



PANORAMA DE LOS PROGRAMAS DE VISITAS DOMICILIARIAS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

PANORAMA DE LOS PROGRAMAS DE VISITAS DOMICILIARIAS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

AUTORES

Este documento fue elaborado por Gabriela Guerrero investigadora principal del Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE) y Marcela Ponce de León, consultora del mismo centro.

El documento se realizó con la asistencia de Josefina Rodríguez en el trabajo de gabinete y la elaboración de fichas de información sobre los programas de visitas domiciliarias de la región y Daniela Chafloque con los programas en países de la OCDE. Claudia Garland apoyó en la revisión y edición final de las fichas.

El trabajo fue realizado bajo la coordinación de Mónica Rubio de UNICEF LACRO, y de Ariel Fiszbein del Diálogo Interamericano.

AGRADECIMIENTOS

Este documento se valió de la lectura crítica y de los generosos comentarios de revisores internos y externos. Se agradecen los aportes de María Florencia Alejandre, Isabele Villwock Bachtold y de los equipos de política social y de los puntos focales de desarrollo infantil temprano de las oficinas de UNICEF en Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Jamaica, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Uruguay.

CITA SUGERIDA

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. (2024). *Panorama de los programas de visitas domiciliarias en América Latina y el Caribe. Informe final*. Panamá: UNICEF. Oficina Regional América Latina y el Caribe.

FOTOGRAFÍA DE PORTADA

Patricia Willocq © UNICEF Guatemala/UN0503562/Willocq

EDICIÓN, DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Huella Contenidos, Lima-Perú

Índice

Prologo	5
1. Introducción	6
2. Los programas de visitas domiciliarias: principales características y evidencia sobre su efectividad	8
3. Objetivos del estudio	12
4. Diseño y aproximación metodológica	13
4.1. Definición de programas de visitas domiciliarias en este estudio	13
4.2. Selección de los diez estudios de caso	14
4.3. Instrumentos, participantes y procedimientos	15
4.4. Alcances y limitaciones del estudio	16
5. Descripción de los diez programas de visitas domiciliarias: ¿qué sabemos sobre ellos y cuáles son los retos que identifican sus gestores?	18
5.1. Programas donde la visita domiciliaria está a cargo de personal profesional	20
5.1.1. México: Programa de Visitas a los Hogares “Un Buen Comienzo”	20
5.1.2. Uruguay: Programa de Acompañamiento Familiar	25
5.1.3. Colombia: Estrategia de Visitas Domiciliarias del Programa de Desarrollo Infantil en Medio Familiar (DIMF)	30
5.1.4. Brasil: Programa Criança Feliz	34
5.1.5. Chile: Visita Domiciliaria Integral del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial	38
5.2. Programas donde la visita domiciliaria está a cargo de personal para profesional o actores comunitarios	43
5.2.1. Jamaica: Early Stimulation Programme	45
5.2.2. Perú: Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más	47
5.2.3. Ecuador: Creciendo con Nuestros Hijos	52
5.2.4. Panamá: Programa Cuidarte	57
5.2.5. República Dominicana: Programa de Atención Integral a la Primera Infancia de Base Familiar y Comunitaria (PBFC)	60
5.3. Programas de visitas domiciliarias en países que pertenecen a la OCDE	62
5.3.1. Nueva Zelanda: Family Start	62
5.3.2. Estados Unidos: Parents as Teachers	64
5.3.3. Estados Unidos: Early Head Start – Home Based (Basado en el hogar)	67
6. Resultados del análisis transversal regional	70
6.1. Arreglos institucionales y la gestión de los programas de visitas domiciliarias	70
6.2. Currículo y estructura de las visitas domiciliarias de los programas alcance	76
6.3. Oportunidades de capacitación y desarrollo profesional de los recursos humanos a cargo de las visitas	81
6.4. Equidad de género en el diseño e implementación de los programas	86
6.5. Efectividad de los programas de visitas domiciliarias en la Región	91
6.6. Costos de los programas de visitas domiciliarias en la Región	95
6.7. Incorporación de modalidades virtuales e híbridas en los programas de visitas domiciliarias a raíz de la pandemia de Covid-19	97
7. Conclusiones e implicancias de política	100
Referencias	106
Anexo	114

Prólogo

El presente estudio se enmarca en la creciente atención que las políticas públicas en América Latina y el Caribe están otorgando al tema de los cuidados y al desarrollo infantil temprano. En los últimos años, el reconocimiento por parte de los gobiernos del cuidado como un derecho ha ocupado un lugar central en la agenda de política social regional, con alrededor de 13 países latinoamericanos que han institucionalizado o están en proceso de institucionalizar sistemas o políticas nacionales de cuidado. Además, se ha observado un notable avance en políticas y programas de desarrollo infantil temprano, lo que ha resultado en un considerable aumento de la oferta pública de servicios de cuidado y preescolares.

Sin embargo, a pesar de estos avances, una parte significativa de las actividades de cuidado y apoyo en América Latina y el Caribe sigue recayendo principalmente en las familias, y en particular en las mujeres, generando profundos efectos que están estrechamente vinculados con el desarrollo pleno de niños, niñas y adolescentes, la equidad de género y las perspectivas de un crecimiento económico inclusivo en la región.

En este contexto, los programas de visitas domiciliarias se mantienen como una herramienta eficaz para apoyar a las familias en la crianza y el cuidado de sus hijos, asegurando que cada niño tenga las oportunidades necesarias para un desarrollo integral. Aunque estos programas no son una novedad en la región, ya que algunos programas piloto de visitas domiciliarias datan de la década de 1970, ha sido en las últimas dos décadas cuando los programas y servicios de visitas domiciliarias dirigidos a niños y niñas menores de seis años se han consolidado a nivel nacional en distintos países de América Latina y el Caribe. La evi-

dencia acumulada a lo largo de estos años demuestra la efectividad de estos programas tanto en términos de impacto en el desarrollo infantil a corto, medio y largo plazo, como en su rentabilidad en comparación con otros tipos de intervenciones.

El Diálogo Interamericano y UNICEF presentan este estudio como una contribución al fortalecimiento de la agenda de cuidados y desarrollo infantil temprano en la región. A través de un análisis transversal y la comparación del diseño e implementación de programas de visitas domiciliarias en diez países de la región, el estudio busca ofrecer una caracterización de estos programas, destacando buenas prácticas, retos de implementación y extrayendo aprendizajes para políticas subnacionales, nacionales y regionales. Se analiza también cómo los factores que influyen en su impacto en el bienestar infantil y familiar contribuyen a la transformación de las prácticas de cuidado y los roles de género tradicionales en los hogares.

Tras una breve revisión bibliográfica sobre la evidencia de estos programas, se presentan los objetivos, el diseño y la metodología del estudio, incluyendo los criterios de selección de los programas. A continuación, se detallan los programas de visitas domiciliarias en Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Jamaica, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Uruguay, complementados con tres ejemplos de países de la OCDE fuera de la región. El análisis transversal regional que sigue presenta los resultados en términos de diseño de los programas, arreglos institucionales, efectividad, costos, recursos humanos y equidad de género. Las implicaciones políticas se exponen en la última sección.

Esperamos que este estudio sea un aporte valioso para tomadores de decisiones, gestores de políticas públicas, representantes de organismos internacionales y la sociedad civil en la consolidación de políticas públicas de cuidado, apoyo y desarrollo infantil temprano.

Mónica Rubio
UNICEF

Ariel Fiszbein
Diálogo Interamericano

1. Introducción

La región América Latina y el Caribe ha incrementado la inversión en la primera infancia durante los últimos años, con especial énfasis en la ampliación de la oferta (pública) de servicios de educación inicial para niños y niñas entre tres y cinco años. En el caso de los programas de atención y educación de la primera infancia (ECEC, por sus siglas en inglés), se ha observado un crecimiento más limitado de la oferta de servicios para los primeros años de vida; en especial en los servicios de cuidado con base institucional (como las cunas), donde los estándares de calidad requeridos están con frecuencia asociados a mayores costos, por ejemplo, el ratio de niños y niñas por cuidadora o la formación y competencias que debe tener esa cuidadora.

En ese contexto, es común que los servicios de cuidado en varios países de América Latina y el Caribe –o en algunos contextos específicos al interior de los países– tengan una base familiar. Se puede decir que, hasta cierto punto, la familia ha suplido en varios contextos al Estado para el tema del cuidado de los niños y niñas menores de seis años, y en particular las mujeres dentro de las familias, pues es en ellas en quienes recae este tipo de trabajo, que no se contabiliza ni se reconoce económicamente.

