enseñanza y aprendizaje, nutrición, salud y desarrollo, con una atención similar a la de los programas de apoyo parental.

de focalización. Solo uno de los programas visitados se dedica exclusivamente a atender niños con necesidades especiales y les provee de servicios especializados, diferentes de aquellos del resto de los programas visitados. Finalmente, son muy pocos los casos en los cuales los servicios de cuidado tienen como objetivo una cobertura universal. Tampoco se identificó a ningún programa específicamente focalizado hacia las minorías. El Recuadro 8 describe la experiencia bastante particular de un programa paraguayo cuya

atención se orienta a los niños de la calle. La Tabla 10 resume los criterios de focalización de los programas de apoyo parental. En este grupo, las variables más utilizadas para seleccionar a sus beneficiarios también son la pobreza y el riesgo social. Cinco de estos programas acotan su acción explícitamente al espacio rural. Esto tiene sentido, dado que este tipo de programas por lo general se implementan en poblaciones dispersas, en las cuales el principal ámbito de cuidado de los niños es el

Tabla 9. Combinaciones de los criterios de focalización de los programas que proveen servicios de cuidado

| Lista | Universal | Pobreza | Riesgo social | Desnutrición | Madres trabajan | Minorías | Necesidad especial | Ámbito (urbano/rural) | Ninguno | Frecuencia |
|--------------|-----------|---------|---------------|--------------|-----------------|----------|--------------------|-----------------------|---------|------------|
| 1 | | X | X | | | | | | | 6 |
| 2 | | X | X | X | | | | | | 4 |
| 3 | X | | | | | | | | | 4 |
| 4 | | X | | | | | | | | 3 |
| 5 | | X | | | X | | | | | 3 |
| 6 | | X | | X | | | | | | 2 |
| 7 | | X | X | | X | | | | | 2 |
| 8 | | X | X | X | X | | | | | 2 |
| 9 | | X | X | | | | | X | | 2 |
| 10 | | | | | | | | | X | 1 |
| 11 | | | | | X | | | | | 1 |
| 12 | | | X | | | | X | | | 1 |
| 13 | | | X | | X | | | | | 1 |
| 14 | | X | X | | | | | | | 1 |
| 15 | X | | | | X | | | | | 1 |
| Total | | | | | | | | | | 34 |

Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 10. Combinaciones de los criterios de focalización de los programas de apoyo parental

| Lista | Universal | Pobreza | Riesgo social | Desnutrición | Madres trabajan | Minorías | Necesidad especial | Ámbito (urbano/rural) | Ninguno | Frecuencia |
|--------------|-----------|---------|---------------|--------------|-----------------|----------|--------------------|-----------------------|---------|------------|
| 1 | | | | | | X | | X | | 2 |
| 2 | | X | X | | | | | X | | 2 |
| 3 | | | X | | | | | X | | 1 |
| 4 | | X | | | | | | | | 1 |
| Total | | | | | | | | | | 6 |

Fuente y elaboración: los autores.

propio hogar y donde sería poco costo-efectivo ubicar un servicio de cuidado. Por esta razón, la presencia de una madre trabajadora en el hogar no es un criterio de focalización relevante para ninguno de estos programas. Vale la pena destacar que en 2 de 6 de los casos estudiados, sí se reconoce el estatus de minoría como criterio de focalización de los servicios de apoyo parental.

Hasta el momento se han analizado cuáles son los criterios que usan los programas para identificar a su población objetivo. Por ejemplo, el estatus socioeconómico es uno de los más comunes ya que la mayoría de los programas de desarrollo infantil estudiados buscan priorizar la atención de los hogares pobres. Sin embargo, la pregunta clave es ¿cómo convierten los programas esos criterios de focalización en un procedimiento operativo? En otras palabras, ¿con qué instrumentos cuentan los programas para transformar una intención (como dar prioridad a los pobres en la atención) en una acción? Es la efectividad de estos instrumentos la que determina si los programas llegan o no a su población objetivo. Desde los años 1990, muchos países de América Latina han desarrollado sistemas de focalización sofisticados que se usan en la operación de diferentes programas sociales. Por ejemplo, los programas de transferencias monetarias condicionadas típicamente hacen uso de estos sistemas. En algunos países, el programa de transferencias monetarias condicionadas desarrolla y administra su propio sistema de focalización. Sin embargo, en otros, el sistema de focalización no reside en ningún programa individual sino que es un instrumento del cual pueden disponer los diferentes entes del sector público para la selección de sus beneficiarios. Este es el caso de los sistemas en Colombia, Ecuador y Perú, por nombrar algunos ejemplos. Los sistemas de focalización combinan metodologías estadísticas con el

levantamiento y actualización de un padrón de hogares para identificar a aquellos por debajo de uno o más umbrales de pobreza. El Recuadro 9 describe este tipo de sistemas. Aunque los países han invertido recursos importantes en desarrollar estos instrumentos, en muchos casos estos todavía se encuentran subutilizados. Por ejemplo países como Ecuador y Perú podrían integrar de forma más sistemática el proceso de selección de los beneficiarios de sus servicios de desarrollo infantil con sus sistemas de focalización (el Registro Social y el Sistema de Focalización de Hogares - SISFOH, respectivamente), tal como lo hace Colombia.

La encuesta aplicada a los programas de desarrollo infantil investigó acerca del tipo de instrumentos que emplean los programas para volver operativa su focalización. Es decir, cómo –a partir de los criterios antes descritos– identifican y seleccionan a sus beneficiarios. Por ejemplo, se preguntó a los programas si su método para evaluar la pobreza de un hogar que aplica para participar de su servicio es recoger información sobre los ingresos del hogar o si, por lo contrario, se evalúan otras características socioeconómicas de las familias para, con ellas, construir algún tipo de índice de riqueza (esto es lo que se conoce como ficha socioeconómica). De igual manera, se identificó a aquellos programas que emplean un sistema de focalización no adscrito al programa pero administrado por otra agencia del gobierno para la selección de sus beneficiarios. Otro canal de focalización explorado fue la ubicación geográfica de los centros que, por autoselección y bajo el supuesto de que atenderían a la población aledaña, puede servir para priorizar la atención hacia ciertos grupos.

La Tabla 11 sistematiza la información recogida sobre este tema. En 24 de los 34 programas que proveen servicios de cuidado se emplea una

ficha socioeconómica para evaluar la situación del hogar (sola en 13 casos y en conjunción con otro instrumento en el resto). Estas fichas socioeconómicas son, con unas pocas excepciones, desarrolladas por los propios programas. Incluyen algunas variables categóricas que identifican variables específicas de los hogares que deberían recibir atención prioritaria. 5 programas combinan el uso de la ficha con un criterio geográfico que guía la ubicación de sus centros de atención. Por su parte, 3 programas usan únicamente la ubicación geográfica de sus centros como el mecanismo a través del cual esperan que sus beneficiarios acudan a ellos. También se identifica a 6 programas que –además de la ficha socioeconómica– recogen información sobre los ingresos de las familias para

seleccionar a quienes recibirán sus servicios. Por último, 5 programas reportaron que no emplean ningún sistema para verificar la elegibilidad de sus beneficiarios (4 de ellos con razón, dado que tienen como objetivo lograr cobertura universal de la población). En los programas que no disponen de ningún sistema de focalización que determine una priorización en la selección de los beneficiarios, la asignación de los cupos normalmente se hace de acuerdo al orden en el cual las familias se registran para recibir el servicio. Puesto que incluso aquellos programas cuyo objetivo es alcanzar cobertura universal no lo logran, un sistema de asignación de cupos basado en quién se registra primero puede dar lugar a que estos no se asignen a las familias más necesitadas. Los programas

Recuadro 9. Sistemas de selección

El 66% de los programas de la región utiliza algún tipo de instrumento para asignar los cupos –escasos– a quien más los necesita. Estos instrumentos usualmente son elaborados por los mismos programas, pero pueden resultar costosos de implementar y corren el riesgo de ser manipulados por quienes los manejan para asignar los cupos sobre la base de intereses políticos o particulares.

Por otro lado, algunos de los programas estudiados utilizan sistemas de información e identificación nacionales para focalizar su atención. Estos sistemas son desarrollados para apoyar los procesos de elegibilidad de distintos programas sociales y se conciben con la idea de disminuir los costos de implementación de un instrumento diferente para cada programa y reducir la posibilidad de manipulación por parte de las autoridades.

Tal es el caso de dos programas en Colombia, los *Hogares Comunitarios de Bienestar* y el programa *Buen Comienzo* en Medellín, que utilizan el SISBEN (Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales) para seleccionar a quienes reciben sus servicios. Este instrumento asigna un puntaje de 1 (desamparados y pobreza extrema) a 6 (condiciones socioeconómicas altas) a los hogares, dependiendo de su consumo de bienes durables, ingresos corrientes y dotación de capital humano. Esta información se recoge en una ficha socioeconómica. Si los hogares se encuentran en los primeros dos niveles, son elegibles para aplicar a estos dos programas.

Aunque desde el punto de vista de cada programa que los usa los sistemas de focalización nacionales pueden facilitar los procesos, también presentan problemas. Camacho y Conover (2009) analizaron la manipulación del SISBEN en 1997 en Colombia, cuando se hicieron públicos los algoritmos para calcular el puntaje. Los autores encuentran que la manipulación fue mayor en municipios con elecciones reñidas, sugiriendo una posible alteración con fines políticos. El Departamento Nacional de Planeación de Colombia ha trabajado para redefinir la metodología del SISBEN y uno de los objetivos de ese esfuerzo ha sido justamente el de reducir la posibilidad de manipulación del sistema.

En México, la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) ha implementado un instrumento de 20 módulos, llamado el Cuestionario Único de Información Socioeconómica, que intenta capturar la mayor cantidad de información sobre el estado de la vivienda, educación, estado laboral y necesidades básicas de un hogar¹³. Este ha probado ser un instrumento útil para la asignación de cupos en varios programas de la SEDESOL, incluyendo las *Estancias Infantiles* para Apoyar a Madres Trabajadoras.

¹³ Cuestionario Único de Información Socioeconómica. SEDESOL. Disponible en <http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Resource/1818/1/imagenes/AnexoC.pdf>

de cobertura universal se abordan en mayor detalle en el Recuadro 11. Por su parte, el Recuadro 10 resume las principales barreras de ingreso que enfrentan las familias que quieren acceder a los servicios de cuidado, según el punto de vista de los operadores de estos programas.

El caso de los programas de apoyo parental es particular. Dado que se especializan en atender al ámbito rural, es común que la selección de los beneficiarios se haga a partir de una

primera etapa de focalización geográfica (mediante la identificación de áreas prioritarias) y se la suplemente con una ficha socioeconómica.

Aunque este estudio presenta únicamente una mirada global a los procesos de selección de beneficiarios para los programas de desarrollo infantil, hay elementos contradictorios en la información recogida, en particular en lo que se refiere a programas que ofrecen servicios de cuidado. Por un lado, los programas reconocen que los criterios

Tabla 11. Instrumentos de focalización por tipo de programa

| Servicios de cuidado | | | | | Apoyo parental | | | | |
|----------------------|------------|-----------------------|---------|------------|----------------|------------|-----------------------|---------|------------|
| Ingresos | Geográfico | Ficha socio-económica | Ninguno | Frecuencia | Ingresos | Geográfico | Ficha socio-económica | Ninguno | Frecuencia |
| | | X | | 13 | | | X | | 2 |
| | | | X | 5 | | X | | | 1 |
| | X | X | | 5 | | X | X | | 2 |
| | X | | | 3 | X | X | | | 1 |
| X | | X | | 3 | | | | | |
| X | X | X | | 3 | | | | | |
| X | | | | 1 | | | | | |
| X | X | | | 1 | | | | | |
| Total | | | | 34 | Total | | | | 6 |

Fuente y elaboración: los autores.

Recuadro 10. Barreras de ingreso a los servicios de cuidado

Una sección de la entrevista realizada a los programas se enfocó en identificar cuáles consideran sus directivos que son las principales barreras de ingreso que enfrentan aquellos hogares que buscan acceder a sus servicios. Un 80,6% de los programas reportó que sus centros tienen una lista de espera pues hay escasez de cupos. Por el contrario, los directivos de 2 de cada 10 programas reportaron que perciben que la demanda por sus servicios es menor que la oferta.

Un segundo tipo de barrera de ingreso puede ser la ubicación de los centros. Cuando se indagó sobre la localización de los servicios de cuidado, se identificaron tres factores principales –no excluyentes entre sí– que determinan dónde se ubican los centros. Un 65,7% de los programas reportaron que la localización de los suyos se decide a partir de criterios de densidad poblacional. Por su parte, en un 20% de los casos la decisión la toma un equipo técnico-zonal del programa mientras que en un 31,4% de los programas ésta responde a demandas de las propias comunidades.

Una tercera clase de barrera de ingreso tiene que ver con los trámites y documentos que se requieren de las familias que demandan el servicio. 45,7% de los programas entrevistados reconoció la obligatoriedad de cumplir con la entrega de documentos para la matrícula de un niño en el centro. Entre los documentos demandados con mayor frecuencia están el registro de nacimiento del niño y su carnet de vacunación (ambos en 77,1% de los casos), un formulario del propio centro (74,3%), el documento de identificación de los padres (57,1%), el certificado de salud del niño (54,3%) y un documento que dé constancia del domicilio de la familia (37,1%).

Un cuarto tipo de barrera guarda relación con la capacidad del programa de responder a la demanda de las familias. 26,5% de los programas reconoció que cuenta con personal insuficiente y 64,7% admitió que enfrenta restricciones en materia de financiamiento.

fundamentales que identifican a su población beneficiaria son la pobreza, el riesgo social y la presencia de madres que trabajan. Por otro lado, la mayoría de los programas hacen relativamente poco uso de instrumentos de tipo geográfico para guiar sus decisiones de focalización a través de la ubicación de servicios. Los instrumentos de focalización geográficos parecen tener un potencial subutilizado por parte de los programas estudiados, dado que la pobreza, el riesgo y la participación laboral son variables cuya distribución refleja importantes patrones de heterogeneidad espacial. Más aún si se considera que existe evidencia abundante que documenta que la proximidad a los servicios de cuidado es un claro determinante de su demanda. También destaca que los programas de desarrollo infantil no estén mejor coordinados con los sistemas de focalización que se han desarrollado en varios de los países estudiados para determinar la elegibilidad

de la población a otras prestaciones sociales dirigidas hacia los más pobres, como los programas de transferencias monetarias condicionadas. Esta reflexión sugiere que hay espacio para mejorar los sistemas de focalización de los programas de desarrollo infantil de modo tal que puedan cumplir con sus propios objetivos de forma más efectiva.

3.5 Frecuencia e intensidad del servicio

En esta sección se examina la frecuencia e intensidad con la cual los programas estudiados brindan sus servicios. Se indagó tanto sobre el número de meses al año durante los cuales los programas funcionan así como sobre el horario en el que operan. Esta información se resume en la Tabla 12.

En promedio, los programas que brindan servicios de cuidado operan por un

Recuadro 11. Programas de cobertura universal

La mayoría de los programas de primera infancia en la región se enfocan en atender a la población de escasos recursos. No obstante, algunos buscan proveer atención universal: quienes solicitan el servicio deben recibirlo. Este es el caso de los servicios de preescolar en Jamaica, los *Jardines Infantiles* de Argentina o los *Espacios de Desarrollo* de Río de Janeiro.

Aunque estos programas no tienen una focalización explícita, a través de la localización de sus centros toman decisiones implícitas sobre a quién va dirigida la oferta de los servicios. Es decir, la construcción de centros nuevos y apertura de jardines se realiza en las zonas en donde se considera que las necesidades son mayores. Pero además, si existe exceso de demanda con respecto al número de cupos que ofrece un centro, estos programas deben establecer reglas de ingreso. Por ejemplo, en el caso de los *Jardines Infantiles*, reciben prioridad los niños que viven cerca del centro, los hermanos de los niños que ya asisten al centro, los hijos de los empleados del jardín, y niños de hogares con condiciones socioeconómicas menos favorables.

Un esquema que busca proveer atención universal supone que también se crean centros en zonas de ingresos medios o altos, o que pueden surgir en espacios que permitan la interacción de niños de diversos contextos socioeconómicos que, en sociedades fragmentadas como las de Latinoamérica y el Caribe, en otras circunstancias no tendrían la oportunidad de compartir un espacio. Un ejemplo de este tipo de centros se observó en Jamaica, en donde se visitó un preescolar localizado en un barrio acomodado de Kingston, al cual asistían tanto los niños que vivían en el barrio como los hijos de las personas que trabajaban en los comercios de esa zona.

En Montevideo, un jardín del INAU presenta una condición muy particular. Hace algunos años una cárcel para mujeres solicitó al Ministerio del Interior un centro donde los hijos menores de 4 años de las reclusas pudieran recibir atención y estimulación infantil. En 2007 se inauguró el centro Pájaros Pintados, al que asisten niños de madres del barrio e hijos de mujeres en reclusión. Las madres reas asisten la primera semana de atención con sus hijos para generar confianza y se reduce la intensidad de su asistencia periódicamente. Aunque las diferencias entre ambos tipos de niños sean grandes –y notadas por los maestros a través de sus juegos y actitudes– los padres que viven en la zona han reaccionado de una manera muy positiva a esta iniciativa, que parte de un principio integrador.

periodo de 8 horas por día. En algunos casos, el número de horas durante las cuales los niños reciben atención puede ser menor. Por ejemplo, hay programas que ofrecen atención en dos turnos, uno por la mañana y otro por la tarde. Es importante explicar que el dato reportado en la tabla es el tiempo total de operación del programa y no toma en cuenta la existencia o no de actividades organizadas, ni que puede haber tiempo muerto durante la jornada de atención.

Adicionalmente, los programas funcionan un promedio de 11 meses al año, con un promedio de 5 semanas de interrupción (no necesariamente continuas). La combinación promedio de 8 horas de atención durante 11 meses sugiere que el servicio probablemente genera inconvenientes para las madres cuyo trabajo se realiza en jornadas de 40 horas semanales (y que necesitan desplazarse para llegar desde su trabajo hasta el centro donde su niño recibe servicios de cuidado). De igual manera, el hecho de que los centros cierren por más de un mes cada año requiere que estas familias cuenten con arreglos alternativos para el cuidado de los niños durante ese periodo.

De los programas entrevistados, el 61,8% reportó que sus centros son flexibles en el horario, sea permitiendo la entrada y salida de los niños a deshora, o extendiendo el horario del centro cuando lo demandan las familias. Por otro lado, sólo el 38,2% de los programas

estudiados demandan el cumplimiento de un horario homogéneo entre todos los proveedores del servicio. El análisis de estas variables sugiere que hay espacio para mejorar la flexibilidad de los servicios de cuidado a fin de responder a las necesidades de las familias con padres y madres trabajadores.

El panel inferior de la Tabla 12 resume información sobre la frecuencia del servicio de los programas de apoyo parental. Estos programas operan, en promedio, 10 meses al año. En algunos casos, se los concibe como un ciclo paralelo al educativo en el cual se mantiene un periodo extendido de vacaciones durante cada año calendario. Las interacciones (individuales o grupales) entre los beneficiarios y las promotoras ocurren, en promedio, 1,2 veces por semana durante 2 horas en cada encuentro. El 50% de estos programas tienen una duración fija, es decir que consisten en un ciclo de aprendizaje que empieza y termina en momentos determinados. En promedio, la duración de estos ciclos es de 2 años. En algunos casos la duración está determinada por la edad del niño mientras que en otros está atada al requisito de haber estudiado un currículo específico.

3.6 Intervenciones del modelo de atención

En este y los siguientes tres apartados se analizan algunas características de los programas de desarrollo infantil

Tabla 12. Estadísticas sobre el horario y tiempo de funcionamiento por tipo de programa

| | Obs. | Media | Des. Est. | Faltante | No aplica |
|---------------------------------------|------|-------|-----------|----------|-----------|
| Servicios de cuidado | | | | | |
| Meses por año | 33 | 11,2 | 1,00 | 0/34 | 1/34 |
| Horas por día | 34 | 8,31 | 2,47 | 0/34 | 0/34 |
| Semanas de receso por año | 33 | 4,91 | 4,46 | 0/34 | 1/34 |
| Flexibilidad en el horario | 34 | 61,8% | 0,49 | 0/34 | 0/34 |
| Horarios establecidos por los centros | 34 | 38,2% | 0,49 | 0/34 | 0/34 |
| Programas de apoyo parental | | | | | |
| Meses por año | 6 | 10,5 | 1,76 | 0/6 | 0/6 |
| Semanas por mes | 5 | 4,00 | 0,00 | 0/6 | 1/6 |
| Reuniones por semana | 5 | 1,20 | 0,45 | 0/6 | 1/6 |
| Horas por reunión | 5 | 2,00 | 1,00 | 0/6 | 1/6 |
| Programa con duración fija | 6 | 50,0% | 0,55 | 0/6 | 0/6 |
| Duración del programa en años | 3 | 1,83 | 0,76 | 0/6 | 3/6 |

Obs. = Número de observaciones.

Des. Est. = Desviación estándar.

Fuente y elaboración: los autores.

estudiados que suministran información importante sobre variables estructurales asociadas a la calidad de los servicios que estos ofrecen: la integralidad de las intervenciones que brindan, las características de sus servicios de alimentación y nutrición, los estándares de salud y seguridad, y los atributos del personal que atiende a los niños.

Esta sección se centra únicamente en aquellos programas que ofrecen servicios de cuidado, sea de naturaleza institucional o comunitaria. El propósito es analizar la frecuencia con la cual los programas ofrecen a sus beneficiarios ocho posibles tipos de intervenciones que son las que, por lo general, conforman el modelo de atención de este tipo de programas:

- 1-** Servicios de atención y cuidado para menores de dos años (conocido frecuentemente como servicios de sala cuna o guardería). Estos servicios pueden o no contar con un componente pedagógico.
- 2-** Servicios de atención y cuidado a niños mayores de dos y menores de seis años (jardines infantiles o prescolares). Al igual que en el caso anterior, pueden o no contar con un componente pedagógico.
- 3-** Provisión de servicios de alimentación. Se incluye la actividad diaria de ofrecer alguna comida o refrigerio durante el periodo de atención. Se define que un programa provee este servicio siempre y cuando la alimentación que brinda a los niños sea provista por el centro (y no preparada en los hogares).
- 4-** Monitoreo del crecimiento. Esta categoría se refiere a los esfuerzos periódicos por hacer algún tipo de monitoreo y seguimiento de la evolución del peso y la talla de los niños.
- 5-** Suplemento nutricional. Provisión de micronutrientes o suplementos nutricionales en el centro o entrega de los mismos a las familias para que los administren en el hogar.
- 6-** Monitoreo de la salud. A través de referencias a un establecimiento especializado en la provisión de servicios de salud.

7- Provisión directa de servicios de salud. En unos pocos casos, el servicio de cuidado da un paso adicional para garantizar la atención de los niños, ya sea a través de convenios con centros de salud cercanos o de personal médico permanente (o itinerante) en los centros.

8- Trabajo con padres y madres mediante la realización de talleres en los cuales brindan información sobre temas relacionados con la salud, la nutrición, la crianza, la estimulación y el desarrollo infantil. Estos talleres son diferentes de las reuniones de padres de familia o de las sesiones individuales entre la maestra y una familia para discutir el desarrollo de un niño en particular. Los distingue un esfuerzo por brindar un apoyo educativo a las familias de los niños que acuden al centro.

Un noveno componente que pudo estar presente en esta lista es si los programas cuentan con una propuesta pedagógica alrededor de la cual se estructuran las actividades y experiencias de los niños (y de los adultos con quienes interactúan) durante el lapso de tiempo en que asisten al centro. Sin embargo, dado que es un tema complejo y en el cual existen múltiples matices, se aborda por separado en el documento descrito en el Recuadro 3, que ofrece una mirada comparativa a las pautas de aprendizaje de los programas estudiados. El Recuadro 12 resume los hallazgos principales de este estudio.

La Tabla 13 contiene un resumen de la frecuencia con la cual se observan cada una de las ocho intervenciones descritas anteriormente en los programas que ofrecen servicios de cuidado. Destaca que, en promedio, los programas visitados ofrecen a sus beneficiarios una combinación de 6 de estos 8 tipos de intervenciones. Los propios programas hacen alusión a esta variedad de actividades cuando se refieren a su naturaleza *integral*. La variedad de intervenciones que se describe es importante a la hora de considerar la estructura de costos de un servicio de cuidado de buena calidad. Al mismo tiempo, al incorporar temas relacionados con la educación, la salud y la nutrición, esta tabla es ilustrativa de la naturaleza intersectorial del desarrollo infantil. De ahí que, para lograr ser sostenible financiera y políticamente, una estrategia

de provisión de servicios integrales de desarrollo infantil pasa por aprovechar las posibilidades de vinculación y coordinación con otros sectores y actores.

Todos los programas estudiados priorizan la atención de niños que tienen entre 3 y 5 años de edad, mientras que un porcentaje menor (85,3%) ofrece servicios de cuidado para niños de 2 años de edad o menos. Esta especialización tiene sentido práctico y económico dado que el cuidado de niños menores de 2 años requiere de recursos sustancialmente mayores, en particular de un coeficiente de niños por cuidador menor que aquel con el cual se puede manejar un grupo de niños de mayor edad. Al mismo tiempo, es probable que esto sea hasta cierto punto un reflejo de las preferencias de muchos hogares en la región, en los cuales se percibe que el cuidado infantil en los primeros años de vida debe realizarse en el ámbito familiar. Sin embargo, estos datos también revelan que las madres de niños muy pequeños que desean trabajar o estudiar cuentan con menos opciones en cuanto a la oferta pública de servicios de cuidado para sus hijos durante los dos primeros años de vida de los niños.

La Tabla 13 ilustra que la gran mayoría de los programas estudiados (94,1%) incluyen un componente de alimentación, es decir que el propio centro suministra alimentos a los niños que asisten a él. Además, alrededor de 85,3% de los programas visitados realizan un monitoreo del crecimiento de los niños. No obstante, apenas un 52,9% complementan este seguimiento con la entrega de un suplemento nutricional. Un 85,3% de los programas realiza un chequeo del estado de salud de los niños, en particular en

forma indirecta, refiriendo a los padres a los servicios respectivos. Por su parte, 23,5% de los programas ofrece servicios de salud en el propio establecimiento donde se brindan los de cuidado o mediante convenios con hospitales o centros de salud cercanos. El Recuadro 13 describe algunos ejemplos sobre cómo operan en la práctica. 9 de cada 10 programas complementan la atención a los niños con alguna modalidad de taller destinado a informar y educar a los padres sobre temas relacionados con la crianza, la nutrición, la estimulación, la salud o el cuidado de sus hijos. También en el Recuadro 13 se ofrecen mayores detalles sobre este tipo de actividades.

La Tabla 14 complementa la información presentada anteriormente pues documenta la frecuencia con la cual se observan diferentes combinaciones de las ocho intervenciones antes descritas. Por ejemplo, en 10 de los 34 programas que brindan servicios de cuidado se proveen 7 de las 8 intervenciones, es decir todas excepto la atención directa en salud. Este parece ser el conjunto de acciones, o los componentes del modelo de atención, más comunes en la región. La siguiente combinación de servicios más frecuente, observada en 8 de los 34 programas, incluye los mismos servicios antes descritos, excepto la provisión de micronutrientes.

3.7 Nutrición y alimentación

En esta sección se revisa con mayor detalle en qué consisten las intervenciones de alimentación y nutrición en los programas que ofrecen servicios de cuidado. Se decidió examinar las características de estos dos componentes dado que los niños

Tabla 13. Componentes de los programas que proveen servicios de cuidado

| Variable | Obs. | Media | Des. Est. |
|----------------------------|------|--------|-----------|
| Sala cuna (0-2 años) | 34 | 85,3% | 0,4 |
| Jardín infantil (3-5 años) | 34 | 100,0% | 0,0 |
| Alimentación | 34 | 94,1% | 0,2 |
| Monitoreo del crecimiento | 34 | 85,3% | 0,4 |
| Suplementos nutricionales | 34 | 52,9% | 0,5 |
| Monitoreo de la salud | 34 | 85,3% | 0,4 |
| Atención directa en salud | 34 | 23,5% | 0,4 |
| Talleres para padres | 34 | 88,2% | 0,3 |
| Número de Servicios | 34 | 6,1 | 1,5 |

Obs. = Número de observaciones.
Des. Est. = Desviación estándar.
Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 14. Frecuencia de distintas combinaciones de los componentes de los servicios de cuidado

| Lista | Sala cuna (0-2 años) | Jardín infantil (3-5 años) | Alimentación | Monitoreo del crecimiento | Suplementos nutricionales | Monitoreo de la salud | Atención directa en salud | Talleres para padres | Frecuencia |
|--------------|----------------------|----------------------------|--------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------|------------|
| 1 | X | X | X | X | X | X | | X | 10 |
| 2 | X | X | X | X | | X | | X | 8 |
| 3 | X | X | X | X | X | X | X | X | 3 |
| 4 | X | X | X | X | | X | X | X | 2 |
| 5 | X | X | X | X | X | X | X | | 1 |
| 6 | X | X | X | X | X | X | | | 1 |
| 7 | X | X | X | X | X | | | X | 1 |
| 8 | X | X | X | X | | | X | X | 1 |
| 9 | X | X | X | | X | X | | X | 1 |
| 10 | X | X | | | | | | X | 1 |
| 11 | | X | X | X | X | X | X | X | 1 |
| 12 | | X | X | X | | X | | | 1 |
| 13 | | X | X | | | X | | X | 1 |
| 14 | | X | | | | | | X | 1 |
| 15 | | X | | | | | | | 1 |
| Total | | | | | | | | | 34 |

Fuente y elaboración: los autores.

Recuadro 12. La importancia de las pautas para el aprendizaje temprano*

Durante las visitas se recogió el material curricular en aquellos programas que lo tenían y que pudieron compartirlo con los autores. Con este material, un equipo de investigadoras de la Universidad de Columbia en Estados Unidos (Christine Harris Van Keuren, Diana Rodríguez Gómez y Maggie Morrison) realizó un análisis comparativo de las pautas para el aprendizaje temprano de 19 programas de desarrollo infantil temprano en 13 países de América Latina y el Caribe. Este estudio se encuentra disponible en: www.iadb.org/DesarrolloInfantil.

Las pautas de aprendizaje temprano describen lo que los niños deberían saber o demostrar como resultado de su participación en un programa. El ejercicio se enfocó en las pautas para niños de 0 a 36 meses de edad y se empleó un marco conceptual desarrollado hace algunos años en los Estados Unidos por Scott-Little et al. (2008). A continuación se presentan algunos de los principales aprendizajes que resultaron de este ejercicio.

Conceptualización y terminología: Uno de los aspectos más destacados de esta investigación fue documentar cuán diferentes resultan ser unos programas de otros cuando se trata de conceptualizar el desarrollo infantil temprano. Estas diferencias se reflejan en los términos con que los programas se refieren a las pautas para el aprendizaje temprano. Se encontraron conceptos como capacidades, habilidades, aprendizaje esperado, desarrollo, contenidos e indicadores. Dichas diferencias de terminología pueden complicar la comunicación entre las partes interesadas y volver problemática la comparación de conceptos similares.

Fecha de publicación de los documentos: Los documentos evaluados tienen fechas de publicación entre 1997 y 2011. Si bien todos ellos eran de archivo y se limitaban a describir las intenciones de los autores de los currículos, cuanto más antiguo resultaba el documento, menos relevantes parecían ser estas intenciones históricas para aquello que realmente sucede en los entornos de aprendizaje. Desde un principio existe una diferencia significativa entre las intenciones de los currículos y su implementación real, pero la edad del documento podría agrandar esta brecha.

Modalidad: Los programas incluidos en esta investigación comprendían tres tipos de ambientes educativos diferentes. Algunos de ellos fueron desarrollados con el propósito de apoyar a los padres para mejorar sus habilidades en el cuidado de sus hijos, mientras que los demás estaban articulados para proporcionar servicios de guardería, ya fuese en un contexto institucional o en uno más informal y orientado hacia la comunidad. Los programas que trabajan con los padres son distintos de aquellos que se encargan de la atención y el cuidado de los niños y, por lo tanto, hay que ser cautos con las comparaciones que se

hagan entre ellos. En teoría, el entorno en que se lleva a cabo un programa no debería afectar ni la cantidad ni el tipo de pautas para el aprendizaje temprano. Sin embargo, se notó que dichas pautas sí variaron según la modalidad. Por ejemplo, en la evaluación socioemocional, lingüística, físico-motora y cognitiva de las pautas de aprendizaje temprano, esta investigación revela que los programas de apoyo parental, al menos en el papel, abordan un número menor de resultados cognitivos que los servicios de cuidado. El hecho de que el proceso de implementación, los procedimientos de entrenamiento, los materiales de apoyo y el tiempo que requieren los detalles de las tareas (es decir, la intensidad de la intervención) también sean distintos dependiendo de la modalidad del programa, sugiere que precisamente los niños que demandan intervenciones más enérgicas podrían estar recibiendo en menor escala.

Estructura por edad: Algunos de los currículos establecen la edad de los niños en términos de años en lugar de meses. La estructura del currículo por la edad del niño es importante por muchas razones. En primer lugar, puede resultar confuso para las partes interesadas determinar si las pautas de aprendizaje temprano indicadas para niños de 2 a 3 años de edad son apropiadas para niños de 24 a 36 meses o de 35 a 47 meses. En segundo lugar, las variaciones amplias en la estructura de edad podrían desestimar a los niños con diferencias de aprendizaje. Finalmente, es importante que sea clara la estructura de edad a medida que estos programas se integran con aquellos diseñados para niños mayores de 36 meses. Este hallazgo coincide con uno del estudio estadounidense antes citado.

Implementación: Por último, las pautas para el aprendizaje temprano bien podrían estar claramente escritas y ser relevantes y específicas según la edad, pero en fin de cuentas no proveen información sobre los acontecimientos del día a día en el entorno de aprendizaje. Estas pautas, al igual que todos los demás aspectos del currículo, dependen en última instancia de dos componentes críticos: maestros bien formados y niños sanos que estén listos para aprender. En ausencia de estos componentes, las pautas para el aprendizaje temprano quedarán sólo en el papel.

* Este recuadro se basa en un artículo escrito por Christine Harris-Van Keuren en julio de 2012 y publicado en: <http://blogs.iadb.org/desarrolloinfantil/2012/07/30/la-importancia-de-las-pautas-para-el-aprendizaje-temprano/>

Recuadro 13. Algunos ejemplos de cómo se realizan los talleres para padres y de cómo opera la atención directa en salud

El 88% de los programas de atención en centros imparte algún tipo de taller para los padres, mientras que el 26% poseen un componente de atención directa en salud. Pero ¿qué significan estos componentes y cómo se manifiestan en la práctica dentro de los variados contextos de los países de la región?

Modelos de trabajo con las familias

El trabajo con los padres se realiza de diversas maneras. En Medellín, el programa *Buen Comienzo* brinda atención desde la gestación. Esto implica trabajar con la madre en talleres de lactancia y estimulación desde el tercer trimestre del embarazo y posteriormente con una periodicidad mensual en temas de cuidado de los niños, buenas prácticas de crianza, salud y nutrición. En Panamá, el Instituto Panameño de Rehabilitación Especial (IPHE) brinda atención a niños con necesidades especiales. Parte importante de su labor es trabajar con las familias para entender el impacto psicológico y social que puede tener en ellas la crianza de sus niños. Con este objetivo se realiza una gama de actividades (desde talleres, hasta reuniones individuales, cine-debates, dramatizaciones y convivencias). Los temas más trabajados son la aceptación por parte de los padres de la condición de sus hijos, cómo es el manejo de los niños en casa, cuál es la responsabilidad y el rol de la familia, aspectos conductuales y temas de salud.

Atención directa en salud

La atención directa en salud es poco común en los servicios de cuidado públicos de la región.

Aunque el 85,3% de los programas refieren a los niños enfermos a un hospital o hablan con los padres sobre la manera de cumplir con los controles de salud, solo el 23,5% toma medidas adicionales. Por ejemplo, en Río de Janeiro y en algunas localidades de Jamaica, se busca que la construcción de nuevos establecimientos de cuidado se realice en la proximidad de centros de salud y se negocian acuerdos con estos centros para dar prioridad a los niños atendidos por los programas. En las *Guarderías de la Seguridad Social* en México, uno de los componentes más importantes de su atención es la presencia de una enfermería con personal entrenado y visitas frecuentes de doctores a los centros. En Costa Rica, el CEN-CINAI brinda atención directa a los niños a través de un equipo interdisciplinario compuesto por médicos, psicomotricistas y fonoaudiólogos, que identifican problemas y dan seguimiento a los casos que así lo requieran.

más pobres de los países de América Latina y el Caribe todavía enfrentan déficits nutricionales importantes. Además, la ventana de oportunidad para revertir esta situación se encuentra justamente durante los dos primeros años de vida, es decir durante un periodo en el cual el Estado pudo haberse vinculado a estos niños a través de sus servicios de cuidado.

Los indicadores principales sobre alimentación y nutrición se presentan en la Tabla 15, que se refiere a todos los centros de cuidado estudiados. En la discusión se hace alusión a las diferencias que se encuentran en estos temas entre las subregiones¹⁴. La Tabla 15 se encuentra organizada en paneles. En el superior se examinan algunas características generales de las intervenciones en el tema nutricional. En el panel del centro se proporciona el detalle sobre las intervenciones en alimentación que ofrecen los programas. Finalmente, el panel inferior de la tabla documenta la frecuencia con la cual los programas entregan suplementos nutricionales específicos.

Al examinar las intervenciones de cada programa en un apartado anterior, se había documentado que un 94,1% de ellos proporciona alimentos a los niños como parte de sus servicios. Un porcentaje bastante menor, apenas 52,9%, otorga además suplementos nutricionales o micronutrientes. Un 85,3% de los programas hace seguimiento del crecimiento de los niños. Al pedir a los directivos que describan estos esfuerzos, se descubre que este seguimiento consiste en monitorear su peso y talla, en promedio cada 4 meses y medio o 2 veces por año.

Aunque parecería que la alimentación es un componente homogéneo en casi todos los programas, si se examina más a fondo se encuentra que no todos ofrecen el mismo número de comidas al día ni en el mismo horario. Las más comunes son el almuerzo (en 91,2% de los programas) y un refrigerio (en 85,3%) durante la tarde. Sorprende que sea bastante menos habitual proveer una comida durante la mañana. El desayuno y el refrigerio de la mañana se proporcionan en 67,6% de los programas. La ausencia de un alimento en la mañana destaca dado que es probable que ésta sea la primera comida que reciben en el día los niños de los hogares más vulnerables. Otro hecho que llama la atención es que 17,6% de los programas ofrecen también la cena. La menor frecuencia de esta práctica probablemente obedece a que el horario de operación de la mayoría de los centros termina antes de la hora a la cual comúnmente cenan las familias. En promedio, los programas reportaron que buscan cubrir alrededor de las tres cuartas partes de la ingesta calórica requerida por los niños al día. Sin embargo, no todos los programas contaban con el dato respectivo así que fue una variable en la cual se encontraron varios casos de ausencia de información. Algo más del 87,5% de los programas reporta que cuenta con personal que se dedica exclusivamente a las tareas de preparación de alimentos. Esto supone que tal responsabilidad no recae sobre el personal que tiene a su cargo el cuidado de los niños.

En lo que se refiere a la provisión de suplementos y micronutrientes, hay dos opciones comunes. Primero, en 26,5% de

¹⁴ Las tablas con los datos desagregados por subregión no se incluyeron en el documento para no extralimitarse en su extensión. Sin embargo, están disponibles y si algún lector tiene interés en ellas puede contactar a los autores (mcarraujo@iadb.org o florencial@iadb.org).

los programas se cocinan los alimentos de los niños usando productos fortificados. Y segundo, en 17,6% de los centros, los niños reciben micronutrientes en polvo, generalmente conocidos como “chispas” (los mismos que son mezclados con la comida que se les ofrece en el centro o entregados directamente a los padres para que los administren en casa). Adicionalmente, en 17,6% de los programas se reportó la entrega de hierro, en 11,8% vitamina A, en 5,9% ácido fólico y en 2,9% zinc. Además, 1 de cada 5 programas provee a los niños de medicina desparasitante con alguna frecuencia.

Es interesante destacar que si se comparan las prácticas de los programas en los temas de alimentación y nutrición entre las subregiones del continente, sobresalen algunas diferencias. Primero, todos los programas del Cono Sur y de los Andes ofrecen alimentación y lo hacen 84,6% de los de Centroamérica. Segundo, la mitad de los centros del Cono Sur también otorga suplemento nutricional, mientras que en los Andes y Centroamérica, esto sucede en el 60% de los centros. Tercero, todos los programas de la región andina, 9 de cada 10 en el Cono Sur y 8 de cada 10 en Centroamérica realizan seguimientos del crecimiento de los niños. Cuarto, en lo que se refiere a la alimentación, en todos los programas del Cono Sur se reporta consistentemente la entrega de las dos comidas diarias principales (desayuno y almuerzo) más un refrigerio por la tarde, y en la mitad de los centros se ofrece la cena. Si bien el desayuno es menos común en los Andes (42,9% de los centros) y Centroamérica (61,5%), se proporciona un refrigerio en la totalidad de los programas andinos y en más de la mitad de los centros centroamericanos. Esto llama la atención ya que es en estas subregiones en donde los servicios de cuidado están focalizados en poblaciones pobres y es muy probable que los niños lleguen a sus guarderías en las mañanas sin haber antes comido en sus casas. Quinto, en lo que se refiere a micronutrientes y suplementos, se observan enfoques diferenciados entre las subregiones. Por ejemplo, los programas del Cono Sur y Centroamérica usan alimentos fortificados y, con menor frecuencia, se encargan de la entrega de hierro o de micronutrientes en polvo, o “chispas”. Por el contrario, en los Andes lo más común es la entrega

de micronutrientes en polvo (“chispas”), seguidos por el hierro, la vitamina A y el uso de alimentos fortificados. Únicamente en los Andes y en Centroamérica, un tercio de los programas también administran medicinas desparasitantes a los niños.

3.8 Seguridad y salubridad

El tema principal de esta sección, los estándares de salud y salubridad, se encuentra íntimamente relacionado con la calidad de los servicios de cuidado para bebés y párvulos. De la mano de los servicios de alimentación y nutrición de calidad, los programas que proveen servicios de cuidado a niños menores de 3 años deben enfocarse en el cumplimiento de protocolos de seguridad, salud e higiene muy estrictos. Estos protocolos incluyen acciones que forman parte de las rutinas diarias de atención de los niños (como por ejemplo, el lavado de manos). También recogen estándares relacionados con la calidad de los materiales que se usan en la construcción de los espacios y de los muebles con los cuales los niños se encuentran en contacto. Por último, se refieren además a las pautas que los cuidadores deben seguir cuando se presentan casos extraordinarios como accidentes o enfermedad en los niños.

Durante los primeros años de vida los sistemas inmunológicos de los niños se están fortaleciendo. La asistencia a un ambiente de cuidado grupal (como son las guarderías) trae consigo el riesgo de exponerlos a mayores probabilidades de contagio de enfermedades virales e infecciones. Todos los esfuerzos que los centros realizan en alimentación y vigilancia de la nutrición de los niños van a tener mayores resultados en la medida en que se pueda minimizar la frecuencia de enfermedad de los que asisten a estos centros.

De igual manera, la evidencia médica más reciente documenta que los niños son particularmente vulnerables a ciertos tipos de contaminación durante la primera infancia (por ejemplo, la presencia de plomo o de asbesto). De ahí que es fundamental garantizar condiciones óptimas de seguridad que permitan minimizar el contacto con productos tóxicos durante la jornada de asistencia a los centros.

Tabla 15. Estadísticas sobre los servicios de alimentación y nutrición de los servicios de cuidado

| | Obs. | Media | Des. Est. | Faltante | No aplica |
|--|------|-------|-----------|----------|-----------|
| Nutrición | | | | | |
| Proveen suplementos nutricionales | 34 | 52,9% | 0,51 | 0/34 | 0/34 |
| Hacen seguimiento del crecimiento | 34 | 85,3% | 0,36 | 0/34 | 0/34 |
| Frecuencia del seguimiento (meses) | 29 | 4,52% | 2,86 | 0/34 | 5/34 |
| Proveen alimentos | 34 | 94,1% | 0,24 | 0/34 | 0/34 |
| Desayuno | 34 | 67,6% | 0,47 | 0/34 | 0/34 |
| Refrigerio en la mañana | 34 | 67,6% | 0,47 | 0/34 | 0/34 |
| Almuerzo | 34 | 91,2% | 0,29 | 0/34 | 0/34 |
| Refrigerio en la tarde | 34 | 85,3% | 0,36 | 0/34 | 0/34 |
| Cena | 34 | 17,6% | 0,39 | 0/34 | 0/34 |
| Personal de cocina de dedicación exclusiva | 32 | 87,5% | 0,34 | 0/34 | 2/34 |
| Porcentaje de calorías necesarias diarias | 19 | 77,4% | 0,17 | 4/34 | 11/34 |
| Suplementos nutricionales | | | | | |
| Micronutrientes (tipo "chispas" o sprinkles) | 34 | 17,6% | 0,39 | 0/34 | 0/34 |
| Vitamina A | 34 | 11,8% | 0,33 | 0/34 | 0/34 |
| Zinc | 34 | 2,9% | 0,17 | 0/34 | 0/34 |
| Hierro | 34 | 17,6% | 0,39 | 0/34 | 0/34 |
| Acido fólico | 34 | 5,9% | 0,24 | 0/34 | 0/34 |
| Medicina desparasitante | 34 | 17,6% | 0,39 | 0/34 | 0/34 |
| Alimentos fortificados | 34 | 26,5% | 0,45 | 0/34 | 0/34 |

Obs. = Número de observaciones.
 Des. Est. = Desviación estándar.
 Fuente y elaboración: los autores.

La Tabla 16 describe alguna información sobre la frecuencia con la cual los programas visitados cumplen con algunos de estos requisitos. Por ejemplo, documenta que aunque el 91,2% de los programas demanda que cada uno de los centros donde se brinda atención a los niños tenga un espacio específico para que jueguen, en la práctica apenas un 78,3% cuenta con él.

En lo que se refiere a estándares de salubridad y de seguridad, cuando

existen, se posee información sobre quién realiza los seguimientos y las inspecciones, y si éste es un ente externo o interno al propio programa. Las inspecciones por parte de un tercero, externo al programa, son probablemente más objetivas. Mientras 78,1% de las inspecciones de salubridad (y 75 % de las de seguridad) son responsabilidad de un ente interno, poco menos de la mitad de los programas cuenta con inspecciones realizadas por un ente externo (apenas un 44%).

Tabla 16. Estándares de salubridad y seguridad de los servicios de cuidado

| | Obs. | Media | Des. Est. | Faltante | No aplica |
|---|------|-------|-----------|----------|-----------|
| Juego | | | | | |
| Centros deben poseer espacios para el juego | 34 | 91,2% | 0,29 | 0/34 | 0/34 |
| % de centros con espacios para el juego | 31 | 78,3% | 0,27 | 0/34 | 3/34 |
| Salubridad | | | | | |
| Inspección realizada por ente interno | 32 | 78,1% | 0,42 | 2/34 | 0/34 |
| Inspección realizada por ente externo | 32 | 43,8% | 0,50 | 2/34 | 0/34 |
| % de centros que cumplen con estándares | 26 | 91,6% | 0,17 | 0/34 | 8/34 |
| Seguridad | | | | | |
| Inspección realizada por ente interno | 32 | 75,0% | 0,44 | 2/34 | 0/34 |
| Inspección realizada por ente externo | 32 | 43,8% | 0,50 | 2/34 | 0/34 |
| % de centros que cumplen con estándares | 26 | 87,1% | 0,24 | 0/34 | 8/34 |

Obs. = Número de observaciones.
 Des. Est. = Desviación estándar.
 Fuente y elaboración: los autores.

3.9 Capital humano

Esta sección proporciona un análisis detallado de las características del personal que se encarga de la atención de los niños en los programas. Muchas de las variables fundamentales que describen la calidad de los servicios de desarrollo infantil están asociadas a los atributos del personal y los incentivos que éste recibe en su trabajo. Se mencionan algunas. Primero, el coeficiente de atención, o el número de niños a cargo de cada adulto, es una variable estructural que está estrechamente asociada a la capacidad de los cuidadores de brindar a los niños experiencias de calidad mediante interacciones sensibles, cálidas e individualizadas. Segundo, el nivel educativo de los cuidadores y, en particular, su formación en competencias clave para trabajar con niños, les permite contar con mejores herramientas para estimular el aprendizaje y atender adecuadamente las necesidades de ellos. Tercero, el salario que recibe el personal a cargo del cuidado de los niños es un estímulo importante para que éste realice

su trabajo con motivación, pero además para atraer al sector a personas con talento y para retener a profesionales buenos, una vez que estos han adquirido experiencia.

A lo largo de esta sección se procura distinguir entre tres perfiles de personal: los maestros (por lo general con formación de nivel superior), los maestros asistentes y los cuidadores o promotores comunitarios. En la mayoría de programas que ofrecen servicios de cuidado de modalidad institucional el personal que se encarga de atender a los niños es una combinación de por lo menos dos de estos tres tipos de perfil (por ejemplo, maestras apoyadas por maestras asistentes o por promotoras comunitarias). Por el contrario, en los programas que proveen servicios de cuidado bajo una modalidad comunitaria, lo característico es que la mayoría del personal del programa tenga un perfil de cuidador (promotora comunitaria o madre cuidadora).

La Tabla 17 presenta un resumen de los requisitos educativos que demandan de

Tabla 17. Requisitos educativos para maestros, maestros asistentes y cuidadores en los servicios de cuidado

| | Obs. | Media | Des. Est. |
|---|--------|-------|-----------|
| Maestros | | | |
| Bachillerato | 32/32* | 87,5% | 0,34 |
| Educación terciaria | 32/32 | 75,9% | 0,44 |
| Especialización en Educación Parvularia | 32/32 | 62,5% | 0,49 |
| Maestros Asistentes | | | |
| Bachillerato | 23/23 | 60,9% | 0,50 |
| Educación terciaria | 23/23 | 30,4% | 0,47 |
| Especialización en Educación Parvularia | 23/23 | 30,4% | 0,47 |
| Cuidadores | | | |
| Bachillerato | 17/17 | 70,6% | 0,47 |
| Educación terciaria | 17/17 | 41,2% | 0,51 |
| Especialización en Educación Parvularia | 17/17 | 41,2% | 0,51 |

Obs. = Número de observaciones.

Des. Est. = Desviación estándar.

*De 32 programas que contratan maestros, se posee información para 32. También la información para maestros asistentes y cuidadores se encuentra completa.

Nota: Dado que cada programa denomina de forma diferente el personal a cargo del cuidado de los niños, en las tablas que analizan los programas de forma agregada se agrupan las distintas definiciones en maestros, maestros asistentes y cuidadores, con el fin de hacer comparable la información. De este modo, dentro de la categoría "Maestros" se consideran profesoras, directoras, supervisoras, y responsables del centro. Bajo el nombre de "Maestros Asistente" se incluyen maestras celadoras, facilitadoras, auxiliares pedagógicas, asistentes, entre otras. Por último, algunos ejemplos contemplados en la categoría "Cuidadores" son auxiliares, madres comunitarias, niñeras, asistentes educativas, estimuladoras, coordinadoras educativas, educadoras alimentarias, y educadoras sociales. Cabe destacar que la distinción se analizó siguiendo las particularidades de cada programa, y dada la variedad existente, algunas definiciones de personal se clasifican en diferentes categorías según el programa. Por ejemplo, las educadoras de la Fundación Integra se consideran maestras asistentes, mientras que para el programa Pan-Manitos las educadoras corresponden al subgrupo maestras.
Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 18. Tipo de personal contratado por tipo de programa

| Servicios de cuidado | | | | Apoyo parental | | | |
|----------------------|---------------------|-------------------------|------------|----------------|---------------------|-------------------------|------------|
| Maestros | Maestros asistentes | Auxiliares / cuidadores | Frecuencia | Maestros | Maestros asistentes | Auxiliares / cuidadores | Frecuencia |
| X | X | | 13 | X | | | 3 |
| X | X | X | 11 | X | | X | 1 |
| X | | X | 5 | X | X | | 1 |
| X | | | 4 | X | X | | 1 |
| | | X | 1 | | | | |
| Total | | | 34 | Total | | | 6 |

Fuente y elaboración: los autores.

su personal los diferentes programas que ofrecen servicios de cuidado. Esta tabla muestra que la mayoría de los programas establece como requisito mínimo la educación secundaria completa para los tres perfiles de personal. El 75,9% de los programas requiere de sus maestras educación terciaria (superior), mientras que solo 41,2% y 30,4% demandan este nivel de educación de las cuidadoras y maestras asistentes, respectivamente. La misma tendencia se observa en la especialización en educación parvularia: esta es requerida para 62,5% de los maestros, un 30,4% de los maestros asistentes y 41,2% de los cuidadores. La Tabla 18 compara las distintas combinaciones de perfil de personal contratado en los dos tipos de programas: servicios de cuidado y apoyo parental. Es claro que en estos últimos, los maestros son, en términos relativos, un recurso algo más abundante: 3 de 6 programas de

apoyo parental solo contrata a maestros, mientras que no existe ningún programa que brinde servicios de cuidado que solo contrate a maestros. De hecho, las modalidades de contratación más comunes en los servicios de cuidado son la combinación de maestros con maestros asistentes (13 de 34), seguida por la combinación de los tres tipos de perfil de personal (11 de 34).

Pese a que los programas demandan ciertos requisitos educativos de su personal, la realidad de los niveles de escolaridad del recurso humano que trabaja en estos servicios es otra. La Tabla 19 presenta los niveles educativos promedio que, en la práctica, exhibe el personal que atiende a los niños en los programas que proporcionan servicios de cuidado en la región. Esta tabla demuestra que los niveles educativos son elementales. Por poner un ejemplo,

Tabla 19. Características del personal de los servicios de cuidado

| | Obs. | Media | Des. Est. | Faltante | No aplica |
|--|------|----------|-----------|----------|-----------|
| Maestros | | | | | |
| Número de maestros en 2011 | 29 | 1.531,2 | 2.152,8 | 3/34 | 2/34 |
| Años de educación | 28 | 14,6 | 2,08 | 4/34 | 2/34 |
| Días de capacitación al año | 28 | 13,8 | 10,6 | 4/34 | 2/34 |
| % de programas con maestros | 34 | 94,1% | 0,24 | 0/34 | 0/34 |
| Maestros asistentes | | | | | |
| Número de maestros asistentes en 2011 | 17 | 4.183,4 | 9.010,6 | 6/34 | 11/34 |
| Años de educación | 19 | 12,9 | 2,92 | 4/34 | 11/34 |
| Días de capacitación al año | 20 | 11,3 | 9,46 | 3/34 | 11/34 |
| % de programas con maestros asistentes | 34 | 67,6% | 0,46 | 0/34 | 0/34 |
| Cuidadores | | | | | |
| Número de cuidadores en 2011 | 16 | 12.058,1 | 25.801,3 | 1/34 | 17/34 |
| Años de educación | 15 | 10,8 | 4,06 | 2/34 | 17/34 |
| Días de capacitación al año | 15 | 13,1 | 9,30 | 2/34 | 17/34 |
| % de programas con cuidadores | 34 | 50,0% | 0,51 | 0/34 | 0/34 |

Obs. = Número de observaciones.
Des. Est. = Desviación estándar.
Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 20. Coeficientes de atención de los servicios de cuidado por grupo de edad

| Rango de edad | Obs. | Media | Des. Est. | Faltante | No aplica |
|---------------|------|-------|-----------|----------|-----------|
| 0-1 años | 29 | 6,16 | 3,79 | 0/34 | 5/34 |
| 1-2 años | 30 | 6,61 | 3,37 | 0/34 | 4/34 |
| 2-4 años | 32 | 10,3 | 4,95 | 0/34 | 2/34 |
| 4-6 años | 26 | 14,3 | 8,65 | 0/34 | 8/34 |

Obs. = Número de observaciones.

Des. Est. = Desviación estándar

Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 21. Coeficientes de atención para los servicios de cuidado recomendados por la Academia Americana de Pediatría y la Asociación de Salud Pública Americana

| Rango de edad | Coefficiente de niños por adulto | Tamaño máximo de los grupos |
|---------------|----------------------------------|-----------------------------|
| 0 - 12 meses | 3 | 6 |
| 13 - 30 meses | 4 | 8 |
| 31 - 35 meses | 5 | 10 |
| 3 años | 7 | 14 |
| 4 - 5 años | 8 | 16 |

Fuente: American Academy of Pediatrics, American Public Health Association, National Resource Center for Health and Safety in Child Care and Early Education. 2011. Caring for our children: National health and safety performance standards; Guidelines for early care and education programs. 3rd Edition. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; Washington, DC: American Public Health Association. Disponible en <http://nrckids.org>

en promedio los maestros han terminado 2,6 años de educación superior, postsecundaria. Los maestros asistentes, también en promedio, apenas han terminado la secundaria. Mientras tanto, los cuidadores tienen, en promedio, 10 años de educación completa; es decir, ni siquiera han terminado la secundaria.

Una manera de fortalecer las capacidades de un personal con bajo nivel educativo es mediante esfuerzos constantes de supervisión, mentoría y capacitación. La

Tabla 19 documenta que el número de días por año que destina el personal de los servicios de cuidado a capacitarse (entre 11 y 14 días) es también bajo.

La Tabla 19 también muestra que la atención de los niños en la mayor parte de servicios de cuidado recae en personas con perfil de cuidadores (y no en maestros ni maestros asistentes). Para dar una idea de la magnitud, por cada maestro empleado en estos programas hay casi diez cuidadores y tres maestros asistentes (dato agregado, no por programa).

Tabla 22. Características del personal de los servicios de apoyo parental

| | Obs. | Media | Des. Est. | Faltante | No aplica |
|--|------|---------|-----------|----------|-----------|
| Maestros | | | | | |
| Número de maestros en 2011 | 6 | 5.479,3 | 10.621,9 | 0/6 | 0/6 |
| Años de educación | 3 | 14,3 | 1,15 | 3/6 | 0/6 |
| Días de capacitación al año | 5 | 15,0 | 20,1 | 1/6 | 0/6 |
| % de programas con maestros | 6 | 100,0% | 0,00 | 0/6 | 0/6 |
| Maestros asistentes | | | | | |
| Número de maestros asistentes en 2011 | 2 | 4.358,5 | 6.135,6 | 0/6 | 4/6 |
| Años de educación | 2 | 8,00 | 2,83 | 0/6 | 4/6 |
| Días de capacitación al año | 2 | 44,5 | 50,2 | 0/6 | 4/6 |
| % de programas con maestros asistentes | 6 | 33,3% | 0,52 | 0/6 | 0/6 |
| Cuidadores | | | | | |
| Número de cuidadores en 2011 | 0 | N/A | N/A | 1/6 | 5/6 |
| Años de educación | 0 | N/A | N/A | 1/6 | 5/6 |
| Días de capacitación al año | 0 | N/A | N/A | 1/6 | 5/6 |
| % de programas con cuidadores | 6 | 16,7% | 0,41 | 0/6 | 0/6 |

Obs. = Número de observaciones.

Des. Est. = Desviación estándar.

Fuente y elaboración: los autores.

La Tabla 20 reporta los promedios de los coeficientes de atención, o el número de niños por adulto, en los programas que proveen servicios de cuidado. En promedio, la tasa de niños por adulto para cada grupo de edad es el doble de los estándares fijados por la Asociación Americana de Pediatría y la Asociación Americana de Salud Pública (véase la Tabla 21). Asimismo, se nota mucha variabilidad en este coeficiente. Por ejemplo, en el cuidado de niños de 0 a 1 año, existen programas en los cuales hay 2 niños por cuidadora y otros en los cuales hay 20, es decir 7 veces más que el estándar de 3 niños por cuidadora que recomienda la Academia Americana de Pediatría.

La Tabla 22 describe el capital humano con el que operan los programas de apoyo parental. Hay que reconocer que, desgraciadamente, incluso con una muestra pequeña de apenas 6 programas de apoyo parental en el estudio, hay datos que faltan en la tabla. Aún con esta limitación, en este tipo de programas los maestros son, en términos relativos, un recurso algo más abundante. De manera agregada, por cada maestro se cuenta con 1,3 maestros asistentes. El número de años de educación para los maestros es comparable al de aquellos que proveen servicios de cuidado (dos más que secundaria completa) pero significativamente menor para los maestros asistentes (apenas 8).

Los días de capacitación son similares entre los programas de apoyo parental y los de servicios de cuidado para los maestros. Sin embargo, la capacitación es cuatro veces más frecuente para los maestros asistentes, en relación con los de servicios de cuidado.

En lo que se refiere a los programas de apoyo parental, la Tabla 23 documenta que existe menos variabilidad en los coeficientes de atención (número de niños por cuidador) entre grupos de edad: estos son apenas algo menores para los niños de 0-2 años que para los dos grupos posteriores. Esto supone que, en promedio, los programas no contemplan mayor frecuencia ni intensidad de atención para los más pequeños. Vale la pena destacar que los coeficientes de atención para cada grupo de edad son mucho mayores que los de los servicios de cuidado, en parte porque, incluso cuando las reuniones ocurren en un formato individual (una promotora y una familia), es un servicio que se otorga con menor frecuencia, permitiendo que una misma persona visite varios hogares en una semana. Además, algunos de los programas estudiados ofrecen sus servicios en reuniones grupales (Argentina, México y Ecuador para los niños de mayor edad), lo cual permite a una sola promotora llegar a un número mayor de familias. Dado que se trata de un servicio de naturaleza diferente al de cuidado, los coeficientes de atención de los programas de apoyo parental no deberían ser evaluados de acuerdo a los estándares de la Tabla 21.

Los indicadores de las tablas anteriores también fueron analizados en forma desagregada, con el fin de comparar las tendencias entre las distintas subregiones¹⁵. Esta comparación resulta interesante para los programas que proveen servicios de cuidado, ya que hay suficientes observaciones en la muestra como para observar diferencias. Destacan algunos elementos que se resumen a continuación.

Tabla 23. Coeficientes de atención de los programas de apoyo parental, por grupo de edad

| Rango de edad | Obs. | Media | Des. Est. | Faltante | No aplica |
|---------------|------|-------|-----------|----------|-----------|
| 0-1 años | 6 | 15,6 | 9,23 | 0/6 | 0/6 |
| 1-2 años | 6 | 15,9 | 8,80 | 0/6 | 0/6 |
| 2-4 años | 6 | 16,1 | 8,60 | 0/6 | 0/6 |
| 4-6 años | 4 | 16,5 | 9,30 | 0/6 | 2/6 |

Obs. = Número de observaciones.
 Des. Est. = Desviación estándar.
 Fuente y elaboración: los autores.

¹⁵ Las tablas con los datos desagregados por subregión no se incluyeron en el documento para no extralimitarse en su extensión. Sin embargo, están disponibles y si algún lector tiene interés en ellas puede contactar a los autores (mcarraujo@iadb.org o florencial@iadb.org).

Primero, los niveles de educación para los tres perfiles de personal (pero particularmente para los maestros y maestros asistentes) son mejores en el Cono Sur que en ninguna otra subregión. Los maestros, maestros asistentes y cuidadores del Cono Sur cuentan con 16, 14 y 11 años de educación en promedio, respectivamente. Esto significa 1 año más que los maestros andinos y 2 más que los centroamericanos; 5 años más de educación que los maestros asistentes andinos y 2 más que los centroamericanos; mientras que los años de educación de los cuidadores en el Cono Sur son 1,5 años más que en las otras dos subregiones.

Segundo, la frecuencia de días de capacitación por año es menor en el Cono Sur que en las demás regiones. Esta tendencia podría reflejar un esfuerzo por compensar las diferencias en la preparación del personal que se describieron antes. El personal de la región andina y de Centroamérica tiene un promedio de 12 a 15 días de capacitación al año, mientras que el del Cono Sur se capacita de 10 a 12 días por año.

Por último, es interesante realizar la comparación de los coeficientes de atención. El Cono Sur se acerca más a los estándares de atención de la Academia

Americana de Pediatría para bebés y párvulos (4,8 niños por cuidador en el rango de 0-1 años de edad, cuando lo recomendado es 3; y 6 niños en el rango 1-2 años cuando lo ideal es 4 o 5). Por el contrario, en los Andes y Centroamérica, el valor del coeficiente es de 7 niños por cuidador entre 0-2 años. No obstante, hay un quiebre claro en esta tendencia diferenciada del Cono Sur cuando observamos los coeficientes de atención para los niños mayores de 2 años. A partir de ese grupo etario, las tres subregiones presentan coeficientes de atención bastante superiores a los recomendados por la Academia Americana de Pediatría. Específicamente, se observan tasas de 11 niños por cuidador para el grupo de 2 a 4 años (10 en Centroamérica) cuando lo recomendado es 7 y de 13 niños para el rango de 4 a 6 años (15 en Centroamérica), cuando se recomienda 8. No se tiene una explicación para este cambio en la tendencia en el Cono Sur. Puede deberse a varias causas: la mayor demanda de este tipo de servicios para niños de mayor edad, acompañada de una oferta insuficiente de recurso humano. O simplemente puede ser el resultado de decisiones de política pública en cuanto a la priorización de mejorar los coeficientes de atención para el grupo más vulnerable, los párvulos.

Tabla 24. Trayectoria de los servicios de cuidado en los últimos cinco años

| | Obs. | Media | Des. Est. |
|------------------------------------|------|--------|-----------|
| Cobertura | | | |
| Niños atendidos en el último año | 34 | 89.818 | 210.249 |
| Tasa de crecimiento último año | 29 | 3,2% | 0,13 |
| Tasa de crecimiento 3 años | 27 | 19,3% | 0,55 |
| Tasa de crecimiento 5 años | 18 | 116,9% | 3,32 |
| Número de centros | | | |
| Número de centros en el último año | 34 | 3.350 | 12.453 |
| Tasa de crecimiento último año | 29 | 2,8% | 0,09 |
| Tasa de crecimiento 3 años | 27 | 38,4% | 1,04 |
| Tasa de crecimiento 5 años | 15 | 59,0% | 1,46 |
| Personal | | | |
| Personal en el último año | 32 | 11.828 | 28.820 |
| Tasa de crecimiento último año | 22 | 16,3% | 0,36 |
| Tasa de crecimiento 3 años | 16 | 51,0% | 0,87 |
| Tasa de crecimiento 5 años | 12 | 60,5% | 0,75 |

Obs. = Número de observaciones.
Des. Est. = Desviación estándar.
Fuente y elaboración: los autores.

3.10 Trayectoria de los programas en años recientes

Esta sección examina cómo ha sido la evolución reciente de los programas en lo que se refiere a su tamaño. Un contraste resulta significativo. Mientras que los programas que proveen servicios de cuidado demuestran una tendencia a crecer en cobertura, número de centros y personal, los de apoyo parental parecen experimentar la trayectoria opuesta. Vale la pena destacar que en estas variables, en particular en las que se refieren a datos de hace tres o cinco años, un gran número de valores están ausentes. Esto se debe a que los propios programas no cuentan con esta información sistematizada. A pesar de que se hizo un seguimiento muy intenso de las visitas para recuperar información que pudo no haber estado

la tasa de crecimiento del personal es superior a la del número de niños a los cuales atiende el programa para el año anterior al estudio y para los tres previos. Esto evidencia un esfuerzo reciente por reducir los coeficientes de atención que pudieron haber crecido demasiado por la expansión de la cobertura. Ojalá esta tendencia se mantuviera y acelerara en el futuro. Sin embargo, no está demás decir que detrás de estos promedios hay mucha heterogeneidad.

La Tabla 25 presenta datos similares para los programas de apoyo parental. Son pocas las observaciones que pueden hacerse. No obstante, la tendencia más reciente –la del último año– de este tipo de programas refleja un recorte, tanto en su cobertura como en su personal. Es interesante que, en términos de magnitud, los recortes en

Tabla 25. Trayectoria de los programas de apoyo parental en los últimos cinco años

| | Obs. | Media | Des. Est. |
|----------------------------------|------|---------|-----------|
| Cobertura | | | |
| Niños atendidos en el último año | 6 | 207.991 | 228.660 |
| Tasa de crecimiento último año | 6 | -16,8% | 0,33 |
| Tasa de crecimiento 3 años | 6 | 0,36% | 0,79 |
| Tasa de crecimiento 5 años | 3 | 24,6% | 1,03 |
| Personal | | | |
| Personal en el último año | 6 | 7.750 | 12.305 |
| Tasa de crecimiento último año | 5 | -17,5% | 0,32 |
| Tasa de crecimiento 3 años | 5 | -0,82% | 0,74 |
| Tasa de crecimiento 5 años | 2 | -20,7% | 0,36 |

Obs. = Número de observaciones.
Des. Est. = Desviación estándar.
Fuente y elaboración: los autores.

disponible durante la entrevista, parecería que este tipo de datos con frecuencia no quedan documentados en los registros de los programas. En efecto, fue difícil de recuperarlos para un número alto de programas. Por ejemplo, en apenas 18 de 35 programas que proveen servicios de cuidado se tenía datos sobre su cobertura de cinco años atrás.

La Tabla 24 examina estos datos para los servicios de cuidado. En los últimos cinco años su cobertura creció en 116,9%, mientras que el número de centros de atención apenas lo hizo en 59% y el personal en 60,5%. Es decir, la tendencia ha sido hacia una expansión del número de niños atendidos por cada proveedor y también por cada maestro o cuidador. Aun así, un dato positivo es que, en promedio,

cobertura y personal son parecidos a los registrados en el año previo al estudio. Esto podría interpretarse como evidencia de que los programas no han sufrido cambios en su modalidad de atención (por ejemplo, no han transitado de un modelo de atención individual a uno grupal; tampoco han modificado sus coeficientes de atención), sino que han reducido su escala de operación.

3.11 Institucionalidad

La institucionalidad de la cual dependen los servicios de cuidado y programas de apoyo parental tiene matices muy heterogéneos. En esta sección, sin embargo, lo que se quiere es describir algunas características básicas relacionadas con la “ubicación” de estos

Recuadro 14. El Caribe y sus avances en regulación y legislación

Los países del Caribe han hecho esfuerzos dramáticos por incrementar la cobertura y calidad de sus servicios de preescolar para niños de 3-5 años. Además, han sido innovadores en promover la participación de alianzas con el sector privado (iglesias, escuelas, sociedad civil) para la provisión del servicio (véase el Recuadro 16 sobre Trinidad y Tobago). No obstante, acaso lo más característico del Caribe son los avances en la regulación y legislación del sector, aún incipientes en muchos países de la región.

El caso de la legislación en Jamaica es el más ilustrativo*. La Comisión de Desarrollo Infantil, que depende del Ministerio de Educación, cuenta con 35 inspectores y 5 inspectores sénior quienes son responsables de supervisar a las 2.700 instituciones de educación inicial (apenas 131 de ellas públicas). En lo que se refiere a sus calificaciones profesionales, los inspectores deben contar al menos con un título en educación inicial (los sénior con dos). También hay 70 Oficiales y Supervisores de Desarrollo que monitorean los centros mensualmente a través de visitas de observación y capacitaciones para los docentes. Se monitorean los estándares de calidad en 12 dimensiones que son:

1. Plantel de empleados
2. Programas
3. Comportamiento, interacción y relación con los niños
4. Ambiente físico
5. Equipamiento y muebles
6. Salud
7. Nutrición
8. Seguridad
9. Derechos y protección de los niños y equidad
10. Interacción con padres, madres y miembros de la comunidad
11. Administración
12. Finanzas

Luego de este monitoreo, los inspectores producen un informe que comparten con el centro y publican en el sitio web de la Comisión**. En este proceso se han aprendido algunas lecciones. Primero, todavía es un reto contar con fondos suficientes para realizar el monitoreo y el programa de desarrollo (por ejemplo, para movilización, costos de capacitaciones, etc.). Segundo, el proceso de registro de los centros es difícil y existen demoras en la recepción de los documentos o certificados que deben emitir la policía y los bomberos porque ellos mismos carecen del personal suficiente y de presupuesto para visitar los centros y verificar que se cumplan las condiciones mínimas necesarias.

*<http://www.ecc.gov.jm/legislation.htm>

**<http://www.ecc.gov.jm/ecc/ECIReports/>

programas en el espectro de los sectores sociales y los niveles de gobierno.

De los 40 programas incluidos en el estudio, 15 o un 37,5% dependen directamente de una institución especializada en temas de infancia. Este tipo de instituciones (como el Instituto para la Niñez y la Familia - INFA en Ecuador o el Instituto Colombiano para el Bienestar Familiar - ICBF) pueden ser entes con autonomía o depender, a su vez, de algún ministerio (en el caso ecuatoriano, el INFA es parte del Ministerio de Inclusión Económica y Social - MIES). Otros 13 programas son parte de un ministerio (nacional o del gobierno local) distinto de la cartera de Educación.

Por su parte, 7 de los programas dependen de secretarías o ministerios de Educación (del nivel nacional o local). Los programas restantes forman parte de la alcaldía del gobierno local (3 casos) o son entidades independientes (2 casos).

Una manera de analizar la institucionalidad de los programas es mirar cuán integrados se encuentran con otros actores nacionales vinculados a temas de primera infancia. El Recuadro 15 describe con mayor profundidad dos iniciativas recientes para articular una institucionalidad que promueva la coordinación intersectorial y que se están implementando en Colombia y Nicaragua.

Recuadro 15. Modelos intersectoriales - iniciativas en Colombia y Nicaragua

Nicaragua

Nicaragua adoptó a fines de 2011 la Política Nacional de Primera Infancia (PNPI) como instrumento rector de las iniciativas sectoriales e intersectoriales dirigidas a niños menores de seis años, sus familias y comunidades. Bajo este marco, cada institución del sector social, según su mandato y experticia, es responsable de proveer recursos e implementar acciones para mejorar los indicadores del desarrollo integral de la niñez.

La PNPI estipula para su implementación que las entidades del sector se articulen en el llamado Sistema Nacional de Bienestar Social (SNBS). La Ley de Organización del Poder Ejecutivo concede al Ministerio de la Familia facultades para actuar como ente responsable de la protección de grupos vulnerables, mientras que el Ministerio de Salud se encarga de la rectoría y atención en nutrición y salud, y el Ministerio de Educación, de la oferta y rectoría a partir del primer nivel de preescolar. La importancia de este marco de políticas es que reconoce la necesidad de invertir en la protección del capital humano del país, mediante acciones intersectoriales que acompañen el ciclo de vida de las personas.

El desafío será implementar esta política teniendo en cuenta la necesidad de expandir la cobertura, focalizarse mejor en la población más vulnerable y fomentar la calidad de los servicios.

Colombia

En los últimos años Colombia ha avanzado en el desarrollo de su estrategia de primera infancia De Cero a Siempre. Esta estrategia busca que la planificación de las acciones dirigidas hacia los niños durante la primera infancia se haga en forma coordinada entre los diferentes niveles de gobierno y entre los sectores responsables de la provisión de servicios, con el fin de asegurar la atención integral para los niños.

La estrategia ha definido una ruta de atención para la primera infancia que identifica las acciones específicas que deben ocurrir en cada etapa, desde la gestación, para que los niños puedan alcanzar ciertos logros o realizaciones, delineados por la propia estrategia. La ruta de atención vincula las intervenciones que contribuyen a que las familias y comunidades puedan favorecer el desarrollo de los niños en esa etapa. Además, la estrategia define los criterios conceptuales y operativos que deben guiar la atención a la primera infancia y establece estándares de calidad.

La ejecución de la estrategia se encargó a una Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, creada con este fin e integrada por la Presidencia de la República, el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, el Ministerio de Educación Nacional, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de la Cultura, el Departamento Nacional de Planeación y el Departamento Administrativo de la Prosperidad Social. La Comisión se ubica dentro de la Alta Consejería Presidencial de Programas Especiales.

Hay un aspecto concreto relacionado a la coordinación intersectorial y que se analiza en las siguientes líneas. Aun cuando los programas no dependan directamente del sector educativo, sería de esperar que tuvieran vínculos institucionales con este sector, en particular en lo que se refiere al modelo pedagógico de sus servicios. Un dato interesante que se obtuvo de este estudio tiene que ver con el desarrollo de los currículos que utilizan los programas estudiados. 40 programas reportaron contar con un currículo. Sin embargo, 22 de estos currículos fueron desarrollados por los propios programas en forma independiente. Los 18 programas restantes reportaron utilizar currículos desarrollados

por el Ministerio de Educación para el nivel de educación inicial. Un cruce de la afiliación institucional de los programas con el tipo de currículo que emplean no refleja mayores diferencias entre aquellos programas que dependen de institutos de la niñez, de ministerios o del propio Ministerio de Educación. Es decir, falta no solo coordinación con el sector educativo (representado por los ministerios del ramo) sino coordinación en general entre los programas que atienden el desarrollo infantil.

Otra manera de analizar la institucionalidad de los programas es desde el punto de vista de cómo se

organiza su operación. Un modelo que se adopta en varios países consiste en subsidiar a terceros (organizaciones de la comunidad, gobiernos locales, fundaciones o individuos) para que sean los proveedores del servicio. Los subsidios para la operación del servicio son proporcionales al número de niños atendidos. Además del subsidio público, el financiamiento de estos centros se complementa con el cobro de una tarifa a los padres que usan el servicio. Algunos programas ofrecen un subsidio adicional al proveedor para la adecuación de las instalaciones donde va a operar el centro o para su equipamiento. Bajo esta modalidad funcionan varios de los programas visitados, por ejemplo los *Hogares Comunitarios de Bienestar* en Colombia, los *Centros Infantiles del Buen Vivir* en Ecuador, los prescolares de Jamaica y las *Estancias Infantiles* de México. Con esta estructura operativa, el programa tiene una función de rectoría y de supervisión del cumplimiento de los estándares de calidad a los que deben ceñirse sus proveedores. En la práctica, varía notablemente la capacidad de los programas de monitorear el cumplimiento de estos estándares y de asegurar que los niños reciban servicios de calidad alta y homogénea en los diferentes establecimientos que subsidian.

3.12 Costos

Una de las partes de la entrevista más difíciles de completar durante las visitas a los programas –y que demandó muchos

esfuerzos de seguimiento– fue la de recoger información financiera sobre los ingresos y gastos, los salarios que pagan a sus empleados y las tarifas que cobran a las familias que usan sus servicios. A partir de esta información se estimó el costo anual por niño. La estimación se realizó utilizando el ingreso que recibe cada programa, y en los casos sin esta información, se utilizó el gasto anual. A pesar de las dificultades, se logró recopilar información sobre los costos para 28 de los 34 servicios de cuidado y para 4 de los 6 programas de apoyo parental. Se tomó como año de referencia el anterior a la entrevista, es decir 2010. Aunque se intentó indagar sobre años previos con el fin de entender la evolución de estas variables en el tiempo, el esfuerzo por completar las series resultó infructuoso. Para poder comparar la información financiera entre programas y países, se convirtieron todos los valores monetarios a dólares estadounidenses. Debido a la variabilidad de la tasa de cambio en algunos de los países de la región, se utilizó la tasa de cambio promedio de diciembre de 2010 para la conversión de todas las monedas y para todos los años de los que se tuvo información financiera. Aun así, la comparación de información de costos entre los diferentes servicios es compleja. Artículos recientes de Levin y Schwartz (2012) y de Myers *et al.* (2012) abordan algunas de las dificultades metodológicas en la medición de estos costos.

La Tabla 26 y la Tabla 27 resumen la principal información financiera de

Recuadro 16. Modelos de asociación con la sociedad civil - el caso de Trinidad y Tobago y SERVOL

Los Centros de Educación Temprana (ECCE por sus siglas en inglés) de Trinidad y Tobago dependen del Ministerio de Educación. Hoy en día hay 107 centros públicos y 72 en asociación con SERVOL (Service Volunteered for ALL). En 1974, SERVOL, una organización de voluntariado sin fines de lucro, se transformó en un agente proveedor del Ministerio de Educación con 50 centros a su cargo, asumiendo la responsabilidad completa de estos centros hasta 2005.

Desde 1987 el Gobierno de Trinidad y Tobago, a través del Ministerio de Educación, ha dado a SERVOL una subvención para pagar los sueldos de los maestros e instructores de los ECCE. Si bien los fondos públicos cubren los salarios, la innovación es que SERVOL tiene que encontrar, desde su involucramiento, los fondos cada año para la infraestructura, el mantenimiento y el pago de servicios públicos e impuestos. En 2005 el Ministerio asumió nuevamente la responsabilidad de operar los centros, pero con la financiación todavía canalizada a través de SERVOL como operador.

Esta estructura ha funcionado muy bien en la práctica. Probablemente lo que este detrás del éxito de esta asociación es el monitoreo constante de los estándares de calidad de los servicios, con un proceso similar al de Jamaica (véase el Recuadro 14).

los programas que brindan servicios de cuidado y apoyo parental, respectivamente. En promedio, el costo anual por niño que cubren los servicios de cuidado es de US\$1.239,9. Ahora bien, esta variable fluctúa dentro de un rango bastante amplio. De hecho, el programa más costoso reporta valores de US\$3.264 por año por niño. El más barato apenas destina un financiamiento de US\$26 por año por niño. Es importante aclarar que esta variable no incluye los costos de operación del programa que se cubren con las tarifas que pagan los padres. Al menos en 26,5% de los servicios de cuidado visitados, se espera que los operadores complementen el financiamiento que reciben del erario público con contribuciones de los padres. Hay otros programas que, aunque su reglamento prohíbe el cobro de estas tarifas, reconocen que en la práctica esto ocurre con mucha frecuencia en sus centros. Es el caso, por ejemplo, de los *Centros Infantiles del Buen Vivir* en Ecuador.

Aunque se intentó caracterizar la evolución reciente en términos de los costos de funcionamiento de este tipo de programas, apenas fue posible recoger información para 14 de los 28 servicios de cuidado que proporcionaron datos sobre sus costos. En ellos, los recursos destinados a cubrir los costos por niño se incrementaron en 8,6% en el año previo al estudio, es decir, entre 2009 y 2010. En una tabla anterior se reportó que para ese mismo periodo, la cobertura de los servicios de cuidado se expandió en 3,2%, lo cual quiere decir que, en promedio, los recursos públicos destinados al financiamiento de los centros crecieron más que el número de niños al que atienden.

Respecto de la información sobre los salarios del personal de los servicios de

cuidado, la primera observación es que únicamente en 82,4% de los programas visitados, el personal que trabaja en ellos tiene una relación laboral con el programa (o con el establecimiento en el cual labora). Por lo tanto, en el 27,6% de los programas el personal que se encarga de la atención de los niños lo hace bajo una modalidad de trabajo voluntario por el cual puede o no recibir algún tipo de estipendio modesto, pero sin una relación de empleo con el establecimiento en el cual trabaja ni con el programa al cual éste pertenece. En promedio, los programas que brindan servicios de cuidado y contratan a maestros titulados pagan a este personal un salario de US\$578,8 mensuales. El salario de los maestros asistentes es alrededor de un 84% de este valor, mientras que el de los cuidadores es un 77%. Los salarios de los maestros fluctúan entre US\$70 y US\$1.421 por mes, los de los maestros asistentes entre US\$54 y US\$1.065 y los de los cuidadores, entre US\$10 y US\$989 mensuales. La evidencia internacional sugiere que los salarios del personal de servicios de cuidado predicen mejor que cualquier otra variable a nivel de centro la calidad de estos servicios (Kagan 2010), poniendo de manifiesto su heterogeneidad en la región. Más adelante en esta sección se explora este tema con mayor profundidad.

La información sobre los costos de los programas de apoyo parental es escasa. Apenas 3 de los 6 programas entrevistados proporcionaron estos datos. El costo promedio anual por niño es de US\$247,2 y fluctúa entre los US\$13 y US\$599. Ninguno de los 6 programas cobra una tarifa a los padres que participan del servicio, lo que quiere decir que estos valores

Tabla 26. Costo anual por niño y salarios del personal para servicios de cuidado

| Variable | Obs. | Media | Des. Est. |
|---|------|---------|-----------|
| Costo anual por niño en 2010 (dólares) | 28 | 1.239,9 | 1.044,0 |
| Crecimiento del costo por niño en el último año | 14 | 8,6% | 0,44 |
| Padres pagan por los servicios | 34 | 26,5% | 0,45 |
| Personal que tiene relación laboral con el programa | 34 | 82,4% | 0,39 |
| Salario promedio de maestros (dólares) | 32 | 578,8 | 380,6 |
| Salario promedio de maestros asistentes (dólares) | 21 | 486,7 | 331,5 |
| Salario promedio de cuidadores (dólares) | 16 | 446,5 | 277,5 |

Obs. = Número de observaciones.
 Des. Est. = Desviación estándar.
 Fuente y elaboración: los autores.

representan los costos monetarios totales de la operación de los programas. En lo que se refiere a la trayectoria de crecimiento de los costos, en promedio estos disminuyeron un 6,3%. Esta cifra concuerda con la reportada antes de un decrecimiento cercano al 16% en la cobertura de los programas de apoyo parental en ese mismo lapso. Vale la pena notar que hay que interpretar estos datos con cautela pues apenas 3 programas suministraron información sobre el cambio de los costos en el último año.