Precisamente reconociendo la base familiar de los cuidados, desde hace unos años se han promovido iniciativas públicas importantes para diseñar, pilotear y llevar a escala programas y servicios de visitas domiciliarias dirigidos a los niños y niñas menores de seis años y sus familias, con el fin de fortalecer y mejorar las prácticas parentales, enriquecer el entorno familiar y, en última instancia, potenciar el desarrollo integral de los niños y niñas.

Actualmente en la región América Latina y el Caribe se está avanzando cada vez más en la discusión sobre el sistema de cuidados, que abarca un conjunto de medidas tanto públicas como privadas destinadas a atender, asistir y respaldar a personas que requieren cuidados y apoyos, así como a quienes se encargan de su cuidado ([UNICEF, 2023](#)). El cuidado es entendido como las acciones de contacto directo orientadas a garantizar el bienestar físico, emocional y mental de niños, niñas, personas con discapacidad y adultos mayores; y se entiende que los cuidados tienen lugar tanto dentro como fuera del hogar. Por otro lado, las políticas de cuidado toman en cuenta a los sujetos de cuidado y al unísono a las personas que los cuidan. A su vez, consideran medidas destinadas a: garantizar el acceso a servicios, asegurar tiempo y recursos para cuidar y ser cuidado, y a velar por la calidad de los servicios mediante regulaciones y supervisiones ([Comisión Económica para América Latina y el Caribe \[CEPAL\], s/f](#))¹.

En específico para el caso de la infancia temprana, la mirada de cuidados postula que se requiere adoptar una doble perspectiva ([CEPAL, s/f](#); [UNICEF, 2023](#)). Primero, desde el lado de los niños y niñas menores de seis años, los servicios deben apuntar a proveer entornos seguros y estimulantes que promuevan su bienestar y desarrollo integral (cognitivo, socioemocional y motor), y de ese modo contribuir a reducir las desigualdades sociales. Segundo, desde el lado de las personas cuidadoras, la organización social del cuidado debe velar por ampliar sus opciones vitales (por ejemplo, en el caso de mujeres a cargo del

1 Para mayor información sobre los sistemas de cuidado en América Latina y el Caribe, ver [UNICEF, 2023](#).

cuidado de sus hijos menores en el hogar) o por fortalecer las competencias y mejorar las condiciones laborales del personal que trabaja en servicios de cuidado.

En ese contexto, la Oficina Regional de UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) solicitó el presente estudio con el objetivo general de elaborar un panorama detallado de los programas de visitas domiciliarias en América Latina y el Caribe, que permita eventualmente extraer enseñanzas o lecciones aprendidas sobre este tipo de programas, con el propósito de alimentar la agenda de cuidados en la región.

Los objetivos específicos son dos: i) caracterizar los servicios de diez países/programas seleccionados como estudios de caso, describiendo con detalle su base normativa, gestión y funcionamiento; ii) a partir de esta información descriptiva por país/programa, realizar un análisis transversal regional para discutir un conjunto de temas clave sobre los programas de visitas domiciliarias y sus implicancias en políticas nacionales y regionales.

En conexión con lo señalado anteriormente sobre las políticas de cuidado, estos temas tendrán implicancias tanto con los sujetos de cuidado como con quienes brindan cuidados. En el primer caso, una de ellas es el potencial que tienen estos programas de visitas domiciliarias para mejorar el desarrollo de los niños y niñas; mientras que en quienes ofrecen los cuidados, se evaluará, entre otros, en qué medida los programas de visitas domiciliarias están promoviendo el involucramiento

de los hombres/padres en tareas de cuidado y crianza y la transformación de los roles de género tradicionales en el hogar, y además de qué forma los programas están fortaleciendo las capacidades del personal y sus condiciones de trabajo.

Este informe está organizado en siete secciones, incluyendo esta introducción. En la segunda sección se presenta una breve revisión de la literatura y estudios sobre los programas de visitas domiciliarias en América Latina y el Caribe, con el objetivo de darle contexto a la posterior presentación de los estudios de caso. La sección tres describe los objetivos del presente estudio y en la cuarta se detalla su diseño y metodología; en particular se especifican los criterios utilizados para la selección de los estudios de caso, así como los procedimientos seguidos para el recojo de información.

En las secciones cinco y seis se detallan los resultados del estudio. En la sección cinco se presentan los diez programas seleccionados como estudios de caso, organizados en dos grupos: los programas donde las visitas están a cargo de profesionales y aquellos donde las visitas las realizan actores comunitarios o paraprofesionales. Cada uno de los programas se describe con detalle y se incluyen lecciones aprendidas sobre su funcionamiento. En la sección seis se presentan los resultados del análisis transversal regional realizado y, finalmente, en la séptima y última sección se desarrollan las conclusiones e implicancias de política.

2. Los programas de visitas domiciliarias: principales características y evidencia sobre su efectividad

Los programas de visitas domiciliarias surgen como una alternativa prometedora para mejorar la calidad de la atención, el cuidado y la estimulación temprana que reciben los niños y niñas menores de seis años en el hogar, mediante el fortalecimiento de las prácticas de crianza de sus familias ([Araujo, López-Boo y Puyana, 2013](#)). A través de visitas domiciliarias, que pueden ser semanales, quincenales o mensuales, a cargo de profesionales o paraprofesionales capacitados (p.ej. actores comunitarios voluntarios), se brinda a las familias o cuidadores principales la información y las habilidades necesarias para promover el desarrollo integral de sus hijos ([Leer y López-Boo, 2018](#)).

En cuanto a la efectividad de este tipo de programas, la evidencia muestra que las visitas domiciliarias tienen impactos positivos, significativos y duraderos en los niños y niñas con desnutrición y sus familias

([Baker-Henningham y López Boo, 2010](#); [Engle et al., 2011](#); [Baker-Henningham y López Boo, 2013](#)), especialmente en su desarrollo cognitivo y en las conductas parentales. Diversas revisiones sistemáticas realizadas en los últimos años encuentran, por un lado, un efecto favorable de los programas de visitas domiciliarias en los resultados de los niños y las niñas, tales como el desarrollo cognitivo, socioemocional y del lenguaje, y en la reducción o prevención del maltrato infantil ([Sweet y Appelbaum, 2004](#); [Avellar y Supplee, 2013](#); [Filene et al., 2013](#); [Molloy et al., 2021](#); [Han y Oh, 2022](#)); y por otro, impactos significativos en la salud de las madres de familia en la etapa prenatal (p.e. hipertensión, diabetes gestacional) como en la postnatal, en lo referido a la salud mental (estrés, ansiedad, autoeficacia o satisfacción personal), a su autonomía/autosuficiencia (planificación familiar) y en sus prácticas parentales (p.e. en la lactancia materna, en el cumplimiento del esquema de vacunación y los controles de salud de los niños y niñas, entre otros), tal como es sugerido por [Molloy et al.](#) (2021).

Respecto a cuáles son los componentes centrales de los programas de visitas domiciliarias que son más efectivos, el meta-análisis de [Beatson et al.](#) (2020) encuentra que los programas más efectivos realizan una captación temprana, brindan apoyo hasta la edad de 2 años, realizan por lo menos diecinueve visitas domiciliarias dirigidas a las familias, cuentan con personal experimentado o altamente calificado con formación específica en este tipo de programas y que tenga aproximadamente a veinticinco familias a su cargo, implementan supervisiones regulares y reciben apoyo de un equipo multidisciplinario.

La evidencia previa también demuestra que los programas de visitas domiciliarias son rentables en comparación con otros tipos de inter-

venciones a favor de la primera infancia, debido principalmente a que no requieren una inversión en infraestructura, entre otros aspectos ([Araujo, López-Boo y Puyana, 2013](#); [Leer et al., 2016](#); [Leer y López-Boo, 2018](#)). Esto los convierte en una alternativa prometedora para alcanzar los objetivos y metas de desarrollo sostenible relacionados con el acceso a servicios de atención para la primera infancia y educación preescolar de calidad, a fin de que los niños y niñas estén preparados para la educación primaria ([Baker-Henningham y López Boo, 2010](#)).

Es fundamental resaltar que para que este tipo de programas tengan efectos positivos y significativos en el desarrollo de los niños y niñas, es necesario que mantengan estándares de calidad elevados permanentemente, como que existan esfuerzos por capacitar continuamente al personal a cargo de las visitas domiciliarias, haya una estrecha supervisión/monitoreo, entre otros; y se siga estrictamente el currículo establecido ([Araujo, López-Boo y Puyana, 2013](#); [Berlinski y Schady, 2015](#)). Sobre este punto, de acuerdo con la literatura, la calidad de las visitas domiciliarias se encuentra relacionada con su frecuencia/duración, contenido y particularmente con las relaciones interpersonales/vínculo que establezcan las agentes a cargo de las visitas con las familias que participan del programa. Se ha comprobado que mientras más cercana, respetuosa y honesta sea esa relación, se incrementa la probabilidad de empoderar a los cuidadores y promover un cambio positivo en sus prácticas de crianza ([Schodt, et al. 2015](#)).

Uno de los modelos de servicio de visitas domiciliarias más reconocido a nivel global es la Intervención para el Desarrollo de la Primera Infancia (The Jamaican Early Childhood Development Intervention), implementada en Jamaica desde la década de 1970 con el propósito de ayudar a las madres a promover el desarrollo de sus hijos e hijas ([Grantham-McGregor et al., 1991](#); [Grantham-McGregor et al., 1997](#)). La intervención se ha mantenido vigente hasta la fecha y se han realizado numerosos estudios sobre sus efectos en los resultados de los niños y niñas y también en el

largo plazo; y se ha explorado el efecto de la intervención en diferentes poblaciones de niños y niñas de alto riesgo, incluidos los que padecen desnutrición grave, retraso en el crecimiento y recién nacidos a término con bajo peso al nacer ([Grantham-McGregor y Smith, 2016](#)). Uno de los estudios fue un experimento realizado entre 1987 y 1989, donde se asignó aleatoriamente a 129 niños entre 9 y 24 meses, con desnutrición y en situación de pobreza, a un grupo de control (donde sólo se levantan datos) o a un grupo de tratamiento. Los niños y niñas en el grupo de tratamiento recibieron visitas domiciliarias semanales por parte de agentes comunitarios de salud, quienes enseñaron a las madres cómo jugar con sus hijas e hijos utilizando juguetes y libros.

Se realizaron varios estudios de seguimiento para evaluar los efectos de esta intervención en el corto, mediano y largo plazo. Luego de 2 años de recibir visitas regulares en sus hogares, los niños y niñas del grupo de tratamiento obtuvieron mejores resultados en el desarrollo cognitivo en comparación a sus pares en el grupo de control. Estos efectos se mantuvieron luego de 11 años e incluso 20 años después de la intervención. Así, aquellos que recibieron las visitas domiciliarias seguían teniendo un coeficiente intelectual más alto y superiores resultados educativos en pruebas de lenguaje, matemáticas y conocimientos generales, así como mejor salud mental (p.ej. menos síntomas de depresión e inhibición social) y menos conductas violentas (p.ej. menor involucramiento/participación en peleas) que sus pares que no recibieron el tratamiento ([Grantham-McGregor y Smith, 2016](#)). Los efectos de la intervención en resultados laborales a largo plazo también han sido estudiados cuando los y las participantes del experimento inicial tenían 22 ([Gertler et al., 2014](#)) y 31 años de edad ([Gertler et al., 2021](#)), encontrando efectos grandes y estadísticamente significativos sobre los ingresos. En el último seguimiento se encontró que quienes recibieron las visitas domiciliarias en los primeros dos años de vida, tenían salarios por hora un 43 por ciento más altos y un 37 por ciento más ingresos que sus pares en el grupo de control.

Debido a sus resultados alentadores, esta intervención ha sido adaptada y piloteada en diversos países a nivel mundial, y en América Latina, en particular, ha sido un referente para el diseño de ensayos o experimentos controlados en Colombia, o también para algunas intervenciones públicas a nivel nacional en países como Perú y Panamá. Un grupo de investigadores del Instituto Colombiano de Estudios Fiscales realizó un experimento aleatorio, que fue el primer intento de llevar a escala una intervención de visitas domiciliarias ([Attanasio et al., 2014](#); [Attanasio et al., 2015](#); [Berlinski y Schady, 2015](#); [Grantham-McGregor y Smith, 2016](#)), utilizando como base el programa nacional de transferencias condicionadas “Familias en Acción” para identificar a los y las participantes y a los responsables de las visitas domiciliarias (madres líderes). Como parte de este experimento, se asignó de manera aleatoria a 1400 niños y niñas, entre 12 y 24 meses, ya sea para recibir estimulación psicosocial mediante visitas domiciliarias semanales o para pertenecer a un grupo de control. Tras 18 meses de participar en el programa, se encontró efectos positivos y significativos en el desarrollo cognitivo y del lenguaje –tanto receptivo como expresivo– y también mejoras en la calidad del entorno familiar ([Attanasio et al., 2014](#); [Attanasio et al., 2015](#)). No obstante, no se encontró evidencia de efectos significativos dos años después de haber finalizado el programa ([Andrew et al., 2018](#)).

Con relación al Perú, el modelo de visitas domiciliarias de Jamaica fue un referente para la creación y diseño del Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) del Programa Nacional Cuna Más. Enfocado en el ámbito rural, su objetivo es fortalecer las prácticas de cuidado y aprendizaje de las familias con niños y niñas menores de 36 meses aplicando visitas domiciliarias semanales, donde una facilitadora trabaja con la madre y su niño en actividades de estimulación temprana. La expansión gradual del programa permitió que esta modalidad de servicio cuente con una evaluación de impacto experimental, cuyos resultados demostraron que el programa tiene

efectos significativos en el desarrollo cognitivo y de lenguaje de los niños y niñas, así como en las prácticas parentales: inferior uso del maltrato físico y de castigos verbales severos ([Araujo et al., 2021a](#))². En el caso de Panamá, a partir de la experiencia exitosa de Jamaica, el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), con el apoyo técnico y financiero del Banco Interamericano de Desarrollo, diseñó el programa “Cuidarte”, con el objetivo de apoyar a madres o cuidadores, en áreas rurales de difícil acceso, en la atención integral de los niños y niñas entre los 6 y 36 meses de edad en las tareas de crianza y desarrollo mediante visitas domiciliarias semanales realizadas por maestras comunitarias. El programa no ha tenido una evaluación de impacto, pero estudios preliminares sugieren que la implementación de este programa entregó resultados prometedores para mejorar las prácticas parentales que promueven el desarrollo infantil ([Freire, 2021](#)).

En el caso de Brasil, si bien no se diseñó una intervención propiamente como las descritas, el modelo de Jamaica fue piloteado con el objetivo de conocer qué modificaciones son necesarias para su implementación en contextos diversos e identificar cuáles son los desafíos que tienen los implementadores. Este piloto se realizó utilizando la infraestructura del programa Estrategia Saude da Familia (ESF) en zonas urbanas de Sao Paulo (Smith et al., 2018). Los agentes comunitarios de salud de este programa junto con agentes de desarrollo infantil visitaron quincenalmente a un total de 400 madres de familia y sus hijos menores de 6 años. Los resultados del estudio mostraron una buena aceptabilidad y aplicabilidad del programa en general, así como percepciones positivas en torno a la utilidad y los beneficios del programa para los niños y niñas y su viabilidad por parte de los gestores locales del piloto. El estudio realizado por estos autores evidenció la viabilidad de la implementación de este modelo en otros países de la región, to-

2 Los resultados en Perú se discuten con mayor detalle más adelante en este informe.

mando en cuenta la pertinencia cultural y otros aspectos de ejecución del programa en distintas localidades.

Recientemente, [Jervis et al.](#) (2023) realizaron un metaanálisis del impacto de programas de visitas domiciliarias que implementan el modelo Reach Up en países de ingreso medio y bajo, identificando en total dieciocho estudios en ocho países (India, Perú, Brasil, Colombia, Madagascar, Jamaica, Bangladesh y China). Las autoras concluyen que el modelo Reach Up impacta positivamente en el desarrollo infantil, así como en la estimulación que se les da a los niños y niñas en el hogar, y se puede adaptar a diferentes culturas y métodos de entrega del servicio. Los efectos más grandes del programa se observan sobre el desarrollo cognitivo de los niños y niñas (0,49 DE, IC 95% 0,32-0,66);

seguido del lenguaje (0,38 DE, IC 95% 0,24-0,51) y desarrollo motor (0,27 DE, IC 95% 0,13-0,40). El metaanálisis también encuentra un tamaño general del efecto de 0,37 DE (IC 95% 0,21-0,54) sobre la estimulación que se les da a los niños y niñas en el hogar; sin embargo, sobre los síntomas de depresión materna la reducción fue pequeña y no significativa (-0,09 DE IC 95% -0,19-0,01), lo que sugiere que mejorar la depresión materna requiere medidas adicionales a las incluidas en las visitas domiciliarias. Finalmente, respecto a las características de la implementación, las autoras encuentran que los efectos fueron mayores en el caso de estudios focalizados en niños con desnutrición, con una edad media de inscripción en el programa por encima de los 12 meses, y con una duración de la intervención de entre 6 a 12 meses.