Finalmente, los datos referentes a los salarios del personal de programas de apoyo parental sugieren que apenas un 16,7% tienen una relación laboral con la gente encargada de atender a las familias y que, más bien, la regla en esta modalidad de atención es trabajar mediante esquemas de voluntariado. Aun así, en aquellos programas en que se contrata a maestros, los salarios que se pagan son, en promedio, menores que los de todos los perfiles de personal que labora en los servicios de cuidado: US\$241,9 al mes (42% del salario que gana un maestro en un servicio de cuidado). Los maestros asistentes en los programas de apoyo parental perciben un salario correspondiente al 16% del de un maestro. Es probable que estas discrepancias tan grandes en los salarios tengan que ver con el hecho que los programas de apoyo parental, a diferencia de los de servicios de cuidado, no ofrecen atención en horarios de jornada completa. También pueden estar relacionadas con la mayor frecuencia de los programas de apoyo parental en ámbitos rurales, donde probablemente los niveles salariales son menores.

En esta última parte de la sección que explora los costos de los programas, se quiere comparar el modo en que estos se relacionan con otras variables que predicen la calidad de los servicios brindados. Por la mayor disponibilidad de información, este análisis se centra exclusivamente en los servicios de cuidado.

La Figura 5 ilustra la relación entre los costos de operación de los programas y las intervenciones que conforman su modelo de atención o el número de servicios que ofrecen (este tema se analizó en mayor profundidad en la sección 3.6). Como es de esperar, hay una relación directamente proporcional entre las dos variables: los programas que ofrecen un mayor número de servicios o aquellos que procuran brindar atención integral son más costosos.

La Figura 6, por su parte, describe la asociación entre los costos unitarios y el tamaño de la cobertura del programa (en logaritmos). Aquí la relación entre las dos variables es inversa. A medida que aumenta la cobertura, se reduce el costo unitario de atención. Este esquema es consistente con la presencia de ciertas economías de escala en la operación de los servicios.

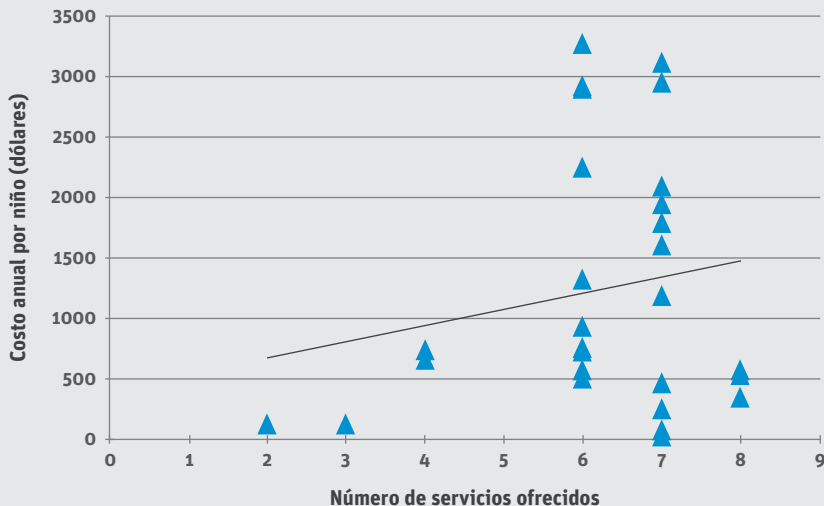
En la Figura 7 se explora la correlación entre el costo unitario de los servicios de cuidado y el requisito educativo mínimo que se demanda del perfil de personal más preparado en cada programa (medido en años de educación). Como es de esperar, aquellos programas que tienen estándares más altos y requieren que su personal haya completado mayores niveles de educación son más costosos pues deben ofrecer remuneraciones atractivas para

Tabla 27. Costo anual por niño y salarios del personal para programas de apoyo parental

| Variable | Obs. | Media | Des. Est. |
|---|------|--------|-----------|
| Costo anual por niño en 2010 (dólares) | 4 | 247,2 | 265,2 |
| Crecimiento del costo por niño en el último año | 3 | -6,30% | 0,38 |
| Padres que pagan por los servicios | 6 | 0,0% | N/A |
| Personal que tiene relación laboral con el programa | 6 | 16,7% | 0,41 |
| Salario promedio de maestros (dólares) | 3 | 241,9 | 154,4 |
| Salario promedio de maestros asistentes (dólares) | 2 | 39,1 | 8,8 |

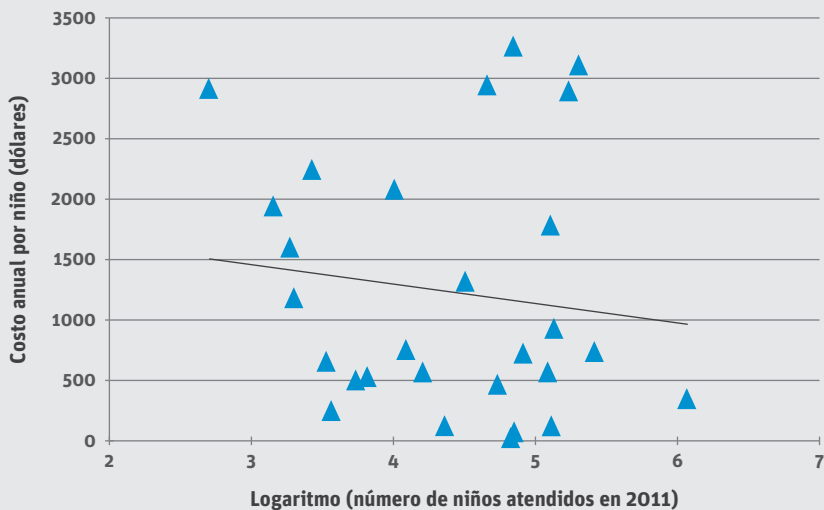
Obs. = Número de observaciones.
Des. Est. = Desviación estándar.
Fuente y elaboración: los autores.

Figura 5. Costos y componentes de los servicios de cuidado



Fuente y elaboración: los autores.

Figura 6. Costos y cobertura de los servicios de cuidado



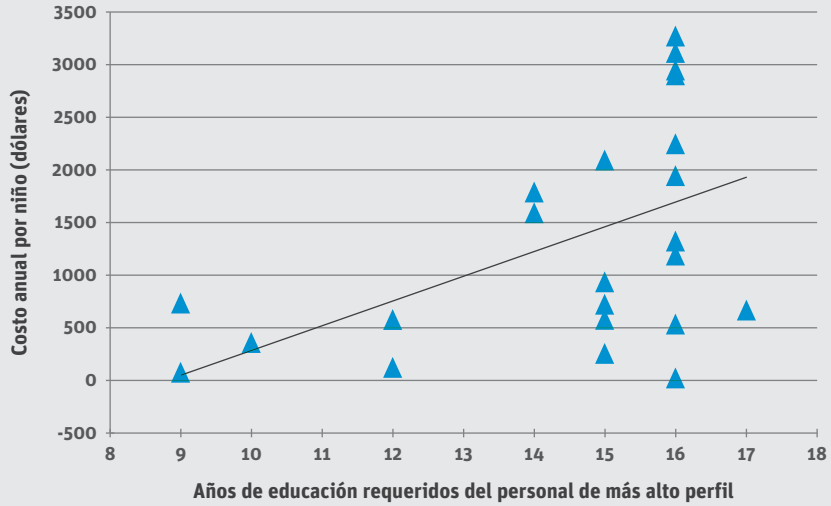
Fuente y elaboración: los autores.

atraer a personal de este perfil a sus establecimientos.

Las Figuras 8, 9, 10 y 11 describen la asociación entre los costos de los servicios de cuidado y el coeficiente de atención que estos mantienen (o el número máximo de niños por adulto que se permite para cada grupo de edad). Estos coeficientes se describen en forma separada según el grupo de edad (en cuatro intervalos: 0-12 meses, 13-24 meses, 25-48 meses y 49-60 meses). Los

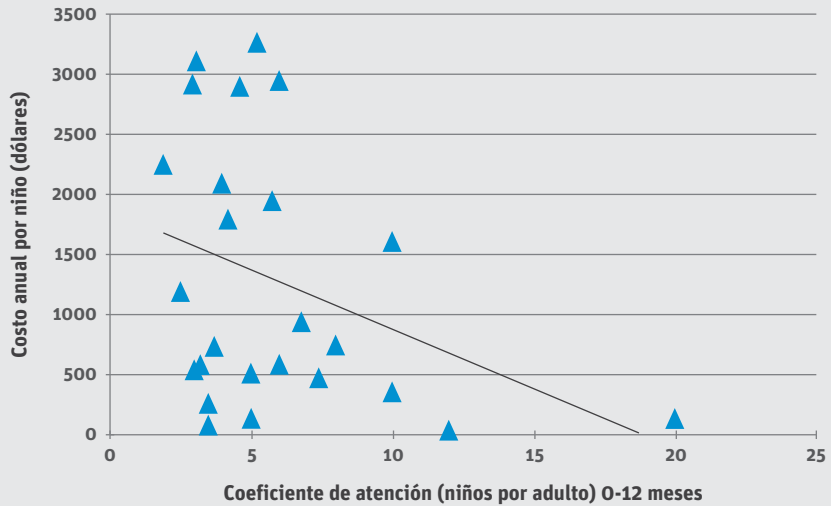
coeficientes de atención son variables estructurales estrechamente asociadas a la calidad de la atención que reciben los niños. Esto no debería sorprender dado que en contextos en los cuales un adulto se encuentra a cargo de grupos grandes de niños pequeños, es difícil que brinde un cuidado sensible, individualizado y con interacciones de calidad a cada uno de ellos. De ahí que los costos de los servicios de cuidado están negativamente relacionados con los coeficientes de atención: a menores

Figura 7. Costos y requisito mínimo de nivel educativo para el personal



Fuente y elaboración: los autores.

Figura 8. Costos y coeficientes de atención (0-12 meses)



Fuente y elaboración: los autores.

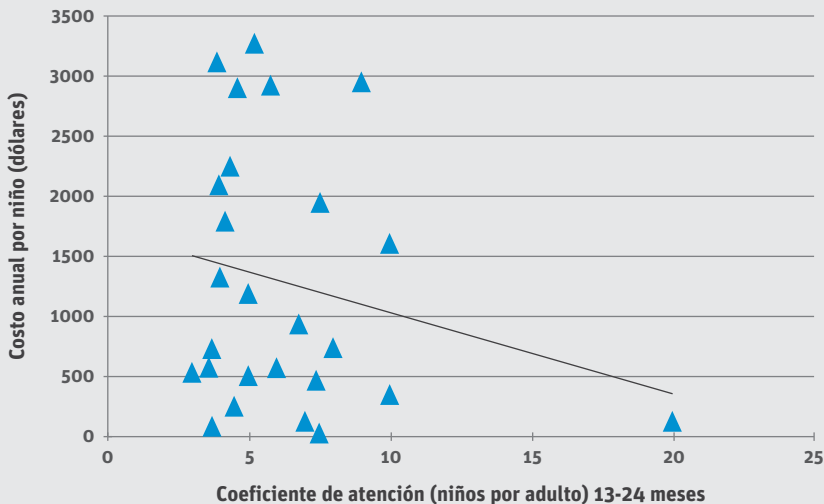
coeficientes, mayores costos. Es decir, garantizar servicios de cuidado de calidad durante la primera infancia pasa por reconocer que estos requieren mantener coeficientes de atención bajos y esto, inevitablemente, es costoso. La excepción la ilustra la Figura 10, donde los costos no muestran una tendencia clara y donde dos observaciones (correspondientes a los programas uruguayos *Programa de Primera Infancia* y *Programa Nuestros Niños* de la ciudad de Montevideo, ambos

con un costo por niño alto) hacen que presente una pendiente positiva pero menos pronunciada que la del resto de las figuras de esta sección.

3.13 Resultados de la observación de la operación de los servicios de cuidado

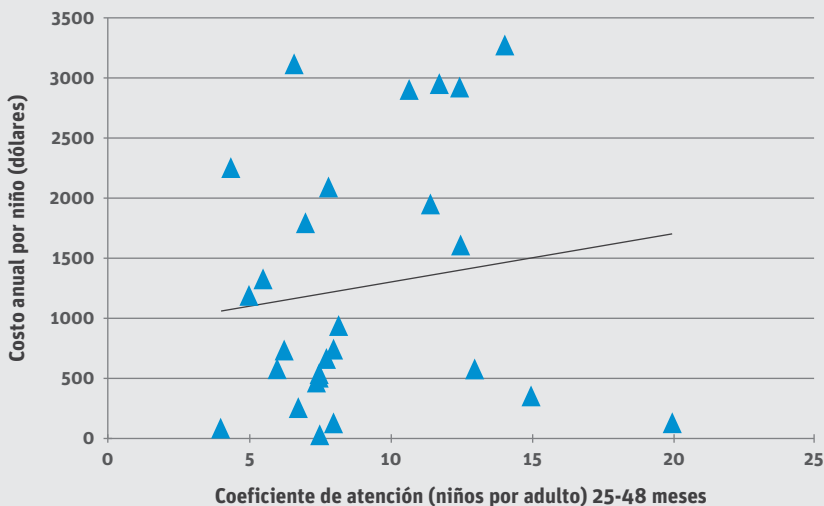
Como se describió al inicio en la sección 2.3., las entrevistas a los directivos de los

Figura 9. Costos y coeficientes de atención (13-24 meses)



Fuente y elaboración: los autores.

Figura 10. Costos y coeficientes de atención (25-48 meses)

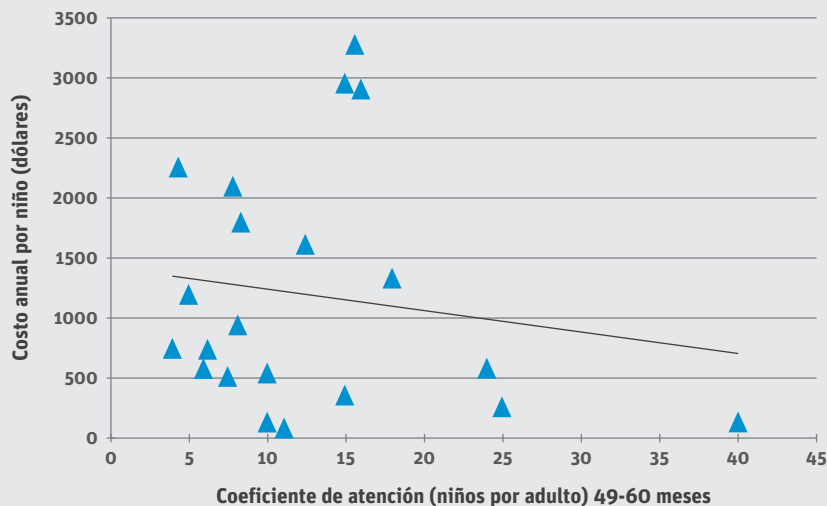


Fuente y elaboración: los autores.

programas fueron complementadas con la visita a unos pocos establecimientos donde se brindan los servicios que aquellos ofrecen. Esas visitas (de 1 a 3 establecimientos por programa) fueron concertadas con anticipación y organizadas por los propios funcionarios entrevistados. De ahí que en la selección de los lugares que se visitaron, probablemente haya un sesgo para compartir con los autores – visitantes externos– aquellas experiencias que se destacan por sus resultados positivos. Las visitas duraban un par

de horas y en el transcurso se buscaba observar aspectos muy específicos de la operación de los centros. Todas las observaciones se codificaban en un formulario diseñado específicamente para el efecto¹⁶. Se reconocen, con modestia, todas las limitaciones que puede presentar un ejercicio de esta naturaleza. Aun así, parece importante reportar los principales elementos que llamaron la atención al sistematizar los datos de esas observaciones. Posiblemente el argumento más importante de esta sección

Figura 11. Costos y coeficientes de atención (49-60 meses)



Fuente y elaboración: los autores.

es documentar que todavía hay mucho trabajo por delante para asegurar que los estándares de calidad estipulados por los programas y sus directivos se traduzcan en las prácticas cotidianas de los operadores de los servicios. Esta sección se enfoca en los programas que brindan servicios de cuidado dado que, por su localización en zonas urbanas o urbano-marginales, fue factible realizar un mayor número de observaciones. En total, fue posible observar 58 establecimientos de programas que brindan servicios de cuidado y apenas 6 de programas que ofrecen apoyo parental. Las dimensiones observadas en los servicios de cuidado son las siguientes: características generales, estado de la infraestructura y del entorno del centro, baños y cocinas, material y equipamiento e interacciones entre niños y adultos.

Características generales

En los 58 centros que se visitaron, se encontró que había, en promedio casi 130 niños por centro. Esta cifra es mayor que el tamaño promedio reportado por los directivos de los propios programas. Podría ser que, por temas de accesibilidad, los pocos centros que se visitaron eran de los más grandes en términos de número de niños por estar en zonas urbanas de alta densidad poblacional. Sin embargo, en esos 58

establecimientos se identificaron, en promedio, 5 maestros y 8 maestros asistentes o cuidadores, es decir más niños y menos adultos de los reportados por los directivos de los programas durante las entrevistas. En términos globales, esto supone un coeficiente de atención de 10 niños por adulto y podría sugerir la dificultad que enfrentan los programas por mantener los coeficientes de atención que dictan sus estándares.

En los centros visitados se encontró que había, en promedio, 5 salitas en las cuales los niños estaban organizados según su edad. Al conversar con el personal de los establecimientos se identificó que en un 55% de los casos los padres pagan una tarifa por los servicios que reciben. La variabilidad en el monto de esa tarifa es alta, aunque promedian los US\$19 mensuales. Vale la pena señalar que en las entrevistas a los directivos apenas un 26,5% reportó que se exigía a las familias el pago de una tarifa mensual para recibir sus servicios. En lo que se refiere al horario de atención de los servicios de cuidado, los programas visitados reportaron que en promedio operan 5 días a la semana y 9 horas al día. La mayoría trabaja 5 días a la semana y unos pocos también 6. Sin embargo, en el horario diario se observa mayor heterogeneidad ya que los centros operan entre 4 y 15

¹⁶ Disponible en <http://www.iadb.org/es/temas/proteccion-social/publicacionesdit,7329.html>

horas por día. Este último es el caso del *Programa Nacional Abrazo*, que comienza a las 7 de la mañana y permanece abierto hasta las 10 de la noche.

Infraestructura y entorno

En lo concerniente a las condiciones del entorno del centro, se identificaron los siguientes elementos. Primero, en términos de acceso un 83% de los 58 establecimientos visitados cuenta con una calle que llega directamente hasta el lugar donde se encuentra ubicado y, en promedio, está apenas a una cuadra de donde las familias pueden acceder al transporte público. Apenas un 10% de los establecimientos están en lugares con exceso de ruido. Respecto de las condiciones de higiene y aseo, en 17% de los establecimientos visitados había animales alrededor del centro, en 9% desperdicios y basura y en 10% aguas en reposo.

En lo que se refiere a los espacios exteriores, la gran mayoría de los establecimientos visitados (88%) contaba con un lugar para realizar actividades al aire libre y 72% había instalado en él algún tipo de juego infantil. Por otro lado, al observar los espacios interiores se verificó que apenas dos terceras partes de los establecimientos tenían salones con ventilación adecuada, de los cuales 88% contaban con luz natural. Algo más del 90% de los salones parecían tener espacio suficiente. Cabe señalar que apenas un 72% de los centros visitados reportó cumplir las regulaciones de seguridad contra incendios que establece el programa al cual pertenecen.

Baños y cocina

Al examinar el estado de los baños que usan los niños y de las cocinas donde se preparan los alimentos que consumen, se comprobó que el 91% de los establecimientos visitados contaba con servicio de agua y prácticamente en todos los casos estaban conectados a la red de agua potable de la ciudad. No obstante, pese a contar con la instalación para ese servicio, su calidad deja mucho que desear pues un 30% de los centros experimentan cortes de agua constantes.

En un 87% de los establecimientos visitados se observó a los niños lavarse

las manos, si bien apenas en 63% de los centros los lavamanos eran adecuados para su tamaño y en cerca de 15% no había suficientes para el número de niños que se atendía. Se comprobó que casi 90% de los establecimientos visitados cuentan con productos desinfectantes para el aseo del baño. Además, en la totalidad de los servicios higiénicos se comprobó que había papel higiénico. No obstante, en una cuarta parte de los centros visitados el tamaño de los inodoros no es proporcional al de los niños y un 20% reconoce que no son suficientes para el número de niños a quienes se brinda el servicio.

En cuanto al aseo de los baños, se comprobó que un 90% se encontraba en buenas condiciones. Solo 7% de los centros reportaron tener problemas con tuberías que se encuentran dañadas. Además, las dos terceras partes tenían tarros de basura con tapa. También se observó en cerca de 84% de los establecimientos visitados la presencia de espacios exclusivos para el cambio de pañal de los niños más pequeños. Sin embargo, el uso de guantes de látex durante el cambio de pañal no es una práctica común pues apenas se la realiza en un 15% de los centros observados.

De los 58 centros visitados, un 91% tenía un área de cocina. De ellos, 96% tenía un refrigerador. Sin embargo, apenas 49% contaba con un escape de humo dentro del cuarto que cumple las funciones de cocina. No obstante, en 94% de los establecimientos se verificó que la cocina es un área de acceso restringido para los niños por razones de seguridad.

Material y equipamiento

En este tema se observaron distintos elementos relacionados con la disponibilidad de material y la organización de los salones donde los niños pasan la mayor parte del día. Un punto positivo es que apenas en un número muy pequeño de establecimientos (3,5%) los salones se encuentran organizados como clases. Por el contrario, la gran mayoría (98%) cuenta con muebles adecuados para el tamaño de los niños y con juguetes que estimulan el desarrollo motriz (88%) y los juegos de rol (75%).

Uno de cada dos salones está decorado con obras hechas por los propios niños, aunque en una tercera parte de los salones la decoración no se encuentra visible a la altura de los niños sino a la de los adultos. En un 95% de los centros visitados se observó la presencia de libros infantiles en los salones y en un 93% había material para pintar. Un 26% de los centros reportó tener acceso a computadoras. Además, en 23% de los centros los salones estaban decorados con plantas y un 11% incluso contaban con una mascota, cuyo cuidado era parte de las actividades y el aprendizaje de los niños. En casi la totalidad de los establecimientos visitados (95%) se verificó el uso del material disponible para el aprendizaje y el juego.

Interacciones entre niños y adultos

Por último, durante la visita a los centros se prestó atención al tipo de interacciones que ocurrían entre los niños y los adultos en el lugar. En un 90% de los establecimientos visitados se verificó que se llevaban a cabo actividades grupales y en un 73% había actividades individuales. En un 79% de los centros se presenciaba la manera en que los maestros o cuidadores de los niños promovían su participación en las actividades que se estaban llevando a cabo. Se comprobó asimismo que los niños hacían preguntas o comentarios relacionados con las tareas del día. De igual manera, parte del protocolo de observación requería que se prestara atención al modo en que los maestros o cuidadores reaccionaban ante determinados comportamientos (positivos o negativos) de alguno de los niños a su cargo. En 73% de los casos se pudo presenciar que el maestro o cuidador aprovechaba el buen comportamiento de un niño para promover este tipo de conducta. Sin embargo, en 31% de los centros visitados se pudo observar situaciones en las cuales, ante un comportamiento negativo del niño, el adulto a su cargo reaccionaba con reproches, indiferencia y hasta negligencia.

3.14 Conclusiones del análisis comparativo

Los apartados de este capítulo presentan evidencia descriptiva muy abundante

sobre los principales programas que brindan servicios de cuidado y de apoyo parental en 19 países de América Latina y el Caribe. Esta sección resume brevemente algunos de los elementos que destacan de ese análisis comparativo.

La región exhibe una enorme heterogeneidad en términos de sus programas de desarrollo infantil. Esta se manifiesta en múltiples dimensiones. En lo que se refiere a su cobertura, coexisten programas a escala con muchas iniciativas pequeñas. En cuanto a la modalidad de atención, hay una oferta de naturaleza comunitaria y otra institucional. Incluso dentro de un mismo tipo de servicio, como es el caso de los servicios de cuidado, varía el paquete de prestaciones o componentes que los programas ofrecen a sus beneficiarios. Existe enorme variación en los presupuestos de los cuales disponen estos programas y, directamente relacionados con el tema del financiamiento, en los parámetros de calidad que se pueden alcanzar. En este sentido, por ejemplo, destacan las diferencias en lo que se refiere al perfil educativo y la compensación del personal que se encarga de la atención de los niños entre los programas estudiados. La modalidad de atención más común en las zonas urbanas es la provisión de servicios de cuidado, que puede darse a través de modalidades institucionales o comunitarias. En varios países se observa un tránsito desde la modalidad comunitaria hacia la modalidad institucional. Este proceso es parte de esfuerzos importantes por elevar la calidad de la atención que se brinda a los niños. Los servicios de cuidado constituyen, además, la modalidad con mayor cobertura en la región.

Por su parte, en las zonas rurales la modalidad de atención que predomina son los programas de apoyo parental que trabajan con las familias, sea de manera individual o en grupos. La operación de esta modalidad enfrenta sus propios desafíos. Su posibilidad de ser efectiva depende de la calidad de la interacción que se logre desarrollar entre las familias y el personal del programa que provee los servicios. Esto supone invertir esfuerzos importantes para capacitar y supervisar al personal, así como para desarrollar los contenidos del programa, asegurando que sean pertinentes culturalmente. Dada la

dispersión de las familias en las zonas rurales, esta modalidad puede requerir de esfuerzos logísticos importantes y costosos (para el programa y para las propias familias si es que necesitan desplazarse para participar en él).

La demanda (y la oferta) de servicios de cuidado (mayoritariamente urbanos) han crecido en años recientes, mientras que los programas que brindan servicios de apoyo parental (mayoritariamente rurales) han visto decrecer su cobertura. La evidencia internacional documenta que los retornos de la inversión en desarrollo infantil son mayores cuando los esfuerzos se focalizan en los grupos más vulnerables. La experiencia en la región pone de manifiesto que se ha enfocado la mayor cantidad de recursos y esfuerzos hacia las poblaciones marginales de las zonas urbanas, probablemente porque allí se concentra la mayor cantidad de mujeres que trabajan. Persiste el desafío de extender los programas hacia las zonas rurales, que es donde se concentran las tasas más altas de pobreza extrema.

Los programas de desarrollo infantil procuran tener un enfoque integral. Sin embargo, se puede trabajar más para profundizarlo. Esto supone reconocer la importancia de que los programas atiendan necesidades en el ámbito de la educación, de la salud y de la nutrición. Es indispensable que los programas de desarrollo infantil cuenten con un modelo pedagógico y con un personal debidamente capacitado para implementarlo.

Los programas de desarrollo infantil pueden ser uno de los primeros puntos de contacto de las familias que tienen niños pequeños con el Estado. Esta vinculación debe aprovecharse para garantizar que los niños que acceden a estos programas y sus familias puedan ser referidos a otra oferta pública a la cual tienen derecho. La sostenibilidad financiera y política de una estrategia de provisión de servicios integrales de desarrollo infantil pasa por aprovechar las posibilidades de vinculación y coordinación con otros sectores y actores. Dado el enorme desafío en temas nutricionales que persiste en la región, es necesario hacer mayores esfuerzos por asegurar un apoyo nutricional oportuno y adecuado para los niños que participan

en los servicios de desarrollo infantil. Esto supone revisar no solo las pautas de alimentación, sino también la posibilidad de que a través de los programas se monitoree el crecimiento adecuado de los niños y se distribuyan suplementos nutricionales. Supone también educar al personal de los programas y a las familias sobre la importancia del momento de la comida como uno en el cual es posible desarrollar interacciones cálidas y sensibles entre adultos y niños.

En la región existe una larga ruta por recorrer en la definición, el monitoreo y el cumplimiento de estándares de calidad por parte de los proveedores que se encargan de la operación de los centros que ofrecen servicios de desarrollo infantil. Estos procesos son fundamentales, tanto en los casos en que la provisión de servicios financiados con fondos públicos depende de terceros como en aquellos en los cuales el encargado es el propio programa. Además, la mayoría de países no cuenta con una institucionalidad rectora que pueda monitorear la calidad de la oferta que depende del sector privado. El tema de la rectoría adquiere una importancia particular dado que en varios países los incrementos recientes en cobertura de los servicios de cuidado han sido posibles justamente mediante la tercerización de la provisión de estos servicios.

El recurso humano que se encarga del cuidado y atención de los niños en los programas de primera infancia de la región es en general escaso, mal remunerado y cuenta con poca preparación. Urge invertir para asegurar remuneraciones atractivas y sistemas de capacitación permanente que permitan incorporar y retener a un recurso humano calificado en este sector.

Garantizar servicios de cuidado de calidad durante la primera infancia requiere de coeficientes de atención bajos y esto, inevitablemente, es costoso. Los programas que ofrecen un mayor número de servicios o aquellos que procuran brindar atención integral, cuestan más. Existe una variabilidad muy grande en el costo anual promedio por niño de los distintos programas de la región. En promedio, éste se ubica en US\$1.239,9 para los servicios de cuidado y US\$247,2 para los programas de apoyo parental.

Sin un compromiso presupuestario importante, no se puede pensar en una mejora efectiva de la calidad de estos servicios en la región.

Proveer servicios de desarrollo infantil de calidad no da réditos políticos ni votos en el corto plazo. Sin embargo, se trata de una inversión de alto retorno. Por lo tanto, la voluntad política es indispensable para pensar en reformas que garanticen el acceso a servicios de calidad para los niños de América Latina y el Caribe.

4



4. Experiencias de países y programas individuales

El Capítulo 4 consiste en una descripción, país por país, de los servicios de desarrollo infantil analizados como parte de este estudio. La información se ha organizado de manera homogénea para facilitar la descripción de los datos y la comparación entre programas y países. Se elaboraron cuatro tablas para cada país, con el fin de distinguir las principales características de los programas e intentando mantener consistencia con los temas y definiciones abordados en el análisis comparativo presentado en el Capítulo 3.

1- La primera tabla es una descripción general de los programas, con el tamaño de su cobertura, grupo etario al que atienden, número de empleados, número de centros, horario, ámbito geográfico en el cual operan, descripción de la población objetivo y del método de focalización.

2- La segunda tabla contiene la información financiera de 2010 para los programas que la tenían disponible. La tabla muestra los ingresos y gastos del programa, junto con las principales categorías de gasto. En muchos casos los programas tienen el gasto definido según otros rubros, lo que dificulta hacer una categorización homogénea. Adicionalmente, algunos programas no tienen información exacta del gasto desagregado debido a que funcionan a través de licitaciones y concesiones a terceros que deciden estas asignaciones independientemente. A pesar de estas limitaciones, con los datos disponibles la tabla reporta el costo anual por niño en 2010 y una descripción de la política de los centros respecto de los copagos de los padres (no incluidos en los ingresos totales de ningún programa)¹⁷.

3- La tercera tabla describe el modo en que los centros proveen los principales

servicios de cuidado, nutrición, seguimiento del desarrollo y trabajo con los padres.

4- La última tabla resume el tema de estándares y regulaciones en los programas, junto con información sobre perfiles del personal, coeficientes de atención y salarios.

Una intención adicional de esta sección es describir las peculiaridades que definen a algunos de los programas de la región y destacar aquellos aspectos que no se reflejan en los datos sistematizados.

Antes de entrar al análisis país por país, en la Tabla 28 se muestra el conjunto de variables estructurales que, de acuerdo a la literatura especializada, son las que mejor representan la calidad de un servicio de cuidado. A saber, el número de años de educación de las maestras, maestras asistentes y cuidadoras; sus salarios (expresados en dólares mensuales de 2010); y la cantidad de niños a cargo de cada maestra/cuidadora (o el coeficiente de atención). En líneas generales, se observa una correlación positiva entre años de educación y salarios, y una correlación negativa entre los coeficientes de atención y los salarios (con la excepción de los maestros asistentes).

Asimismo, se confirman las tendencias de la sección anterior en cuanto a que países como los del Cono Sur, Costa Rica y México cuentan con programas cuyos maestros/cuidadores tienen más años de educación, reciben mayores salarios y operan con menores coeficientes de atención. Para los maestros en particular, la remuneración más alta es la del programa de la *Fundación Integra* en Chile, con US\$1.420,8, y la más baja la del PEI-CONAFE de México, *PAN-Manitos* de Bolivia, CEDIF en Perú y PAININ de Nicaragua, con menos de US\$100 mensuales.

¹⁷ Para los países en los cuales no se contó con suficiente información a fin de completar esta segunda tabla, se añadió en la primera tabla de datos generales la escasa información financiera disponible.

Entre los servicios de cuidado, los coeficientes de atención están en el orden de menos de 6 niños por cuidadora en el grupo etario de 0 a 2 años en programas de cuidado del Cono Sur (excepto el de

Jardines de Villa Paranacito), Costa Rica, República Dominicana (*Estancias Infantiles y Programa de Primera Infancia*), Colombia (*Un buen comienzo*), El Salvador, México (IMSS), Nicaragua y Paraguay.

Tabla 28. Variables estructurales asociadas a la calidad, por programa.

| País | Programa | Maestros | | Maestros Asistentes | | Cuidadores | | Coeficiente de atención | | | | Costo per cápita anual (US\$) |
|--|---|-------------------|----------------|---------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------------|-------|-------|-------|-------------------------------|
| | | Años de educación | Salario (US\$) | Años de educación | Salario (US\$) | Años de educación | Salario (US\$) | 0 a 1 | 1 a 2 | 2 a 4 | 4 a 6 | |
| Sección A: Servicios de cuidado | | | | | | | | | | | | |
| Argentina | Centros de Protección Infantil | 16,0 | 754,8 | 13,0 | 654,2 | N/D | N/D | 2,5 | 5,0 | 5,0 | 5,0 | 1.184,8 |
| Argentina | Jardines de Infantes Ciudad de Buenos Aires | 16,0 | 1.068,4 | 12,0 | 1.006,5 | N/D | N/D | 6,0 | 6,5 | 11,8 | 15,0 | 2.946,4 |
| Argentina | Jardines Infantiles de Villa Paranacito | 16,0 | 629,0 | 16,0 | 629,0 | N/D | N/D | 6,0 | 9,0 | 23,5 | 30,0 | N/D |
| Bolivia | Desnutrición Cero | N/D | 959,9 | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | 1.179,0 |
| Bolivia | Pan-Manitos | N/D | 107,0 | N/D | N/D | N/D | N/D | 6,0 | 5,0 | 15,0 | 20,0 | N/D |
| Brasil | Atención en Educación Infantil Fortaleza | 16,0 | 885,3 | N/D | N/D | 12,0 | 368,9 | N/D | 4,0 | 5,5 | 18,0 | 1.317,7 |
| Brasil | Espacio de Desarrollo Infantil - Río de Janeiro | 14,0 | 826,2 | N/D | N/D | 13,0 | 469,8 | 4,2 | 4,2 | 7,0 | 8,3 | 1.783,5 |
| Brasil | Proyecto de Primera Infancia de Sobral | 13,0 | 826,2 | N/D | N/D | 13,0 | 826,2 | 2,5 | 3,8 | 8,8 | 10,0 | N/D |
| Chile | Fundación Integra | 16,0 | 1.420,8 | 16,0 | 1.064,6 | 14,0 | 688,8 | 5,2 | 5,2 | 14,1 | 15,6 | 3.263,8 |
| Chile | JUNJI | 16,0 | 865,1 | 13,0 | 622,4 | N/D | N/D | 4,6 | 4,6 | 10,7 | 16,0 | 2.895,0 |
| Colombia | Buen Comienzo | 15,0 | 652,6 | N/D | N/D | N/D | 261,0 | 3,7 | 3,7 | 6,2 | 6,2 | 725,0 |
| Colombia | Hogares Comunitarios de Bienestar | N/D | N/D | N/D | N/D | 10,0 | 146,2 | 10,0 | 10,0 | 15,0 | 15,0 | 353,7 |
| Colombia | Secretaría de Integración Social | 14,0 | 759,1 | 12,0 | 621,3 | N/D | N/D | 8,3 | 8,3 | 13,0 | 16,7 | N/D |
| Costa Rica | CEN-CINAI | 15,0 | 618,0 | 13,0 | N/D | N/D | N/D | 3,2 | 3,6 | 13,0 | 24,0 | 574,8 |
| Ecuador | CIBV | 15,0 | 220,0 | 7,0 | 200,0 | N/D | N/D | 6,8 | 6,8 | 8,2 | 8,2 | 935,5 |
| El Salvador | Modelo de Atención Integral | N/D | 402,0 | N/D | 68,6 | N/D | N/D | 5,0 | 5,0 | 7,5 | 7,5 | 504,1 |
| Guatemala | Hogares Comunitarios | 12,0 | 275,8 | 6,0 | 175,5 | N/D | 175,5 | 6,0 | 6,0 | 6,0 | 6,0 | 574,1 |
| Guatemala | Programa de Atención Integral a la Niñez | 12,0 | 470,1 | N/D | N/D | N/D | N/D | 20,0 | 20,0 | 20,0 | 40,0 | 128,6 |
| Honduras | Bienestar Familiar y Desarrollo Comunitario | 14,0 | 398,9 | N/D | N/D | 6,0 | 335,1 | 10,0 | 10,0 | 12,5 | 12,5 | 1.602,8 |
| Honduras | PAIN | 16,0 | 957,4 | 12,0 | 478,7 | 6,0 | N/D | 7,7 | 7,7 | N/D | N/D | N/D |
| Jamaica | Early Childhood Commission | 12,0 | 187,5 | 14,0 | N/D | N/D | N/D | 5,0 | 7,0 | 8,0 | 10,0 | 126,3 |
| México | Guarderías de la Seguridad Social | 16,0 | 304,2 | 16,0 | 190,1 | 11,0 | 190,1 | 3,8 | 5,1 | 11,0 | N/D | 3.104,2 |
| México | Estancias Infantiles para Madres Trabajadoras | 9,0 | 325,2 | N/D | 184,4 | N/D | N/D | 8,0 | 8,0 | 8,0 | 4,0 | 737,4 |
| Nicaragua | PAININ | 9,0 | 70,0 | N/D | N/D | 6,0 | 10,0 | 3,5 | 3,7 | 4,0 | 11,1 | 76,7 |
| Panamá | Centros de Orientación Infantil y Familiar | 15,0 | N/D | 12,0 | N/D | N/D | N/D | 3,5 | 4,5 | 6,8 | 25,0 | 257,1 |
| Panamá | Programa de Estimulación Precoz | 16,0 | 560,0 | N/D | 400,0 | 16,0 | 700,0 | 12,0 | 7,5 | 7,5 | N/D | 25,9* |
| Paraguay | Abrazo | 16,0 | 419,7 | 17,0 | 644,8 | 2,0 | 386,9 | 1,9 | 4,4 | 4,4 | 4,4 | 2.241,4 |
| Perú | CEDIF | N/D | 99,5 | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | 753,9 |
| Perú | Programa Nacional Wawa Wasi | N/D | 106,6 | N/D | 85,3 | N/D | N/D | 7,4 | 7,4 | 7,4 | N/D | 467,6 |

Tabla 28. Variables estructurales asociadas a la calidad, por programa. (Continuación)

| País | Programa | Maestros | | Maestros Asistentes | | Cuidadores | | Coeficiente de atención | | | | Costo per cápita anual (US\$) |
|---|--|-------------------|----------------|---------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------------|-------|-------|-------|-------------------------------|
| | | Años de educación | Salario (US\$) | Años de educación | Salario (US\$) | Años de educación | Salario (US\$) | 0 a 1 | 1 a 2 | 2 a 4 | 4 a 6 | |
| Sección A: Servicios de cuidado | | | | | | | | | | | | |
| República Dominicana | Programa de Primera Infancia | 15,0 | 369,9 | 13,0 | 281,5 | 15,0 | 308,3 | 3,9 | 3,9 | 7,5 | 7,5 | 2.091,0 |
| Trinidad y Tobago | Early Childhood Care and Education Centers | 17,0 | 1.415,8 | 14,0 | 786,6 | 11,0 | 550,6 | N/D | N/D | 7,7 | N/D | 662,3 |
| Uruguay | Plan CAIF | 16,0 | 832,0 | 11,0 | 702,0 | N/D | N/D | 9,2 | 9,2 | 10,9 | 10,9 | N/D |
| Uruguay | Programa de Primera Infancia del INAU | 16,0 | 844,0 | 15,0 | 867,7 | 11,0 | 738,6 | 5,4 | 9,7 | 17,6 | N/D | 2.910,4 |
| Uruguay | Programa Nuestros Niños | 16,0 | 1.301,6 | 15,0 | 860,2 | 15,0 | 988,5 | 5,4 | 7,0 | 10,2 | N/D | 1.941,3 |
| Sección B: Programas de apoyo parental | | | | | | | | | | | | |
| Argentina | Primeros Años | 15,0 | N/D | 10,0 | 45,3 | N/D | N/D | 22,7 | 22,7 | 22,7 | N/D | 13,0 |
| Bolivia | Kallpa Wawa | 15,0 | 285,3 | 6,0 | 32,8 | N/D | N/D | 9,1 | 9,1 | 9,1 | 9,1 | N/D |
| Chile | CASH | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | 15,0 | 15,0 | 15,0 | 15,0 | 598,7 |
| Ecuador | CNH | 13,0 | 370,0 | N/D | N/D | N/D | N/D | 12,0 | 12,0 | 12,0 | 12,0 | 302,1 |
| Jamaica | Rovings Caregivers | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | 5,0 | 7,0 | 8,0 | N/D | N/D |
| México | Programa de Educación Inicial - Conafe | N/D | 70,5 | N/D | N/D | N/D | N/D | 30,0 | 30,0 | 30,0 | 30,0 | 75,0 |

Nota: En todos los casos se reporta el promedio de años de educación y salario.

*Este valor incluye la atención en centros de salud, lo que disminuye significativamente el costo.

Fuente y elaboración: los autores.

4.1 Argentina

Gran parte de la provisión pública de servicios de primera infancia en el Cono Sur se da a través de programas municipales, debido al fuerte proceso de descentralización que han vivido los países de esta subregión desde 1985. Este es el caso de tres de los cuatro programas de primera infancia incluidos en el estudio para Argentina: tres servicios de cuidado municipales y uno nacional de apoyo parental. La Tabla 29 muestra las características principales de estos programas.