3. Objetivos del estudio

La investigación tiene como objetivo general elaborar un panorama detallado de los programas de desarrollo infantil temprano con modalidad de visitas domiciliarias en América Latina y el Caribe, que permita extraer conocimientos y aprendizajes (o lecciones aprendidas) sobre este tipo de programas en la región.

Más específicamente, el estudio apunta, en primer lugar, a caracterizar los servicios de diez países/programas seleccionados como estudios de caso, describiendo la base institucional y normativa de los programas, su cobertura, la descripción del servicio que se brinda a las familias, incluyendo información sobre el currículo y los recursos humanos necesarios, la gestión y costos del programa, y sus mecanismos de seguimiento y evaluación.

En segundo término, a partir de esta información descriptiva por programa (país), el estudio realiza un análisis transversal regional para discutir

un conjunto de temas clave sobre los programas de visitas domiciliarias y sus implicancias de política, que se enumeran a continuación:

- i) los arreglos institucionales y gestión de los programas;
- ii) el currículo y la estructura de las visitas domiciliarias;
- iii) las oportunidades de capacitación y desarrollo profesional del personal a cargo de los programas;
- iv) aspectos de equidad de género en el diseño e implementación de los programas;
- v) efectividad de los programas basados en visitas domiciliarias;
- vi) comparación de costos y paquetes; y
- vii) la incorporación de modalidades virtuales e híbridas en los programas de visitas domiciliarias a raíz de la pandemia.

4. Diseño y aproximación metodológica

Para la elaboración de este informe se seleccionaron como estudios de caso diez programas de visitas domiciliarias orientados a niños menores de seis años y sus familias en América Latina y el Caribe, que son descritos y analizados en profundidad para sacar lecciones aprendidas relevantes para la región evaluando una base documental amplia. El estudio utilizó una combinación de trabajo de gabinete con recojo de información aplicando un cuestionario y entrevistas a profundidad con informantes clave de los programas públicos de visitas domiciliarias en la región. En el caso del trabajo de gabinete, se revisó la normativa de los programas de visitas domiciliarias, la documentación sobre su diseño e implementación, así como los estudios y evaluaciones disponibles que se publicaron en los últimos quince años. Las entrevistas a profundidad se llevaron a cabo con informantes clave sobre los servicios de visitas domiciliarias tanto a nivel de país (gestores de los programas) como de la región en general (investigadores o especialistas de organismos multilaterales).

A continuación, se presenta información sobre el tipo de programas de visitas domiciliarias que se consideró para los fines del estudio, y se describe cuáles fueron los criterios y procedimientos seguidos para identificar y seleccionar los estudios de caso. También se incluye información respecto a la muestra de participantes y los instrumentos diseñados, así como los procedimientos para el recojo de información.

4.1. Definición de programas de visitas domiciliarias en este estudio

Para la selección de los estudios de caso, se definió primero qué tipo de programas de visitas domiciliarias resultaban de interés dados los objetivos del estudio, pues la estrategia de visitas domiciliarias es utilizada por distintos tipos de programas dirigidos a familias con niños y niñas menores de seis años. Estos son:

- Programas que trabajan con los padres y madres de familia y sus niños menores de seis años, dirigidos a fortalecer sus prácticas de crianza y promover el desarrollo infantil en sus distintas áreas: cognitivo, lenguaje, físico, socioemocional.
- Programas de salud/nutrición que entregan suplementos nutricionales para los niños y niñas y consejería nutricional para las familias.
- Programas de transferencias condicionadas que verifican el cumplimiento de ciertas condicionalidades por parte del hogar, usualmente vinculadas a servicios de salud y educación.

Este estudio se centra únicamente en la descripción y análisis de programas de visitas domiciliarias que fortalecen las prácticas de cuidado y crianza de los padres y promueven el desarrollo infantil temprano (DIT), dado el interés de profundizar en la manera como interactúan los programas y sus agentes con las familias, con el objetivo de promover el desarrollo de los niños y niñas, así como nutrirse de las lecciones aprendidas sobre los retos y desafíos de los recursos humanos obtenidos en las visitas domiciliarias.

4.2. Selección de los diez estudios de caso

Una vez definido el tipo de programas de interés para el estudio, se realizó un mapeo inicial de programas de visitas domiciliarias orientados a promover el desarrollo infantil en todos los países de América Latina y el Caribe. Este mapeo se elaboró a partir de la consulta de distintas fuentes de información y recursos públicos en línea. Específicamente, se tomó en cuenta los observatorios, repositorios y *hubs* regionales de primera infancia de organismos multilaterales existentes en la región, así como las páginas web de los organismos gubernamentales responsables de la atención a la primera infancia en los distintos países. Las fuentes o recursos en línea consultados para este mapeo inicial fueron³:

- El Sistema de Información de Tendencias Educativas en América Latina-SITEAL (<https://siteal.iiep.unesco.org>) de la UNESCO, que es un observatorio regional de políticas de educación y primera infancia.
- El Diálogo Interamericano (<https://www.thedialogue.org/early-childhood-development/>). Específicamente se buscó y revisó los Informes de Progreso de Políticas de Primera Infancia elaborados en distintos países de la región que mapean los avances y desafíos en las políticas de primera infancia en el contexto latinoamericano.
- El *hub* de conocimiento en desarrollo infantil en América Latina y el Caribe del Banco Interamericano de Desarrollo (<https://desarrollo-infantil.iadb.org/es>), que contiene un mapa interactivo de más de 70 innovaciones en desarrollo infantil en la región, con una descripción sobre su implementación e impacto, así como enlaces para obtener información adicional.

- El *site* del Banco Mundial sobre Early Childhood Development (<https://www.worldbank.org/en/topic/earlychildhooddevelopment>).
- Las páginas web de las oficinas de UNICEF en los distintos países de la región.
- Las páginas web de las instituciones rectoras de la política DIT de cada país de interés. En los casos en que estaba disponible, se consultó la web misma del programa.

Como resultado de esta búsqueda, se identificó que, de los 33 países de la región, en doce de ellos existen programas DIT con modalidad de visitas domiciliarias vigentes (para mayor información consultar la Nota Metodológica elaborada en el marco de este estudio). Para todos estos programas, se buscó en las fuentes antes señaladas información inicial sobre las características de cada uno de ellos, tales como su base institucional y normativa, población objetivo, alcance, cobertura y si había sido evaluado anteriormente.

Se definieron los siguientes criterios para la selección de los diez programas de desarrollo infantil con visitas domiciliarias que serían estudios de caso para el presente estudio: i) programas públicos o público privados; ii) implementados a escala nacional o en varias regiones del país; iii) priorizando programas que cuenten con evaluaciones de impacto rigurosas. Adicionalmente se consideró importante contar con variabilidad en los siguientes dos aspectos: iv) variabilidad en el perfil de la fuerza laboral del programa (profesional vs. paraprofesional); y v) variabilidad geográfica para incluir programas del norte, centro y sur del continente americano y el Caribe.

3 Este mapeo se realizó en diciembre de 2022.

Figura 1: Estudios de caso seleccionados en la región



Tomando en cuenta estos criterios, se seleccionó de manera intencional los siguientes diez países/programas: Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Jamaica, Panamá, Perú, México, República Dominicana y Uruguay, lo que permitió agrupar experiencias de distintas zonas de la región, considerando diferentes tipos de programa en cuanto a su escala, tipo de gestión y perfil de la fuerza laboral.

4.3. Instrumentos, participantes y procedimientos

Se elaboraron dos instrumentos para el recojo de información sobre cada uno de los diez programas: el cuestionario (o la ficha de información) y la guía de entrevista.

El cuestionario contiene cuatro secciones: datos generales del programa; atención integral a familias; planeamiento y presupuesto; monitoreo y evaluación. Además, incluyó tres tablas de registro de información desagregada sobre la fuerza laboral del programa, las y los beneficiarios y el presupuesto anual, desagregado por rubros de ser posible. A lo largo de sus secciones, el cuestionario recoge información de interés sobre los programas, tales como: i) la base institucional y normativa; ii) la gestión del programa; iii) una descripción detallada del programa; iv) los cambios o hitos más importantes en la historia del programa (de ser relevante); v) una descripción detallada del currículo; vi) los recursos humanos del programa a cargo de las visitas domiciliarias; vii) la cobertura del programa; viii) los costos de operación; ix) la adaptación del programa a situaciones de emergencia; x) los mecanismos de evaluación y seguimiento del programa; xi) el seguimiento de las y los beneficiarios; y xii) la información previa sobre calidad y resultados del programa.