Los *Centros de Protección Infantil - CPI* (de la Dirección General de Fortalecimiento de la Sociedad Civil perteneciente al Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), son servicios de cuidado que operan en esa ciudad. Fueron creados en 2009 como un modelo que intenta concentrarse en aspectos en los cuales no trabajan los jardines infantiles dependientes de los Ministerios de Educación de cada provincia: el trabajo directo con los padres, el enfoque comunitario y el componente de cuidado. En 2011 atendían a 2.007 niños menores de 5 años en 21 centros y se esperaba

contar con un total de 30 centros hasta 2012. La población objetivo son familias de escasos recursos y en situación de vulnerabilidad económica, y se focaliza la atención a través de los ingresos de las familias, la ubicación geográfica de los centros y un índice de vulnerabilidad.

A su vez, el Ministerio de Educación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires maneja los Jardines Infantiles de la ciudad. Aunque los primeros jardines aparecieron a finales del siglo XIX, su administración conjunta comenzó en 1940. Posteriormente, como resultado de procesos de descentralización, en 1978 los jardines de todo el país pasaron a ser administrados por los municipios. Los jardines atienden a 46.818 niños en la ciudad de Buenos Aires, a través de 206 centros. La cobertura es universal, más allá de que haya prioridades de ingreso vinculadas a la integración del grupo familiar, la vulnerabilidad y la proximidad al jardín. Particularmente se da prioridad a: i) los niños que viven cerca del centro, ii) los hermanos de los niños que ya asisten al centro, o iii) los hijos de los empleados de la escuela. También, y esto resulta aún más importante, se da precedencia a los niños que habitan en viviendas precarias, a los que provienen de hogares monoparentales, a aquellos

cuyos padres trabajan en la zona y a los que tienen necesidades básicas insatisfechas. Este método de priorización resulta en que la población atendida sea muy heterogénea. Los jardines funcionan únicamente 10 meses al año en sesiones de 6,5 horas por día.

Como sucede con la ciudad de Buenos Aires, el Ministerio de Educación de la Provincia de Entre Ríos maneja los *Jardines Infantiles del Municipio de Villa Paranacito*. En los últimos años el programa ha tenido una gran expansión de cobertura y trabaja actualmente con 43.949 niños en 1.172 jardines en la provincia. Los centros tienen una jornada de 6 horas por día y funcionan apenas

9 meses por año. Tienen una cobertura universal y solo las madres que trabajan tienen prioridad para los cupos.

El *Programa Nacional Primeros Años* del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (integrado por el Ministerio de Educación, Salud y de Desarrollo Social) es un programa de apoyo parental, con cobertura nacional. Creado en 2006, intenta llegar a las familias que no son atendidas por jardines o centros de primera infancia. El programa cubre a 434.850 familias con niños menores de 4 años en condiciones de vulnerabilidad. Trabaja en 214 localidades, de las cuales 47 son rurales. Los cupos se focalizan utilizando el índice

Tabla 29. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Argentina.

| Institución | Dirección General Fortalecimiento de la Sociedad Civil/ Ministerio de Desarrollo Social/ CABA | Ministerio de Educación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires | Ministerio de Educación de la Provincia de Entre Ríos/ Municipio de Villa Paranacito | Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (MINEDU, MINSAL y MDS) |
|------------------------------|---|---|--|---|
| Programa | Centros de Protección Infantil | Jardines de Infantes de la Ciudad de Buenos Aires | Jardines Infantiles Villa Paranacito | Programa Nacional Primeros Años |
| Niños atendidos (2011) | 2.007 | 46.818 | 43.949 (2010)* | 434.850 |
| Grupo de edad al que atiende | 0 a 60 meses | 0 a 72 meses | 0 a 72 meses | 0 a 48 meses |
| Centros en operación (2011) | 21 | 206 | 1.172 (2010)* | N/A |
| Personal (2011) | 346 | 3.855 (2010) | 2.802 (2010)* | 8.697 |
| Horario de operación | 12 meses al año 5 días por semana 8 horas por día | 10 meses al año 5 días por semana 6,5 horas por día | 9 meses al año 5 días por semana 6 horas por día | 12 meses al año 1 sesión al mes (la frecuencia puede ser menor) |
| Cobertura geográfica | Cobertura local - Buenos Aires | Cobertura local - Buenos Aires | Cobertura local - Entre Ríos | 214 localidades/ 47 rurales |
| Población objetivo | - Población de escasos recursos - Alta vulnerabilidad social | - Familias con necesidades básicas insatisfechas - Vivir cerca de la escuela | - Universal | - Familias con vulnerabilidad |
| Método de focalización | Focalización por ingresos, por localización geográfica y por un índice de vulnerabilidad. | Focalización geográfica y prioridad a hermanos de quienes hayan asistido al centro. | Se prioriza a madres que trabajan. | Focalización según el índice de vulnerabilidad SIEMPRO y Programa AHÍ. Se priorizan localidades con altos niveles de aislamiento (inaccesibilidad) y dificultades en el acceso a salud y educación. |

* La cantidad de centros corresponden a la provincia de Entre Ríos, ya que no se pudo conseguir información sobre Villa Paranacito. Villa Paranacito es una ciudad de 3.800 habitantes, mientras que la provincia de Entre Ríos posee 1,2 millones de habitantes.
Fuente y elaboración: los autores.

de vulnerabilidad de la Dirección Nacional del Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO) y el Programa AHÍ, que ayuda a definir población en condiciones de vulnerabilidad o con difícil acceso a servicios del Estado.

En lo que se refiere a los aspectos financieros, la Tabla 30 muestra que de los cuatro programas, solo los *Centros de*

de gasto en capacitaciones (17%). El costo por niño es muy bajo por el tipo de atención provista, por la baja frecuencia (mensual) de la intervención y por el uso de becarios no remunerados en el rol de facilitadores (US\$13 por niño al año). Falta la información financiera de los *Jardines Infantiles de la ciudad de Villa Paranacito*.

Respecto de la forma como los programas proveen sus servicios, la Tabla 31

Tabla 30. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Argentina.

| Institución | Dirección General Fortalecimiento de la Sociedad Civil/ Ministerio de Desarrollo Social/ CABA | Ministerio de Educación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires | Ministerio de Educación de la Provincia de Entre Ríos/ Municipio de Villa Paranacito | Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (MINEDU, MINSAL y MDS) |
|--|---|---|--|---|
| Programa | Centros de Protección Infantil | Jardines de Infantes de la Ciudad de Buenos Aires | Jardines Infantiles Villa Paranacito | Programa Nacional Primeros Años |
| Gastos Totales (2010) | US\$3.547.752,6 | US\$151.217.777,2 | N/D | US\$3.899.152,7 |
| Gastos administrativos | 0,0% | 9,5% | | 8,8% |
| Materiales | 0,0% | 0,0% | | 2,6% |
| Alimentación | 10,6% | 7,0% | | 0,0% |
| Salarios | 57,4% | 77,4% | | 68,4% |
| Infraestructura / Mantenimiento | 21,3% | 2,4% | | 0,0% |
| Servicios | 10,6% | 3,7% | | 3,0% |
| Capitaciones | 0,0% | 0,0% | | 17,2% |
| Costo anual por niño (2010) | US\$1.184,8 | US\$2.946,4 | | US\$13,0 |
| Ingresos totales (2010) | US\$2.377.992,4 | US\$137.942.802,3 | | US\$5.661.307,4 |
| Tarifa pagada por las familias | Los padres pagan en promedio US\$29,3 al mes por servicio de comedor | No deben realizar ningún pago, excepto el de comedor | No deben realizar ningún pago | No deben realizar ningún pago |

La tasa de cambio utilizada fue el promedio de diciembre de 2010: 3.97 pesos argentinos por dólar. Fuente y elaboración: los autores.

Protección Infantil (CPI) cobran un copago a los padres por un valor de US\$29,3 al mes. Los CPI cuentan con el presupuesto más bajo de los programas revisados, con US\$3,5 millones, donde el gasto más alto constituyen los salarios (57%), seguido de los gastos en infraestructura (21%). Estos centros tienen un costo anual por niño de US\$1.184,8. Los *Jardines Infantiles* de Buenos Aires disponen de un presupuesto anual de US\$151,2 millones, siendo el principal gasto el salario del personal (77%), y tienen un costo de US\$2.946,4 dólares por niño al año. Por último, el *Programa Nacional Primeros Años* gasta US\$3,9 millones al año, nuevamente con un fuerte gasto en salarios (68%), seguido

de muestra que los CPI separan a los niños en grupos según su edad. Proveen desayuno, almuerzo y refrigerio, y no existe un protocolo de seguimiento del desarrollo nutricional de los niños. Los *Jardines Infantiles de Buenos Aires* y de *Villa Paranacito* son muy similares en sus componentes de atención ya que siguen los lineamientos del Ministerio de Educación de la Nación. Ambos trabajan con separación de edades, con maestros profesionales, entregan desayuno, almuerzo, un refrigerio y, en caso de que el centro tenga turno vespertino, cena. Las mediciones antropométricas se hacen a través de la referencia a los centros de salud.

Tabla 31. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Argentina.

| Institución | Dirección General Fortalecimiento de la Sociedad Civil/ Ministerio de Desarrollo Social/ CABA | Ministerio de Educación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires | Ministerio de Educación de la Provincia de Entre Ríos/ Municipio de Villa Paranacito | Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (MINEDU, MINSAL y MDS) |
|----------------------------------|--|---|---|---|
| Programa | Centros de Protección Infantil | Jardines de Infantes de la Ciudad de Buenos Aires | Jardines Infantiles Villa Paranacito | Programa Nacional Primeros Años |
| Componentes | | | | |
| Servicios de cuidado | Separación por grupos de edad (separación cada 12 meses). Modalidad de atención institucional tipo jardín pero con asistentes sociales en lugar de maestras. | Separación por grupos de edad (separación cada 12 meses). Modalidad de atención institucional con maestras. | Separación por grupos de edad (separación cada 12 meses). Modalidad de atención institucional con maestras. | No se provee servicio de cuidado. |
| Servicios de alimentación | Desayuno, almuerzo y merienda. | Desayuno, almuerzo, merienda y cena (en turno vespertino solamente). | Desayuno, almuerzo, merienda y cena (en turno vespertino solamente) | No se proveen alimentos |
| Seguimiento nutricional | Referencia a centros de salud. Los CPI tienen balanzas. No hay protocolo. Nutricionistas supervisan menús y peso. | Referencia a centro hospitalario más cercano. | Referencia a centro hospitalario más cercano. | No se realiza |
| Entrega de suplementos | No se proveen suplementos | No se proveen suplementos | No se proveen suplementos | No se proveen suplementos |
| Apoyo a los padres | Talleres para padres/ folletería informativa 4 veces al año. | Cuaderno de comunicaciones y reuniones. | Cuaderno de comunicaciones y reuniones, por lo general en temas de alimentación e higiene. | Reuniones mensuales de facilitadores con familias, sobre temas de crianza. |

Fuente y elaboración: los autores.

El trabajo con los padres no es fuerte en los servicios de cuidado de Argentina, aunque los CPI se distinguen en el tema frente a los *Jardines Infantiles* pues desarrollan talleres con especialistas en desarrollo infantil (estimuladores tempranos, fonoaudiólogos, nutricionistas) cada tres meses y folletería para los padres. Los *Jardines Infantiles de Buenos Aires* y de *Villa Paranacito* mantienen un cuaderno de comunicaciones con los padres y organizan reuniones sin frecuencia definida para hablar del progreso de los niños. Por el contrario, el foco principal del *Programa Nacional Primeros Años* es el trabajo con los padres a través de sesiones mensuales con las familias para abordar temas relacionados con la crianza, salud y nutrición.

La Tabla 32 proporciona información sobre los estándares de los centros del programa y el capital humano. Los CPI operan en instalaciones exclusivas dedicadas al

programa (muchas veces bajo convenios con organismos no gubernamentales), mientras que los *Jardines* funcionan en infraestructura exclusiva, pero también en centros comunitarios o espacios anexos a una escuela primaria o iglesia. Los estándares de los CPI son definidos por el mismo programa, pero reportan un cumplimiento bajo, especialmente en la regulación sobre el tamaño del espacio mínimo por niño. Con excepción de los coeficientes de atención, los jardines auto-reportan un buen cumplimiento del resto de sus estándares. Debido a su naturaleza, el *Programa Nacional Primeros Años* solo exige que en el sitio donde se realicen las sesiones se puedan llevar a cabo juegos.

Los perfiles educativos son muy parecidos entre programas. Destaca que la existencia de la Ley de Educación Nacional exige la contratación de personal con título docente y los apoyos profesionales

necesarios según la situación de los niños y sus familias y, si bien aún no se cumple en todas las jurisdicciones, se está avanzando en ello. Los CPI tienen asistentes sociales (maestras de jardines) y cuidadoras (madres o estudiantes de la carrera de maestras jardineras). Las primeras ganan un salario de US\$754,8 y las cuidadoras US\$654,2 al mes. Los Jardines Infantiles manejan dos tipos de perfil de personal: las maestras, que deben tener título profesional en atención a primera infancia (esto es, un mínimo de 4 años de formación postsecundaria) y están encargadas de la organización de las actividades y el manejo de los niños; y, las maestras celadoras, que deben tener

título de secundaria como mínimo, y se encargan únicamente del trabajo con los niños. Las primeras reciben US\$1.068,4 al mes y las otras US\$1.006,5. *Primeros Años* también contrata dos perfiles de personal: los supervisores técnicos provinciales, que deben contar con título profesional en cuidado infantil, y los promotores, que trabajan como voluntarios y no tienen un perfil mínimo asignado. Estos últimos reciben un estipendio mensual de US\$45,3 y una capacitación como parte de su pago.

Los coeficientes de atención son muy buenos en los CPI, con una razón de 2,5 niños por adulto entre 0 y 1 años y 5 niños por adulto entre 1 y 6 años. Los Jardines

Tabla 32. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Argentina.

| Institución | Dirección General Fortalecimiento de la Sociedad Civil/ Ministerio de Desarrollo Social/ CABA | Ministerio de Educación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires | Ministerio de Educación de la Provincia de Entre Ríos/ Municipio de Villa Paranacito | Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (MINEDU, MINSAL y MDS) |
|---------------------|---|--|--|---|
| Programa | Centros de Protección Infantil | Jardines de Infantes de la Ciudad de Buenos Aires | Jardines Infantiles Villa Paranacito | Programa Nacional Primeros Años |
| Calidad | | | | |
| Lugar donde opera | - Centros exclusivos del programa | - Centros exclusivos del programa - Centros comunitarios | - Centros exclusivos del programa - Instalaciones anexas a una iglesia o escuela | - Lugar donde se puedan realizar juegos |
| Estándares | Los establece el programa mismo, se cumplen parcialmente (particularmente lo que concierne a espacios). | Los establece el Ministerio de Educación de la CABA. Se cumplen, pero se reporta dificultad de cumplir con algunos coeficientes de atención. | Los establece el Ministerio de Educación de la Provincia de Entre Ríos. Se cumplen, pero se reporta dificultad de cumplir con algunos coeficientes de atención. | No existen. |
| Perfil del personal | Maestra: profesorado de educación inicial o maestra jardinera. | Maestra: profesorado de educación inicial (i.e. Preescolar) o maestra jardinera, con título que la acredite (4 años de estudio). Su función es la titularidad de la sala y se encarga de la planificación anual de la misma. | Maestra: profesorado de educación inicial (i.e. Preescolar) o maestra jardinera, con título que la acredite (4 años de estudio). Su función es la titularidad de la sala y se encarga de la planificación anual de la misma. | Supervisor técnico provincial: título universitario afín con las temáticas del programa; formación en áreas específicas de desarrollo infantil. |
| | Cuidadores: estudiantes de la carrera de maestra jardinera o mamás cuidadoras. | Maestros celadores: título secundario. | Maestros celadores: título secundario. | Facilitador: para la selección de facilitadores se consideran atributos personales acordes con la función de acompañar a las familias. |

Tabla 32. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Argentina. (Continuación)

| Institución | Dirección General Fortalecimiento de la Sociedad Civil/ Ministerio de Desarrollo Social/ CABA | Ministerio de Educación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires | Ministerio de Educación de la Provincia de Entre Ríos/ Municipio de Villa Paranacito | Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (MINEDU, MINSAL y MDS) |
|--|---|--|--|---|
| Programa | Centros de Protección Infantil | Jardines de Infantes de la Ciudad de Buenos Aires | Jardines Infantiles Villa Paranacito | Programa Nacional Primeros Años |
| Coefficientes de atención (niños por adulto) | 2,5 entre 0 y 1 años 5,0 entre 1 y 2 años 5,0 entre 2 y 4 años 5,0 entre 4 y 6 años | 6,0 entre 0 y 1 años 6,5 entre 1 y 2 años 11,0 entre 2 y 4 años 15,0 entre 4 y 6 años | 6,0 entre 0 y 1 años 9,0 entre 1 y 2 años 23,0 entre 2 y 4 años 30,0 entre 4 y 6 años | 22,0 entre 0 y 4 años |
| Compensación mensual | US\$754,8 para las maestras US\$654,2 para las cuidadoras | US\$1.068,4 para las maestras US\$1.006,5 para las maestras celadoras | US\$629,0 para las maestras US\$629,0 para las maestras celadoras | US\$45,3 para las facilitadoras |

Fuente y elaboración: los autores.

de Buenos Aires tienen coeficientes de atención mayores a los de los CPI: 6 niños por adulto entre 0 y 2 años, 11 entre 2 y 4 años, y 15 entre 4 y 6 años. En este campo está una de las mayores diferencias entre los Jardines de Buenos Aires y los de Villa Paranacito: los coeficientes de atención de estos últimos son muy altos con 6 niños por adulto entre 0 y 1 años, 9 entre 1 y 2 años, 23 entre 2 y 4 años, y 30 entre 4 y 6 años. El *Programa Nacional Primeros Años* atiende a grupos de máximo 22 familias por sesión.

4.2 Bolivia

La oferta institucional de programas de primera infancia en Bolivia que se incluye en este estudio consiste en un programa de servicio de cuidado, un programa de nutrición y un programa de estimulación temprana: el programa *Kallpa Wawa*, en donde los niños asisten a sesiones semanales, las cuales se desarrollan la mayoría de veces sin la presencia de sus padres.

El programa *PAN Manitos - El Alto* (de la Gobernación de La Paz - Municipalidad de El Alto) es un servicio de cuidado que comenzó en manos de la gobernación de La Paz en 2001, pero a partir de 2002 su manejo fue traspasado progresivamente al municipio. El programa atiende a 4.133 niños en 83 centros, enfocándose en población de escasos recursos. La focalización del programa se realiza a través de visitas domiciliarias y una ficha de inscripción.

El programa *Desnutrición Cero*, creado en 2007, es parte de una de las principales políticas sociales de Bolivia y tiene como objetivo contribuir a la erradicación de la desnutrición crónica en el país. Trabaja a través de 9 tipos de intervención y aunque el programa se centra en corregir las deficiencias nutricionales que sufren los niños, también provee atención en salud mediante consultas médicas bimensuales y, en casos donde se detecta que es necesario, servicios de estimulación temprana. Con sus unidades de atención cubrió a 12.301 niños en 2010. No existen datos sobre el número de niños atendidos a través de todas las actividades del programa, pero se estima que supera los cientos de miles de beneficiarios. Este programa no provee ni servicios de cuidado ni apoyo parental, es decir que no corresponde a la caracterización principal de los programas en los cuales se enfoca este estudio.

Por último, el programa *Kallpa Wawa*, iniciado en 1997 y dependiente financieramente de UNICEF y del Municipio de Tapacarí, es un programa peculiar de atención a la primera infancia. Originalmente funcionaba como un componente de los talleres de alfabetización en las comunidades, para cuidar a los hijos de los padres mientras participaban en estos. Posteriormente pasó a ser un programa independiente. Hoy en día, se trabaja en sesiones semanales de 3 horas con los niños de procedencia indígena del municipio de Tapacarí. Los padres no asisten a estas

Tabla 33. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Bolivia.

| Institución | Gobernación de La Paz - Municipio de El Alto | Ministerio de Salud | Municipio de Tapacarí y Unicef |
|---------------------------------------|--|--|--|
| Programa | PAN Manitos - El Alto | Desnutrición Cero | Kallpa Wawa |
| Niños atendidos (2011) | 4.133 | 12.301 | 222 |
| Grupo de edad al que atiende | 7 a 60 meses | 0 a 60 meses | 0 a 72 meses |
| Centros en operación (2011) | 83 | 106 (UNIs) | 20 localidades |
| Personal (2011) | 516 | 182 | 23 |
| Calendario | 11 meses al año 5 días por semana 8 horas por día | 12 meses al año | 8 meses al año 1 sesión a la semana 3 horas por sesión |
| Cobertura geográfica | Opera sólo en El Alto | 166 localidades, principalmente rurales | 1 comunidad indígena / Opera sólo en Tapacarí |
| Población objetivo | Población de escasos recursos | Universal | Población indígena |
| Método de focalización | Se focaliza a partir de visitas domiciliarias y de fichas de inscripción | Se focaliza geográficamente y utilizando la inscripción a SUMI | Focalización geográfica |
| Tarifa pagada por las familias | US\$5,7 | No deben realizar ningún pago | No deben realizar ningún pago |
| Costo anual por niño (2010) | N/D | US\$1.179,0 | N/D |
| Ingresos Totales (2010) | N/D | US\$14.502.653,8 | N/D |

La tasa de cambio utilizada fue el promedio de diciembre de 2010: 7,01 bolivianos por dólar.
Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 34. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Bolivia.

| Institución | Gobernación de La Paz - Municipio de El Alto | Ministerio de Salud | Municipio de Tapacarí y Unicef |
|----------------------------------|---|--|--|
| Programa | PAN Manitos - El Alto | Desnutrición Cero | Kallpa Wawa |
| Componentes | | | |
| Servicios de cuidado | Centros de cuidado separado por edades. Modelo pedagógico basado en Montessori. | No se provee servicio de cuidado. | Los niños asisten a un centro en donde reciben una sesión de juego y estimulación a la semana. |
| Servicios de alimentación | 2 comidas y 2 refrigerios al día. Proveen 80% de calorías necesarias diarias. | 8 estrategias enfocadas en monitorear y mejorar el estado nutricional de los niños. Proveen 50% de calorías necesarias diarias. | No ofrecen servicio de alimentación en las sesiones. |
| Seguimiento nutricional | Se mide peso y talla mensualmente. | Se mide peso y talla bimestralmente. | Se hace seguimiento semestral. |
| Entrega de suplementos | No se proveen suplementos. | Se entregan "chispitas" a los 6 meses y a los 2 años; vitamina A de manera semestral; hierro a los 2 y a los 3 años; ácido fólico a las madres gestantes; zinc y medicina desparasitante. | No se proveen suplementos. |
| Apoyo a los padres | Reuniones mensuales con los padres sin el niño presente. Se trabajan temas de crianza, salud, nutrición y protección. | Consultas bimestrales donde se estudia el avance del niño en términos nutricionales. Talleres y sesiones bimestrales, donde se habla de prácticas de crianza y salud, y se realiza trabajo con madres embarazadas. | Talleres de sensibilización semestrales sobre la importancia de la primera infancia. |

Fuente y elaboración: los autores.

sesiones con mucha regularidad. Operan en 20 localidades, atendiendo a 222 niños de la comunidad.

La Tabla 33 muestra la información financiera disponible de los programas en Bolivia. En *PAN – Manitos* los padres deben realizar un copago de US\$5,7 al mes para recibir los servicios, mientras que los otros programas son completamente gratuitos. Solo se tiene alguna información financiera sobre *Desnutrición Cero*, que recibió un presupuesto de US\$14,5 millones en 2010 para cubrir todas las actividades del programa.

En cuanto a la provisión de los servicios, la Tabla 34 muestra que el *PAN-Manitos* trabaja con centros de cuidado donde los niños son separados según su edad y brinda atención en jornadas de 8 horas por día. En estos centros se ofrecen 2 comidas y 2 refrigerios por día, suministrando el 80% de los requerimientos calóricos diarios. A los niños se les pesa y se les mide cada mes, y no reciben ningún suplemento nutricional. En contraste, *Desnutrición Cero* cuenta con salas de estimulación en las Unidades Nutricionales Integrales (UNI), aunque éstas no ofrecen un servicio de cuidado sino de estimulación dirigida a casos particulares. El enfoque principal de este programa es la nutrición, para lo cual cuenta con 8 estrategias enfocadas a monitorear y mejorar el estado nutricional de los niños. Proveen el 50% de las necesidades calóricas diarias a través de canastas de alimentos básicos. Los seguimientos del desarrollo de los niños se realizan cada 2 meses, cuando van a la consulta médica. Adicionalmente, el programa entrega micronutrientes en polvo en forma de “chispitas”, vitamina A, hierro, ácido fólico, zinc y medicina desparasitante con frecuencia variable. En el programa *Kallpa Wawa* los niños asisten a sesiones de juego y estimulación 3 horas por semana, y el único servicio nutricional que brinda el programa son seguimientos semestrales muy básicos. Los niños tampoco reciben suplementos nutricionales del programa.

El trabajo con los padres es un componente importante en el *PAN-Manitos*, donde se realizan sesiones mensuales con ellos, trabajando temas de crianza, salud, nutrición y protección.

En *Desnutrición Cero* los padres deben asistir a las consultas médicas bimestrales con los hijos, en las cuales el médico estudia el avance nutricional de los niños. Adicionalmente, se realizan talleres y sesiones para hablarles a los padres sobre prácticas de crianza y salud. En *Kallpa Wawa* se organizan sesiones de sensibilización semestrales con los padres, donde se les habla sobre la importancia de la primera infancia.

El *PAN Manitos* funciona principalmente en centros propios y aproximadamente un 60% de estos centros cumple con los estándares de espacio mínimos por niño, 70% cuenta con espacios al aire libre y entre 90% y 100% se ciñe al resto de estándares de amueblamiento y regulaciones de seguridad y salubridad. Las UNI de *Desnutrición Cero* no deben cumplir con ningún estándar específico en su infraestructura o espacios, aunque en general se encuentran bien amuebladas, y el *Kallpa Wawa* no tiene definido ningún estándar para los espacios en los cuales se llevan a cabo las sesiones.

En relación al capital humano, la Tabla 35 muestra los perfiles y los salarios del personal en los tres programas. Aunque se requiere que los maestros en el *PAN- Manitos* tengan algún tipo de entrenamiento en primera infancia además del título de bachiller, esto ha sido difícil de asegurar en la práctica y por esta razón se han implementado programas de formación continua para este personal. Las maestras de este programa reciben una remuneración de US\$107,0 al mes. Los coeficientes de atención van desde 5 niños por adulto para las edades de 0 a 1 año, a 20 entre los 4 y 5 años. Los estimuladores de las UNI de *Desnutrición Cero* deben tener un título profesional en estimulación, pero, dada la naturaleza del programa, el programa no establece coeficientes de atención máximos. Estos profesionales reciben US\$959,9 al mes como salario. En el *Kallpa Wawa* se cuenta con un grupo pequeño de maestras que apoyan a las responsables de la estimulación en la planeación de sus actividades, y deben tener título de bachiller. No se requiere que las responsables directas del cuidado de los niños tengan un nivel mínimo de educación. El coeficiente de atención es de 9,1 niños por adulto en todos los rangos de edad, pues no se

Tabla 35. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Bolivia.

| Institución | Gobernación de La Paz - Municipio de El Alto | Ministerio de Salud | Municipio de Tapacari y Unicef |
|---|--|--|---|
| Programa | PAN Manitos - El Alto | Desnutrición Cero | Kallpa Wawa |
| Calidad | | | |
| Lugar donde opera | - Centros exclusivos del programa - Hogares familiares adaptados - Centros comunitarios - Instalaciones anexas a escuelas e iglesias | - Unidades de Nutrición Integral (UNI) - Centros de salud - Centros comunitarios | - Escuelas - Centros comunitarios |
| Estándares | El 60% de los centros cumplen con un área mínima por niño. El 70% tienen espacio para actividades al aire libre. Los centros tienen un buen mobiliario y set completo de materiales. El 90% de los centros cumplen con regulaciones de seguridad y salubridad. | Las UNI tienen buena dotación de materiales didácticos. Otros estándares no aplican. | No existen estándares sobre las características del sitio en el que se llevan a cabo las sesiones. |
| Perfil del personal | Educadoras: bachiller, con alguna formación en cuidado infantil. 1 año de experiencia. | Personal de UNI: no existe perfil específico. Debe ser profesional en estimulación. | Maestras: deben tener bachillerato terminado. Apoyan al responsable del trabajo con los niños en la planificación de sus actividades. |
| | | | Responsables del trabajo con los niños: no se requiere un nivel mínimo de educación. |
| Coefficientes de atención (niños por adulto) | 5,0 entre 0 y 1 años 6,0 entre 1 y 2 años 15,0 entre 2 y 4 años 20,0 entre 4 y 5 años | N/A | 9,1 entre 0 y 5 años |
| Compensación mensual | US\$107,0 | US\$959,9 | US\$285,3 para las maestras US\$32,8 para los responsables del trabajo con los niños |

Fuente y elaboración: los autores.

separan en grupos de diferentes edades durante la sesión.

4.3 Brasil

La provisión pública de servicios de primera infancia en Brasil se encuentra completamente descentralizada, lo cual no hace posible tener una muestra representativa sobre cómo operan los programas de primera infancia. Con esta limitación, se visitaron los programas de tres municipalidades: Río de Janeiro, Fortaleza y Sobral, es decir una ciudad grande, una mediana y una pequeña. La Tabla 36 muestra las principales características de los programas visitados.

Río de Janeiro es la segunda ciudad más grande de Brasil con más de 6 millones de habitantes. El programa municipal de primera infancia, los *Espacios de Desarrollo Infantil*, se consolidó en

2009 como una iniciativa del gobierno local. Actualmente atiende a más de 130.000 niños provenientes de familias vulnerables a través de centros de cuidado que brindan atención entre 4 y 10 horas por día, dependiendo de las necesidades de los padres. Los cupos se priorizan hacia hogares más vulnerables a través de la localización geográfica de los centros y, en cada centro, a través de un sorteo.

Fortaleza, en el estado de Ceará, tiene 2,5 millones de habitantes. El programa de *Atención en Educación Infantil de la Secretaría Municipal de Educación* atiende a más de 32.000 niños de entre 1 y 6 años. Creado en 2002, el programa aspira a tener una cobertura universal y no focaliza los cupos. Posee 135 centros con un horario de operación que puede variar entre 4 y 10 horas al día, según las necesidades de la comunidad.

Tabla 36. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Brasil.

| Institución | Secretaría Municipal de Educación de Río de Janeiro | Secretaría Municipal de Educación de Fortaleza | Secretaría Municipal de Educación de Sobral |
|-------------------------------------|--|---|--|
| Programa | Espacio de Desarrollo Infantil | Atención en Educación Infantil | Proyecto de Primera Infancia |
| Niños atendidos (2011) | 130.006 | 32.232 | 8.000 |
| Grupo de edad al que atiende | 7 a 66 meses | 13 a 72 meses | 0 a 72 meses |
| Centros en operación (2011) | 1.269 | 135 | 45 |
| Personal (2011) | 12.548 | 4.638 | 572 |
| Horario de operación | 11 meses al año 5 días por semana 4,5 - 10 horas por día dependiendo del tipo de centro. | 12 meses al año 5 días por semana 4 - 10 horas por día dependiendo del tipo de centro. | 9 meses al año 5 días por semana 4 - 10 horas por día dependiendo del tipo de centro. |
| Cobertura geográfica | Cobertura local - Río de Janeiro | Cobertura local - Fortaleza | Cobertura local - Sobral |
| Población objetivo | - Familias más vulnerables - Beneficiarios del programa "Familia Carioca" | - Universal | - Madres que trabajan, a través de cupos para 0-18 meses |
| Métodos de focalización | Se prioriza geográficamente y a través de un sorteo que tiene en cuenta las condiciones de vulnerabilidad. | No se focaliza. | No se focaliza. |

Fuente y elaboración: los autores.

Sobral, en el estado de Ceará, tiene 188.000 habitantes. *El Proyecto de Primera Infancia* atiende a más de 8.000 niños en 45 centros que ofrecen sus servicios entre 4 y 10 horas diarias. La diferencia con los centros anteriores radica en que éste opera únicamente durante el periodo escolar de 9 meses por año. Aunque la atención es universal, el programa tiene un proceso de priorización que favorece a las madres que trabajan y que tienen niños de entre 0 y 18 meses.

Aunque no fue posible conseguir información financiera de Sobral, la de Río de Janeiro y Fortaleza revela datos valiosos sobre la distribución de los gastos y los presupuestos de los programas. El presupuesto anual en Río fue de US\$231,9 millones en 2010, con gastos por US\$158,9 millones. El mayor rubro fueron los salarios (48%), seguido por los servicios (28%) y los gastos en infraestructura y mantenimiento (15%). El costo anual por niño asciende a US\$1.783,5. En Fortaleza el costo por niño es de US\$1.317,7 y el gasto anual total asciende a US\$42,4 millones. Las familias de los niños no realizan pagos por los servicios en ninguna de las tres ciudades.

Los servicios de cuidado y alimentación son similares en los tres programas. Los centros ofrecen almuerzo y dos refrigerios intentando cubrir el 100% de los requerimientos calóricos diarios. Adicionalmente proveen un desayuno a los niños menores de 2 años. Ningún programa entrega suplementos nutricionales.

En Río de Janeiro el seguimiento del desarrollo de los niños se hace anualmente a través del instrumento "Cuestionario sobre Edades y Etapas" (Ages and Stages Questionnaire). Este instrumento está diseñado para detectar rezagos en diferentes dimensiones del desarrollo: motricidad, comunicación, resolución de problemas y desarrollo socioemocional. La información se analiza y se usa para la planeación del programa. En Fortaleza los centros reciben una visita semestral de una nutricionista que pesa y mide a los niños. En este caso la información se comparte con las familias y se utiliza para planificar los menús. El proceso en Sobral es más elemental. No está definida la frecuencia con que se pesa y se mide la talla de los niños. Cuando se lo hace, esta información no se

Tabla 37. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Brasil.

| Institución | Secretaría Municipal de Educación de Río de Janeiro | Secretaría Municipal de Educación de Fortaleza | Secretaría Municipal de Educación de Sobral |
|---------------------------------|---|--|---|
| Programa | Espacio de Desarrollo Infantil | Atención en Educación Infantil | Proyecto de Primera Infancia |
| Gastos totales (2010) | US\$158.963.812,3 | US\$42.472.892,0 | N/D |
| Infraestructura / Mantenimiento | 15,2% | 2,6% | |
| Salarios | 48,4% | 52,2% | |
| Capacitación | 0,0% | 0,3% | |
| Alimentación | 4,4% | 3,6% | |
| Gastos administrativos | 0,0% | 6,1% | |
| Servicios | 28,2% | 0,0% | |
| Materiales | 3,8% | 35,3% | |
| Ingresos totales (2010) | US\$231.869.842,1 | N/D | |
| Costo anual por niño (2010) | US\$1.783,5 | US\$1.317,7 | |
| Tarifa pagada por las familias | No deben realizar ningún pago | No deben realizar ningún pago | No deben realizar ningún pago |

La tasa de cambio utilizada fue el promedio de diciembre de 2010: 1.69 reales brasileños por dólar. Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 38. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Brasil.

| Institución | Secretaría Municipal de Educación de Río de Janeiro | Secretaría Municipal de Educación de Fortaleza | Secretaría Municipal de Educación de Sobral |
|---------------------------|---|--|--|
| Programa | Espacio de Desarrollo Infantil | Atención en Educación Infantil | Proyecto de Primera Infancia |
| Componentes | | | |
| Servicios de cuidado | Centros de atención y cuidado. Salas divididas por edad. | Centros de atención y cuidado. Salas divididas por edad. | Centros de atención y cuidado. Salas divididas por edad. |
| Servicios de alimentación | Se proveen todas las comidas, incluyendo 2 refrigerios al día. Se cubre el 100% de las calorías necesarias diarias. | Se proveen todas las comidas, incluyendo 2 refrigerios al día. Se cubre el 100% de las calorías necesarias diarias. El desayuno sólo lo reciben los menores de 2 años. | Se proveen todas las comidas, incluyendo 2 refrigerios al día. Se cubre el 100% de las calorías necesarias diarias. El desayuno sólo lo reciben los menores de 2 años. |
| Seguimiento nutricional | Se monitorea de manera anual el desarrollo con un instrumento llamado Ages & Stages Questionnaires. La información se almacena y analiza para su uso y futura referencia. | Se realiza monitoreo en los centros con visitas semestrales de los nutricionistas. La información se comparte con las familias y se utiliza para definir menús. | Se realiza monitoreo en la escuela con una frecuencia variable por ser responsabilidad de los centros. Sólo se guarda en algunos centros y no se utiliza. |
| Apoyo a los padres | Se posee una escuela de padres que se reúnen con frecuencia variable para discutir temas de desarrollo infantil. | Sesiones con los padres en las que se habla de desarrollo infantil, del proceso pedagógico y otros temas, según los padres lo necesiten. | Programa anual con UNICEF para trabajar con los padres en temas de métodos de enseñanza. |

Fuente y elaboración: los autores.

almacena ni se utiliza para actividades de planeación o seguimiento.

En lo que concierne al trabajo que realizan los programas con las familias, Río de Janeiro provee una escuela de padres,

donde se reúnen con una frecuencia variable para tratar temas de prevención de riesgos y desarrollo infantil. En Fortaleza se realizan sesiones para hablar sobre el desarrollo infantil y el proceso pedagógico. En Sobral, la Secretaría

Tabla 39. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Brasil

| Institución | Secretaría Municipal de Educación de Río de Janeiro | Secretaría Municipal de Educación de Fortaleza | Secretaría Municipal de Educación de Sobral |
|---|--|---|--|
| Programa | Espacio de Desarrollo Infantil | Atención en Educación Infantil | Proyecto de Primera Infancia |
| Calidad | | | |
| Lugar donde opera | - Centros exclusivos del programa | - Centros del programa - Instalaciones anexas a escuelas e iglesias | - Centros exclusivos del programa - Instalaciones anexas a escuelas e iglesias |
| Estándares | No se tienen regulados algunos aspectos básicos sobre dotación y espacios, pero cumplen con el resto de regulaciones satisfactoriamente. Mínimo 1 metro cuadrado por niño. | Regulación sobre espacios se cumple de 50% a 80% de las veces. Inspecciones anuales a todos los centros. Mínimo 1,5 metros cuadrados por niño. | Cumplimiento de los estándares de calidad. Supervisión frecuente de los centros en términos de seguridad y salubridad. |
| Perfil del personal | Profesoras: título profesional en pedagogía. Auxiliares: deben tener terminada la educación superior. Son responsables de la higiene, cuidado y alimentación. | Profesoras: título profesional en pedagogía. Auxiliares: no son escogidos a través de una convocatoria abierta, aunque deben tener bachillerato especializado en pedagogía. No se pide mínimo de experiencia y reciben la misma capacitación que los maestros. | Profesoras: título profesional en pedagogía. Auxiliares: mismo perfil que los profesores pero sin convocatoria abierta. |
| Coefficientes de atención (niños por adulto) | 4,2 entre 0 y 2 años 7,0 entre 2 y 4 años 8,3 entre 4 y 6 años | 4,0 entre 1 y 2 años 5,5 entre 2 y 4 años 18,0 entre 4 y 6 años | 2,5 entre 0 y 1 años 3,8 entre 1 y 2 años 8,8 entre 2 y 4 años 10,0 entre 4 y 6 años |
| Compensación mensual | US\$826,2 para las profesoras US\$469,8 para las auxiliares | US\$885,3 para las profesoras US\$368,9 para las auxiliares | US\$826,2 para las profesoras y auxiliares |

Fuente y elaboración: los autores.

cuenta con un programa especial de UNICEF para trabajar con los padres sobre los métodos de enseñanza.

Las tres ciudades cuentan con instalaciones exclusivas para atender a los niños, aunque algunas veces los servicios operan en centros anexas a una escuela o iglesia. Respecto de la regulación, Río de Janeiro no tiene definidos estándares sobre material ni equipamiento, si bien cuenta con protocolos en materia de seguridad y salubridad, y reporta buen cumplimiento. Tiene adicionalmente un estándar de metros cuadrados por niño bajo comparado con otros programas en la región (1 metro cuadrado por niño). En Fortaleza se registra un cumplimiento de 50% en estándares de espacios y 80% en estándares de dotación, con inspecciones anuales y un espacio mínimo por niño de 1,5 metros cuadrados. En Sobral

se han esforzado mucho por hacer un proceso de supervisión frecuente y reportan que mantienen un alto grado de cumplimiento de estándares pero no se cuenta con información cuantitativa al respecto.

Los perfiles educativos de los maestros son altos, de preferencia personas con un título terciario en pedagogía. Los coeficientes de atención son bajos, incluso entre los niños de mayor edad, siendo estos cercanos a 4 para niños de entre 0 y 1 años y cercanos a 10 para niños de entre 4 y 6 años (excepto en Fortaleza, donde la razón es de 18 niños por adulto para este rango de edad). Los salarios mensuales varían entre los US\$400 para las auxiliares y sobre los US\$800 para las maestras, independientemente de la ciudad.

Tabla 40. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Chile

| Institución | Ministerio de Educación / Gabinete de la Primera Dama | Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) | Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) |
|------------------------------|---|--|---|
| Programa | Fundación Integra | Jardines Infantiles de la JUNJI | Conozca a su Hijo (CASH) |
| Niños atendidos (2011) | 70.597 | 172.900 | 3.656 |
| Grupo de edad al que atiende | 0 a 60 meses | 7 a 60 meses | 0 a 72 meses |
| Centros en operación (2011) | 988 | 3.071 | N/A |
| Personal (2011) | 12.668 | 11.051 | 12 |
| Horario de operación | 10,5 meses al año 5 días por semana 8 horas por día | 11 meses al año 5 días por semana 8 a 11 horas por día | 10 meses al año 1 sesión a la semana 3 horas por sesión |
| Cobertura geográfica | Nacional | Nacional - 134 localidades | Nacional - Principalmente rural |
| Población objetivo | - Población de escasos recursos - Condiciones de vulnerabilidad | - Población de escasos recursos - Condiciones de vulnerabilidad - Madres trabajadoras | - Condiciones de vulnerabilidad - Población rural |
| Método de focalización | Se focaliza según los ingresos de las familias. Deben estar en los quintiles 1 y 2 de pobreza. Adicionalmente utilizan una ficha de identificación de vulnerabilidad. | Se utiliza el puntaje de la Ficha de Protección Social (instrumento oficial del Estado), sumado a criterios institucionales. | Se focaliza la atención por los ingresos y la ubicación geográfica del hogar. |

Fuente y elaboración: los autores.