Este cuestionario estaba dirigido a las y los gestores de cada uno de los programas y/o a los funcionarios(as) claves designados por ellos en cada uno de los países. Para facilitar el llenado del cuestionario o ficha por cada uno de los programas, el proceso se llevó a cabo por fases. Primero, el equipo técnico del estudio completó la información del cuestionario (Ficha del programa en un archivo de Excel) de cada uno de los diez estudios caso, a partir de un trabajo de gabinete exhaustivo con información pública disponible sobre los programas. Luego, esta información se complementó con data puntual ofrecida por las y los funcionarios del programa mediante documentos internos o en reuniones/entrevistas con el equipo de investigadores. Finalmente, el Cuestionario completamente lleno se envió a las y los gestores de cada programa para que –junto con su equipo– dieran la validación final de la ficha de información del programa.

Respecto a la guía de entrevista, se diseñó una guía base que recoge información sobre los siguientes temas relevantes para el estudio: i)

diseño del programa; ii) organización y funcionamiento en el territorio; iii) fuerza laboral; iv) diseño de las visitas domiciliarias; v) presupuesto y planeamiento; vi) acciones de seguimiento y monitoreo; y vii) balance final de los entrevistados sobre logros y desafíos del programa. A partir de esta guía base, se elaboró para cada país una guía de entrevista adaptada, a fin de asegurar la inclusión de preguntas específicas y relevantes para cada contexto según la información obtenida de los cuestionarios aplicados a cada programa o servicio. Este instrumento puso el foco sobre el proceso de implementación de cada programa o servicio en su país respectivo, así como en las valoraciones de las y los informantes respecto a ellos.

Este instrumento estuvo dirigido a las y los funcionarios públicos a cargo de los programas de visitas domiciliarias en los distintos países, así como a expertos de la región en intervenciones de desarrollo infantil, tanto del ámbito de la academia como de la cooperación internacional. En el anexo 1 se encuentra la relación de todos los actores clave que han sido entrevistados y/o han participado del proceso de validación de información para este informe. La mayor parte de las entrevistas tuvo lugar en el mes de mayo de 2023 y algunas adicionales se completaron hacia agosto de ese mismo año. Por cada entrevista realizada se elaboró un informe descriptivo de la misma. Esta información permitió complementar la ficha de información sobre el programa (Cuestionario de Excel) y fue un insumo para el análisis sobre el estudio de caso.

Se adjuntan como material anexo a este informe las fichas de los diez programas de visitas domiciliarias seleccionados como estudios de caso. De ellas, las fichas de información de los programas de Perú, Ecuador, México, Chile y Uruguay han sido completadas siguiendo todos los procedimientos antes señalados y cuentan con la validación de sus respectivos equipos técnicos, que fueron entrevistados para este estudio. En el caso de los cinco países restantes, por diferentes motivos, lamentablemente no se concretó la colaboración de las oficinas de gobierno a cargo de los programas, cuyos equipos técnicos no

podieron ser entrevistados. En esos casos, las fichas de información se apoyan principalmente en un exhaustivo trabajo de gabinete en el que se revisó la normativa, manuales operativos, evaluaciones y otros documentos relevantes que se encontraran disponibles públicamente; y en la información provista por expertos de los países en las intervenciones de visitas domiciliarias tanto del ámbito académico (fue el caso en Jamaica) como de la cooperación internacional (como ocurrió en Panamá, Chile y República Dominicana)⁴.

4.4. Alcances y limitaciones del estudio

Este estudio ofrece un panorama de la oferta de programas de visitas domiciliarias que promueven el desarrollo infantil temprano en la región, además de analizar los logros y retos pendientes de esa oferta, con el fin de extraer lecciones aprendidas sobre este tipo de programas, que puedan eventualmente alimentar la agenda de cuidados en la región.

Esta investigación se apoya en buena medida en datos secundarios para conocer la organización, funcionamiento y efectividad de los programas de visitas domiciliarias. La información que se analiza en este informe sobre los programas proviene principalmente de: i) sus propios manuales operativos y de gestión; ii) las evaluaciones externas de diseño, proceso y/o impacto que esos programas hayan podido tener hasta la fecha; y iii) las entrevistas con las y los gestores y funcionarios(as) clave de estos programas, así como con algunos expertos regionales en este tipo de intervenciones.

En el marco de este estudio, no se han realizado entrevistas con familias usuarias de los programas en los distintos países o con la

4 En el caso de Brasil, justo durante el recojo de información para este informe, el programa Criança Feliz entró en una etapa de reforma. Las oficiales de protección social del país recomendaron que en ese momento no se hiciera un estudio y que en todo caso podría plantearse un recojo de información posterior sobre el nuevo programa reestructurado.

fuerza laboral a cargo de las visitas, ni se ha observado directamente la implementación de las visitas, o se ha medido resultados de desarrollo de los niños y niñas. Todo lo anterior, si bien hubiera enriquecido la descripción de los distintos programas y el informe en general, estaba fuera del alcance del presente estudio y podría tenerse

en cuenta para futuros trabajos. Este ejercicio podría estar enfocado sólo en algunos países/programas sobre los que se identifique que es pertinente aprender más o que vale la pena tener un conocimiento más profundo.

5. Descripción de los diez programas de visitas domiciliarias: ¿qué sabemos sobre ellos y cuáles son los retos que identifican sus gestores?

En esta sección se describe cada uno de los diez programas de visitas domiciliarias seleccionados como estudios de caso. En la descripción se abordan sus objetivos y población objetivo, cobertura del programa, arreglos institucionales, servicios ofrecidos, diseño curricular, medidas implementadas durante la crisis sanitaria por Covid-19, presupuesto anual (de estar disponible), los resultados de las evaluaciones y, finalmente, las reflexiones de sus gestores sobre los desafíos para la gestión e implementación de los programas que provienen de las entrevistas realizadas en el marco de este estudio.

Los diez programas están organizados en dos grandes grupos. Primero se presentan los cinco programas donde la visita domiciliaria está a cargo de un profesional: México, Uruguay, Colombia, Brasil y Chile; luego, los cinco donde la visita está a cargo de un actor comunitario o paraprofesional: Jamaica, Perú, Ecuador, Panamá y República Domini-

cana. En el [cuadro 1](#) se muestra un resumen de la información básica de los programas de visitas domiciliarias atendidos por profesionales y, más adelante, en el [cuadro 2](#) se resume la misma información para los programas atendidos por paraprofesionales o actores comunitarios⁵.

Por último, esta sección incluye un acápite que describe y revisa la evidencia sobre tres programas de visitas domiciliarias en países de la Organización para el Desarrollo Económico (OCDE), dos en Estados Unidos (uno con personal profesional y otro a cargo de paraprofesionales) y uno en Nueva Zelanda a cargo de personal profesional, a fin de tener referentes de este tipo de programas en otros contextos que puedan aportar ideas valiosas en la búsqueda de lecciones aprendidas sobre la organización y funcionamiento de las visitas domiciliarias. Las fichas de todos los programas de visitas domiciliarias (en Excel) se adjuntan a este informe.

⁵ En la sección seis del informe hay cuadros comparativos de los programas para cada uno de los temas de interés del estudio (relacionados con el segundo objetivo específico).

Cuadro 1. Características generales de los programas de visitas domiciliarias a cargo de personal profesional

Programa/ Servicio	País	Escala	Ámbito	Ministerio/ institución responsable	Población objetivo	Servicios que ofrece	Personal a cargo de visitas	Costo anual por familia/gestante en US\$ (estimado del propio programa/ servicio-2022) ⁶
Programa de Visitas a los Hogares “Un Buen Comienzo”	México	Nacional	Colonias urbanas periféricas	Secretaría de Educación Pública de México (SEP)	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres gestantes en el último trimestre de embarazo. Familias con niños y niñas menores de 3 años. 	<p>Mejorar las prácticas de cuidado/ crianza a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> visitas domiciliarias una vez a la semana; reuniones grupales una vez al mes. 	<ul style="list-style-type: none"> Profesionales con licenciatura en educación inicial. 	El Programa tiene un costo por niño/familia de \$ 340 que incluye: i) salarios de agentes educativas; ii) capacitación de agentes educativas; iii) mochila con materiales didácticos; iv) viáticos para traslados.
Programa de Acompañamiento Familiar de Uruguay Crece Contigo (UCC)	Uruguay	Nacional	Urbano-rural	Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres gestantes. Niños y niñas menores de 4 años y sus familias, priorizándose a los menores de 1 año. 	<p>Promover el DIT y prácticas de crianza sensibles a las necesidades de las(os) niños y niñas, así como facilitar el acceso/permanencia de las gestantes/familias a los servicios públicos mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> visitas domiciliarias (estas pueden ser semanales, quincenales o mensuales); encuentros grupales o multifamiliares. 	<ul style="list-style-type: none"> Profesionales con título de licenciatura en psicología, trabajo social, educación social, antropología o sociología. Profesionales con título de licenciatura en psicomotricidad, nutrición, obstetricia, enfermería, fonoaudiología, obstetra partera o medicina general. Estudiantes avanzados de las carreras antes señaladas, con más del 80% de las materias aprobadas en zonas donde no haya disponibilidad de personal profesional. 	El programa tiene un costo de \$ 1418 que incluye: i) costo de las duplas por hogar atendido; ii) set de materiales de apoyo (set de bienvenida para las familias, abrigo para los niños y niñas y una practicuna); iii) equipamiento y capacitación de los recursos humanos; iv) costo supervisor por cada hogar acompañado; v) costo de los facilitadores, directores, jefes y técnicos de la Unidad Técnica Central por cada hogar acompañado.
Estrategia de Visitas Domiciliarias del Programa de Desarrollo Infantil en Medio Familiar (DIMF)	Colombia	Nacional	Urbano-rural	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres gestantes. Niños y niñas menores de 6 años y sus familias. 	<p>Promover el DIT a través de experiencias lúdicas, artísticas y de exploración del medio junto con las familias/comunidades mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> visitas domiciliarias una vez al mes; encuentros grupales una vez por semana. 	<ul style="list-style-type: none"> Educadores, profesionales psicosociales (Ciencias Sociales o Humanas) y profesionales de salud y nutrición. En zonas donde no haya disponibilidad de personal profesional, pueden encargarse de las visitas actores comunitarios que cumplan ciertos requisitos y sean aprobados por el programa. 	N. D-
Programa Criança Feliz (PCF)	Brasil	Nacional	Urbano-rural	Ministerio de Desarrollo y Asistencia Social, Familia y Lucha contra el Hambre	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres gestantes. Familias con niños y niñas menores de 3 años inscritas en el CadÚnico. Familias con niños y niñas entre 3 y 6 años beneficiarias de la Prestación Continuada de Ingresos (PBC). Niños y niñas menores de 6 años separados de sus familias. 	<p>Promover el DIT y fortalecer los vínculos y el papel de las familias para el cuidado, protección y educación de las (os) niños y niñas mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> visitas domiciliarias 1 o 2 veces al mes según a quiénes estén dirigidas. 	<ul style="list-style-type: none"> Profesionales de nivel medio con especialidad en educación social, orientación social o cuidados sociales Profesionales de nivel superior con título en antropología, economía domiciliaria, pedagogía, sociología, terapia ocupacional o musicoterapia 	N. D-
Visitas Domiciliarias Integrales del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP)	Chile	Nacional	Urbano-rural	Ministerio de Salud (MINSAL) Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF)	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres gestantes con riesgos biopsicosociales. Familias con niños y niñas menores de 4 años con déficit en su desarrollo o en riesgo biopsicosocial. 	<p>Detectar y atender/disminuir los factores de riesgo biopsicosocial de las gestantes/familias y establecer/activar redes de soporte cercanas mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> visitas domiciliarias (se realizan como máximo 2 visitas a los hogares). 	<ul style="list-style-type: none"> Profesionales con título de licenciatura en enfermería, medicina, trabajo social, psicología o nutrición. 	La visita domiciliaria Integral tiene un costo por gestantes con 3 o más riesgos psicosociales de \$ 65.07 y por niño(a) menor de 2 años con rezago, riesgo y retraso del desarrollo psicomotor de \$ 40.15. Estos costos consideran el valor hora del profesional de salud a cargo de la VDI y la movilización.

Fuente: Elaboración propia.

6 La transformación del costo en moneda local a dólares americanos fue hecha considerando el tipo de cambio de fecha 30 de diciembre de 2022.

5.1. Programas donde la visita domiciliaria está a cargo de personal profesional

En las siguientes páginas se describe a detalle cinco programas de América Latina y el Caribe a cargo de profesionales. Los países seleccionados son México, Uruguay, Colombia, Brasil y Chile.

5.1.1. México: Programa de Visitas a los Hogares “Un Buen Comienzo”

El Programa de Visitas a los Hogares “Un Buen Comienzo” es la modalidad no escolarizada⁷ del Programa de Educación Inicial “Un Buen Comienzo”. Fue creado en el año 2018 y es gestionado por la Subsecretaría de Educación Básica de la Secretaría de Educación Pública de México (en adelante, SEP), específicamente por la Dirección General de Desarrollo Curricular, en coordinación con las autoridades educativas de los estados.

Los objetivos del programa son orientar a las madres y padres de familia sobre sus prácticas de crianza, a fin de brindar un cuidado cariñoso y sensible a los niños y niñas menores de tres años e instalar en sus hogares buenas prácticas de crianza (p.ej. alimentación perceptiva), así como introducir actividades lúdicas con los recursos del hogar y la comunidad que contribuyan con su desarrollo integral (SEP, 2019). El programa está dirigido a gestantes en el último trimestre de embarazo (6 a 9 meses) y a familias con niños y niñas entre 0 a 36 meses de edad que pertenecen al segundo y tercer decil de gastos en los hogares, residen en colonias periférico-urbanas y no cuentan con otros servicios de educación inicial.

“Los propósitos de las visitas son básicamente tres. El primero tiene que ver con empoderar a las madres, padres y cuidadores sobre la crianza que se tiene con los niños pequeños. Otro pro-

⁷ La modalidad escolarizada está basada en centros. Ambas modalidades están a cargo de docentes.

pósito es instalar prácticas de crianza que sean muy adecuadas, muy positivas para el desarrollo de los niños, niñas. Y la otra es crear actividades que permitan que los niños aprendan, se desarrollen y sean felices” (Funcionaria del Programa de Visitas a los Hogares “Un Buen Comienzo” 1–México).

Los principios rectores y objetivos del Programa de Visitas a los Hogares “Un Buen Comienzo” están enmarcados en la Política Nacional de Educación Inicial (aprobada en su versión más reciente en marzo de 2022), que a su vez es parte de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia (ENAPI). Dicha estrategia establece una Ruta Integral de Atenciones (RIA) para la primera infancia, que es un paquete de atenciones y servicios universales mínimos y diferenciados para garantizar la integralidad de la política y la articulación de las atenciones dirigidas a niños y niñas de 0 a 5 años, sus familias, cuidadores principales y/o agentes educativos. La RIA permite ordenar las atenciones que los niños y niñas requieren durante esta etapa de vida –principalmente aquellos que se encuentran en situación de vulnerabilidad– en cuatro ámbitos principales: i) salud y nutrición; ii) educación y cuidados; iii) protección; y iv) bienestar (Gobierno de México, 2020).

“Nosotros tenemos una ruta integral de atención. Esa ruta de atenciones determina que la Secretaría de Educación Pública tiene bajo su cargo un eje que se llama educación y cuidados. En ese eje se encuentra como objetivo principal el desarrollo integral de los niños y las niñas de cero a tres años y luego de tres a seis” (Funcionaria del Programa de Visitas a los Hogares “Un Buen Comienzo” 2–México).

La ENAPI se coordina desde la Comisión para la Primera Infancia del Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA), con el objetivo de garantizar un enfoque integral en el diseño e implementación de las políticas y programas dirigidos a la primera infancia, así como una adecuada articulación sectorial (Gobierno de México, 2020).

Respecto al funcionamiento y organización del programa, las directrices y orientaciones técnico-pedagógicas son establecidas a nivel federal a través de la SEP, es decir, el programa funciona de forma centralizada, dado que la toma de decisiones sobre su diseño y gestión recae en dicha institución. En cada estado de México, la SEP cuenta con una oficina/dependencia homóloga que tiene a su cargo la implementación y ejecución del presupuesto asignado a la estrategia de visitas domiciliarias. De igual modo, a nivel estatal y local/municipal, se cuenta con equipos técnicos responsables de dar seguimiento y monitorear las acciones del programa. Con relación a la cobertura del programa, en el año 2022 se atendió a 6350 familias y 6058 niños y niñas, así como a 456 gestantes a nivel nacional.