4.4 Chile

Se visitaron tres programas públicos de atención a la primera infancia en Chile, dos de servicios de cuidado de modalidad institucional y uno de apoyo parental.

Los centros de la *Fundación Integra* abrieron sus puertas en 1975 y su objetivo fue reducir las tasas de desnutrición que existían en ese momento. Más adelante *Fundación Integra* pasó a ser un brazo fundamental del gabinete de la Primera Dama, a partir de 1990. Con este cambio reorientaron su trabajo hacia una atención integral de la niñez. Los centros cuentan con una cobertura de 70.597 niños menores de 5 años y buscan atender a población de escasos recursos y en condiciones de vulnerabilidad. La focalización del programa se hace a través de una ficha socioeconómica.

Los *Jardines Infantiles* de la JUNJI (Junta Nacional de Jardines Infantiles) son los principales proveedores públicos de servicios de cuidado en el país, con 172.900 niños atendidos (más de 55.000 directamente en centros del programa y el resto a través de cupos subsidiados en centros privados u operados por terceros).

Originado en 1970 y con carácter de ley nacional, tiene como población objetivo los niños menores de 5 años de familias de escasos recursos y los hijos de madres trabajadoras. Se emplea un instrumento nacional (la ficha de protección social) para la focalización.

El programa *Conozca a su Hijo* (CASH) de la JUNJI nace a fines de los años 1980 en el Ministerio de Educación. Se origina con el objetivo de llegar con una oferta de atención integral a niños menores de 6 años cuyas familias viven en comunidades de alta dispersión geográfica. La cobertura en 2011 era de 3.656 madres. Su población objetivo son las madres en el sector rural que viven en condiciones de vulnerabilidad social. La focalización se realiza a través de la localización geográfica de las madres y por su nivel de ingresos.

Respecto del presupuesto la Tabla 41 documenta que *Fundación Integra* recibe ingresos de US\$230,4 millones anuales, comparado con US\$430,3 millones de los *Jardines de la JUNJI* y US\$1,9 millones del programa CASH. En los 3 casos el dinero proviene principalmente del gobierno nacional. Las contribuciones del sector

Tabla 41. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Chile.

| Institución | Ministerio de Educación / Gabinete de la Primera Dama | Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) | Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) |
|---------------------------------------|---|---|---|
| Programa | Fundación Integra | Jardines Infantiles de la JUNJI | Conozca a su Hijo (CASH) |
| Gastos Totales (2010) | US\$230.413.203,1 | US\$430.329.551,7 | US\$1.907.515,4 |
| Salarios | N/D | 39,4% | 26,9% |
| Capacitación | | 0,2% | 0,0% |
| Gastos administrativos | | 6,6% | 0,0% |
| Infraestructura/ Mantenimiento | | 22,3% | 0,0% |
| Servicios | | 30,6% | 50,0% |
| Alimentación | | 0,0% | 0,0% |
| Materiales | | 1,0% | 23,1% |
| Ingresos Totales (2010) | US\$230.413.203,1 | US\$500.544.566,3 | US\$2.188.886,4 |
| Costo anual por niño (2010) | US\$3.263,8 | US\$2.895,0 | US\$598,7 |
| Tarifa pagada por las familias | No deben realizar ningún pago. | No deben realizar ningún pago. | No deben realizar ningún pago. |

Tasa de cambio utilizada fue el promedio de diciembre de 2010: 473,9 pesos chilenos por dólar estadounidense. Fuente y elaboración: los autores.

privado tienen un papel importante en el primer programa. La *Fundación Integra* funciona con un modelo de licitación en virtud del cual se entrega un pago a los centros por los servicios prestados. Los centros deben cumplir con los estándares y lineamientos de la Fundación, en materia del perfil del personal y sus salarios. El 82% de los recursos con los que cuenta el programa se transfieren a los centros para cubrir sus gastos de operación. Adicionalmente, el programa provee materiales y alimentación, y dedica a estos rubros un 11% de los recursos. En los Jardines de la JUNJI que prestan el servicio directamente, su gasto se distribuye principalmente en el pago de salarios (39%), de servicios (31%) y de infraestructura y mantenimiento (22%). Los gastos del programa CASH están alineados con su forma de proveer la atención: las madres que dictan las sesiones son voluntarias y generalmente se reúnen en centros comunitarios cuyo uso es gratuito. La mayor parte de los gastos se destinan a servicios (50%), seguidos por salarios y estipendios (27%) y materiales (23%).

Ninguno de los programas exige a los padres realizar pagos para recibir los servicios y los costos anuales por niño son US\$3.263,8 en la *Fundación Integra*, US\$2.895,0 en los *Jardines de la JUNJI* y US\$598,7 en CASH.

La *Fundación Integra* y los *Jardines de la JUNJI* ofrecen servicios de cuidado, educación, alimentación y apoyo a los padres, y tienen características similares. Están orientados por la estrategia Chile Crece Contigo. Atienden a los niños en jornadas de 8 horas diarias. Proveen desayuno, almuerzo y un refrigerio diario, cubriendo entre el 60% y el 70% de las necesidades calóricas de los niños. Los seguimientos nutricionales se realizan semestralmente en los centros de la *Fundación Integra* y mensualmente en la JUNJI. En ambos casos la información recolectada es utilizada para verificar que no existan problemas con la nutrición de los niños y para planear actividades. Ningún programa entrega suplementos nutricionales. El trabajo con los padres se da a través de sesiones bimensuales donde se trabajan temas de crianza, aprendizaje, salud y nutrición.

El programa de apoyo parental CASH selecciona a madres voluntarias de las comunidades rurales y las entrena en distintas habilidades, especialmente en temas de nutrición, salud y juego. Posteriormente, las voluntarias se familiarizan con las madres de su comunidad una vez a la semana en algún centro comunitario u hogar. En esos espacios la madre voluntaria comparte sus aprendizajes. Las madres asisten a estas sesiones con sus hijos, que

Tabla 42. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Chile.

| Institución | Ministerio de Educación / Gabinete de la Primera Dama | Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) | Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) |
|----------------------------------|--|---|--|
| Programa | Fundación Integra | Jardines Infantiles de la JUNJI | Conozca a su Hijo (CASH) |
| Componentes | | | |
| Servicios de cuidado | Se provee atención y cuidado 8 horas diarias en centros específicos del programa . | Atienden a niños entre los 45 días y los 5 años en jardines propios y cofinanciados. Trabajan de 8 a 11 horas al día. | Mientras se realizan las sesiones con los padres, una asistente cuida a los niños en un salón aparte. |
| Servicios de alimentación | Proveen desayuno, almuerzo y un refrigerio. Cubren el 60% de las calorías necesarias diarias. | Proveen desayuno almuerzo y 2 refrigerios. Cubren el 70% de las calorías necesarias diarias. | Algunas veces se provee un refrigerio durante la sesión. |
| Seguimiento nutricional | Evaluaciones nutricionales semestrales en los centros de salud. La información se utiliza para identificar problemas y planear actividades. | Controles de peso y talla mensuales en el centro de atención. Se realiza sistematización de los datos para planear actividades. | No se realiza seguimiento del crecimiento de los niños. |
| Entrega de suplementos | No se proveen suplementos. | No se proveen suplementos. | No se proveen suplementos. |
| Apoyo a los padres | Se realizan sesiones bimensuales para trabajar los temas de prácticas de crianza y trabajo con el niño. Adicionalmente se mantiene una buena comunicación con los padres en asuntos de nutrición, salud y protección de derechos a través de un diario o cuaderno viajero. | Reuniones bimensuales con los padres para trabajar temas de métodos de crianza y aprendizaje, salud y nutrición. | El trabajo con los padres consiste en una capacitación a una madre voluntaria de la comunidad que toma el papel de educadora frente al resto de madres. En las sesiones se trabaja desde cómo jugar con el niño y cómo construir juguetes a partir de materiales básicos, hasta cómo debe ser el cuidado de la higiene y la alimentación del niño. |

Fuente y elaboración: los autores.

son cuidados por una auxiliar en una sala separada durante la sesión. Los niños generalmente juegan entre ellos o simplemente duermen. La auxiliar encargada de cuidarlos no recibe ningún entrenamiento en la interacción con o la estimulación de niños pequeños.

Los jardines de Chile son conocidos a nivel regional por los esfuerzos realizados entre 2005 y 2009 por expandir la cobertura y, al mismo tiempo, lograr un nivel alto de calidad. Esto se refleja en el cumplimiento de los estándares reportado por los mismos programas y en la infraestructura adoptada por ellos. Adicionalmente, existen acciones sistemáticas de monitoreo de los centros, de seguimiento de casos con problemas, y experiencias interesantes con el establecimiento de un sistema de acreditación.

El perfil educativo del personal es muy alto en la *Fundación Integra* y en la JUNJI,

donde incluso las cuidadoras deben poseer un título profesional de técnicas de atención parvularia. En el caso del programa CASH, debido a que quienes trabajan en las sesiones son madres voluntarias, únicamente se requiere de un título de bachiller. Los coeficientes de atención son de 5,2 niños por adultos entre 0 y 2 años en la *Fundación Integra* y de 4,6 entre 0 y 2 años para la JUNJI, y aumentan hasta 15,6 y 16 respectivamente para el grupo de edad de 4 a 6 años. Los coeficientes bajos en las edades tempranas permiten garantizar una buena calidad en el servicio. En el CASH se tienen grupos de hasta 15 madres por voluntaria. Esto implica que el número de niños a cargo del cuidado de una auxiliar durante la sesión puede llegar a ser de hasta 20.

Aunque el personal de CASH es voluntario, el programa ofrece incentivos monetarios para reconocer su esfuerzo. Por su parte, los servicios de cuidado ofrecen salarios

Tabla 43. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Chile.

| Institución | Ministerio de Educación / Gabinete de la Primera Dama | Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) | Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) |
|---|---|---|--|
| Programa | Fundación Integra | Jardines Infantiles de la JUNJI | Conozca a su Hijo (CASH) |
| Calidad | | | |
| Lugar donde opera | Principalmente en centros exclusivos del programa. | Principalmente en centros exclusivos del programa. | Principalmente en centros comunitarios. |
| Estándares | Fuerte cumplimiento de todos los estándares establecidos, incluyendo espacios, amoblamiento, seguridad y salubridad. Monitoreo mensual de los centros. | Fuerte cumplimiento de las regulaciones, aunque un poco menos estrictos en su regulación que la Fundación Integra. Monitoreo de los centros cada 3 meses. | No poseen estándares ni regulación para los espacios o la infraestructura donde se llevan a cabo las sesiones. |
| Perfil del personal | Directoras de jardín: requieren tener título de educadoras de párvulos. Están encargadas del manejo administrativo y pedagógico de los jardines. | Educadoras de párvulos: deben poseer título de educadoras de párvulos. Trabajan directamente con los niños. | Supervisores: cuentan con formación universitaria. |
| | Educadoras: deben poseer título de educadoras de párvulos. Trabajan directamente con los niños. Técnicas: deben poseer título de técnico de atención a párvulos. | Técnicas de parvularia: deben poseer título de técnico de atención a párvulos. | Madres voluntarias: no hay un requisito mínimo de educación. |
| Coefficientes de atención (niños por adulto) | 5,2 entre 0 y 2 años 14,1 entre 2 y 4 años 15,6 entre 4 y 6 años | 4,6 entre 0 y 2 años 10,7 entre 2 y 4 años 16,0 entre 4 y 6 años | 15,0 entre 0 y 6 años |
| Compensación mensual | US\$1.420,8 para directoras US\$1.064,6 para educadoras US\$688,8 para técnicas | US\$865,1 para educadoras US\$622,4 para técnicas | N/D |

Fuente y elaboración: los autores.

competitivos que van desde US\$622,4 para las técnicas en la JUNJI, hasta US\$1.420,8 para las directoras de los centros en la *Fundación Integra*.

4.5 Colombia

La oferta institucional colombiana incluida en este estudio corresponde a tres servicios de cuidado. Dos de ellos son programas municipales y el otro es uno de los programas nacionales más grandes en cobertura de Latinoamérica.

El programa *Buen Comienzo* de la Alcaldía de Medellín ofrece servicios de cuidado. Se creó en 2004 como una iniciativa de la Alcaldía para ofrecer servicios nutricionales a niños que no estaban siendo atendidos por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. En 2008 recibió un fuerte impulso presupuestario, que cambió el objetivo del programa. Desde entonces,

el programa acompaña al niño desde la gestación hasta que entra a la primaria. Esto implica un gran esfuerzo en términos de trabajo con madres embarazadas, pues se cubre el área de la salud, nutrición y desarrollo con especial atención. Con una cobertura de 83.000 niños menores de 5 años, el programa reporta cubrir el 100% de su población objetivo, que consiste en familias de bajos recursos y en condiciones de vulnerabilidad.

El Proyecto para una Infancia y Adolescencia Feliz y Protegida Integralmente de la Secretaría de Integración Social de la Alcaldía de Bogotá, creado en 2004, busca atender a niños menores de 5 años a través de distintas modalidades que operan en casas vecinales, jardines sociales y jardines infantiles. Estas modalidades difieren en la calidad de la infraestructura con la que cuentan y en el tamaño de los grupos a los que atienden. Su cobertura es de cerca de 48.000 niños menores de 5

Tabla 44. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Colombia.

| Institución | Secretaría de Educación, Secretaría de Salud y Secretaría de Integración Social de Medellín | Secretaría de Integración Social de Bogotá | Instituto Colombiano de Bienestar Familiar |
|------------------------------|--|--|---|
| Programa | Buen Comienzo | Proyecto para una Infancia y Adolescencia Feliz y Protegida Integralmente | Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar |
| Niños atendidos (2011) | 83.000 | 47.943 | 1.219.098 |
| Grupo de edad al que atiende | 0 a 60 meses | 0 a 60 meses | 0 a 72 meses |
| Centros en operación (2011) | 691 | 357 | 72.277 |
| Personal (2011) | 4.021 | 4.535 | 79.062 |
| Horario de operación | 10,5 meses al año 5 días por semana / 1 para los menores de un año 8 horas por día / 1,5 para los menores de un año | 11 meses al año 5 días por semana 10 horas por día | 10 meses al año 5 sesiones a la semana 8 horas por día |
| Cobertura geográfica | Cobertura local - Medellín | Cobertura local - Bogotá | Cobertura nacional |
| Población objetivo | - Población de escasos recursos - Condiciones de vulnerabilidad | - Niños sin registro civil - Concentración de población pobre - Alta mortalidad materno-infantil - Zonas con alto índice de desnutrición. | - Población de escasos recursos - Condiciones de vulnerabilidad - Riesgo Social |
| Método de focalización | Se focaliza utilizando el Sisbén nivel 1 y 2 (de 6) que compila características socioeconómicas y de la calidad de vida de las personas. | Se focaliza utilizando un instrumento propio y a través de ubicación geográfica de los centros. | Se focaliza con el nivel 1 y 2 del Sisbén (de 6). |

Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 45. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Colombia

| Institución | Secretaría de Educación, Secretaría de Salud y Secretaría de Integración Social de Medellín | Secretaría de Integración Social de Bogotá | Instituto Colombiano de Bienestar Familiar |
|---------------------------------|---|---|--|
| Programa | Buen Comienzo | Proyecto para una Infancia y Adolescencia Feliz y Protegida Integralmente | Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar |
| Gastos totales (2010) | US\$1.106.366,1 | N/D | US\$408.657.128,4 |
| Gastos administrativos | 0,0% | | 0,0% |
| Materiales | 0,6% | | 3,3% |
| Alimentación | 0,0% | | 50,6% |
| Salarios | 96,8% | | 43,3% |
| Infraestructura / Mantenimiento | 0,0% | | 0,0% |
| Servicios | 2,6% | | 2,7% |
| Capacitaciones | 0,0% | | 0,0% |
| Costo anual por niño (2010) | US\$725,0 | | US\$353,7 |
| Ingresos totales (2010) | US\$60.174.732,7 | | US\$431.170.809,8 |
| Tarifa pagada por las familias | No deben realizar ningún pago. | No deben realizar ningún pago. | Pagan en promedio US\$8,10 al mes. |

La tasa de cambio utilizada fue el promedio de diciembre de 2010: 1.915,5 pesos colombianos por dólar.
Fuente y elaboración: los autores.

años. Se da prioridad a niños sin registro civil de zonas con mayor concentración de pobreza, alta mortalidad infantil y prevalencia de desnutrición.

Por último, los *Hogares Comunitarios de Bienestar* (HCB), creados en 1974 como un programa de erradicación de la pobreza, son la modalidad de atención emblemática del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para la primera infancia. La atención se brinda en hogares adaptados de madres comunitarias. Los HCB se enfocan en niños menores de 6 años y ofrecen cuidado, alimentación y estimulación. En los últimos años se han realizado esfuerzos por mejorar su calidad. El programa logra una cobertura de más de 1'200.000 niños en todo el país. La

población objetivo es la de bajos recursos y en condiciones de vulnerabilidad, focalizada a través del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN).

Los *Hogares Comunitarios de Bienestar* gastan al año US\$353,7 por niño y cuentan con un presupuesto anual de US\$408,7 millones. Los principales componentes del gasto son la alimentación y los estipendios de las madres comunitarias (que no tienen una relación laboral con el programa). Los hogares también reciben una parte de su financiación a través de un copago de los padres de US\$8,1 mensuales. Los otros dos programas no exigen ningún pago a los padres. *Buen Comienzo*, por su parte,

Tabla 46. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Colombia.

| Institución | Secretaría de Educación, Secretaría de Salud y Secretaría de Integración Social de Medellín | Secretaría de Integración Social de Bogotá | Instituto Colombiano de Bienestar Familiar |
|----------------------------------|--|---|---|
| Programa | Buen Comienzo | Proyecto para una Infancia y Adolescencia Feliz y Protegida Integralmente | Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar |
| Componentes | | | |
| Servicios de cuidado | Se brinda varios tipos de atención en centro para mayores de 1 año, de medio día y de día entero. | Se ofrece cuidado de 8 a 10 horas por día en tres tipos de centros: casas vecinas, jardines sociales y jardines infantiles, siendo estos últimos los de mayor calidad. | Se ofrece cuidado de 8 horas por día en distintas modalidades de atención, principalmente en hogares familiares adaptados; atención a cargo de personal comunitario. |
| Servicios de alimentación | Proveen almuerzo y dos refrigerios al día. Se intenta proveer el 80% de las calorías necesarias diarias en centros de 8 horas, y el 27% en centros de 5 horas. | Se provee un almuerzo y dos refrigerios al día. Se provee el 70% de las calorías necesarias diarias. | Se provee almuerzo y dos refrigerios. Se aspira a proveer el 70% de las calorías necesarias diarias. |
| Seguimiento nutricional | Seguimiento bimensual del peso y talla de los niños. Se analiza la información recopilada para identificar problemas. | Se realiza seguimiento semestral del crecimiento de los niños. Se analiza la información con ayuda de software específico y se toman medidas. | Se realiza seguimiento trimestral del peso y talla de los niños. Se analiza la información con un sistema llamado Metrix. Se almacena el 20% de la información total. |
| Entrega de suplementos | No se provee ningún suplemento nutricional ni alimentos fortalecidos. | Se provee mensualmente vitamina A, hierro y medicina desparasitante. | Se proporciona diariamente bienestarina ("chispitas"). |
| Apoyo a los padres | Una modalidad de atención se basa en el ambiente familiar y comunitario, donde se trabaja con las familias de los niños que asisten al programa y especialmente las madres, que se afilian al programa desde la gestación. Se trabaja en sesiones mensuales sobre temas de nutrición, salud y cuidado. | Se realiza trabajo semestral con los padres en temas de salud, nutrición, cuidado y desarrollo. Se revisa el proceso pedagógico de los niños cada 4 meses con los padres. | Se realizan capacitaciones mensuales sobre salud, cuidado, maltrato y otros temas. |

Fuente y elaboración: los autores.

incurre en un costo anual de US\$ 725 por niño con un gasto anual total de US\$1,1 millones.

Las características de los tres programas que brindan servicios de cuidado son similares. El programa *Buen Comienzo* únicamente trabaja en centros con niños mayores de 1 año y con actividades durante 5 a 8 horas al día. La *Alcaldía de Bogotá* ofrece tres tipos de modalidades, que difieren en su calidad y manejo administrativo. Atienden entre 8 y 10 horas diarias. Los HCB tienen el mayor número de modalidades, siendo la más común el hogar comunitario, que atiende de 12 a 14 niños de todas las edades, a cargo de una sola cuidadora. Cuando los barrios y comunidades tienen una alta densidad de hogares comunitarios,

las cuidadoras pueden agruparse. Esto facilita la atención y permite dividir a los niños en grupos según su edad. Además de los hogares comunitarios tradicionales existen los hogares grupales, múltiples, y los jardines sociales. Estos últimos son una modalidad institucional más reciente, que busca lograr mayor calidad (a través de las instalaciones, el equipamiento, el modelo pedagógico y la presencia de personal profesional).

Los tres programas proveen un almuerzo y dos refrigerios al día y cubren entre 70% y 80% de las calorías necesarias diarias. En el programa *Buen Comienzo* se mide el peso y la talla de los niños cada 2 meses, en la *Alcaldía de Bogotá* cada 6 meses y en los HCB cada 3 meses. En todos los casos la información es sistematizada y utilizada

Tabla 47. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Colombia.

| Institución | Secretaría de Educación, Secretaría de Salud y Secretaría de Integración Social de Medellín | Secretaría de Integración Social de Bogotá | Instituto Colombiano de Bienestar Familiar |
|---|--|--|--|
| Programa | Buen Comienzo | Proyecto para una Infancia y Adolescencia Feliz y Protegida Integralmente | Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar |
| Calidad | | | |
| Lugar donde opera | - Centros exclusivos del programa - Centros comunitarios | - Centros exclusivos del programa - Centros comunitarios | - Hogares adaptados - Instalaciones anexas a escuelas o iglesias - Centros exclusivos del programa - Centros comunitarios |
| Estándares | Fuerte cumplimiento de estándares de dotación, seguridad y salubridad. El 45% de los centros cumplen con el mínimo espacio por niño. | Cumplimiento entre 70% y 90% de los estándares de calidad. El 29% de los centros cumplen completamente con regulación de salubridad y el 68% con la de seguridad. | Cumplimiento básico de estándares de calidad en los centros. Entre 10% y 30% de los hogares comunitarios cumplen con el mínimo de los estándares de calidad. |
| Perfil del personal | Maestras: licenciadas en educación infantil, pedagogía y afines. Auxiliares: familiares y auxiliares de cuidado con experiencia en primera infancia que apoyan el desarrollo de las actividades educativas, madres comunitarias y FAMI contratadas por el ICBF. | Maestras: docentes con licenciatura en educación infantil, o técnicas en educación infantil con 2 años de experiencia. Auxiliares pedagógicas: bachiller pedagógico, estudiante de nivel técnico o bachiller con más de 10 años de experiencia. | Madres comunitarias: se prefiere que tengan bachillerato técnico. |
| Coefficientes de atención (niños por adulto) | 3,7 entre 0 y 2 años 6,2 entre 2 y 6 años | 8,3 entre 0 y 2 años 12,9 entre 2 y 4 años 16,6 entre 4 y 6 años | 10,0 entre 0 y 2 años 15,0 entre 2 y 6 años |
| Compensación mensual | US\$652,6 para las maestras US\$261,0 para las auxiliares | US\$759,1 para las maestras US\$621,3 para las auxiliares pedagógicas | US\$146,2 para las madres comunitarias |

Fuente y elaboración: los autores.

para mejorar los menús o identificar problemas individuales. En el caso de los HCB, únicamente se sistematiza el 20% de la información antropométrica recogida, debido al tamaño de la cobertura.

Por último, *Buen Comienzo* no entrega suplementos nutricionales; la *Alcaldía de Bogotá* distribuye vitamina A, hierro y medicina desparasitante de manera mensual; y, los HCB micronutrientes en polvo (“chispas”) con una periodicidad mensual.

El trabajo con los padres es un componente esencial del programa *Buen Comienzo* y se realiza a través de reuniones mensuales que comienzan durante la gestación y continúan durante la primera infancia. En la *Alcaldía de Bogotá* el trabajo con los padres consiste en reuniones semestrales donde se abordan temas de salud, nutrición, cuidado y desarrollo. En los HCB se realizan capacitaciones mensuales sobre maltrato, salud y cuidado.

El programa *Buen Comienzo* se destaca por el uso de instalaciones exclusivas y especializadas para la atención. La mayor parte de sus centros han experimentado remodelaciones importantes o han sido construidos para el programa. La *Alcaldía de Bogotá* también cuenta con infraestructura exclusiva, aunque generalmente es un poco vieja y no cumple con todos los estándares y regulaciones. También sobresale el uso de centros comunitarios remodelados. La infraestructura usada por el HCB es el hogar de la madre comunitaria encargada de la atención. Generalmente es la misma madre quien debe proveer el cuidado, cocinar y mantener en orden su hogar, lo que afecta la calidad de la atención que ella puede ofrecer a los niños a su cargo. Cuando los hogares se agrupan, hay mayores opciones para mejorar la calidad de la infraestructura y de la atención.

Los centros de *Buen Comienzo* cumplen con todas las necesidades básicas de equipamiento y seguridad. Sin embargo, tienen problemas de espacio en los salones. Sólo el 45% de los centros cumplen con el mínimo espacio por niño requerido por el propio programa. La *Alcaldía de Bogotá* ha detectado que únicamente el 29% de los centros

cumple completamente con la regulación de salubridad y el 68% con la de seguridad. En los HCB el cumplimiento de estándares es bajo y ocurre apenas en 10% al 30% de los casos. Esta es una de las principales razones que han motivado el proceso de agrupamiento de los centros en modalidades institucionales y de mejor calidad.

De los tres programas, *Buen Comienzo* tiene los coeficientes de atención más bajos con 3,7 niños por adultos entre 0 y 2 años, y 6,2 entre 2 y 6 años. En contraste, los coeficientes de atención de los HCB son muy altos para todas las edades, con 10 niños por adultos entre 0 y 2 años, y 15 entre 2 y 6 años, y no existe separación de los niños en grupos según su edad. Las maestras de *Buen Comienzo* reciben un salario de US\$652,6 al mes y las auxiliares de US\$261,0. En la *Alcaldía de Bogotá* las maestras perciben un salario mensual de US\$759,1 y las auxiliares de US\$621,3. En los HCB las madres comunitarias reciben únicamente un estipendio de US\$146,2 al mes.

4.6 Costa Rica

El programa de Costa Rica analizado en este estudio es el CEN-CINAI del Ministerio de Salud. Se originó en 1951 como un programa de alimentación para niños y madres embarazadas en riesgo de desnutrición. En 1971 se introdujo la educación preescolar y se crearon los Centros de Educación y Nutrición (CEN). En 1975 se abrieron los Centros Infantiles de Nutrición y Desarrollo Infantil (CINAI). En 2010 se creó la Dirección Nacional de CEN-CINAI. El programa ofrece servicios de nutrición a 92.054 niños y de cuidado a 31.624 niños de entre 3 y 72 meses de edad. Los cupos se priorizan para niños en condiciones de desnutrición y población pobre, y se focalizan a través de un certificado de ingresos y mediante la ubicación de los centros. El costo anual por niño es de US\$574,8. No se consiguió la información desagregada del servicio de preescolar. El programa cuenta con un presupuesto anual de US\$71,1 millones y los padres pueden hacer contribuciones mensuales voluntarias.

Los servicios de cuidado poseen dos modalidades de atención: los CEN, que

Tabla 48. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Costa Rica.

| Institución | Ministerio de Salud |
|--------------------------------|--|
| Programa | CEN-CINAI |
| Niños atendidos (2011) | 31.624 en centros / 92.054 en servicios de nutrición |
| Grupo de edad al que atiende | 3 a 72 meses |
| Centros en operación (2011) | 624 |
| Horario de operación | 12 meses al año 5 días por semana Entre 8 y 12 horas por día |
| Cobertura geográfica | 82 localidades |
| Población objetivo | - Priorización en desnutrición - Población pobre y con riesgo social |
| Método de focalización | Se focaliza utilizando un certificado de ingresos, y según la ubicación de los centros |
| Costo anual por niño (2010) | US\$574,8 |
| Ingresos totales (2010) | US\$71.095.202,4 |
| Tarifa pagada por las familias | Contribuciones voluntarias |

La tasa de cambio utilizada fue el promedio de diciembre de 2010: 502,1 colones por dólar.
Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 49. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Costa Rica.

| Institución | Ministerio de Salud |
|---------------------------|--|
| Programa | CEN-CINAI |
| Componentes | |
| Servicios de cuidado | Dos modalidades de atención en centro: CEN y CINAI. Los CINAI son centros que atienden 12 horas por día y los CEN 8 horas. |
| Servicios de alimentación | CEN provee 2 comidas al día, CINAI da 3. Se provee el 70% de las calorías necesarias diarias. CEN-CINAI tiene un programa de atención alimentaria a las familias a través de visitas o sesiones en comunidades. Este consiste en la entrega mensual de 1,6 kg de leche y/o la distribución mensual de una ración de alimentos a familias con niños desnutridos. La entrega se acompaña siempre de sesiones educativas a padres y niños. |
| Seguimiento nutricional | Se miden peso y talla cada 6 meses. Atención especial a casos de desnutrición (medidos cada 3 meses). |
| Entrega de suplementos | Alimentos fortificados con diferentes micronutrientes. |
| Apoyo a los padres | Programa de acompañamiento en la tarea de crianza y socialización. Sesiones mensuales con los padres. |

Fuente y elaboración: los autores.

operan 8 horas diarias, y los CINAI, que cuentan con mejor infraestructura y atienden 12 horas al día. Los CEN proveen 2 comidas al día y los CINAI 3, pero ambos buscan garantizar el 70% del requerimiento calórico diario. Además, entregan mensualmente una ración de alimentos fortificados a las familias con niños desnutridos. Los niños de los CEN-CINAI son pesados y medidos cada 6 meses, aunque los que están desnutridos reciben seguimiento cada 3 meses.

La atención se ofrece principalmente en centros de uso exclusivo del programa. Se realizan inspecciones anuales y, aunque tienen impuesta la regulación para el espacio mínimo por niño (1,5 metros

cuadrados), no se sabe qué porcentaje de los centros cumplen con estos estándares

Respecto del perfil del personal, la directora de cada CINAI debe ser licenciada en educación preescolar y tener por lo menos dos años de experiencia. Se requiere de las maestras ser bachilleres con dos años de formación en educación preescolar y de las trabajadoras auxiliares haber cursado tercer grado de secundaria. Todas reciben un salario de US\$618, con incrementos por antigüedad. Los coeficientes de atención son de 3,2 niños por adulto de 0 a 1 años, 3,6 para 1 a 2 años, 13 para 2 a 4 años y 24 para 4 a 6 años.

Tabla 50. Calidad de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Costa Rica.

| Institución | Ministerio de Salud | |
|--|---|--|
| Programa | CEN-CINAI | |
| Calidad | | |
| Lugar donde opera | - Centros del programa - Centros comunitarios | |
| Estándares | Tamaño mínimo de 1,5 metros cuadrados por niño. Se tiene regulación sobre la infraestructura y los espacios, pero no hay información sobre el porcentaje de los centros que la cumplen. Inspecciones anuales con posible cierre de centros. | |
| Perfil del personal | Directora de CINAI (CEN no tiene director): licenciada en educación preescolar. Mínimo 2 años de experiencia. Administra el CINAI y trabaja con los niños. | |
| | Maestra preescolar o asistente de servicio civil: bachiller con 2 años de educación preescolar. Mínimo 2 años de experiencia relacionada. Trabaja directamente con los niños. | |
| | Trabajadora auxiliar: debe haber cursado tercer grado de secundaria. Asiste en el cuidado de los niños menores de 2 años. | |
| Coefficientes de atención (niños por adulto) | 3,2 entre 0 y 1 años 3,6 entre 1 y 2 años 13,0 entre 2 y 4 años 24,0 entre 4 y 6 años | |
| Compensación mensual | US\$618,0 con aumentos anuales pactados | |

Fuente y elaboración: los autores.

4.7 Ecuador

En Ecuador se visitaron programas del Instituto de la Niñez y la Familia (INFA).

Los *Centros Infantiles del Buen Vivir* (CIBV) ofrecen servicios de cuidado de modalidad comunitaria. Atienden a niños de madres trabajadoras y buscan proveer estimulación y nutrición, pero también cuidar de los niños para permitir que sus madres trabajen. El programa tiene 3.800 centros que atienden 8 horas al día a 138.117 niños menores de 5 años. Opera en 855 comunidades urbanas y 527 rurales. Casi la

totalidad de los centros del INFA operan bajo convenios de corresponsabilidad suscritos con los gobiernos autónomos descentralizados y con organizaciones de la sociedad civil. Los CIBV son atendidos por madres comunitarias.

Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) es un programa de apoyo parental, enfocado en las madres que no trabajan. Cuenta con 907 puntos de atención, de los cuales 580 son rurales. Atiende a 356.416 familias. Combina sesiones grupales de 4 horas a la semana (para los niños mayores) con visitas domiciliarias de 1 hora semanal

Tabla 51. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Ecuador.

| Institución | Instituto de la Niñez y la Familia | |
|------------------------------|--|---|
| | Centros Infantiles del Buen Vivir | Creciendo con Nuestros Hijos |
| Niños atendidos (2011) | 138.117 | 356.416 |
| Grupo de edad al que atiende | 0 a 60 meses | 0 a 60 meses |
| Centros en operación (2011) | 3.800 | 907 centros de reunión acordados |
| Personal (2011) | 23.965 | 6.055 |
| Horario de operación | 12 meses al año 5 días por semana 8 horas por día | 12 meses al año 1 día a la semana 4 horas por visita grupal/1 hora de visita individual |
| Cobertura geográfica | 855 comunidades/527 rurales | 907 comunidades/580 rurales |
| Población objetivo | - Población pobre y con riesgo social - Madres trabajadoras | - Población pobre y con riesgo social - Madres que no trabajan |
| Método de focalización | Disponibilidad del servicio en la localidad. | Disponibilidad del servicio en la localidad. |

Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 52. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Ecuador.

| Institución | Instituto de la Niñez y la Familia | |
|--|--|--------------------------------|
| | Centros Infantiles del Buen Vivir | Creciendo con Nuestros Hijos |
| Gastos totales (2010) | US\$130.514.749,1 | US\$107.658.063,7 |
| Materiales | 2,1% | 3,3% |
| Alimentación | 1,4% | 10,9% |
| Salarios | 44,6% | 25,6% |
| Infraestructura / Mantenimiento | 50,8% | 59,6% |
| Capacitaciones | 1,1% | 0,7% |
| Costo anual por niño (2010) | US\$935,5 | US\$302,1 |
| Ingresos totales (2010) | US\$129.210.656,4 | US\$107.658.063,7 |
| Tarifa pagada por las familias | No deben realizar ningún pago, aunque en la práctica es común que los centros cobren una contribución mensual de hasta US\$10,0. | No deben realizar ningún pago. |

Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 53. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Ecuador.

| Institución | Instituto de la Niñez y la Familia | |
|----------------------------------|--|---|
| | Centros Infantiles del Buen Vivir | Creciendo con Nuestros Hijos |
| Componentes | | |
| Servicios de cuidado | Cuidado en centros en caso de que la madre trabaje. | No se provee servicio de cuidado. |
| Servicios de alimentación | 2 comidas y 2 refrigerios al día. | Proveen un refrigerio en las sesiones. Nutrición se trabaja con padres en sesiones. |
| Seguimiento nutricional | Se mide peso y talla en los centros con una periodicidad muy variable. | Se mide peso y talla en los centros con una periodicidad muy variable. |
| Entrega de suplementos | Entregan "chispitas" diariamente. | No se proveen suplementos. |
| Apoyo a los padres | Reuniones individuales con periodicidad baja y variable para hablar del progreso de los niños. | Foco central del programa. Sesiones semanales con los padres y los hijos. Se realiza una sesión semanal de 4 horas o 2 sesiones de 2 horas según la edad del niño. También pueden hacerse sesiones individuales con población dispersa rural. |

Fuente y elaboración: los autores.

(para los niños más pequeños). La asignación a uno u otro programa (CNH o CIBV) depende de la demanda de los hogares y del estado laboral de la madre. Si trabaja, puede enviar a sus hijos a un CIBV y si no lo hace, puede participar en el CNH. Este último se considera una modalidad más viable para comunidades dispersas.

Los CIBV manejan un presupuesto de US\$129 millones anuales, mientras que CNH, con una población casi 3 veces mayor, tiene un presupuesto de US\$107,6 millones. Aunque los principales rubros de gasto son los mismos en ambos programas (infraestructura y salarios), resulta notable que en los CIBV el gasto en salarios sea mucho mayor (45% frente a 26%), debido

a los mayores requerimientos de personal. Vale notar que el gasto en adecuación de las instalaciones donde se llevan a cabo las sesiones de CNH absorbe un porcentaje grande de sus gastos (60%). Los CIBV operan mayoritariamente mediante convenios con terceros (organizaciones comunitarias, iglesias, ONG, etc.) que son quienes se encargan de la provisión de los servicios. A cambio reciben un pago mensual proporcional al número de niños atendidos para cubrir los gastos de alimentación y los salarios del personal. En los CIBV el costo anual por niño es de US\$935, mientras que en CNH es de US\$302. Esta brecha es grande si se toma en cuenta la diferencia en frecuencia e intensidad entre los programas. En ninguno de ellos los padres deben realizar

Tabla 54. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Ecuador.

| Institución | Instituto de la Niñez y la Familia | |
|---|---|---|
| | Centros Infantiles del Buen Vivir | Creciendo con Nuestros Hijos |
| | Calidad | |
| Lugar donde opera | - Centros del programa - Instalaciones anexas a escuelas e iglesias - Centros comunitarios | - Centros comunitarios - Hogares familiares adaptados |
| Estándares | El programa recoge datos sobre la calidad de la infraestructura, pero no se han identificado estándares. | No se han definido estándares de calidad en los lugares donde se realizan las sesiones. |
| Perfil del personal | Coordinadoras: tituladas técnicas o profesionales en cuidado infantil o educación. 2 años de experiencia. Promotora: 7º de básica (primaria completa). 1 año de experiencia y proveniente de la comunidad. | Promotora: título de bachiller normalista o formación universitaria, preferentemente en el área social. 1 año de experiencia en desarrollo infantil y, preferentemente, con experiencia en trabajo comunitario. |
| Coefficientes de atención (niños por adulto) | 6,79 entre 0 y 2 años 8,18 entre 2 y 6 años | 12,0 padres por sesión |
| Compensación mensual | US\$220,0 para las coordinadoras US\$200,0 para las promotoras | US\$370,0 para las promotoras |

Fuente y elaboración: los autores.

un copago para recibir los servicios. Sin embargo, en la práctica es frecuente que los operadores de los CIBV cobren una contribución mensual a las familias que usan los servicios. Esto fue verificado por los autores del estudio en entrevistas al personal de los centros visitados.

Los CIBV proveen dos comidas y dos refrigerios por día. Adicionalmente, el programa añade micronutrientes en polvo (“chispas”) a la comida que sirve a los niños. Los niños son pesados y medidos con una frecuencia que depende de su edad. CNH provee un refrigerio en las sesiones. Los seguimientos antropométricos son similares a los de los CIBV, aunque no entrega micronutrientes ni suplementos.

El trabajo con los padres en los CIBV se realiza a través de reuniones individuales de periodicidad baja y variable, en las que se habla del progreso de los niños. En CNH este es el componente principal. Los padres participan con sus hijos en sesiones semanales y reciben información nutricional y sobre el desarrollo de sus hijos, además de aprender técnicas de estimulación y juego.

La atención en los CIBV se brinda principalmente en establecimientos proporcionados por los operadores y con frecuencia se utilizan instalaciones

anexas a escuelas o iglesias. Los centros cumplen con el espacio mínimo por niño requerido, aunque tienen estándares básicos de calidad, en especial en materia de seguridad y salubridad. CNH trabaja en centros comunitarios adaptados o en hogares familiares.

Durante la entrevista realizada en 2011 se reportó que los CIBV contaban con dos tipos de personal. Se requiere que las coordinadoras tengan título profesional en cuidado infantil o educación y dos años de experiencia. Las promotoras, cuya función es atender directamente a los niños, poseen primaria completa y un mínimo de un año de experiencia. En CNH las promotoras o visitadoras deben tener un título de bachiller normalista o formación universitaria y un año de experiencia en desarrollo infantil.

Las promotoras de los CIBV reciben una compensación de US\$200 mensuales y las coordinadoras una de US\$220, mientras que las promotoras de CNH perciben US\$370. No tienen una relación laboral con el INFA ni reciben afiliación a la seguridad social. Los coeficientes de atención del CIBV son de 6,8 niños por adulto para niños de entre 0 y 2 años y de 8,2 para niños de entre 2 y 6 años. En cada sesión, CNH trabaja con grupos de máximo 12 padres.

Vale la pena destacar que en los meses posteriores a la realización de la entrevista con el INFA el gobierno ecuatoriano emprendió importantes reformas en los servicios estudiados. Entre ellas, se destaca la contratación de una profesional en el papel de coordinadora de cada uno de los establecimientos en los cuales operan los CIBV. A pesar de que durante la entrevista realizada en 2011 se reportó que se requería que las coordinadoras tuvieran educación terciaria, esto no se cumplía en la práctica. Sin embargo, a partir de abril de 2012 se inició un esfuerzo muy grande para identificar, capacitar y contratar a coordinadoras que cumplieran con este perfil. Además, se incrementó en forma importante su remuneración (a US\$700 por mes con beneficios de ley). Este esfuerzo se enmarca dentro de una estrategia

más ambiciosa que busca una reforma importante en la calidad de estos servicios y que supone un compromiso político y presupuestario de magnitud considerable.