El programa cuenta con guías y manuales elaborados por la SEP donde se presentan los fundamentos pedagógicos detrás de su propuesta y la metodología de trabajo, así como los aprendizajes clave que deben adquirir los niños y niñas en educación inicial. Siguiendo el “Manual para los Agentes Educativos” (SEP, 2019), el programa tiene cuatro fundamentos pedagógicos. En primer lugar, se destaca el fomento del sostenimiento afectivo y el establecimiento de vínculos tempranos, teniendo en cuenta los distintos tipos de apego. El juego se posiciona también como un componente central, con el cual se promueve la curiosidad, la exploración y la libertad del niño. Asimismo, se prioriza el desarrollo corporal, en el que se incorporan juegos que involucran el cuerpo, resaltando la importancia del tacto y la libertad de movimiento. El cuarto fundamento consiste en el lenguaje y la comunicación. Para abordar estas áreas, se lleva a cabo un diagnóstico con las familias sobre el entorno familiar, las actividades cotidianas, la disciplina, la alimentación, entre otros aspectos. A su vez, se implementan una serie de actividades, que incluyen experiencias artísticas, creaciones musicales, alimentación perceptiva, entre otras.

En cuanto a la metodología de trabajo, los agentes educativos realizan primero un diagnóstico inicial y luego programan las visitas domici-

liarias según las necesidades e intereses de los niños, niñas y sus familias, estableciendo un plan de trabajo junto con ellos (SEP, 2019). La planificación/programación de las visitas es flexible y los agentes educativos tienen la posibilidad de adecuar, si es necesario, su trabajo según las necesidades al momento de la visita al hogar y el nivel de participación de los niños y niñas y sus cuidadores.

La secuencia metodológica varía en función a si la visita está dirigida a las gestantes o a las familias (SEP, 2019). El trabajo con las gestantes se divide en dos momentos: antes y después del parto. Las visitas realizadas durante el último trimestre de embarazo se enfocan en la preparación de las madres para un parto seguro y el inicio de la lactancia materna. Este proceso parte del conocimiento médico, pero también se pone especial énfasis en el contexto en el que viven las mujeres, así como en sus creencias e ideas locales sobre el embarazo. En las visitas postparto se orienta el trabajo hacia el desarrollo del apego seguro y del sostenimiento afectivo. Igualmente, se realiza un seguimiento a la vacunación de los niños y niñas, la lactancia materna y el trámite de su acta de nacimiento y documento de identidad.

Respecto a los servicios ofrecidos por el programa, se realizan visitas domiciliarias una vez a la semana y reuniones grupales cada mes, donde participan las y los cuidadores principales de los niños y niñas menores de tres años. En el caso de las visitas domiciliarias, estas tienen una duración de 90 minutos aproximadamente y están a cargo de agentes educativos que son docentes de educación inicial. Cada agente educativo tiene entre 15 y 20 familias a su cargo.

En las visitas dirigidas a las familias se sigue una secuencia estructurada. Al inicio de la visita el agente educativo se presenta ante la familia. Luego, en la fase de indagación, los agentes consultan brevemente a las y los cuidadores principales sobre la realización de las actividades acordadas en la sesión anterior. Posteriormente, durante el encuadre, se indaga con los y las cuidadores sobre los intereses y necesidades de los niños y niñas. En el momento de la actividad se explica a las y

los cuidadores las actividades a realizar. Las actividades planificadas promueven el juego libre, la comunicación, la exploración y creatividad de los niños y niñas. Por último, en la visita domiciliaria se establecen acuerdos y compromisos con las y los cuidadores principales sobre la siguiente sesión y su participación en las actividades.

En el caso de los encuentros grupales, estos se realizan mensualmente y duran aproximadamente 120 minutos. Están a cargo de las agentes educativas y se dirigen a las y los cuidadores principales de los niños y las niñas y sus familiares, incluyendo: madres, padres, abuelos, hermanos, etcétera⁸. El propósito de los encuentros grupales es realizar juegos, intercambiar recetas de alimentos y tejer lazos de convivencia en la colonia donde se está implementando el programa.

En cuanto al personal a cargo de las visitas domiciliarias, los agentes educativos son licenciados(as) en educación inicial que poseen conocimientos sobre el desarrollo infantil y los procesos de aprendizaje; además deben tener una actitud respetuosa y empática, saber escuchar y comunicar, y tratar de manera cariñosa y sensible a los niños y niñas (SEP, 2019). Según lo señalado por los gestores del programa durante la entrevista realizada, en algunos estados de México los agentes educativos no tienen un reconocimiento formal como docentes, pues cuentan con una plaza del Programa de Apoyo al Empleo (PAE). En estos casos, la SEP destina recursos para acciones formativas como la entrega de becas y la realización de congresos, simposios y/o diplomados orientados a profesionalizar a este personal.

Para realizar su trabajo, los agentes educativos reciben una capacitación centrada en los fundamentos pedagógicos del Programa de Visitas a los Hogares “Un Buen Comienzo”, según lo señalado en el Acuerdo de la SEP del 7 de marzo de 2022 que emite la Política Nacional de Educación Inicial. Específicamente, en el marco del programa se les capacita sobre los siguientes temas: i) el programa curricular de las

8 Los encuentros grupales no se dirigen a todas las familias del programa, sino que se focalizan solo en algunas familias identificadas por los agentes educativos.

visitas domiciliarias; ii) arte y juego; iii) planeación y registro; iv) experiencias artísticas; v) mediadores de lectura; vi) gestión institucional; vii) evaluación de procesos; viii) crianza compartida; y ix) capacidades parentales y masculinidades. Respecto a la capacitación en servicio, se organizan tres eventos anuales de carácter obligatorio para fortalecer diversos aspectos del trabajo de los agentes educativos.

El trabajo de los agentes educativos es supervisado por el coordinador local de la modalidad no escolarizada. Cada coordinador supervisa a diez agentes educativos con los cuales se reúne una vez al mes para revisar las áreas del desarrollo infantil que serán abordadas durante las visitas. Además, se encarga de impartir las capacitaciones, junto con el equipo de educación inicial de la SEP de México. A su vez, los coordinadores locales del Programa de Expansión de la Educación Inicial (PEEI) supervisan a los coordinadores locales de la modalidad no escolarizada. Estos coordinadores son responsables de planear, desarrollar, realizar seguimiento y evaluar que la operación del PEEI se lleve a cabo en concordancia con las reglas de operación de cada año fiscal. Además, se espera que atiendan cualquier solicitud a nivel normativo, asegurando la coherencia y eficacia del programa en su conjunto.

Respecto al costo del programa, según información proporcionada por el equipo técnico para el año 2022, el costo anual por familia/gestante es de aproximadamente 5967 pesos mexicanos (cinco mil novecientos sesenta y siete pesos mexicanos), lo que equivale a unos US\$ 340 (trescientos cuarenta dólares americanos)⁹. En este cálculo se incluye los gastos por concepto de salarios de las agentes educativas, capacitación de las agentes educativas, mochilas con materiales didácticos y los viáticos para traslados.

Durante la crisis sanitaria por Covid-19, se creó la estrategia “Contacto sin Contagio”, en la que dependiendo del riesgo epidemiológico que

9 La transformación del costo en moneda local a dólares americanos fue realizada considerando el tipo de cambio de fecha 30 de diciembre de 2022.

enfrentaban las familias beneficiarias, se les atendía mediante visitas espaciadas una vez al mes o –si era necesario mantener la distancia– a través de llamadas y mensajes. Cuando las comunidades se encontraban bajo el semáforo rojo o naranja de riesgo epidemiológico¹⁰, no era viable realizar visitas presenciales y se pasaba a implementar la estrategia de forma remota. Esto supuso adaptar los protocolos del programa –y en general de todas las intervenciones de educación inicial promovidas desde la SEP– y elaborar materiales/guías para proporcionar orientaciones pedagógicas (p.e. actividades lúdicas) a las familias mediante llamadas telefónicas y mensajes de texto que faciliten la continuidad de las acciones del programa. Las llamadas telefónicas fueron realizadas una vez a la semana en el día y horario acordado con las familias y tuvieron una duración de 20 minutos o menos. Los mensajes de texto también fueron enviados una vez a la semana. Para el seguimiento vía llamadas telefónicas y el envío de mensajes de texto se tomó en cuenta el contenido del Manual “Jugando con Juguetes Hechos en Casa” ([Consejo Nacional de Fomento Educativo \[CONAFE\], 2021](#)). Luego de la pandemia, la estrategia “Contacto sin Contagio” sigue vigente por si ocurren situaciones de emergencia de cualquier índole, como huracanes, sismos, entre otros.