4.8 El Salvador

El *Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia* (ISNA) es el encargado de la provisión pública de servicios de primera infancia. Lo hace a través de dos servicios de cuidado, los *Centros de Bienestar Infantil* (CBI) y los *Centros de Desarrollo Infantil* (CDI), creados en 1993. Aunque el ISNA tiene cobertura nacional, sólo atiende a 5.463 niños en 204 centros, principalmente por falta de presupuesto. La población objetivo son niños de entre 7 y 72 meses, hijos de familias de escasos

Tabla 55. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en El Salvador.

| Institución | Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la niñez y la adolescencia (ISNA) |
|------------------------------|--|
| Programa | Centros de Bienestar Infantil (CBI) y Centros de Desarrollo Integral (CDI) |
| Niños atendidos (2011) | 5.463 |
| Grupo de edad al que atiende | 7 a 72 meses |
| Centros en operación (2011) | 204 |
| Personal (2011) | 643 |
| Horario de operación | 12 meses al año CBI: 5 días, 8 horas/día CDI: 5 días, 10,5 horas/día |
| Cobertura geográfica | Cobertura nacional |
| Población objetivo | Población con escasos recursos |
| Método de focalización | Se utiliza la localización de los centros como focalización. |

Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 56. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en El Salvador.

| Institución | Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la niñez y la adolescencia (ISNA) |
|--------------------------------|---|
| Programa | Centros de Bienestar Infantil (CBI) y Centros de Desarrollo Integral (CDI) |
| Gastos totales (2010) | US\$2.725.711,4 |
| Salarios | 45,0% |
| Capacitaciones | 1,3% |
| Gastos administrativos | 6,6% |
| Alimentación | 47,1% |
| Costo anual por niño (2010) | US\$504,1 |
| Ingresos totales (2010) | US\$2.753.711,4 |
| Tarifa pagada por las familias | Los padres realizan una contribución voluntaria de US\$0,75 al día. Los ingresos de esta fuente se utilizan principalmente en gastos administrativos. |

Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 57. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en El Salvador.

| Institución | Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la niñez y la adolescencia (ISNA) |
|----------------------------------|---|
| Programa | Centros de Bienestar Infantil (CBI) y Centros de Desarrollo Integral (CDI) |
| Componentes | |
| Servicios de cuidado | CDI: son centros de mejor calidad, con una tasa de adultos por niño monitoreada y una jornada más larga. Atienden desde los 6 meses hasta los 7 años. CBI: son alternativas de menor costo. Atienden niños desde los 2 años de edad. |
| Servicios de alimentación | CDI: proveen desayuno, almuerzo y 2 refrigerios. CBI: proveen desayuno, almuerzo y un refrigerio. Suministran el 90% de las calorías necesarias diarias. |
| Seguimiento nutricional | Se miden el peso y la talla en los centros. Las maestras están capacitadas para hacerlo. Se registra información en un sistema electrónico. La información se analiza según tablas de crecimiento. |
| Entrega de suplementos | No se proveen suplementos. |
| Apoyo a los padres | En una escuela de padres se trabajan temas de nutrición, disciplina alternativa y prácticas de crianza. La escuela es mensual en los CDI y bimestral en los CBI. |

Fuente y elaboración: los autores.

recursos. El servicio se focaliza a través de la ubicación de los centros.

El programa cuenta con un presupuesto de US\$2,7 millones al año y los padres realizan una contribución voluntaria de 75 centavos de dólar al día. Los principales gastos del programa son alimentación (47%) y salarios (44%). El costo anual por niño es de US\$504.

El gasto en infraestructura es bajo en el programa debido al uso de instalaciones

antiguas con poco mantenimiento. Tampoco se han construido nuevos centros en los últimos años. No obstante, existen diferencias entre las dos modalidades de atención. Los CDI cuentan con infraestructura de mejor calidad y los niños están separados en grupos según sus edades. Los CBI, que se presentan como una alternativa de bajo costo, utilizan infraestructura vieja y en condiciones regulares, y no separan a los niños en grupos según sus edades. Los CDI son por lo general centros exclusivos

Tabla 58. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en El Salvador.

| Institución | Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la niñez y la adolescencia (ISNA) |
|---|--|
| Programa | Centros de Bienestar Infantil (CBI) y Centros de Desarrollo Integral (CDI) |
| Calidad | |
| Lugar donde opera | <ul style="list-style-type: none"> - Centros específicos del programa - Instalaciones anexas a escuelas e iglesias - Hogares adaptados - Centros comunitarios |
| Estándares | No se tiene información del cumplimiento de regulación de espacios. La regulación de dotación se cumple en un 50%, y en salubridad y seguridad se cumple en un porcentaje menor. La inspección de los centros es básica. |
| Perfil del personal | <p>Educadoras CDI: contratadas formalmente, sin perfil mínimo específico. El programa invierte en su capacitación. Se exige empatía con los niños y reconocimiento de la comunidad.</p> <p>Madres cuidadoras CBI: voluntarias sin perfil mínimo. El programa invierte en su capacitación. Desertan bastante de sus puestos de trabajo una vez que consiguen algún certificado.</p> |
| Coefficientes de atención (niños por adulto) | 5,0 entre 0,5 y 2 años 7,5 entre 2 y 7 años |
| Compensación mensual | US\$402,0 para las educadoras US\$68,6 para cuidadoras |

Fuente y elaboración: los autores.

del programa, mientras que los CBI se ubican en centros comunitarios o instalaciones anexas a escuelas e iglesias. El programa no ha desarrollado un sistema de estándares, pero se cree que hay algunas deficiencias especialmente en temas de seguridad y salubridad.

En ambos casos, los centros proveen un desayuno y un almuerzo. Los CDI ofrecen dos refrigerios y los CBI uno, aunque ambos buscan cubrir el 90% de los requerimientos calóricos diarios. Los niños son pesados y medidos mensualmente en los centros, donde las maestras están capacitadas para hacerlo. La información es sistematizada y analizada posteriormente con tablas de crecimiento. No se proveen suplementos nutricionales o alimentos fortificados. El programa tiene una escuela de padres donde se trabaja con una periodicidad mensual en los CDI y bimensual en los CBI.

Las educadoras de los CDI son contratadas formalmente, aunque no se requiere de un nivel mínimo de educación. Las educadoras tienen un salario mensual de US\$402. En los CBI trabajan madres comunitarias voluntarias. Algunas pueden tener entrenamiento en temas relacionados con la primera infancia, pero no existe un requisito educativo mínimo para

el puesto. Las madres comunitarias reciben un estipendio mensual de US\$68. Los coeficientes de atención son de 5 niños por adulto entre 0 y 2 años y de 7,5 por niño entre 2 y 6 años para ambas modalidades.

4.9 Guatemala

Los dos programas de Guatemala que se incluyen en este estudio brindan servicios de cuidado en centro.

El programa de *Hogares Comunitarios* depende de la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP). Creado en 1998 como un piloto y basado en una modalidad comunitaria, atiende a 16.143 niños en 818 hogares en todo el país. Cubre a 210 comunidades, 150 de las cuales son rurales. El programa atiende a niños menores de 6 años de familias en pobreza y en situación de riesgo social, priorizando a niños con desnutrición y a madres trabajadoras. La focalización se realiza a través de visitas a los hogares y de la presentación de un certificado para verificar los ingresos.

El *Programa de Atención Integral a la Niñez* (PAIN) de la Dirección General de Gestión de Calidad (DIGECADE), del Ministerio de Educación, trabaja en 122 comunidades rurales y urbano-marginales de Guatemala, atendiendo

Tabla 59. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Guatemala.

| Institución | Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente | Dirección General de Gestión de Calidad del Ministerio de Educación |
|-------------------------------------|--|---|
| Programa | Hogares Comunitarios | PAIN |
| Niños atendidos (2011) | 16.143 | 23.269 |
| Grupo de edad al que atiende | 0 a 72 meses | 0 a 72 meses |
| Centros en operación (2011) | 818 | 420 |
| Personal (2011) | 1.560 | 754 |
| Horario de operación | 11 meses al año 5 días por semana 10 horas por día | 10 meses al año 0-3 años: 1 día; 4-6 años: 4 días 0-3 años: 1 hora por día; 4-6 años: 3 horas por día |
| Cobertura geográfica | 210 comunidades/150 rurales | 122 comunidades rurales y urbano-marginales. |
| Población objetivo | - Población pobre y con riesgo social - Priorización en desnutrición - Madres trabajadoras | - Población pobre y con riesgo social - Población rural y urbano-marginal |
| Método de focalización | Focalización a partir de certificado de ingresos y visita a los hogares | Focalización geográfica |

Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 60. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Guatemala.

| Institución | Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente | Dirección General de Gestión de Calidad del Ministerio de Educación |
|---------------------------------------|--|---|
| Programa | Hogares Comunitarios | PAIN |
| Gastos totales (2010) | US\$9.268.372,3 | US\$2.985.360,2 |
| Gastos administrativos | 11,9% | 0,0% |
| Alimentación | 87,6% | 0,0% |
| Salarios | 0,0% | 95,9% |
| Alimentación | 0,0% | 4,1% |
| Costo anual por niño (2010) | US\$574,1 | US\$128,6 |
| Ingresos totales (2010) | US\$9.268.372,3 | US\$2.992.063,2 |
| Tarifa pagada por las familias | No deben realizar ningún pago | No deben realizar ningún pago |

La tasa de cambio utilizada fue el promedio de diciembre de 2010: 7,98 quetzales por dólar.
Fuente y elaboración: los autores.

a 23.269 niños menores de 6 años. La población objetivo son familias de escasos recursos y en condición de riesgo social. La focalización se realiza a través de la ubicación de los centros.

Ambos programas son gratuitos para los usuarios, aunque tienen presupuestos muy distintos. Los *Hogares Comunitarios* reciben US\$9,3 millones de dólares, siendo el gasto principal la alimentación. Los salarios no son un rubro importante debido a que quienes se encargan de los niños son voluntarios no remunerados. El presupuesto anual del PAIN es de US\$3 millones, menor que el de los *Hogares Comunitarios* pese a que atienden a una población mayor. La totalidad de los recursos se destinan al pago de salarios.

La información que se pudo conseguir sobre los gastos desagregados no es mucha. El costo anual por niño es de US\$574 para los *Hogares Comunitarios* y de US\$128,6 para el PAIN (uno de los más bajos entre los servicios de cuidado de la región).

Los *Hogares Comunitarios* ofrecen siete modalidades de atención distintas dependiendo del número de niños inscritos. Únicamente cuando los grupos son grandes se organiza a los niños según su edad. Los *Hogares Comunitarios* ofrecen dos comidas y dos refrigerios al día. Los niños son medidos y pesados cada tres meses y reciben micronutrientes en polvo (“chispitas”) y flúor, en coordinación con los centros de salud. Por otro lado, el PAIN

Tabla 61. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Guatemala.

| Institución | Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente | Dirección General de Gestión de Calidad del Ministerio de Educación |
|----------------------------------|---|--|
| Programa | Hogares Comunitarios | PAIN |
| Componentes | | |
| Servicios de cuidado | Distintas modalidades dependiendo del número de niños en el centro. Grupos más pequeños sin separación de edad. | Atención en centro a niños de 4-6 años, por 3 horas. Los niños de 0-3 años reciben sesiones con sus madres de 1 hora/semana. |
| Servicios de alimentación | 2 comidas y 2 refrigerios al día. No se tiene definido un porcentaje de calorías a cubrir. | No tienen servicio de alimentación en el centro. La nutrición se trabaja con los padres en sesiones mensuales. |
| Seguimiento nutricional | Se miden peso y talla cada 3 meses. | No se hace seguimiento nutricional. |
| Entrega de suplementos | “Chispitas” y flúor según coordinación con el centro de salud. | No se proveen suplementos. |
| Apoyo a los padres | Reuniones bimestrales con los padres sin el niño. Se trabajan temas de crianza, salud y nutrición. | Talleres mensuales. Temas de crianza, afecto, nutrición y salud. Atención a madres embarazadas y lactantes. |

Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 62. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Guatemala.

| Institución | Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente | Dirección General de Gestión de Calidad del Ministerio de Educación |
|---|--|--|
| Programa | Hogares Comunitarios | PAIN |
| Calidad | | |
| Lugar donde opera | - Hogares familiares adaptados - Centros exclusivos del programa - Centros comunitarios | - Hogares familiares adaptados - Instalaciones anexas a escuelas e iglesias - Centros comunitarios |
| Estándares | Los centros cumplen mayoritariamente con estándares de calidad. Se desconoce el cumplimiento en el tamaño de las áreas. Pocos centros tienen espacios al aire libre. Supervisión bimestral de los centros. | Estándares básicos de calidad. Reporta cumplimiento cercano al 90%. Sólo se hace supervisión de seguridad y salubridad al momento de la apertura de un centro. No se posee estándar de tamaño mínimo por niño. |
| Perfil del personal | Maestra: educadora de preprimaria. 9 años de preparatoria y 3 de educación en preprimaria. No se requiere de experiencia mínima. | Maestra: educadora de preprimaria. 9 años de preparatoria y 3 de educación en preprimaria. No se requiere de experiencia mínima. |
| | Madre cuidadora titular: mínimo 6° de primaria. Pertenecer a la comunidad y de preferencia es madre. Encargada de la administración del dinero en centros. | Madre voluntaria: en ocasiones se cuenta con una madre voluntaria para colaborar en el centro. Sin regulación o información. |
| | Madre cuidadora corresponsal: mínimo 6° primaria. Pertenecer a la comunidad. Recibe inducción al ingresar al puesto. | |
| Coefficientes de atención (niños por adulto) | 6 entre 0 y 6 años | 20 entre 0 y 4 años 40 entre 4 y 6 años |
| Compensación mensual | US\$275,8 para las maestras US\$175,5 para ambos tipos de cuidadoras | US\$470,1 para las maestras Las madres voluntarias no reciben estipendio |

Fuente y elaboración: los autores.

provee servicios a aquellos niños de entre 4 y 6 años, en sesiones de 3 horas, 4 días a la semana. Los niños menores de 3 años son atendidos en sesiones semanales de 1 hora junto con sus madres. Los centros del PAIN no ofrecen alimentación, tampoco hacen seguimiento del crecimiento, ni entregan suplementos nutricionales.

Los *Hogares Comunitarios* realizan talleres bimestrales con los padres, sin presencia de los hijos, para trabajar en temas de crianza, salud y nutrición. Los centros del PAIN realizan talleres mensuales en los cuales abordan aspectos similares. También dan apoyo a madres embarazadas y lactantes.

Tanto los *Hogares Comunitarios* como el PAIN operan principalmente en hogares familiares adaptados, aunque hay algunos que funcionan en centros específicos del programa o en centros comunitarios. La SOSEP reporta un buen cumplimiento de los estándares establecidos para los hogares comunitarios, aunque no cuentan con información detallada. Pocos centros tienen espacios para actividades al aire libre. El PAIN no posee estándares

de calidad, únicamente se realiza una supervisión de seguridad y salubridad al momento de inaugurar el centro.

La SOSEP emplea tres perfiles de personal. Las maestras deben ser educadoras de preprimaria (título que requiere 9 años de educación, más 3 años de entrenamiento técnico) y reciben un salario de US\$276 al mes. Las madres cuidadoras titulares deben haber terminado la primaria y se ocupan de tareas administrativas en los centros. La madre cuidadora corresponsal se ocupa directamente del trabajo con los niños. Debe tener terminada la primaria y recibe capacitación antes de iniciar su trabajo. A ambos tipos de madres comunitarias se les paga un salario de US\$175,5 mensuales. El PAIN maneja dos tipos de perfiles diferentes: las maestras que, al igual que las de los *Hogares Comunitarios*, deben tener título de educadora de preprimaria; y las madres voluntarias, que cumplen el papel de auxiliares en las sesiones y no se requiere que tengan un nivel educativo mínimo. Las madres voluntarias no reciben ningún pago, mientras que las maestras reciben

un salario de US\$470 al mes. La SOSEP maneja coeficientes de atención de 6 adultos por niño de 0 a 6 años, y en el PAIN estos son de 20 niños por adulto de 0 a 4 años y de 40 para el rango de 4 a 6 años. Los del PAIN se destacan entre los mayores coeficientes de atención en la región.

4.10 Honduras

El estudio visitó dos programas en Honduras, uno de servicios de cuidado y otro que brinda apoyo nutricional y que, por lo tanto, no se enmarca dentro de los dos tipos de servicios de desarrollo infantil abordados en el análisis.

El programa *Bienestar Familiar y Desarrollo Comunitario* del Instituto Hondureño de la Niñez y la Adolescencia (IHNFA), fundado en 1997, es un servicio de cuidado con baja cobertura nacional. El programa cuenta con 37 centros, donde se atiende a 1.848 niños menores de 6 años. La población objetivo son familias de escasos recursos, niños con desnutrición, familias en condiciones de riesgo social e hijos de madres trabajadoras. La priorización de cupos se realiza a través de una ficha de diagnóstico de las necesidades de la familia.

El *Programa de Atención Integral a la Primera Infancia* (PAIN) de la Secretaría de Salud es un programa nutricional creado en 1998. Trabaja mensualmente con las familias en sesiones de 3 horas, que se desarrollan como una consulta médica con un componente de apoyo parental. El programa tiene un enfoque completamente rural y atiende a 6 departamentos de los 18 que tiene el país, con una cobertura de 28.588 familias. La población objetivo son niños menores de 4 años en condición de pobreza, necesidad del servicio o desnutrición y se focaliza a nivel de localidad.

El servicio provisto por el PAIN es gratuito, a diferencia del IHNFA en el que los padres pagan una tarifa de entre US\$1 y US\$2,6 al mes. El presupuesto anual del IHNFA es de US\$2,9 millones, con un gasto anual por niño de US\$1.584.

El IHNFA posee algunos centros piloto de mejor calidad, aunque en general el servicio se presta en instalaciones que se encuentran en condiciones precarias. Los centros funcionan de 8 a 10 horas por día, 5 días a la semana, y proveen desayuno, almuerzo y dos refrigerios. El IHNFA hace mediciones antropométricas semestrales de los niños. Esta información se analiza

Tabla 63. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Honduras.

| Institución | Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia | Secretaría de Salud |
|--------------------------------|---|--|
| Programa | Bienestar Familiar y Desarrollo Comunitario | Programa de Atención Integral a la Primera Infancia |
| Niños atendidos (2011) | 1.848 | 28.588 |
| Grupo de edad al que atiende | 0 a 72 meses | 0 a 48 meses |
| Centros en operación (2011) | 37 | N/A |
| Personal (2011) | 130 | 3.100 |
| Horario de operación | 12 meses al año 5 días por semana 8 a 10,5 horas por día | 12 meses al año 1 día al mes 3 horas por sesión |
| Cobertura geográfica | Baja cobertura nacional | Cubre 6 departamentos. 100% rural. |
| Población objetivo | - Población de escasos recursos - Desnutrición - Riesgo Social - Madres trabajadoras | - Población de escasos recursos - Desnutrición - Sector rural |
| Método de focalización | Se utiliza un instrumento de diagnóstico de las necesidades de la población. | Focalización geográfica, identificando poblaciones con altos índices de necesidad del servicio |
| Gastos totales (2010) | US\$2.961.912,3 | N/D |
| Costo anual por niño (2010) | US\$1.602,8 | |
| Tarifa pagada por las familias | Los padres pagan entre US\$1,04 y US\$2,62 | No deben realizar ningún pago |

La tasa de cambio utilizada fue el promedio de diciembre de 2010: 18,8 lempiras por dólar.
Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 64. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Honduras.

| Institución | Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia | Secretaría de Salud |
|----------------------------------|---|---|
| Programa | Bienestar Familiar y Desarrollo Comunitario | Programa de Atención Integral a la Primera Infancia |
| Componentes | | |
| Servicios de cuidado | Centros de cuidado. Existen algunos centros piloto de calidad, aunque la mayoría se encuentran en condiciones básicas. | No se provee servicio de cuidado. |
| Servicios de alimentación | El programa brinda desayuno, almuerzo y 2 refrigerios al día. | En las consultas no se dan alimentos. |
| Seguimiento nutricional | Los centros de salud pesan y miden a los niños semestralmente. La información se almacena y analiza para la entrega de suplementos. | Se mide y pesa mensualmente a los niños en las consultas. Se provee consejería a los padres, según los resultados. |
| Entrega de suplementos | Se entrega semestralmente vitamina A, zinc, hierro, ácido fólico y medicina desparasitante. | Se entrega semestralmente zinc, hierro y ácido fólico. |
| Apoyo a los padres | Se realizan charlas mensuales en los centros para trabajar en temas de crianza, salud, nutrición y aprendizaje. | El foco del programa está en el trabajo con los padres y la atención médica al niño. Se realizan capacitaciones en diversos temas según el estado del niño. |

Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 65. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Honduras.

| Institución | Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia | Secretaría de Salud |
|---|---|---|
| Programa | Bienestar Familiar y Desarrollo Comunitario | Programa de Atención Integral a la Primera Infancia |
| Calidad | | |
| Lugar donde opera | - Centros exclusivos del programa - Hogares adaptados | Las sesiones se pueden realizar en cualquier ambiente |
| Estándares | No se posee regulación en términos de espacio mínimo por niño. Cumplimiento de las regulaciones en alrededor del 40% de los centros. Supervisión poco frecuente. | No hay regulaciones para los espacios de las sesiones. |
| Perfil del personal | Maestras principales: deben poseer título universitario en el sector urbano y bachillerato en el rural. No se requiere de experiencia previa mínima. Administran los centros y coordinan las actividades. | Supervisores: deben tener un grado universitario relacionado con salud y 3 años de experiencia en trabajo comunitario. |
| | Niñeras: deben tener primaria. Se ocupan del cuidado directo de los niños. | Promotores: deben tener bachillerato completo, con preferencia en carrera técnica en algún campo médico. No se requiere de experiencia previa mínima. Voluntarios: deben saber leer y escribir. La comunidad los escoge. |
| Coefficientes de atención (niños por adulto) | 10,0 entre 0 y 2 años 12,5 entre 2 y 6 años | 7,70 entre 0 y 2 años |
| Compensación mensual | US\$398,9 para las maestras principales US\$335,1 para las niñeras | US\$957,4 para las supervisoras US\$478,2 para las promotoras Los voluntarios no perciben estipendio |

Fuente y elaboración: los autores.

para coordinar la entrega de suplementos nutricionales. El programa distribuye vitamina A, zinc, hierro, ácido fólico y medicina desparasitante semestralmente. El trabajo con los padres en el IHNFA se realiza a través de charlas mensuales en las que se abordan temas de crianza, salud, nutrición y aprendizaje. Por su parte, el PAIN mide y pesa a los niños en cada consulta mensual y según los resultados guía a los padres en el cuidado de los niños. Se hace entrega de zinc, hierro y ácido fólico semestralmente.

El trabajo de los centros del IHNFA se realiza generalmente en instalaciones exclusivas del programa, aunque también se utilizan hogares familiares adaptados. El programa cuenta con pocos estándares de calidad y los que existen se cumplen en un porcentaje muy bajo (40%). Tampoco hay un trabajo sistemático de supervisión.

Los centros del IHNFA tienen maestras principales y niñeras. Las primeras administran los centros y coordinan actividades. Deben poseer un título universitario en las zonas urbanas o un título de bachiller en el sector rural. Reciben un pago mensual de US\$399. Las niñeras deben haber terminado la primaria y son quienes se ocupan del cuidado directo de los niños. Reciben un salario mensual de US\$335. El PAIN maneja tres perfiles de personal: los supervisores, con un salario de US\$957 deben tener un grado universitario relacionado con salud y 3 años de

experiencia en trabajo comunitario; los promotores, con un salario de US\$478 al mes, requieren de bachillerato completo con preferencia en carrera técnica en el campo médico; y, por último, los voluntarios, que solo deben saber leer y escribir y son escogidos por la comunidad. Los coeficientes de atención son de 10 niños de entre 0 y 2 años por adulto y de 12,5 niños de entre 2 y 6 años por adulto en el IHNFA. El PAIN tiene sesiones con un promedio de 7,7 familias por promotor.

4.11 Jamaica

La situación de la oferta pública de servicios para la primera infancia en Jamaica es particular y difiere en muchos aspectos del resto de Latinoamérica.

Las iniciativas incluidas en el estudio son dos. La primera institución estudiada es la Comisión de Primera Infancia del Ministerio de Educación (ECC, por sus siglas en inglés), creada en 2003, que cumple la función de ente regulador de los servicios públicos y privados de primera infancia en Jamaica. La Comisión regula los *Daycares* (0 a 3 años, privados), *Infant Schools* e *Infant Departments* (3 a 5 años, públicos), *Basic Schools* (3 a 5 años, privados con apoyo público) y *Prep Schools* (3 a 5 años, privados) que, en total, atienden a 132.000 niños. La cobertura de los servicios para niños de 3-5 años es universal en Jamaica.

Tabla 66. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Jamaica.

| Institución | Ministerio de Educación | Rural Family Support Organization |
|------------------------------|---|---|
| Programa | Early Childhood Commission | Roving Caregivers |
| Niños atendidos (2011) | 132.000 | 200 |
| Grupo de edad al que atiende | 0 a 60 meses | 0 a 36 meses |
| Centros en operación (2011) | 2.599 | Atención en hogares |
| Personal (2011) | 148* | 11 |
| Horario de operación | 12 meses al año 5 días por semana 8 horas por día | 12 meses al año 1 día por semana 1 hora por sesión |
| Cobertura geográfica | Cobertura nacional | 3 localidades rurales de May Pen |
| Población objetivo | - Universal para niños de 3-5 años | - Población de escasos recursos - Población con alto riesgo social |
| Método de focalización | Depende de los centros de manera individual. | Trabajo local. Identificación de familias en riesgo a través de las trabajadoras. |

*El personal incluye únicamente a empleados de la comisión y no a los maestros y empleados en el sistema. Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 67. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Jamaica.

| Institución | Ministerio de Educación | Rural Family Support Organization |
|--|---|-----------------------------------|
| Programa | Early Childhood Comission | Roving Caregivers |
| Gastos totales (2010) | US\$16.676.426,8 | N/D |
| Materiales | 1,4% | |
| Gastos administrativos | 6,1% | |
| Salarios | 91,8% | |
| Infraestructura / Mantenimiento | 0,5% | |
| Servicios | 0,3% | |
| Costo anual por niño (2010) | US\$126,3 | |
| Ingresos totales (2010) | US\$16.676.426,8 | No deben realizar ningún pago |
| Tarifa pagada por las familias | Los padres pagan tarifas variables. Depende de cada centro. Las tarifas no son reguladas. | |

La tasa de cambio utilizada fue el promedio de diciembre de 2010: 85,3 dólares jamaicanos por dólar estadounidense.

Fuente y elaboración: los autores.

El segundo programa estudiado es el *Roving Caregivers* (RC) de la Rural Family Support Organization (RuFamSo), apoyado por UNICEF, y la Bernard van Leer Foundation. Aunque este programa no opera con fondos públicos se incluyó en el estudio porque es un modelo que ha operado en varios países caribeños.

El programa inició en 1996 como un esfuerzo de capacitación a jóvenes que

habían abandonado la escuela. Después se transformó en un piloto que produjo la primera generación de *caregivers*. El modelo de las RC ha sido replicado en el Caribe, dado su reconocimiento como una alternativa de bajo costo en la provisión de servicios de apoyo parental para poblaciones dispersas. El programa logra aprovechar el conocimiento de las madres de la comunidad y fortalecer los vínculos entre ellas. Las *caregivers* proveen

Tabla 68. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Jamaica.

| Institución | Ministerio de Educación | Rural Family Support Organization |
|----------------------------------|--|---|
| Programa | Early Childhood Comission | Roving Caregivers |
| Componentes | | |
| Servicios de cuidado | La Comisión únicamente regula centros de primera infancia en Jamaica. Hay regulación sobre los servicios de guarderías privadas (0-3 años), preescolar público y privado (3-5 años). En Jamaica no existe apoyo público a la atención de 0-3 años. | No se provee servicio de cuidado. |
| Servicios de alimentación | Se regula que lo mínimo que pueden proveer los centros es el almuerzo con un 30% de las calorías necesarias diarias. | No se proveen alimentos. |
| Seguimiento nutricional | El seguimiento está en manos de los centros. La información no se centraliza. | Se mide la talla de los niños. Esta información se recolecta con periodicidad variable. |
| Entrega de suplementos | No se proveen suplementos. | No se proveen suplementos. |
| Apoyo a los padres | Los centros deben realizar sesiones grupales con los padres en las que se trabajan temas de nutrición, salud, crianza, cuidado, métodos de enseñanza y métodos de aprendizaje. | El programa se centra en este aspecto. Se realizan sesiones individuales y grupales para enseñarles a los padres a jugar con sus niños, a aprovechar materiales de bajo costo para elaborar juguetes, a cuidar de la higiene, nutrición y salud. Se procura que los padres realicen las actividades con la misma promotora siempre. |

Fuente y elaboración: los autores.

capacitación a las familias sobre cómo jugar con sus niños y cómo desarrollar sus habilidades cognitivas y psicosociales. Actualmente, y por falta de financiación, el proyecto atiende apenas a 200 niños menores de 3 años, con un personal de 11 empleados. Las sesiones se realizan semanalmente y el trabajo de selección de los beneficiarios se realiza a través del conocimiento de la comunidad que tienen las propias *caregivers*.

Únicamente se posee información financiera de la *Early Childhood Commission* (ECC), cuyo presupuesto asciende a los US\$16,6 millones de dólares al año. El principal rubro de gasto son los salarios y capacitaciones de apoyo a las maestras de los centros. El financiamiento de la ECC cubre una porción de los costos operativos de los centros. Las familias pagan tarifas variables por el servicio y estas dependen de cada centro, ya que no son reguladas por la Comisión. El costo por niño al año para la ECC es de US\$126, aunque esto no refleja el costo total del servicio que ofrece el centro.

La ECC regula que los centros deben proveer un mínimo de 30% del requerimiento calórico diario de los niños

pero cada centro puede decidir si cubre un porcentaje mayor. Adicionalmente, no existe un protocolo sobre cómo debe ser el seguimiento antropométrico de los niños. Las RC toman medidas antropométricas con frecuencia variable o recolectan esta información a través de reportes médicos. Ninguno de estos servicios entrega suplementos nutricionales.

El trabajo con los padres sí es regulado por la ECC y se exige que se lleven a cabo sesiones con los padres en las que se aborden temas de nutrición, salud, crianza, cuidado y métodos de enseñanza y aprendizaje. El programa de las RC se centra en el trabajo con los padres y las sesiones, que pueden ser grupales o individuales, se enfocan en enseñar a los padres a jugar con sus hijos, a construir juguetes de materiales de bajo costo y a cuidar de la higiene y la salud. Las sesiones tienen una frecuencia de una hora semanal. Se procura que sea siempre la misma visitadora o *caregiver* quien realice las sesiones a fin de desarrollar una relación de confianza con las familias.

Los servicios de cuidado en Jamaica regulados por la ECC generalmente tienen

Tabla 69. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Jamaica.

| Institución | Ministerio de Educación | Rural Family Support Organization |
|---|---|--|
| Programa | Early Childhood Commission | Roving Caregivers |
| Calidad | | |
| Lugar donde opera | - Centros exclusivos del programa - Instalaciones anexas a escuelas e iglesias | - Principalmente en hogares familiares |
| Estándares | Se presta especial atención a la regulación de seguridad y salubridad. Aunque existen reglas generales sobre el espacio mínimo de los salones y la razón de adultos por niños, ésta no se cumple a cabalidad en muchos centros. | Debido a la naturaleza del programa la regulación y los estándares son básicos. |
| Perfil del personal | Maestros: tienen distinta categorización según su nivel de entrenamiento. En promedio cuentan con 12 años de educación. Deben haber asistido a la escuela de maestros, la cual provee diferentes niveles de estudio. Se promueve seguir con la formación mientras enseñan en los centros. Comienzan como maestros asistentes y van ascendiendo. | <i>Caregivers</i> : de preferencia deben ser madres y haber sido atendidas anteriormente por el programa. No se requiere de un nivel educativo mínimo ni de experiencia. |
| Coefficientes de atención (niños por adulto) | 5 entre 0 y 1 años 7 entre 1 y 2 años 8 entre 2 y 4 años 10 entre 4 y 6 años | 5 entre 0 y 1 años 7 entre 1 y 2 años 8 entre 2 y 4 años |
| Compensación mensual | US\$187,5 al mes para las maestras como apoyo de la ECC en los centros públicos. Los centros privados pueden pagar otros salarios. | Reciben un estipendio pequeño al mes. No son empleadas formales y sólo trabajan medio tiempo. |

Fuente y elaboración: los autores.

instalaciones propias o se encuentran anexos a escuelas e iglesias. Una de las principales funciones de la ECC es monitorear que los centros cumplan con las medidas de seguridad y salubridad al igual que con los estándares de calidad, entre los cuales están el espacio y los coeficientes de atención. Los estándares en estos dos últimos temas no se cumplen en muchos centros y los esfuerzos de la ECC se han centrado en solucionar este tipo de problemas.

Los maestros de los servicios de cuidado regulados por la ECC tienen distintas categorías dependiendo de su nivel de entrenamiento. La ECC y los mismos centros promueven que sus maestros se sigan formando académicamente mientras trabajan. Esto les permite obtener una promoción dentro del sistema. El salario varía según el nivel educativo, pero en promedio las maestras ganan un salario de US\$187.5 al mes. Por otro lado, las *caregivers* son madres voluntarias y el programa las entrena antes de que comiencen a atender a las familias. La

capacitación continúa durante el año. El cargo no requiere haber completado un nivel de educación mínimo y reciben un pequeño estipendio mensual por sus servicios. Los coeficientes de atención en los centros de la ECC varían de 5 niños por adulto entre 0 y 1 año, hasta 10 niños por adulto entre 4 y 6 años. Estos mismos coeficientes deben cumplir los RC, aunque en la práctica los dos programas trabajan con grupos que superan estos números.

4.12 México

En México se entrevistó a los directivos de tres programas, dos servicios de cuidado y uno de apoyo parental. El primero fue el *Programa Estancias Infantiles*, creado en 2007 como parte de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). Este programa financia servicios de cuidado para niños de 13 a 72 meses en 2.004 localidades, con una cobertura de 266.406 niños. La provisión del servicio está a cargo de operadores privados que deben cumplir con ciertos estándares mínimos para recibir el financiamiento

Tabla 70. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en México.

| Institución | Secretaría de Desarrollo Social | Instituto Mexicano del Seguro Social | Consejo Nacional de Fomento Educativo |
|------------------------------|--|---|--|
| Programa | Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras | Guarderías | Programa de Educación Inicial |
| Niños atendidos (2011) | 266.406 | 205.203 | 452.599 |
| Grupo de edad al que atiende | 13 a 72 meses | 0 a 66 meses | 0 a 48 meses |
| Centros en operación (2011) | 9.289 | 1.451 | 27.903 |
| Personal (2011) | 41.732 | 144.608 | 31.704 |
| Horario de operación | 12 meses al año 5 días por semana 8 horas por día | 12 meses al año 5 días por semana 8 horas por día | 9 meses al año 1 sesión a la semana 2 horas por sesión |
| Cobertura geográfica | 2.004 localidades / 524 rurales | 320 municipios / 2 rurales | 27.903 localidades rurales / urbano-marginales |
| Población objetivo | - Población de escasos recursos - Madres trabajadoras | - Afiliados al Seguro Social - Madres trabajadoras | - Minorías y poblaciones indígenas - Población rural y urbano-marginal |
| Método de focalización | Focalización por ingresos, por localización geográfica y por un cuestionario de características socioeconómicas. | El servicio se presta a los afiliados al Seguro Social. | Focalización geográfica, identificando a poblaciones con altos índices de necesidad del servicio |

Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 71. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en México.

| Institución | Secretaría de Desarrollo Social | Instituto Mexicano del Seguro Social | Consejo Nacional de Fomento Educativo |
|--|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Programa | Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras | Guarderías | Programa de Educación Inicial |
| Gastos totales (2010) | US\$196.300.332,2 | US\$581.072.121,2 | US\$33.966.758,6 |
| Gastos administrativos | N/D | 3,0% | N/D |
| Materiales | | 0,0% | |
| Alimentación | | 2,2% | |
| Salarios | | 24,5% | |
| Infraestructura / Mantenimiento | | 1,9% | |
| Servicios | | 68,3% | |
| Capacitaciones | | 0,0% | |
| Costo anual por niño (2010) | US\$737,4 | US\$3.104,2 | US\$75,0 |
| Ingresos totales (2010) | US\$196.439.598,6 | US\$636.991.804,4 | US\$33.966.758,6 |
| Tarifa pagada por las familias | Los padres pagan en promedio US\$29,4 al mes | No deben realizar ningún pago | No deben realizar ningún pago |

La tasa de cambio utilizada fue el promedio de diciembre de 2010: 12,4 pesos mexicanos por dólar.
Fuente y elaboración: los autores.

por parte de la SEDESOL para la operación de la estancia. El subsidio que entrega la Secretaría es suplementando por pagos que realizan los padres mensualmente. El programa se focaliza hacia hijos de madres que trabajan o que buscan empleo y de padres solteros. Las familias deben demostrar que sus ingresos son menores a 1,5 salarios mínimos al mes.

Las *Guarderías Instituto Mexicano del Seguro Social* (IMSS), creadas en 1974, tienen una cobertura de 205.203 niños en 320 municipios. El programa provee servicios de cuidado para personas afiliadas al seguro social. Este programa cuenta con uno de los presupuestos más altos de Latinoamérica, lo que le permite mantener un coeficiente de atención muy bajo y contar con una muy buena infraestructura.

El *Programa de Educación Inicial* (PEI) del CONAFE, por su parte, es un programa de apoyo parental de modalidad comunitaria que trabaja con las madres o cuidadoras de niños de 0 a 48 meses en 27.903 localidades rurales o urbano-marginales. Se enfoca en niños sin acceso a otros servicios de desarrollo infantil. Este programa, creado en 1982 y reformado en 1994, atiende a 452.599 familias a través

de sesiones semanales de una duración de 2 horas cada una, en las cuales una promotora comunitaria capacitada por el programa sigue un currículo que se basa en cuatro ejes temáticos: cuidado y protección infantil; desarrollo personal y social; lenguaje y comunicación; y exploración y conocimiento del medio.

Los dos servicios de cuidado tienen una cobertura nacional de dimensiones similares, mientras que el CONAFE alcanza a cubrir una población dos veces mayor. La escala del CONAFE representa un gran esfuerzo si se considera que su población objetivo está más dispersa que aquella a la que brindan atención los servicios de cuidado.

En términos de costos, las guarderías del IMSS poseen un presupuesto que les permite ofrecer servicios de mayor calidad, con regulación, infraestructura, materiales y capital humano adecuados. Si se divide su presupuesto total para el número de niños al que atienden, gastan US\$3.104 por niño al año. Sin embargo, los datos de otro estudio reciente del BID¹⁸ sugieren que este monto es mayor en las guarderías en las cuales el IMSS se encarga de la provisión y menor en los servicios que subcontrata con

¹⁸ Desarrollo Infantil Temprano en México: diagnóstico y recomendaciones, disponible en http://issuu.com/bid-sph/docs/resumen_desarrollo_infantil_en_mexico/1?viewMode=magazine&mode=embed

Tabla 72. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en México.

| Institución | Secretaría de Desarrollo Social | Instituto Mexicano del Seguro Social | Consejo Nacional de Fomento Educativo |
|----------------------------------|--|--|---|
| Programa | Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras | Guarderías | Programa de Educación Inicial |
| Componentes | | | |
| Servicios de cuidado | Cuidado en centros para hijos de madres trabajadoras. Al momento del estudio sólo se provee un servicio de cuidado sin complemento pedagógico, aunque a partir de 2012 se empezó a utilizar un currículo integral para la atención a los niños. Se realiza un chequeo general del niño al entrar cada día al centro; en éste se detecta maltrato o enfermedades. | Cuidado integral en centros específicos del programa. Se ofrece atención en salud a través de enfermería permanentes en los centros. | Mientras se realizan las sesiones con los padres, los niños son cuidados por una promotora auxiliar que juega con ellos. |
| Servicios de alimentación | El programa brinda desayuno, almuerzo y refrigerios en la tarde. Se provee de un recetario a las estancias. No se tiene definido un porcentaje de calorías necesarias diarias. | El programa brinda desayuno, almuerzo y refrigerios en la mañana y tarde. Se distribuyen recetarios a los centros. Se provee entre el 90% y 100% de las calorías necesarias diarias. | En algunas ocasiones se ofrece un refrigerio en las sesiones. |
| Seguimiento nutricional | Algunas estancias hacen seguimiento antropométrico de los niños. Se realiza con una frecuencia muy variable. | Se realiza control de peso y talla dependiendo de la edad del niño. En caso de presentar problemas se le realiza un seguimiento a través de la enfermería del centro. | No se hace seguimiento antropométrico de los niños. |
| Entrega de suplementos | No se proveen suplementos. | No se proveen suplementos. | No se proveen suplementos. |
| Apoyo a los padres | Se tiene un contacto administrativo, donde se les informa periódicamente acerca de la asistencia de sus hijos, los menús y compromisos con el programa. | Se realizan sesiones mensuales o bimestrales para trabajar temas de métodos de crianza y proveer información sobre desarrollo infantil. | Este es el foco central del programa. En las sesiones se trabaja alrededor del desarrollo de habilidades de crianza de los padres y enseñanza de métodos para trabajar con los niños (juegos y actividades). El trabajo se realiza alrededor de 4 ámbitos: cuidado y protección infantil, ámbito personal y social, lenguaje y comunicación y exploración y conocimiento del medio. |

Fuente y elaboración: los autores.

terceros. Las *Estancias* de la SEDESOL, por su parte, manejan un presupuesto bastante más modesto, con un gasto anual de US\$737 por niño para 2010, sumado a un copago mensual de US\$29,4 que realizan los padres. Desde 2012 las estancias implementan un nuevo modelo pedagógico enfocado en la atención integral. Finalmente, el programa del

CONAFE tiene un costo muy bajo debido a su modalidad de intervención. Gastan US\$75 por niño al año y atienden a 450.000 niños. Para los programas de la SEDESOL y el CONAFE no fue posible conseguir datos de gasto desagregados.

De los programas visitados, el IMSS destaca, entre otros aspectos, por la

calidad de sus instalaciones y la forma de proveer servicios de salud y nutrición. La atención en salud se realiza a través de una enfermería con personal permanente en gran parte de las guarderías. Sin embargo, hay que señalar que la calidad del servicio no es homogénea entre los dos tipos de modalidades con que cuenta

el IMSS: provisión directa y contrato con terceros. Los servicios subcontratados tienden a cumplir con menos rigor los estándares del programa.

Los dos servicios de cuidado estudiados en México proveen un servicio de alimentación (desayuno, almuerzo

Tabla 73. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en México.

| Institución | Secretaría de Desarrollo Social | Instituto Mexicano del Seguro Social | Consejo Nacional de Fomento Educativo |
|---|--|---|--|
| Programa | Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras | Guarderías | Programa de Educación Inicial |
| Calidad | | | |
| Lugar donde opera | - Hogares familiares adaptados - Instalaciones anexas a escuelas e iglesias - Centros comunitarios | - Centros exclusivos del programa | - Hogares adaptados - Escuelas o iglesias - Centros comunitarios |
| Estándares | Tamaño mínimo por niño de 2 metros cuadrados. Cumplimiento amplio de regulación sobre dotación, amoblamiento y espacios. Inspecciones y visitas bimestrales. | Tamaño mínimo por niño de 4,5 metros cuadrados. Cumplimiento amplio de regulación sobre dotación, amoblamiento y espacios. Inspecciones y visitas frecuentes. Especial atención a emergencias. | No poseen regulación sobre cómo deben ser los espacios utilizados en las sesiones. Garantizar la seguridad y comodidad de las sesiones es responsabilidad de la promotora. |
| Perfil del personal | Responsable del centro: debe ser bachiller. No se exige ningún otro requerimiento. Maneja la operación de los centros y es responsable frente a la SEDESOL. | Coordinadora o jefe pedagógica: debe ser educadora, técnica en puericultura, oficial de puericultura o asistente educativa y tener 2 años de experiencia. Se ocupa de todos los aspectos administrativos del centro y planea las actividades pedagógicas. | Promotoras: deben saber leer y escribir, y ser mayores de edad. No se requiere de experiencia previa. |
| | Asistentes: no se exige un requisito educativo mínimo. Encargadas de atender a los niños. | Educadoras: deben ser técnicas en puericultura y tener 2 años de experiencia. Planificación, diseño y desarrollo de las actividades. | |
| | | Asistentes educativas: deben ser asistentes educativas u oficiales de puericultura. Encargadas del cuidado directo de los niños. | |
| Coefficientes de atención (niños por adulto) | 8,0 entre 1 y 4 años 4,0 entre 4 y 6 años | 3,8 entre 0 y 1 años 5,1 entre 1 y 2 años 10,9 entre 2 y 4 años 11,6 entre 4 y 6 años | 30,0 niños por sesión |
| Compensación mensual | US\$325,2 para las responsables US\$184,4 para las asistentes | US\$304,2 para las coordinadoras US\$190,1 para las educadoras US\$190,1 para las asistentes educativas | US\$70,5 para las promotoras |

Fuente y elaboración: los autores.

y refrigerio) y dan seguimiento al crecimiento de los niños. Ninguno de los tres programas entrega suplementos nutricionales o alimentos fortificados.

Las guarderías del IMSS destacan en la región por su énfasis en la seguridad. Todos los centros están equipados con extintores de incendios, alarmas y equipo especial para emergencias. A esto se suman simulacros semanales y una preparación muy completa del personal. Adicionalmente, los directores reportan un cumplimiento amplio de los estándares de calidad en sus centros, en particular en aquellos de provisión propia. Las estancias de la SEDESOL operan principalmente en hogares adaptados, lo que dificulta el monitoreo de estándares de calidad. Los coeficientes de atención son bajos en las guarderías del IMSS con 3,8 niños por adulto para niños entre 0 y 1 año, 5,1 para niños entre 1 y 2, 10,9 para niños entre 2 y 4, y 11,6 para niños entre 4 y 6. Curiosamente, el coeficiente de atención es más alto en las *Estancias* de la SEDESOL para el grupo de niños menores, con 8 niños por adulto entre 1 y 4 años y 4 niños por adulto entre 4 y 6 años. Respecto del resto de programas de apoyo parental visitados para este estudio, la razón de promotores por padre en las sesiones del CONAFE es alta, con 30 niños por sesión. Las sesiones son frecuentemente apoyadas por una supervisora. Las supervisoras ayudan a la promotora. Se reporta que las sesiones pueden perder un poco su dinamismo debido a la presencia de muchos niños de edades diferentes.

En cuanto a estándares de espacio, es notable la diferencia entre el espacio

mínimo requerido por las *Estancias* de la SEDESOL (2 metros cuadrados por niño) y el necesario en las guarderías del IMSS (4,5 metros cuadrados).

Por último, los salarios que se paga al personal son similares en la SEDESOL y el IMSS: entre US\$304 y US\$325 mensuales para las maestras y alrededor de US\$180 mensuales para asistentes y cuidadoras. El CONAFE solo entrega un estipendio de US\$70,5 al mes como subsidio de transporte a las promotoras, que tienen un estatus de voluntarias (es decir que no tienen relación de empleo con el programa).

4.13 Nicaragua

El principal proveedor de servicios públicos de primera infancia en Nicaragua ha sido el *Programa de Atención Integral de la Niñez Nicaragüense* (PAININ) del Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez. El programa inició como un proyecto del BID en 1996, con un sistema de provisión de servicios operado por organizaciones no gubernamentales que eran subcontratadas por el Ministerio. En 2008, y por decisión gubernamental, la provisión del programa pasa a depender directamente del Ministerio y el servicio deja de sub-contratarse con terceros. Aunque el Programa contaba con un sistema de monitoreo, durante esta etapa se dificultaron los procesos de supervisión de la calidad del servicio. Al momento de la visita realizada para este estudio, el Programa atendía a 72.607 niños menores de 6 años, con 1.194 centros en todo el país. La población objetivo son

Tabla 74. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Nicaragua.

| Institución | Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez |
|------------------------------|---|
| Programa | PAININ |
| Niños atendidos (2011) | 72.607 |
| Grupo de edad al que atiende | 0 a 72 meses |
| Centros en operación (2011) | 1.194 |
| Personal (2011) | 7.222 |
| Horario de operación | 11 meses al año 5 días por semana 3 horas por día |
| Cobertura geográfica | 66 municipios a nivel nacional, en su mayoría rurales |
| Población objetivo | - Población en condiciones de pobreza - Niños con desnutrición crónica |
| Método de focalización | Se focaliza geográficamente y utilizando un instrumento de vulnerabilidad infantil. |

Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 75. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Nicaragua.

| Institución | Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez |
|--------------------------------|--|
| Programa | PAININ |
| Gastos totales (2010) | US\$5.907.276,0 |
| Gastos administrativos | 3,3% |
| Servicios | 48,8% |
| Alimentación | 17,6% |
| Materiales | 8,6% |
| Salarios | 21,7% |
| Costo anual por niño (2010) | US\$76,7 |
| Ingresos totales (2010) | US\$5.567.622,0 |
| Tarifa pagada por las familias | No deben realizar ningún pago. |

La tasa de cambio utilizada fue el promedio de diciembre de 2010: 21,8 córdobas por dólar.
Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 76. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Nicaragua.

| Institución | Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez |
|---------------------------|---|
| Programa | PAININ |
| Componentes | |
| Servicios de cuidado | Separación en subgrupos de edad, modalidad institucional; modalidad de encuentros comunitarios (itinerantes) en proceso de cierre; reemplazada con visitas comunitarias y a domicilio con frecuencia quincenal. |
| Servicios de alimentación | Merienda en el centro infantil, cocinada en el centro con granos básicos provistos por el programa. El suplemento cubre entre un 29% y 38% de las necesidades calóricas diarias. |
| Seguimiento nutricional | Evaluación trimestral de peso, talla e hitos de desarrollo en coordinación con el Ministerio de Salud. |
| Entrega de suplementos | Sobres de cinco micronutrientes, dosis diaria a administrarse según estándar OMS – ciclos de 60 días seguidos a los 6, 12 y 18 meses de edad. |
| Apoyo a los padres | Talleres mensuales sin el niño presente. Se tratan temas de crianza y nutrición. |

Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 77. Calidad de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Nicaragua.

| Institución | Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez |
|--|--|
| Programa | PAININ |
| Calidad | |
| Lugar donde opera | - Centros comunitarios (infraestructura pública sencilla) - Aulas anexas a escuelas - Locales comunitarios y casas familiares prestadas y adaptadas para el servicio itinerante |
| Estándares | El monitoreo se centra en la matrícula, asistencia y en la duración del servicio. El seguimiento a los estándares de contenido (guía técnica) no está recogido en instrumentos sistemáticos. |
| Perfil del personal | Educadoras (tanto en modalidad itinerante como institucional): educación primaria. Requisito de servicio comunitario. Madre voluntaria: debe saber leer y escribir, pero sin requisito académico (un 10% no tuvo escolarización). |
| Coefficientes de atención (niños por adulto) | 3,5 entre 0 y 1 años 3,7 entre 1 y 2 años 4,0 entre 2 y 4 años 11,1 entre 4 y 6 años |
| Compensación mensual | US\$70,0 para educadoras US\$10,0 para madres voluntarias |

Fuente y elaboración: los autores.

las familias en condiciones de pobreza y niños con desnutrición crónica, con una focalización hecha a través de la ubicación de los centros y un instrumento que busca identificar niños en situación de vulnerabilidad.

El PAININ tiene un presupuesto de US\$5,6 millones por año, que se gasta principalmente en salarios, servicios y alimentación (88,8%). Le siguen los gastos administrativos (3,3%). El costo anual por niño es muy bajo (US\$76,7). Los servicios son completamente gratuitos para los padres.

El PAININ trabaja con grupos de niños separados según su edad en sus centros y brinda atención únicamente tres horas al día. Adicionalmente cuenta con una modalidad itinerante en la cual el personal del programa realiza visitas a hogares. Los centros proveen únicamente una comida al día y un refrigerio en la mañana. El programa recoge medidas antropométricas de los niños cada tres meses en los centros. Además provee micronutrientes en polvo (“chispitas”) a los niños de 6, 12 y 18 meses de edad, a quienes se les da un sobre diario durante dos meses seguidos cada semestre, de acuerdo con el protocolo de la OMS. Es decir, se provee un promedio de 4 meses de “chispitas” al año a aquellos niños de entre 6 y 24 meses. El programa trabaja con los padres en sesiones mensuales, sin el niño presente, en temas de crianza y nutrición.

El PAININ funciona principalmente en hogares familiares adaptados, aunque también trabaja en centros comunitarios o en instalaciones anexas a una escuela o iglesia. Los estándares impuestos por el programa son básicos en relación a otros países. Un censo de la infraestructura efectuado en 2010 arrojó que más del 30% de los locales tenían techo, piso o paredes deteriorados. A raíz de estos resultados, se está rehabilitando actualmente parte de esta infraestructura.

Para este estudio se intentó documentar el porcentaje de los centros que cumple con los estándares, sin embargo, no fue posible conseguir la información correspondiente a esa parte de la entrevista.

El programa tiene dos tipos de personal. Las educadoras, que deben haber completado la primaria y, en la mayoría

de los casos, tener experiencia en servicio comunitario. Atienden principalmente a los niños mayores de 3 años. Las madres voluntarias, sin un requisito educativo o de experiencia mínima, se ocupan de los menores de 3 años. Los coeficientes de atención varían entre 3,5 niños por adulto entre 0 y 1 año hasta 11,1 entre 4 y 6 años. Las educadoras reciben un estipendio de US\$70 al mes y a las madres voluntarias se les paga aún menos: US\$10 mensuales. El personal no tiene una relación laboral formal con el programa.

El PAININ como Programa está en etapa de cierre, no obstante, la red de educadoras y técnicas conformada a lo largo del Programa está siendo incorporada por el Ministerio de la Familia y el Ministerio de Educación para implementar la nueva Política Nacional de Primera Infancia de Nicaragua. Esta política está en proceso de implementar varias modalidades de atención. En los centros urbanos, los servicios de cuidado ofrecerán su atención a través de Centros de Desarrollo Infantil. También se prevé una modalidad familiar comunitaria para los menores de tres años (en sustitución de la modalidad itinerante del PAININ y surgida de una campaña llamada Amor para los Más Chiquitos que dio su nombre al Programa Nacional). El programa está llevando a cabo transformaciones que buscan mejorar su calidad mediante inversiones en infraestructura y equipamiento, la introducción de un nuevo currículo y la capacitación y formación del personal por medio de un innovador Diplomado en Primera Infancia. Además, se está trabajando en la ampliación de cobertura de los prescolares comunitarios y de los formales, complementados con un servicio de apoyo parental mediante visitas domiciliarias.

4.14 Panamá

En Panamá se visitaron dos programas que brindan servicios de cuidado y estimulación. Uno de ellos se enfoca en una población muy vulnerable: los niños con necesidades especiales.

Los *Centros de Orientación Infantil y Familiar* (COIF) del Ministerio de Desarrollo Social son uno de los principales programas públicos de servicios de primera infancia en Panamá.

Tabla 78. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Panamá.

| Institución | Ministerio de Desarrollo Social | Instituto Panameño de Rehabilitación Especial |
|-------------------------------------|--|---|
| Programa | Centros de Orientación Infantil y Familiar | Programa de Estimulación Precoz |
| Niños atendidos (2011) | 3.653 | 67.501 (2010) |
| Atención en centros (2010) | 3.653 | 1.642 |
| Grupo de edad al que atiende | 0 a 60 meses | 0 a 72 meses |
| Centros en operación (2011) | 102 | 186* |
| Personal (2011) | 337 | 164 |
| Horario de operación | 12 meses al año 5 días por semana 8 horas por día | 12 meses al año 0-12 meses: 30 minutos por cita 1 a 5 años: 4 horas por día; 5 días a la semana |
| Cobertura geográfica | 100 comunidades/ 6 rurales | 139 comunidades / 46 rurales |
| Población objetivo | - Población de escasos recursos - Madres trabajadoras | - Niños con necesidades especiales - Población en riesgo |
| Método de focalización | Asignación de cupo según el orden de llegada de los padres | Focalización geográfica, identificando poblaciones con altos índices de necesidad del servicio |

*Incluye centros de salud, donde se atiende a la gran mayoría de niños, y salas/centros de atención.
Fuente y elaboración: los autores.

Creado en 1980, el programa no ha crecido ni ha tenido un financiamiento que le permita expandir su cobertura desde entonces. Atiende en la actualidad a 3.653 niños menores de 5 años. El programa trabaja en 100 comunidades, de las cuales 6 son rurales, en jornadas de 8 horas diarias. El programa busca enfocarse en la población de escasos recursos y las madres trabajadoras, aunque el proceso de asignación de los cupos se da según el orden en el cual los padres inscriben a sus hijos. Los COIF también cumplen una función reguladora

frente a los jardines infantiles privados de Panamá.

El *Programa de Estimulación Precoz* del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial (IPHE) se especializa en la atención a niños con necesidades especiales. Atiende a más de 67.501 niños a través de consultas médicas y a 1.642 en sus salas de estimulación. La focalización del servicio se hace por la ubicación geográfica de los servicios, que prioriza a las zonas más pobres.

Tabla 79. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Panamá.

| Institución | Ministerio de Desarrollo Social | Instituto Panameño de Rehabilitación Especial |
|--|--|---|
| Programa | Centros de Orientación Infantil y Familiar | Programa de Estimulación Precoz |
| Gastos Totales (2010) | US\$939.143,4 | US\$1.752.963,0 |
| Gastos administrativos | 0,0% | 1,6% |
| Materiales | 33,5% | 4,0% |
| Alimentación | 10,2% | 2,1% |
| Salarios | 14,3% | 91,6% |
| Infraestructura / Mantenimiento | 42,0% | 0,4% |
| Capacitaciones | 0,0% | 0,3% |
| Costo anual por niño (2010) | US\$257,1 | US\$25,9* |
| Ingresos totales (2010) | US\$939.143,4 | US\$1.752.963,0 |
| Tarifa pagada por las familias | Los padres pagan entre US\$0,5 y US\$20,0 con un promedio de US\$8,0 | No deben realizar ningún pago |

*Este cálculo no incluye el costo de la atención en centros de salud, lo que disminuye significativamente el costo.
Fuente y elaboración: los autores.

El programa del IPHE cuenta con un presupuesto de US\$1,7 millones al año, el cual es utilizado principalmente en pagar los salarios del personal (92%). Las salas funcionan gracias a la cooperación con los centros del COIF que las cobijan y las consultas no dependen financieramente del programa sino del centro de salud en donde se realizan. Esto explica el por qué los costos se calculan en niveles tan bajos. Por esta razón el costo anual por niño en el cual incurre el programa es de solo US\$26. Los COIF cuentan con un presupuesto de algo menos de 1 millón de dólares y el 75% de éste es gastado en infraestructura, mantenimiento y materiales. Los servicios del IPHE son gratuitos para las familias y dicen alcanzar una cobertura del 100% de su población objetivo. Los COIF cobran a los padres entre US\$0,5 y US\$20 al mes, con una tarifa promedio de US\$8.

El servicio de los COIF se brinda en los centros del programa, con sesiones de 8 horas diarias, los 12 meses del año. El programa provee almuerzo y dos refrigerios por día, aunque no tiene definido el porcentaje del requerimiento calórico que se debe cubrir. Adicionalmente, hace seguimiento al

crecimiento de los niños cada tres meses y entrega hierro cuando se detecta la necesidad.

El IPHE provee servicio de estimulación a través de salas especiales en los COIF o jardines públicos para mayores de 1 año y durante 4 horas al día. La atención a los menores de 1 año se hace a través de consultas médicas. En estas salas se provee almuerzo y dos refrigerios. Se toman medidas antropométricas al inicio, mitad y final de año, y los datos se analizan y comparten con los padres. Los niños reciben medicina desparasitante de manera anual y alimentos fortificados.

Los COIF realizan charlas mensuales con los padres, donde abordan temas de crianza, nutrición, salud y aprendizaje. En el IPHE, aparte de las consultas para niños menores de 1 año, se realizan sesiones de trabajo mensual con los padres para hablar sobre su rol en el desarrollo de sus hijos, con un énfasis en las necesidades del niño (el Recuadro 13 describe con mayor detalle estos espacios).

El trabajo en los COIF se hace principalmente en instalaciones propias, aunque también se utilizan espacios

Tabla 80. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Panamá.

| Institución | Ministerio de Desarrollo Social | Instituto Panameño de Rehabilitación Especial |
|----------------------------------|--|--|
| Programa | Centros de Orientación Infantil y Familiar | Programa de Estimulación Precoz |
| Componentes | | |
| Servicios de cuidado | Cuidado en centros. Sólo para madres trabajadoras. | Trabajo especializado en centros propios del programa o en salas especiales del COIF. Dos turnos de 4 horas diarias cada uno. Atención a menores de 1 año a través de consultas médicas. |
| Servicios de alimentación | El programa brinda almuerzo y 2 refrigerios al día. | En los centros se provee almuerzo y 2 refrigerios. En las consultas no se ofrecen alimentos. |
| Seguimiento nutricional | La maestra pesa y mide a los niños cada 3 meses. La información se sistematiza, es analizada por los nutricionistas y se entrega a los padres. | Se mide y pesa a los niños 3 veces por año. Los datos se guardan y se utilizan para dar orientación a los padres. |
| Entrega de suplementos | Se provee hierro cuando es necesario. | Se provee medicina desparasitante de manera anual y alimentos fortificados. |
| Apoyo a los padres | Se realizan charlas mensuales en el centro sin el niño presente, en las que se trabajan temas de crianza, salud, nutrición y aprendizaje. | Se realizan sesiones de trabajo mensuales con los padres para entender su rol en el desarrollo de sus hijos. |

Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 81. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Panamá.

| Institución | Ministerio de Desarrollo Social | Instituto Panameño de Rehabilitación Especial |
|---|--|--|
| Programa | Centros de Orientación Infantil y Familiar | Programa de Estimulación Precoz |
| Calidad | | |
| Lugar donde opera | - Centros exclusivos del programa - Instalaciones anexas a escuelas e iglesias - Centros comunitarios | - Centros de salud - Centros exclusivos del programa - Salas anexas a centros del COIF |
| Estándares | Se cumple la regulación en términos de amoblamiento y dotación. No se cumplen los estándares sobre las áreas al aire libre y espacios de juego. No se posee regulación en términos de espacio mínimo por niño. | Faltan estándares en términos de amoblamiento y lugares al aire libre. No se posee regulación en términos de espacio mínimo por niño. Monitoreo de los centros cada 4 meses. |
| Perfil del personal | Maestros: el perfil mínimo profesional para contratación no se cumple por problemas de recursos humanos. En promedio, tienen 3 años de educación superior. | Estimuladoras: deben ser licenciadas en educación con especialización en educación especial. Trabajan en grupos itinerantes. |
| | Maestros asistentes: en promedio no han terminado el bachillerato. | Educadoras: educación técnica de 3 años o título en educación especial. Auxiliares: sin requisito de perfil profesional mínimo. Se busca emplear a personas con discapacidades. |
| Coefficientes de atención (niños por adulto) | 3,5 entre 0 y 1 años 4,5 entre 1 y 2 años 6,8 entre 2 y 4 años 25,0 entre 4 y 6 años | 12,0 entre 0 y 1 años 7,5 entre 1 y 4 años |
| Compensación mensual | N/D | US\$700,0 para estimuladoras US\$560,0 para las educadoras US\$400,0 para las auxiliares |

Fuente y elaboración: los autores.

anexos a escuelas o iglesias. Los centros tienen poca regulación en términos de espacios, aunque cumplen con los requerimientos mínimos en cuanto a la dotación de juegos y materiales. El principal lugar de atención del IPHE son los centros de salud, aunque también se usan centros exclusivos y salas anexas a centros del COIF. En ambos programas el monitoreo de los centros es poco regular y lo es mucho menos en los sectores rurales.

Se tienen dos perfiles de personal en los COIF: los maestros y los maestros asistentes. Según el mismo personal del programa, no se están cumpliendo los requerimientos educativos mínimos. Tampoco se tiene definida una escala salarial para los maestros de los centros.

El grupo de trabajo del IPHE mantiene un buen perfil profesional entre sus empleados debido a la importancia de contar con una formación especializada

(fonoaudiólogos, psicomotricistas) para atender a niños con necesidades especiales. Este personal trabaja en grupos itinerantes entre centros, apoyado por educadoras y auxiliares permanentes. El personal auxiliar es menos especializado. Las auxiliares reciben un salario de US\$400 al mes, las educadoras US\$560 y las estimuladoras US\$700.

Los coeficientes de atención varían desde 3,5 niños por adulto para niños entre 0 y 1 año, hasta 25 entre 4 y 6 años en los COIF. En el IPHE estos son 12 niños por médico en las consultas de niños menores de 1 año y 7,5 niños por adulto para el resto de edades dentro de las salas de estimulación.

4.15 Paraguay

De los programas visitados como parte de este estudio, uno de los más particulares es el *Programa Nacional Abrazo* de la

Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia (SNNA) de Paraguay. Desde su inicio en 2005, el programa ha servido como una red de protección para niños de la calle o que realizan algún tipo de actividad económica en espacios públicos. Se enfoca en niños de 0 a 14 años de edad, a quienes se les ofrece atención integral y, en casos de extrema pobreza, un subsidio a la familia, en parte para evitar el empleo infantil y remplazar el ingreso que un niño llevaría al hogar. En la actualidad, el programa atiende en los centros a 2.700 niños, de los cuales 740 tienen entre 0 y 4 años (53% de los niños en el programa tienen entre 0-8 años). Aunque la magnitud de la atención es menor que la de otros programas de la región, dada su población la cobertura resulta significativa. El programa tiene un presupuesto de US\$6 millones anuales, lo que le permite

invertir US\$2.241 al año por cada niño para proveer atención de buena calidad.

El programa provee servicios de cuidado en salas divididas en grupos de edad (cada 2 años). Otorga desayuno, almuerzo y refrigerio, aunque no tiene definido el porcentaje de los requerimientos calóricos mínimos que se deben cubrir diariamente. Se realizan seguimientos antropométricos de manera semestral y no se entregan suplementos nutricionales.

Además de los servicios de atención en los centros, el *Programa Nacional Abrazo* tiene un componente muy particular de apoyo a los padres. Una vez que los niños han terminado su ciclo en el programa, se realiza mensualmente un seguimiento de los padres o cuidadores principales para conversar con ellos de temas relacionados

Tabla 82. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Paraguay.

| Institución | Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia |
|--------------------------------|--|
| Programa | Programa Nacional Abrazo |
| Niños atendidos (2011) | 2.700, de los cuales 740 tienen entre 0 y 5 años. |
| Grupo de edad al que atiende | 0 a 72 meses en el grupo de edad de este estudio, aunque brinda atención a niños de hasta 14 años |
| Centros en operación (2011) | 47 |
| Personal (2011) | 60 |
| Horario de operación | 12 meses al año 6 días por semana 15 horas al día |
| Cobertura geográfica | Cobertura nacional |
| Población objetivo | Niños de la calle de 0 a 14 años con algún referente familiar |
| Métodos de focalización | Focalización geográfica, en zonas de trabajo infantil. Además se utiliza el Índice de calidad de vida, según el cual si la familia es pobre extrema, accede a un subsidio mínimo que reemplaza el ingreso que aportaría el niño. |
| Ingresos totales (2010) | US\$6.051.842,4 |
| Costo anual por niño (2010) | US\$2.241,4 |
| Tarifa pagada por las familias | No deben realizar ningún pago. |

La tasa de cambio utilizada fue el promedio de diciembre de 2010: 4.652,9 guaraníes por dólar. Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 83. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Paraguay.

| Institución | Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia |
|---------------------------|--|
| Programa | Programa Nacional Abrazo |
| Componentes | |
| Servicios de cuidado | Atención a niños de la calle. Salas divididas en grupos con un rango de edad de 24 meses. |
| Servicios de alimentación | Se provee desayuno, almuerzo y merienda. |
| Seguimiento nutricional | Se realiza seguimiento semestral de talla y peso. |
| Apoyo a los padres | Una vez que los niños dejan de recibir el servicio en los centros, se realizan visitas mensuales a los hogares con un equipo de profesionales muy bien entrenados. |

Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 84. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Paraguay.

| Institución | Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia |
|--|--|
| Programa | Programa Nacional Abrazo |
| Calidad | |
| Lugar donde opera | - Centros del programa - Centros comunitarios |
| Estándares | Estándares básicos. Aquellos correspondientes a dotación y seguridad de los centros se cumplen entre el 10% y 50%. Se realiza buen seguimiento de medidas de salubridad. |
| Perfil del personal | Educadora parvularia: docente parvularia (3 años) más 2 años (mínimo) de experiencia específica con niños de la calle. |
| | Auxiliares: estudiantes de educación parvularia. |
| | Apoyo familiar: psicólogo, trabajador social o estudiante en sus últimos años. |
| Coefficientes de atención (niños por adulto) | 1,9 entre 0 y 1 años 4,4 entre 1 y 6 años |
| Compensación mensual | US\$419,7 para educadoras parvularias US\$386,9 para auxiliares US\$644,8 para apoyo familiar |

Fuente y elaboración: los autores.

con el cuidado, métodos de enseñanza y aprendizaje, nutrición, salud y desarrollo. Este componente es una intervención de características similares a las de los programas de apoyo parental.

Los servicios se proveen tanto en centros del programa como en centros comunitarios. El programa no es especialmente fuerte en términos de la calidad de su infraestructura, pero se enfoca en contratar maestros con un buen perfil profesional y tiene la jornada más larga de todos los programas considerados: 15 horas diarias, 6 días a la semana. Esto busca brindar una alternativa de cuidado segura para niños que –de no contar con esta opción– pasarían mucho tiempo en la calle sin supervisión.

Dentro de los centros existen dos perfiles de personal: las educadoras deben poseer un título de docente parvularia y dos años de experiencia. Las auxiliares deben ser estudiantes de la carrera de docencia de párvulos. Reciben un salario mensual de US\$419 y US\$387, respectivamente. En el trabajo de apoyo parental se buscan psicólogos, trabajadores sociales o estudiantes de los últimos años de estas carreras. Los coeficientes de atención son muy buenos con 1,9 niños por adulto en la edad de 0 a 1 año y 4,4 para niños de entre 1 y 6 años.

4.16 Perú

El estudio incluyó dos servicios de cuidado públicos en Perú, ambos pertenecientes, al momento de la visita, al Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.

El Programa Nacional Wawa-Wasi, creado en 1999 con financiamiento del BID, atiende a 55.284 niños de entre 6 y 48 meses de edad en 116 distritos rurales y 172 urbanos. El programa funciona a través de comités de gestión conformados por cinco miembros de la comunidad que son elegidos en las asambleas comunales. Estos comités firman un convenio de gestión con el programa, que les permite operar sus servicios. Reciben financiación del Ministerio y la suplementan con un copago voluntario por parte de los padres de US\$4,5 por mes, en promedio. La atención se focaliza hacia familias que se encuentran en los tres quintiles más bajos de ingreso y a niños con desnutrición crónica. También reciben prioridad las madres solteras y las familias con más hijos.

Posteriormente a la entrevista realizada para este estudio, el programa ha experimentado reformas importantes. Primero, en 2011 fue disuelto. Sobre la base del *Programa Nacional Wawa Wasi* se creó el Programa Nacional Cuna Más, que ofrece dos modalidades de atención: una de cuidado diurno y otra de

Tabla 85. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Perú.

| Institución | Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social | INABIF - Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social |
|------------------------------|---|---|
| Programa | Wawa-Wasi | Centros de Desarrollo Integral de la Familia |
| Niños atendidos (2011) | 55.284 | 3.670 |
| Grupo de edad al que atiende | 6 a 48 meses | 6 a 72 meses, adolescencia y adultos mayores. |
| Centros en operación (2011) | 7.089 | 36 |
| Personal (2011) | 12.125 | 261 |
| Horario de operación | 12 meses al año 5 días por semana 8 horas por día | 12 meses al año 5 días por semana 8,5 horas por día |
| Cobertura geográfica | 288 distritos a nivel nacional. 116 rurales y 172 urbanos. | 31 distritos a nivel nacional. |
| Población objetivo | - Niños de los 3 quintiles más pobres - Niños con desnutrición crónica - Hijos de madres solteras y familias con muchos hijos | - Población en pobreza y riesgo |
| Métodos de focalización | Se focaliza geográficamente y con una encuesta familiar que discrimina sobre la base de carga familiar | Se focaliza utilizando una ficha sociofamiliar. |

Fuente y elaboración: los autores.

acompañamiento a familias. La primera de estas modalidades se ha encargado de gestionar los servicios de Wawa-Wasi. Cuna Más forma parte del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS). El programa se encuentra sujeto a una serie de transformaciones que buscan mejorar su calidad mediante inversiones en infraestructura y equipamiento, menores coeficientes de atención, la introducción de un nuevo modelo pedagógico, capacitación del personal y contratación de una mayor cantidad de profesionales para el acompañamiento y mentoría de las madres cuidadoras. Según el decreto de creación del nuevo programa, su población objetivo se acota

a los niños menores de 36 meses de edad, sus familias y las madres gestantes. En particular, los servicios de cuidado diurno brindan atención a niños desde los 3 meses hasta los 36 meses. Sin embargo, bajo los estándares de Cuna Más los niños de entre 3 y 6 meses de edad serán recibidos únicamente en centros que cuenten con presencia de personal profesional.

Los Centros de Desarrollo Integral de la Familia (CEDIF) fueron creados en 1978 por la comunidad de Lima como comedores. Se convirtieron en programa estatal en 1981 y posteriormente empezaron a ofrecer servicios de cuidado

Tabla 86. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Perú.

| Institución | Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social | INABIF - Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social |
|--------------------------------|---|---|
| Programa | Wawa-Wasi | Centros de Desarrollo Integral de la Familia |
| Gastos totales (2010) | US\$25.843.449,4 | US\$8.004.556,5 |
| Gastos administrativos | 5,8% | 6,2% |
| Salarios | 52,0% | 23,5% |
| Materiales y Servicios | 48,0% | 70,2% |
| Ingresos totales (2010) | US\$25.849.282,9 | US\$9.329.589,0 |
| Costo anual por niño (2010) | US\$467,6 | US\$753,9 |
| Tarifa pagada por las familias | Entre US\$1,9 y US\$9,3 mensuales Promedio US\$4,5 mensuales | Entre US\$0,0 y US\$14,9 mensuales |

La tasa de cambio utilizada fue el promedio de diciembre de 2010: 2,81 nuevos soles por dólar.
Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 87. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Perú.

| Institución | Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social | INABIF - Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social |
|----------------------------------|--|--|
| Programa | Wawa-Wasi | Centros de Desarrollo Integral de la Familia |
| Componentes | | |
| Servicios de cuidado | Guarderías sin separación de edad. Se tienen grupos de 6 u 8 niños de todas las edades dependiendo de si se trata de una localidad rural o urbana. | Salas cuna y jardines infantiles. Adicionalmente tienen programas de ayuda a la adolescencia y proyectos productivos para la tercera edad. |
| Servicios de alimentación | Almuerzo y 2 refrigerios durante la jornada. Proveen 70% de las calorías necesarias diarias. | Proveen desayuno, almuerzo y 2 refrigerios, que corresponden al 75% de las calorías necesarias diarias. |
| Seguimiento nutricional | Se mide el peso y la talla de los niños cada 3 meses en centros de salud. La información se analiza para tomar decisiones sobre el niño. | Se mide el peso y la talla cada 6 meses en el centro. En caso de encontrar problemas se refiere al niño a la unidad preventiva. |
| Apoyo a los padres | Talleres semanales y módulos de trabajo (escuela de padres) mensuales. | Sesiones informativas, educativas y de consejería mensuales. Se proveen cartillas nutricionales. |

Fuente y elaboración: los autores.

a niños, además de otros servicios familiares. Los centros focalizan sus cupos hacia la población más pobre a través de una ficha socioeconómica aplicada en cada uno de los centros.

con los 36 de los CEDIF. Adicionalmente, *Wawa Wasi* llega a 288 distritos, entre rurales y urbanos, mientras que los CEDIF se ubican en 31 distritos urbano-marginales.

La cobertura de *Wawa Wasi* es considerablemente mayor que la de los CEDIF, con 7.089 centros en contraste

Es interesante ver que aunque la cobertura de *Wawa Wasi* es muy superior a la de los CEDIF, su presupuesto no lo es.

Tabla 88. Calidad de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Perú.

| Institución | Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social | INABIF - Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social |
|---|--|--|
| Programa | Wawa-Wasi | Centros de Desarrollo Integral de la Familia |
| Calidad | | |
| Lugar donde opera | - Hogares familiares adaptados - Centros comunitarios | - Centros del programa - Centros comunitarios |
| Estándares | Criterios y estándares de calidad establecidos por el programa. Se cumplen entre un 60% y 90% de las veces. | El programa no posee estándares de calidad. |
| Perfil del personal | Madres cuidadoras: no se exige un mínimo nivel educativo. Ellas son las encargadas del cuidado, higiene, alimentación y estimulación de los niños por la duración de la jornada. Hay una capacitación antes de iniciar el trabajo. | Cooperadoras: se requiere que tengan bachillerato completo. |
| Coefficientes de atención (niños por adulto) | 6 (rural) para todas las edades 8 (urbano) para todas las edades | No se tiene estipulado un coeficiente de atención dentro de las regulaciones del programa. |
| Compensación mensual | US\$85,3 para cuidadoras US\$106,6 para supervisoras US\$690,0 para coordinadoras de campo | US\$99,5 para cooperadoras |

Fuente y elaboración: los autores.

En *Wawa Wasi* el principal rubro de gasto son los salarios, seguido por el gasto en materiales. Para los CEDIF el principal gasto se hace en materiales y servicios, seguido por los salarios. Los costos anuales por niño atendido son de US\$789 para los CEDIF y de US\$489 para *Wawa Wasi*.

La modalidad de *Wawa Wasi* es de naturaleza comunitaria. El cuidado en los hogares de *Wawa Wasi* no separa a los niños según su edad, aunque el programa establece que no puede haber más de un niño de menos de un año de edad en cada módulo de 8 niños a cargo de un adulto. Ambos programas ofrecen un servicio de alimentación que cubre cerca del 70% de las calorías necesarias diarias y 100% de las proteínas y solo *Wawa Wasi* entrega medicina desparasitante en caso de necesidad. Ambos programas pesan y miden a los niños y utilizan la información recolectada para detectar problemas y proveer apoyo nutricional. En *Wawa Wasi* se pesa a los menores con menor frecuencia que en los CEDIF.

Wawa Wasi opera principalmente en hogares adaptados y cuenta con algunos centros comunitarios. Estos espacios generalmente son pequeños y la infraestructura de baños y cocinas suele ser insuficiente. El cumplimiento de estándares de infraestructura verificados por el propio programa oscila entre el 60% y 90%. Los CEDIF usualmente poseen instalaciones de gran tamaño, donde pueden acomodar todos los servicios familiares que proveen. Usualmente la sala cuna y el jardín infantil se encuentran en edificios independientes dentro del mismo CEDIF. El programa no tiene estándares sobre espacios, dotación, seguridad o salubridad que ayuden a asegurar una provisión mínima de calidad. Algo similar sucede con los coeficientes de atención: el *Wawa Wasi* trabaja con 6 niños por adulto en el sector rural y 8 en el urbano, mientras que los CEDIF no tienen parámetros establecidos.

Los salarios de los maestros son similares entre los dos programas. Las cuidadoras de *Wawa Wasi*, con carácter de voluntarias, reciben un pequeño estipendio mensual de US\$85 y no tienen relación laboral con el programa. Las supervisoras reciben US\$107 al mes y las coordinadoras US\$690. En los

CEDIF los salarios de las cooperadoras son de US\$100. Al momento de la visita uno de los retos más importantes que enfrentaban ambos programas era que se encontraban atravesando por un proceso de descentralización bastante rápido, iniciado en 2011.

4.17 República Dominicana

El estudio entrevistó a tres programas de primera infancia en República Dominicana. Los tres proveen servicios de cuidado, ninguno con una cobertura grande. La Tabla 89 describe las principales características de los programas.

Los *Espacios de Esperanza* del Despacho de la Primera Dama, creados en 2009, atienden a 1.440 niños en 48 centros. Proveen atención durante tres horas y media por día, diez meses del año. El objetivo principal de este programa es ofrecer un espacio donde los niños puedan recibir estimulación y tener acceso a computadores con internet. Adicionalmente se preocupan por ofrecer buenos espacios, libros infantiles y materiales para juego. La población objetivo son niños de entre 3 y 5 años y medio, de familias con escasos recursos, hijos de madres solteras y niños con riesgo de vulneración de sus derechos. Un consejo dentro de cada centro hace la selección de quién recibe los cupos para entrar al programa.

El *Programa de Atención Integral a la Primera Infancia* del Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI) inició en 1980. Atiende en la actualidad a 10.275 niños menores de 6 años en 52 centros en todo el país. Los centros operan 9 horas al día durante todo el año y atienden a poblaciones de escasos recursos y en condiciones de vulnerabilidad. Se usa una ficha multidisciplinaria para focalizar los cupos.

La *Administración de Estancias Infantiles Salud Segura* del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) es un programa que se encarga de proveer servicios de cuidado para los hijos de trabajadores inscritos en el seguro social. Fundada en 1990 como un piloto para madres que laboraban en una zona franca, hoy en día funciona en todo el país y atiende a 6.640

Tabla 89. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en República Dominicana.

| Institución | Despacho de la Primera Dama | Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia | Instituto Dominicano de Seguros Sociales |
|-------------------------------------|--|--|---|
| Programa | Espacios de Esperanza | Programa de Atención Integral a la Primera Infancia | Administración de Estancias Infantiles Salud Segura |
| Niños atendidos (2011) | 1.440 | 10.275 | 6.640 |
| Grupo de edad al que atiende | 37 a 66 meses | 0 a 72 meses | 0 a 60 meses |
| Centros en operación (2011) | 48 | 52 | 107 |
| Personal (2011) | 187 | 1.512 | 1.350 |
| Horario de operación | 10 meses al año 5 días por semana 3,5 horas por día | 12 meses al año 5 días por semana 9 horas por día | 12 meses al año 5 sesiones a la semana 8 a 10 horas por día |
| Cobertura geográfica | 43 localidades / 36 rurales | Presencia en 25 provincias | Cobertura nacional |
| Población objetivo | - Población de escasos recursos - Madres solteras - Vulnerabilidad de derechos | - Población de escasos recursos - Condición de vulnerabilidad | - Trabajadores adscritos al seguro social - Ingresos de hasta 3 salarios mínimos |
| Método de focalización | Consejo en el centro hace la preselección de las familias | Se usa una ficha multidisciplinaria | Focalización por ingresos. Deben estar afiliados al seguro social. |

Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 90. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en República Dominicana.

| Institución | Despacho de la Primera Dama | Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia | Instituto Dominicano de Seguros Sociales |
|--|-----------------------------|---|---|
| Programa | Espacios de Esperanza | Programa de Atención Integral a la Primera Infancia | Administración de Estancias Infantiles Salud Segura |
| Gastos totales (2010) | N/D | US\$20.567.263,5 | US\$5.587.634,1 |
| Gastos administrativos | | 56,0% | 1,8% |
| Materiales | | 7,2% | 4,3% |
| Alimentación | | 11,8% | 0,3% |
| Salarios | | 1,0% | 88,9% |
| Infraestructura / Mantenimiento | | 15,0% | 4,0% |
| Servicios | | 9,0% | 0,6% |
| Costo anual por niño (2010) | | US\$2.091,0 | US\$530,8 |
| Ingresos totales (2010) | | US\$21.484.726,0 | US\$3.524.662,2 |
| Tarifa pagada por las familias | | No deben realizar ningún pago. | No deben realizar ningún pago. |

La tasa de cambio utilizada fue el promedio de diciembre de 2010: 37,3 pesos dominicanos por dólar.
Fuente y elaboración: los autores.

niños en 107 estancias. Su población objetivo son los hijos de las personas inscritas en el seguro social y cuyos ingresos no sean mayores de tres salarios mínimos.

En lo que se refiere a los aspectos financieros de los programas, la Tabla 90

muestra que los *Espacios de Esperanza* y los centros del CONANI no cobran por sus servicios, mientras que las *Estancias de la Seguridad Social* cobran US\$20,6 al mes por niño. El CONANI cuenta con un presupuesto anual de US\$20,6 millones, el cual se invierte principalmente en gastos administrativos (56%, dentro

Tabla 91. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en República Dominicana.

| Institución | Despacho de la Primera Dama | Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia | Instituto Dominicano de Seguros Sociales |
|----------------------------------|---|--|---|
| Programa | Espacios de Esperanza | Programa de Atención Integral a la Primera Infancia | Administración de Estancias Infantiles Salud Segura |
| Componentes | | | |
| Servicios de cuidado | Cuidado por jornadas cortas en centros muy bien equipados con computadores, libros y juegos infantiles. Las salas de atención se encuentran en Centros Tecnológicos Comunitarios (CTC). | Cuidado de jornada completa en centros exclusivos del programa. Centros con buena infraestructura. | Se posee un servicio de cuidado de jornada completa. |
| Servicios de alimentación | No se tiene servicio de alimentación. Se cuenta con un periodo para el refrigerio, pero los niños deben traer su lonchera. | Se provee desayuno, almuerzo y 2 refrigerios. No se tiene definido el porcentaje de las calorías necesarias diarias que el programa debe proveer. | Se provee desayuno, almuerzo y 2 refrigerios. Se provee entre el 75% y 80% de las calorías necesarias diarias. |
| Seguimiento nutricional | No se realizan seguimientos de peso y talla. | Se realiza control mensual de peso y talla para menores de 1 año y trimestral para menores de 3 años. Se califica el estado nutricional según curvas de crecimiento y desarrollo. | Se realiza monitoreo del crecimiento de los niños y se analiza la información para la aplicación de apoyos y programas alimenticios. Monitoreo mensual para menores de 6 meses, trimestral hasta el año y semestral de ahí en adelante. |
| Entrega de suplementos | No se proveen suplementos. | Se provee vitamina A y medicina desparasitante cada 6 meses. | Proveen vitamina A y medicina desparasitante, cada 6 meses; hierro, anualmente; y ácido fólico, diariamente. Adicionalmente el alimento provisto está fortificado. |
| Apoyo a los padres | No se realiza ningún trabajo con los padres. Por ser jornadas tan cortas las madres no pueden trabajar. Se les comunica acerca del progreso y desarrollo de sus hijos. | Se realizan charlas muy frecuentes donde se habla de nutrición y promoción de la salud. Se realiza trabajo mensual con madres embarazadas y sesiones trimestrales sobre la importancia de la lactancia materna. Se provee una escuela de padres mensual en la que se trabajan temas de educación y maltrato. | Sesiones bimestrales con los padres en las que se trabajan temas de cuidado y buenas prácticas de crianza, métodos de enseñanza y aprendizaje, salud, nutrición y desarrollo. |

Fuente y elaboración: los autores.

del cual se incluyen los salarios de los maestros), seguido de infraestructura (15%) y alimentación (11%). El IDSS gasta US\$5,6 millones, siendo los principales rubros de gasto los salarios (89%), materiales (4%) e infraestructura (4%). El costo anual por niño para los centros del CONANI es de US\$2091 mientras que para las Estancias es sustancialmente menor (US\$531 anuales por niño). No se obtuvo

información financiera de los *Espacios de Esperanza*.

En lo que se refiere a los servicios que proveen los programas, la Tabla 91 documenta que los *Espacios de Esperanza* se encuentran ubicados en Centros Tecnológicos Comunitarios, que cumplen otras funciones, pero en los que este programa recibe un espacio

Tabla 92. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en República Dominicana.

| Institución | Despacho de la Primera Dama | Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia | Instituto Dominicano de Seguros Sociales |
|---|---|--|---|
| Programa | Espacios de Esperanza | Programa de Atención Integral a la Primera Infancia | Administración de Estancias Infantiles Salud Segura |
| Calidad | | | |
| Lugar donde opera | - Salas propias del programa dentro de - Centros Tecnológicos Comunitarios (CTC) | - Centros exclusivos del programa | - Centros exclusivos del programa - Hogares adaptados - Instalaciones anexas a escuelas o iglesias - Centros comunitarios |
| Estándares | Se cumplen todos los estándares de dotación, espacios, seguridad y salubridad. Monitoreo bimestral de los centros. No se tiene definido un mínimo de metros cuadrados por niño. | Tamaño mínimo por niño de 1 metro cuadrado. Cumplimiento amplio de regulación sobre dotación, amoblamiento y espacios cercano al 90%. Inspecciones y visitas trimestrales. | Tamaño mínimo por niño de 1 metro cuadrado. Cumplimiento cercano al 85% de la regulación sobre dotación, amoblamiento y espacios. Inspecciones y visitas cada 4 meses. |
| Perfil del personal | Maestros: licenciados en educación inicial o estudiantes de término. Buena salud física y mental. Debe pertenecer a la comunidad. | Maestras: licenciada en educación inicial. Responsables del proceso de aprendizaje de los niños y niñas. | Maestras: educadoras de nivel inicial, responsables de la ejecución de la planificación educativa. Reciben un mes de entrenamiento y deben pertenecer a la comunidad. |
| | Maestras asistentes: deben estar en último grado de liceo público cercano al CTC. | Maestras asistentes: deben estar estudiando educación inicial o básica. | Asistentes: estudiantes de educación inicial o básica. Se prefiere que pertenezcan a la comunidad. Dan soporte al cumplimiento de la planificación y al cuidado del niño. |
| | | Coordinadoras educativas: deben ser licenciadas en el área de educación. Se encargan de la parte administrativa en los centros. | |
| Coefficientes de atención (niños por adulto) | 22,0 niños entre 2 y 6 años | 3,9 entre 0 y 2 años 7,6 entre 2 y 6 años | 3,0 entre 0 y 2 años 7,5 entre 2 y 4 años 10,0 entre 4 y 6 años |
| Compensación mensual | US\$321,7 para las maestras US\$53,6 para las maestras asistentes | US\$369,9 para las maestras US\$281,5 para las maestras asistentes US\$308,3 para las coordinadoras educativas | US\$185,0 para las maestras US\$123,3 para las asistentes |

Fuente y elaboración: los autores.

de uso exclusivo. Aunque las jornadas son cortas, los centros se encuentran muy bien equipados y el acceso a los computadores cumple un papel central en la manera en que el programa brinda sus servicios de estimulación. El programa no provee alimentación ni realiza seguimientos antropométricos o

entrega de suplementos nutricionales. Por su parte, el CONANI ofrece cuidado en centros propios por nueve horas al día y provee desayuno, almuerzo y dos refrigerios durante el día. No tienen definido un porcentaje mínimo de requerimientos calóricos diarios con el cual se deba cumplir. En el CONANI

se realiza un control antropométrico mensual para menores de 1 año y trimestral para niños de entre 1 y 3 años. La información recogida es sistematizada y analizada según curvas de desarrollo y crecimiento. Además se entrega medicina desparasitante y vitamina A semestralmente. Las *Estancias* del IDSS también poseen servicio de cuidado en jornada completa y proveen desayuno, almuerzo y dos refrigerios. Su objetivo es cubrir entre 75% y 80% de las calorías necesarias diarias, hacer seguimiento antropométrico mensual para menores de 6 meses, trimestral hasta el año y semestral de ahí en adelante. Las *Estancias* del IDSS proveen diariamente alimentos fortificados, acompañados de ácido fólico. Además entregan vitamina A y medicina desparasitante cada semestre y hierro anualmente.

Los *Espacios de Esperanza* no tienen ninguna actividad de apoyo parental que convoque a los padres para trabajar con ellos. Se percibe que existe poca disponibilidad de las madres para participar en este tipo de actividades. El CONANI realiza reuniones muy frecuentes para hablar de nutrición y salud, acompañadas de una escuela de padres mensual donde abordan temas educativos y discuten sobre el maltrato infantil. Las *Estancias* del IDSS tienen sesiones bimestrales en las que abordan con los padres temas de crianza, métodos de enseñanza, salud, nutrición y desarrollo.

Respecto de la calidad de la infraestructura se reportó que el cumplimiento de los estándares en los *Espacios de Esperanza* es muy bueno. A esto se suma que se realiza un monitoreo bimestral de los centros. No obstante, al indagar sobre los estándares destaca que no tienen definido un espacio mínimo por niño. El CONANI define un mínimo de un metro cuadrado por niño y reporta un cumplimiento de este y otros estándares. Se realizan inspecciones y visitas trimestrales. El IDSS trabaja en centros exclusivos, hogares adaptados, instalaciones anexas a escuelas o iglesias y en centros comunitarios. Se reporta que los centros cumplen con las regulaciones de espacio (un metro cuadrado por niño) y de dotación de material en un 85%, con procesos de monitoreo cada cuatro meses. La Tabla 92 muestra las características del capital humano en los programas.

Los *Espacios de Esperanza* trabajan con maestros (licenciados) y maestros asistentes (estudiantes) que reciben como salario US\$322 y US\$54 al mes, respectivamente. Los coeficientes de atención son altos, con 22 niños por adulto en todas las edades. El CONANI contrata tres tipos de personal: las maestras (licenciadas, sin requisito de experiencia previa), maestras asistentes (estudiantes) y coordinadoras educativas (licenciadas en educación, preferiblemente con experiencia). Estas reciben como salario US\$370, US\$282 y US\$308 al mes, respectivamente. Los coeficientes de atención en el CONANI son relativamente bajos: 3,9 niños por adulto entre 0 y 2 años y 7,6 entre 2 y 6 años. Por último, el IDSS trabaja con maestras (educadoras de nivel inicial, con un mes de entrenamiento) y asistentes (estudiantes). Sus salarios son de US\$185 y US\$123, respectivamente. Los coeficientes de atención son similares a los del CONANI, con 3 niños por adulto para el grupo de 0 y 2 años, 7,5 niños por adulto para niños de entre 2 y 4 años y 10 para niños de entre 4 y 6 años.

4.18 Trinidad y Tobago

En Trinidad y Tobago la provisión de servicios de primera infancia ocurre en asociación entre el sector público y el privado. En algunos aspectos estos servicios operan con una estructura similar a la de Jamaica. Los *Early Childhood Care and Education Centers* (ECCE) del Ministerio de Educación son regulados por un Consejo que adicionalmente opera unos pocos centros privados. La Tabla 93 muestra que el servicio atiende a 3.413 niños de entre 3 y 4 años en 112 centros. Se tienen modalidades de atención de 4 y 8 horas al día, dependiendo de las necesidades de la comunidad. El programa funciona 9 meses por año y tiene cobertura universal sin proceso de focalización específico.

Los ECCE tienen un presupuesto de US\$3,9 millones al año, que principalmente se invierte en salarios (65%), seguidos del gasto en materiales (27%) y servicios (6%). Los padres no deben realizar ningún pago por recibir los servicios en los centros. Como se observa en la Tabla 94 los ECCE gastan US\$662 por niño al año.

Tabla 93. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Trinidad y Tobago.

| Institución | Ministerio de Educación |
|------------------------------|---|
| Programa | Early Childhood Care and Education Centers |
| Niños atendidos (2011) | 3.413 |
| Grupo de edad al que atiende | 36 a 48 meses |
| Centros en operación (2011) | 112 |
| Horario de operación | 9 meses al año 5 días por semana Dos modalidades: de 4 y de 8 horas diarias |
| Cobertura geográfica | Cobertura nacional |
| Población objetivo | Universal |
| Método de focalización | Sin proceso de focalización |

Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 94. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Trinidad y Tobago.

| Institución | Ministerio de Educación |
|--------------------------------|--|
| Programa | Early Childhood Care and Education Centers |
| Gastos totales (2010) | US\$3.985.035,6 |
| Materiales | 26,8% |
| Capacitaciones | 1,8% |
| Salarios | 65,3% |
| Servicios | 6,0% |
| Costo anual por niño (2010) | US\$662,3 |
| Ingresos totales (2010) | US\$2.260.580,6 |
| Tarifa pagada por las familias | No deben realizar ningún pago. |

La tasa de cambio utilizada fue el promedio de diciembre de 2010: 6,35 dólares de Trinidad y Tobago por dólar estadounidense.

Fuente y elaboración: los autores.

Respecto de los componentes del servicio, los niños son atendidos en una misma sala, sin separación entre grupos por edad. Esto tiene sentido dado que se trata de un servicio de preescolar que se brinda a niños en un rango de edad relativamente estrecho. Los centros proporcionan almuerzo, aunque no está definido un porcentaje mínimo de los requerimientos calóricos que deben cumplir. Los centros no realizan seguimiento de las medidas

antropométricas de los niños ni entregan suplementos nutricionales. La Tabla 95 muestra también que los centros mantienen la comunicación con los padres a través de un cuaderno de comunicación y además los convocan a reuniones trimestrales para hablar sobre métodos de aprendizaje, salud y nutrición.

La Tabla 96 contiene información sobre regulación y estándares de los ECCE,

Tabla 95. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Trinidad y Tobago.

| Institución | Ministerio de Educación |
|---------------------------|---|
| Programa | Early Childhood Care and Education Centers |
| Componentes | |
| Servicios de cuidado | En la misma sala se tienen niños de 3 a 5 años, con un servicio de 4 u 8 horas. |
| Servicios de alimentación | Se provee almuerzo. |
| Seguimiento nutricional | No se realiza seguimiento del desarrollo nutricional de los niños. |
| Entrega de suplementos | No se proveen suplementos. |
| Apoyo a los padres | Se hacen reuniones trimestrales con los padres y se mantiene un cuaderno de comunicación. |

Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 96. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Trinidad y Tobago.

| Institución | Ministerio de Educación |
|---|--|
| Programa | Early Childhood Care and Education Centers |
| Calidad | |
| Lugar donde opera | - Centros exclusivos del programa - Centros comunitarios |
| Estándares | El estándar de espacio mínimo se cumple en 27% de los centros, la regulación en salud y seguridad se cumple en un 92%, y los estándares de materiales y amoblamiento se cumple completamente. Monitoreos anuales de las instalaciones. |
| Perfil del personal | Maestros: deben poseer licenciatura en educación inicial y de 3 a 5 años de experiencia. Maestros asistentes: 5 O-levels (i.e. materias aprobadas en el modelo educativo inglés), incluyendo inglés y matemática, o académico general. Certificado de educación inicial, incluyendo pasantía. 3 años de experiencia. Auxiliares: 3 O-levels, incluyendo inglés, o académico general. 1 año de entrenamiento, o certificado de educación inicial. |
| Coefficientes de atención (niños por adulto) | 7,7 entre 3 y 4 años |
| Compensación mensual | US\$1.415,8 para los maestros US\$786,6 para los maestros asistentes US\$550,6 para los auxiliares |

Fuente y elaboración: los autores.

al tiempo que muestra algunos datos básicos sobre el capital humano de los centros. Estos operan principalmente en infraestructura exclusiva para su uso, aunque también pueden trabajar en centros comunitarios, anexos a iglesias (existen muchos pues en sus inicios estos centros se crearon con fuerte conexión a las iglesias) y a escuelas. Los ECCE reportan que el cumplimiento de la regulación en lo referente a espacios se encuentra cercano a 30% y en lo que concierne a dotación, seguridad y salubridad se ubica en un 90% y 100%. Se realizan visitas de monitoreo anuales en temas de seguridad y cuatrimestrales en temas de salubridad.

Los centros contratan tres tipos de personal: maestros (licenciatura en desarrollo infantil temprano, 3 a 5 años de experiencia), maestros asistentes (5 *ordinary levels*¹⁹, certificado en desarrollo infantil, pasantía y 3 años de experiencia), y auxiliares (3 *ordinary levels*, certificado en desarrollo infantil y 1 año de entrenamiento). Estos perfiles son un requisito que se cumple estrictamente, lo que permite garantizar buena calidad en el capital humano de los centros. La remuneración del personal de estos tres tipos es de US\$1.416, US\$787 y US\$550

mensuales, respectivamente. Los centros manejan, en promedio, un coeficiente de atención de 7,7 niños (entre 3 y 4 años) por adulto.

4.19. Uruguay

Los servicios de primera infancia de Uruguay incluidos en el estudio son tres programas que brindan servicios de cuidado, dos de los cuales son programas municipales de Montevideo y el otro es un programa nacional. La Tabla 97 ofrece una descripción general de las características principales de los tres.

El Plan *Centros de Atención Integral a la Infancia y la Familia* (CAIF), del Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU), surgió en 1987 como una alianza entre el Estado y varias organizaciones de la sociedad civil para garantizar la protección y promoción de los derechos de la infancia. Atiende a 44.282 niños en 332 centros, distribuidos en 118 localidades de todo el país. Los centros trabajan once meses al año, con modalidades de 4, 6 y 8 horas diarias, dependiendo de las necesidades de la comunidad (en el sector rural usualmente se tiene centros de 4 horas). La población

¹⁹ Estos niveles corresponden a exámenes de secundaria en que se aprueban distintas áreas en el sistema educativo del Caribe anglo-parlante.

Tabla 97. Descripción general de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Uruguay.

| Institución | Instituto del Niño y del Adolescente de Uruguay | Intendencia de Montevideo | Instituto del Niño y del Adolescente de Uruguay |
|-------------------------------------|---|---|---|
| Programa | Plan CAIF | Programa Nuestros Niños (PNN) | Programa de Primera Infancia (antiguos centros diurnos) |
| Niños atendidos (2011) | 44.282 | 1.426 | 500 |
| Grupo de edad al que atiende | 0 a 60 meses | 7 a 60 meses | 0 a 48 meses |
| Centros en operación (2011) | 332 | 31 | 9 |
| Personal (2011) | 4.300 | 185 | 143 |
| Horario de operación | 11 meses al año 5 días por semana 4-8 horas por día, dependiendo de la necesidad de la comunidad. CAIF rurales usualmente son de 4 horas. | 11 meses al año 5 días por semana 4-8 horas por día, dependiendo de la necesidad de las familias. | 12 meses al año 5 días por semana 2 turnos al día, que duran entre 3 y 4 horas. |
| Cobertura geográfica | 118 localidades de 547 en el país. | Atención únicamente en Montevideo. | Atención únicamente en Montevideo. |
| Población objetivo | Niños en condiciones de vulnerabilidad. | Niños de escasos recursos con riesgo para su desarrollo. | Familias de bajos recursos. |
| Métodos de Focalización | Información recopilada por técnicos y un instrumento adicional del programa. | Focalización por ubicación y por una ficha psicosocial que permite revisar los ingresos. | Ficha única de inscripción. |

Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 98. Ingresos y gastos de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Uruguay.

| Institución | Instituto del Niño y del Adolescente de Uruguay | Intendencia de Montevideo | Instituto del Niño y del Adolescente de Uruguay | |
|--|---|---|---|-----------------|
| Programa | Plan CAIF | Programa Nuestros Niños (PNN) | Programa de Primera Infancia (antiguos centros diurnos) | |
| Gastos totales (2010) | N/D | US\$2.475.843,6 | US\$1.455.194,8 | |
| Infraestructura / Mantenimiento | | 8,1% | 4,7% | |
| Salarios | | 80,7% | 70,4% | |
| Capacitación | | 2,6% | 0,0% | |
| Alimentación | | 8,6% | 14,1% | |
| Gastos administrativos | | 0,0% | 1,8% | |
| Servicios | | 0,0% | 5,3% | |
| Materiales | | 0,0% | 3,6% | |
| Ingresos totales (2010) | | | US\$2.768.306,5 | US\$1.455.194,8 |
| Costo anual por niño (2010) | | | US\$1.941,3 | US\$2.910,4 |
| Tarifa pagada por las familias | No deben realizar ningún pago. | Entre US\$0,0 y US\$17,9 mensuales US\$12,8 mensuales en promedio | No deben realizar ningún pago. | |

La tasa de cambio utilizada fue el promedio de diciembre de 2010: 19,9 pesos uruguayos por dólar.
Fuente y elaboración: los autores.

objetivo son familias en condiciones de vulnerabilidad, a las que se identifica a través de un instrumento del programa y por información recopilada por técnicos en las zonas del trabajo del programa. El *Programa Nuestros Niños* (PNN) de la Intendencia de Montevideo se originó en 1990. Atiende a 1.426 niños de entre 7 meses y 5 años en 31 centros que funcionan de manera muy similar a los centros del Plan CAIF. La población objetivo son niños de escasos recursos y la focalización se lleva a cabo a través de la ubicación de los centros y una ficha sicosocial.

El *Programa de Primera Infancia* (antiguos Centros Diurnos) del INAU es un servicio de cuidado que trabaja con niños menores de 4 años. Creado en 1980, no ha experimentado aumentos importantes en cobertura pues el énfasis se ha puesto en

expandir los servicios a través del Plan CAIF. En la actualidad atiende a 500 niños en 9 centros de Montevideo. Los centros funcionan con dos turnos al día, de 3 o 4 horas, los 12 meses del año. Se focaliza la atención hacia familias de bajos recursos a través de una ficha de inscripción.

Aunque no se dispone de datos financieros del Plan CAIF, la Tabla 98 muestra información valiosa del PNN y del *Programa de Primera Infancia* del INAU. El PNN tiene un presupuesto anual de US\$2,5 millones que se gasta principalmente en salarios (81%), alimentación (8%) e infraestructura (8,6%). El gasto anual por niño es de US\$1.941. El *Programa de Primera Infancia* del INAU cuenta con un presupuesto de US\$1,5 millones invertido principalmente en salarios (70%), alimentación (14%) y servicios (5%). Únicamente las familias

Tabla 99. Componentes de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Uruguay.

| Institución | Instituto del Niño y del Adolescente de Uruguay | Intendencia de Montevideo | Instituto del Niño y del Adolescente de Uruguay |
|----------------------------------|---|--|--|
| Programa | Plan CAIF | Programa Nuestros Niños (PNN) | Programa de Primera Infancia (antiguos centros diurnos) |
| Componentes | | | |
| Servicios de cuidado | Centros de atención con separación de los niños según su edad. Atención por 4, 6 u 8 horas, según necesite la comunidad. | Centros de atención con separación de los niños según su edad. Atención por 4 a 8 horas, según necesiten las familias. | Centros de atención con separación de los niños según su edad. Atención con 2 turnos, uno matutino y otro vespertino. |
| Servicios de alimentación | La alimentación depende de las horas en las que están los niños. Todos reciben almuerzo y, según el horario, colaciones adicionales. Intentan proveer el 75% de las calorías necesarias diarias para el grupo de 8 horas. | Dan almuerzo y un refrigerio en la tarde. Proveen el 70% de las calorías necesarias diarias. | Los 2 turnos de atención reciben un refrigerio y un almuerzo. |
| Seguimiento nutricional | Controles bimensuales de peso y talla de acuerdo a las pautas nacionales. Registro en el centro y derivación a salud si se detectan problemas. Se realiza reporte de estado alimenticio. | Pediatra referente en los centros de salud los pesa y talla cada 4 meses. Resultados se consideran dentro de la alimentación de los niños. | Se toman las medidas a través del carnet de salud, de manera bimestral. Se utiliza la información recogida para realizar ajustes en la alimentación. |
| Apoyo a los padres | Sesiones y talleres mensuales en los que se abordan temas de nutrición, desarrollo, métodos de enseñanza. Reuniones con madres embarazadas. | Se trabajan temas de nutrición en sesiones y talleres con periodicidad variable. | Talleres bimensuales donde se trabajan temas de desarrollo, crianza, salud, nutrición, figura paterna y derechos de los niños. |

Fuente y elaboración: los autores.

Tabla 100. Infraestructura y capital humano de los principales programas públicos de desarrollo infantil visitados en Uruguay.

| Institución | Instituto del Niño y del Adolescente de Uruguay | Intendencia de Montevideo | Instituto del Niño y del Adolescente de Uruguay |
|---|--|---|--|
| Programa | Plan CAIF | Programa Nuestros Niños (PNN) | Programa de Primera Infancia (antiguos centros diurnos) |
| Calidad | | | |
| Lugar donde opera | - Centros del programa - Instalaciones anexas a una escuela o iglesia - Centros comunitarios | - Centros del programa | - Centros del programa |
| Estándares | Los criterios y estándares de calidad establecidos por el programa se cumplen en su totalidad, a excepción de algunos centros con espacios deficientes. | Los criterios y estándares sobre dotación de los centros se cumple en un 70%. Las regulaciones de seguridad y salubridad se cumplen sin problema. | Todos los centros cumplen con las regulaciones y estándares de calidad establecidos. Esto se relaciona con el bajo número de centros en el programa. |
| Perfil del personal | Maestras: deben poseer especialización en educación inicial. Es decir, que deben terminar bachillerato y tener estudios superiores relacionados con primera infancia. No requieren de experiencia laboral. | Maestras: deben ser egresadas del Instituto Magisterial Superior, con preferencia en educación infantil. Se requiere de 0 a 3 años de experiencia en trabajo con niños. | Maestras: se requiere de especialización en educación inicial. El perfil no se cumple completamente. |
| | Educadoras: deben tener bachillerato completo y una formación básica de 500 horas en primera infancia. | Educadoras: el requisito mínimo es tener bachillerato completo, pero en el proceso de selección se consideran cursos y preparación. Educadoras Alimentarias: se les exigen los mismos requisitos que las educadoras, pero trabajan en temas de nutrición con la familia. | Educadoras sociales: carrera en educación social. No necesitan experiencia. Educadoras: deben tener bachillerato completo. Debido a la antigüedad en el programa de algunos empleados, no se cumple por completo el requisito mínimo. |
| Coefficientes de atención (niños por adulto) | 10,1 entre 0 y 2 años 12,2 entre 2 y 6 años | 4,3 entre 0 y 1 años 5,2 entre 1 y 2 años 6,8 entre 2 y 4 años | 2,8 entre 0 y 1 años 5,4 entre 1 y 2 años 10,8 entre 2 y 4 años |
| Compensación mensual | US\$832,0 para maestras US\$702,0 para educadoras | US\$1.301,6 para maestras US\$860,2 para educadoras US\$988,5 para educadoras alimentarias | US\$844,0 para maestras US\$867,7 para educadoras sociales US\$738,6 para educadoras |

Fuente y elaboración: los autores.

usuarias del *Programa Nuestros Niños* deben realizar un pago de US\$12,8 al mes, en promedio.

La Tabla 99 muestra que los componentes de cuidado, alimentación y seguimiento nutricional son muy diferentes entre los tres programas. El Plan CAIF tiene distintas modalidades de atención, que dependen de la duración de la jornada (4, 6 y 8 horas al día), según necesite la comunidad. La alimentación varía según el grupo de edad. Todos reciben almuerzo

y, según el horario, pueden recibir uno o dos refrigerios adicionales. Los centros intentan proveer el 75% de las calorías cuando operan durante 8 horas. El PNN atiende en centros de 4 u 8 horas y provee almuerzo y un refrigerio en la tarde, buscando asegurar 70% de los requerimientos calóricos mínimos. En el *Programa de Primera Infancia* del INAU se tienen dos turnos de 4 horas y cada sesión recibe almuerzo y un refrigerio. No poseen un requisito mínimo de calorías que se busca cubrir.

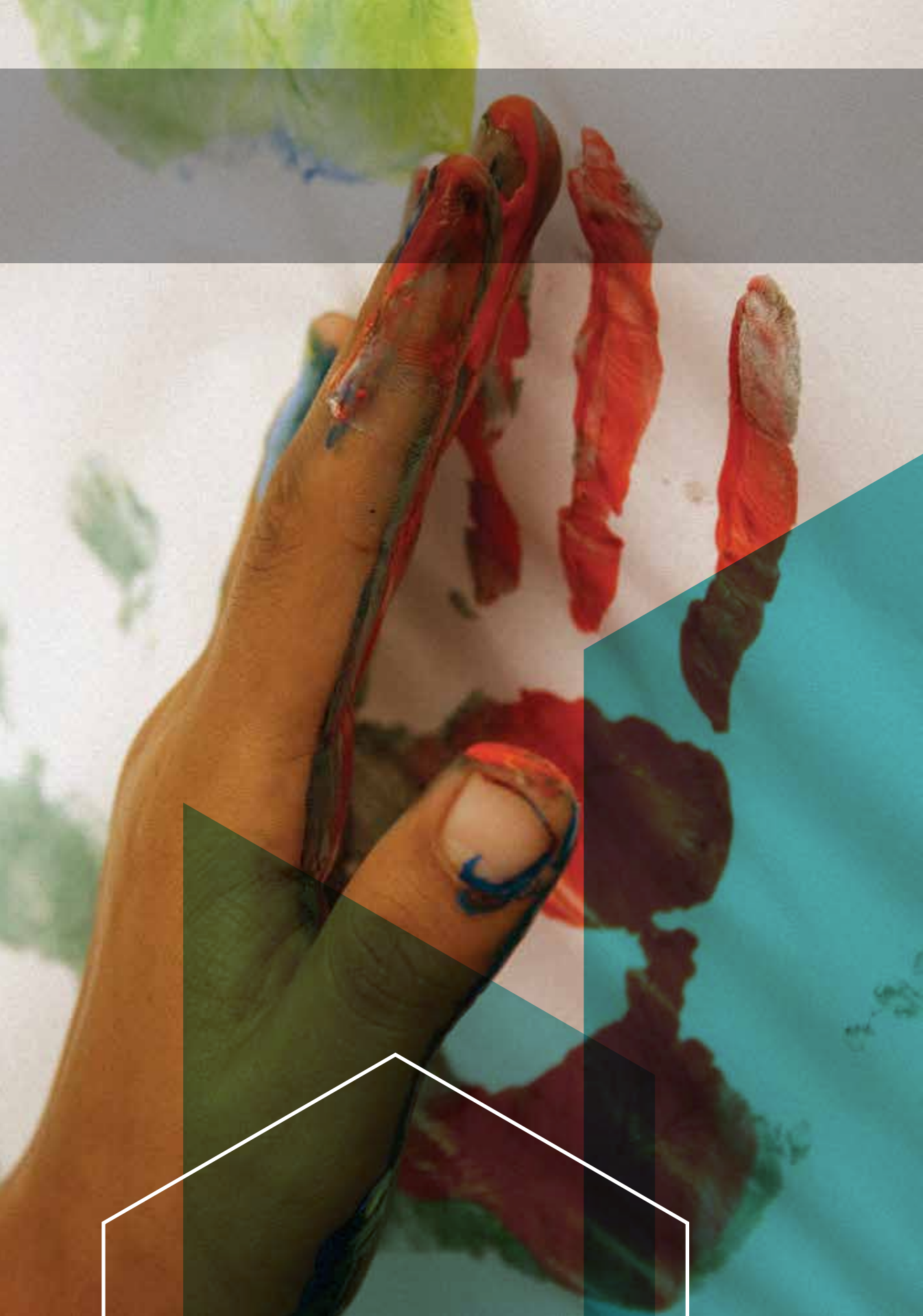
En el Plan CAIF se realizan mediciones antropométricas con una frecuencia bimestral, se registra la información y se hacen reportes en caso de encontrar problemas. En el PNN las medidas las toma el pediatra referente en los centros de salud cada 4 meses. Posteriormente esta información es utilizada en la elaboración de los menús. El *Programa de Primera Infancia* del INAU toma las medidas de manera bimestral a través del carnet de salud. La información recogida se utiliza para realizar ajustes a la alimentación.

El trabajo con padres es similar en los tres programas. El Plan CAIF organiza sesiones y talleres mensuales para tratar temas de nutrición, desarrollo y métodos de enseñanza, y ofrece otras sesiones para madres embarazadas. En el PNN se llevan a cabo talleres con temas similares, pero con una frecuencia variable. El *Programa de Primera Infancia* tiene talleres bimensuales en temas de desarrollo, crianza, nutrición, salud, figura paterna y derechos de los niños.

El Plan CAIF trabaja en instalaciones con infraestructura de distintos tipos: centros propios, instalaciones anexas a escuelas o iglesias y centros comunitarios. Aunque se reporta que los estándares se cumplen en casi la totalidad de los centros, también se reconoce que algunos no se ciñen a los estándares mínimos de áreas y espacios. En el PNN solo se trabaja en centros propios del programa, donde se reporta que el 70% satisface los estándares mínimos. Se informa además que la regulación de seguridad y salubridad se respeta en todos los centros. En el *Programa de Primera Infancia* del INAU se trabaja únicamente en centros del programa que cumplen en su totalidad con los estándares y regulaciones.

Los dos programas del INAU contratan a personal con perfil similar. Ambos cuentan con maestras (con especialización en educación infantil sin un requisito de experiencia previa) y educadoras (con bachillerato completo y formación básica en primera infancia de 500 horas). El *Programa de Primera Infancia* contrata adicionalmente a educadoras sociales (con título en esta materia). En este último programa los salarios de estos tres tipos de personal son de US\$844, US\$738,6 y US\$867,7 mensuales, respectivamente. Por su parte, el PNN contrata tres tipos de recurso humano: maestras (egresadas del Instituto Magisterial Superior, con un poco de experiencia con niños), educadoras (bachillerato completo, preferentemente con entrenamiento posterior) y educadoras alimentarias (bachillerato completo), que se encargan de trabajar temas de nutrición con la familia. Los salarios que reciben son US\$1.301, US\$860 y US\$989 al mes, respectivamente.

Por último, la Tabla 100 muestra que los coeficientes de atención varían mucho entre programas. El Plan CAIF mantiene un coeficiente de 10,1 niños por adulto entre 0 y 2 años y de 12,2 entre 2 y 6 años. El PNN trabaja con 4,3 niños por adulto entre 0 y 1 año, 5,2 entre 1 y 2 años y 6,8 entre 2 y 4 años. El *Programa de Primera Infancia* del INAU trabaja con un coeficiente más bajo que el del Plan CAIF: 2,8 niños por adulto entre 0 y 1 año, 5,4 entre 1 y 2 años y 10,8 entre 2 y 4 años.



Bibliografía

- Ángeles, G., Gadsend P., Galiani S., Gertler, P., Herrera, A., Kariger, P. y Seira, E. (2011). *Evaluación de impacto del programa Estancias infantiles para apoyar a Madres Trabajadoras. Informe final de la evaluación de impacto*. CIEE e INSP.
- Attanasio, O., Di Maro, V. y Vera-Hernández, M. (2010). "Community nurseries and the nutritional status of poor children. Evidence from Colombia". Documento de trabajo inédito. Londres: Institute of Fiscal Studies.
- Baker-Henningham, H. y López-Boo, F. (2010). *Early Childhood Stimulation Interventions in Developing Countries: A comprehensive literature review*. Documento de trabajo 213, Washington, D.C., Inter-American Development Bank.
- Banco Interamericano de Desarrollo (2011). *Sector Social: Estrategia para una Política Social Favorable a la Igualdad y la Productividad*. Washington, D.C.
- Behrman, J. R., Cheng, Y. y Todd, P. E. (2004). "Evaluating preschool programs when length of exposure to the program varies: a nonparametric approach". *Review of economics and statistics*, Vol. 86, Nº 1: 108–132.
- Bella, N. y Loizillon, A. (2010). *Financing ECCE: An International Perspective. Presentation prepared for EFA Global Monitoring Report 2011*. UNESCO, París. Descargada el 5 de julio de 2012 de www.oecd.org/dataoecd/55/41/45522759.ppt.
- Berlinski, S., Galiani, S. y Manacorda, M. (2008). "Giving children a better start: Preschool attendance and school-age profiles" en *Journal of Public Economics*, Vol. 92, Nº 5-6: 1416-1440.
- Berlinski, S., Galiani, S. y Gertler, P. J. (2009). "The effect of pre-primary education on primary school performance" en *Journal of Public Economics*, Vol. 93: 219–234.
- Bernal, R. et al. (2009). *Evaluación de impacto del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar del ICBF*. Documentos CEDE, Nº 005854. Bogotá: Centro de Estudios de Desarrollo Económico (CEDE), Universidad de los Andes.
- Camacho, A. y Conover, E. (2009). *Manipulation of Social Program Eligibility: Detection, Explanations and Consequences for Empirical Research*. Documentos CEDE, agosto. Bogotá: Centro de Estudios de Desarrollo Económico (CEDE), Universidad de los Andes.
- Compton, J. y Pollak, R.A. (2011). *Family Proximity, Childcare, and Women's Labor Force Attachment*. NBER Documento de trabajo Nº 17678.
- Contreras, D. (2007). *Impacto de la educación preescolar sobre el logro educacional. Evidencia para Chile*. UNDP-FONDECYT.
- Daughters, R. y Harper, L. (2007). *Fiscal and Political Decentralization Reforms* en Eduardo Lora (ed.) "The State of State Reform in Latin America". Washington, D. C., Inter-American Development Bank: 213-261.
- ECLAC-UNICEF (2011). "Childcare and parental leave" en *Challenges* Nº 12, Santiago.
- Engle, P., Black, M. M., Behrman, J. R., Cabral de Mello, M., Gertler, P. J., Kapiriri, L., Martorell, R., Young, M. E. y el International Child Development Steering Group (2007). "Strategies to avoid the loss of developmental potential in more

- than 200 million children in the developing world” en *The Lancet*, Vol. 369, N° 9557: 229-242.
- Engle, P., Fernald, L., Alderman, H., Behrman, J., O’Gara, C., Yousafzai, A., Cabral de Mello, M., Hidrobo, M., Ulkuer, N., Ertem, I., Iltus, S. y el Global Child Development Steering Group (2011). “Strategies for Reducing Inequalities and Improving Developmental Outcomes for Young Children in Low and Middle Income Countries” en *The Lancet*, Vol. 378, N° 9799:1339-1353.
- Evans, J. L., Myers, R. G. e Ilfeld, E. M. (2000). “Early Childhood Counts: a Programming Guide on Early Childhood Care for Development” en *WBI Learning Resources Series*, Washington, D. C.: The World Bank.
- Filp, J. y Scheifelbein, E. (1982). “Efecto de la educación preescolar en el rendimiento de primer grado de primaria: El estudio UMBRAL en Argentina, Bolivia, Colombia, y Chile” en *Revista Latinoamericana de Estadística Educación*, Vol. 12, N° 1: 9-41.
- Flores, C., Espinos, F. y Sánchez, L. (2008). *Diseño del Índice SISBEN en su Tercera Versión – Resumen Ejecutivo*. Colombia: Departamento Nacional de Planeación – Dirección de Desarrollo Social.
- Grun, R. (2008). *Financing early childhood development - A look at international evidence and its lessons*. Nota preparada para el Departamento de Educación de Khanty-Mansiysk, Federación Rusa. The World Bank.
- Harris-Van Keuren, C., Rodríguez-Gómez, D. y Morrison, M. (2012). “Análisis Comparativo de las Pautas de Aprendizaje Temprano en América Latina y el Caribe”. Mimeo. Washington, D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Helpburn, S. (ed.). 1995. *Cost, Quality and Child Outcomes in Child Care Centers: Technical Report*. Denver, CO: University of Colorado, Department of Economics, Center for Research in Economic and Social Policy.
- Kagan, L. (2010). “Promoviendo la calidad del desarrollo infantil temprano: Prácticas y políticas para programas y personal”. Presentación preparada para el Taller “*Modelos de gestión de los servicios de desarrollo infantil temprano – lecciones operativas y de política para la región andina*”, organizado por el Banco Interamericano de Desarrollo en Quito-Ecuador, julio de 2010.
- Kamerman, S. B. (2006). “A global history of early childhood education and care”. Documento encomendado para el *EFA Global Monitoring Report 2007, Strong foundations: early childhood care and education*. UNESCO.
- Leroy, J. L., Gadsden, P. y Guijarro, M. (2011). “The impact of daycare programs on child health, nutrition and development in developing countries: a systematic review” en *Journal of Development Effectiveness*, Vol. 4, No° 3: 472-496.
- Levin, H. M. y Schwartz, H. L. (2012). “Comparing costs of early childhood care and education programs: an international perspective” en *Hacienda Pública Española – Revista de Economía Pública*, 201-2/2012: 39:65.
- López-Boo, F., Madrigal L. y Pages, C. (2010). “Part-Time Work, Gender and Job Satisfaction: Evidence from a Developing Country” en *The Journal of Development Studies*, Taylor and Francis Journals, Vol. 46, N° 9: 1543-1571.
- Myers, B., Martínez, A., Delgado, M. A., y Fernández, J. L. (2012). *Desarrollo infantil temprano en México: diagnóstico y recomendaciones*. Washington, D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Naudeau, S., Kataoka, N., Valerio, A., Neuman, M. J. y Kennedy Elder, L. (2010). *Investing in Young Children: An Early Childhood Development Guide for Policy Dialogue and Project Preparation*. Washington D.C.: The World Bank.

- Nores, M. y Barnett, S. (2010). “Benefits of early childhood interventions across the world: (Under) Investing in the very young” en *Economics of Education Review*, Vol. 29 Nº 2: 271-282.
- Pautassi, L. y Rico, M. N. (2011). “Childcare leave: A right of children and parents” en *Challenges*, Nº 12. Santiago: ECLAC-UNICEF.
- Rodrigues, C. G., Pinto, C. X. C. y Santos, D. D. (2011). “The Impact of Daycare Attendance on Math Test Scores for a Cohort of 4th Graders in Brazil”. *Texto para Discussão Nº 290*. São Paulo: Escola de Economia de São Paulo da Fundação Getulio Vargas. (CMicro Working Paper 10.)
- Ruel, M. T. et al. (2006). *The Guatemala Community Daycare Program: an example of effective urban programming*. Washington, D. C.: International Food Policy Research Institute, Research Report No. 144.
- Santiago Consultores. (2010). *Programa de Atención Integral a la Niñez Nicaragüense Etapa III (PAININ III): Levantamiento de Línea de Base, Diseño y Evaluación de Impacto de la Desnutrición Crónica*.
- Scott-Little, C., Kagan, S.L, Stebbins Frelow, V. y Reid, J. (2008). *Inside the Content of Infant-Toddler Early Learning Guidelines: Results from Analyses, Issues to Consider, and Recommendations*. Columbia University, Teachers College.
- Schady, N. (2012). “El desarrollo infantil temprano en América Latina y el Caribe: acceso, resultados y evidencia longitudinal de Ecuador” en Cabrol, M. y Székely, M. (eds.) *Educación para la transformación*. Washington, D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Schady, N., Behrman, J., Araujo, M. C., Azuero, R., Bernal, R., Bravo, D., Lopez-Boo, F., Macours, K., Marshall, D., Paxson, C. y Vakis, R. (2011). “Wealth gradients in early childhood cognitive development in five Latin American countries”. Mimeo.
- UNESCO (2010). “Early Childhood Care and Education - Regional Report. Latin America and the Caribbean”. Informe preparado para la Conferencia Mundial sobre Atención y Educación de la Primera Infancia (AEPI). Moscú, septiembre.
- Vargas-Barón, E. (2009). *Going to scale: early childhood development in Latin America*. Washington, D. C.: The RISE Institute.
- Vargas-Barón, E. (2007). *Going to scale and achieving sustainability in selected early childhood programs of Latin America*. Washington, D. C.: The RISE Institute.
- Vegas, E. y Santibáñez, L. (2010). *The promise of early childhood Development in Latin America and the Caribbean*. Washington, D. C.: The World Bank.
- Veramendi, G. y Urzúa, S. (2011). *The Impact of Out-of-Home Childcare Centers on Early Childhood Development*. RES Working Papers 4723. Washington, D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento de investigación.
- Vélez, C., Castaño, E. y Deutsch, R. (1998). “An Economic Interpretation of Colombia’s SISBEN: A Composite Welfare Index Derived from the Optimal Scaling Algorithm”. Primer borrador.
- Walker, S. P., Chang, S. M., Powell, C. y Grantham-McGregor, S. M. (2005). “Effects of early childhood psychosocial stimulation and nutritional supplementation on cognition and education in growth-stunted Jamaican children: prospective cohort study” en *The Lancet*, Vol. 366, Nº 9499: 1804-1807.

Sitios web

www.iadb.org/ProteccionSocial

www.blogs.iadb.org/desarrolloinfantil



**División de Protección Social y Salud
Banco Interamericano de Desarrollo**

1300 New York Avenue N.W.
Washington, D.C. 20577, USA

scl-sph@iadb.org
www.iadb.org/Salud
www.iadb.org/ProteccionSocial
blogs.iadb.org/desarrolloinfantil