Si bien el programa no cuenta con una evaluación externa de impacto, el [Instituto Nacional de Salud Pública \(INSP\)](#) (2020) de México llevó a cabo un estudio de métodos mixtos cuyo objetivo fue examinar las fortalezas, oportunidades, debilidades y desafíos/amenazas del programa durante sus primeros meses de implementación, con la intención de identificar áreas de mejora. Adicionalmente, se comparó los resultados de indicadores sobre alimentación perceptiva, ambiente positivo durante el baño, horas de sueño adecuadas, prácticas de crianza, apoyo al aprendizaje y actitudes afectivas antes y después de la implemen-

10 Es decir, cuando las familias sólo podían salir de sus hogares bajo condiciones estrictamente necesarias o bajo medidas de extremo cuidado ([Consejo Nacional de Fomento Educativo \[CONAFE\], 2021](#)).

tación del programa. Los resultados de este estudio sugieren cambios positivos en las prácticas de crianza de las familias beneficiarias (p.ej. brindan una alimentación perceptiva, realizan actividades de estimulación temprana, etc.); aunque cabe resaltar que, dado el diseño del estudio, estos no pueden ser atribuidos al programa.

Finalmente, durante las entrevistas realizadas con gestores y equipo del programa en el marco de este estudio, las entrevistadas identificaron los siguientes desafíos o retos pendientes para el programa. En primer lugar, destacaron el tema de los recursos humanos, específicamente, la contratación de nuevas especialistas pedagógicas. Mencionaron tener dificultades para cubrir las plazas de las agentes educativas a cargo de las visitas domiciliarias, pues la mayoría ya se jubiló o está por jubilarse. En particular, existe una preocupación por garantizar que las nuevas contrataciones cumplan con el perfil profesional (p.ej. licenciatura en educación inicial). Adicionalmente, las entrevistadas señalan que la contratación del personal toma mucho tiempo, por lo que las y los supervisores del programa tienen que reemplazar/assumir las funciones de las agentes educativas para seguir garantizando la entrega del servicio a las familias.

“Algo importante es que las personas van a entrar a jubilación, algunas [ya] fueron sustituidas en cambios generacionales y nos puso en otro dilema de profesionalización. Queremos que sean personas que tengan licenciatura en educación inicial de manera obligatoria. Actualmente, hay 11 [escuelas] normales que las ofrecen. Son estas acciones del diplomado [las] que buscan que el agente tenga un perfil profesional adecuado. Hasta ahora, la mayoría que tiene estudios de docencia es en educación preescolar” (Funcionaria del Programa de Visitas a los Hogares “Un Buen Comienzo” 2–México).

“El nudo crítico que tenemos es que, como comentó [nombre mujer], antes la gente de plaza era supervisora, ahora es agente educativo [...] El apoyo [que se les da] es de 1500 pesos mensua-

les para el acompañamiento y esa es la ventaja que tienen. Pero el nudo crítico se da cuando el agente se jubila o se incapacita: como son plazas administrativas, no se cubren de forma interina, porque no lo autoriza el FOMES (Fondo de Modernización para la Educación Superior). Para no desatender a las familias es que entra el supervisor a apoyar por tiempos que son prolongados. Le hemos dicho al Estado para que nacionalmente se exponga [este problema], porque es gente que está frente a niños y familias. Los agentes sí tienen derecho a incapacidades, pero el niño tiene derecho a [recibir] educación. [Tenemos] que ver la manera de cubrir plazas, porque en prejubilatorios son tres meses que no se cumplen. En lo que llega una propuesta, el perfil tiene que ser de licenciatura en áreas afines a educación. Esos son los nudos críticos que hemos tratado de apoyar para que las familias no se dejen de atender” (Funcionaria del Programa de Visitas a los Hogares “Un Buen Comienzo” 4–México).

En segundo lugar, respecto a la gestión y planificación del programa, algunos retos pendientes identificados por las entrevistadas se relacionaban con la limitada cobertura y la falta de presupuesto suficiente para implementarlo a plena escala, o incluir otros servicios como parte del programa (p.e. alimentación). La adquisición de materiales educativos para las visitas domiciliarias también es un área donde se reportaron dificultades, debido a que la adquisición o renovación de materiales educativos toma mucho tiempo, por lo que se trabaja con materiales de años anteriores.

“Ahorita, el sector Salud reporta que cada mes están atendiendo a 268.000 niños en México. Eso es un desafío enorme, porque ¿dónde vamos a dar atención a tantos niños? Nos van dando registros por mes, entidad y municipio, y eso nos pone a la SEP en un desafío sobre cómo tenemos que crecer y dónde poner esfuerzos. Hace tres o cinco años estaban identificados; ya no es así, se ha cambiado el mapa de nacimientos en México y las familias que están teniendo más hijos son aquellas en situación

de movilidad” (Funcionaria del Programa de Visitas a los Hogares “Un Buen Comienzo” 2–México).

“En el caso de Coahuila, tenemos 18 municipios. Levantamos la estadística nacional, pero nos faltan 20 municipios más que atender con visitas a los hogares. Logramos rescatar a gente con plaza que se fue a otras áreas. El reto es que, si otros niveles educativos pueden darnos los recursos, se tienen que solicitar con FOMES, que es un apoyo que podemos pedir a la federación. Ahorita, el foco está en ampliar la cobertura de atención. Es el último nivel en aparición en educación básica y el que requiere más expansión. El recurso federal de este programa necesita agilizarse en su administración a los estados. En Coahuila utilizamos todo el recurso o tratamos de hacer todas las gestiones para no reembolsar a la federación: sabemos que existen necesidades, pedimos que el recurso llegue temprano; a veces no llega hasta abril o mayo. Debemos hacer diagnósticos, pero tienen que autorizar el plan de trabajo y de ahí se radica el recurso al Estado. Es importante también para poder aplicarlo a tiempo y que los agentes educativos tengan las unidades didácticas para poder trabajar” (Funcionaria del Programa de Visitas a los Hogares “Un Buen Comienzo” 4–México).

“Es una tarea humanizante para el agente, que no quiere tirar la toalla, porque son muchos los retos, pero cuando se ven estas condiciones, no queda más que dejar el granito de arena que puedan aportar. No es una estrategia que tenga todo cubierto: recientemente tuvimos una discusión con el programa de expansión, acerca de si es necesario agregar el componente de alimentación, porque no sabemos cómo y es algo de lo cual carecen los niños y quisieran tener. Ellos son muy resilientes y disfrutaban de esos ambientes y espacios, pero cuando hay hambre, no se aprende” (Funcionaria del Programa de Visitas a los Hogares “Un Buen Comienzo” 2–México).

Un tercer desafío identificado por las funcionarias entrevistadas respecto a la implementación del programa fue la necesidad de mejorar las acciones de difusión del mismo, con la mira puesta en continuar sensibilizando a las familias respecto a la importancia de la primera infancia.

5.1.2. Uruguay: Programa de Acompañamiento Familiar

El Programa de Acompañamiento Familiar (PAF) fue creado en el año 2012 como parte de su sistema de protección integral dirigido a la primera infancia, conocido como “Uruguay Crece Contigo” (en adelante, UCC). Surgió como parte de la Estrategia Nacional de Infancia y Adolescencia ENIA 2010-2030, en la que el país se propuso una serie de metas orientadas a mejorar las condiciones de vida de niños, niñas y adolescentes ([MIDES, 2016](#)).

La División de Territorios para Crecer de la Dirección Nacional de Desarrollo Social del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) de Uruguay está a cargo de la gestión e implementación del Programa de Acompañamiento Familiar. El programa tiene como objetivo promover el desarrollo infantil temprano con un enfoque de derechos, que busque la igualdad de oportunidades desde el embarazo. En particular, se apunta a contribuir en la construcción de entornos saludables y prácticas que promuevan el bienestar físico y socioemocional de las gestantes y familias con niños y niñas en la primera infancia, así como facilitar su acceso a los servicios públicos de salud, educación, protección, entre otros ([MIDES, 2022](#)).

La población objetivo del programa son familias con mujeres gestantes y/o con niños y niñas menores de cuatro años¹¹ en situación de vulnerabilidad que presentan riesgos en su salud y en lo social. Existen cinco modalidades de atención según las características de su pobla-

11 Según información proporcionada por el equipo técnico del programa durante la entrevista a profundidad realizada en el marco de este estudio, se prioriza el trabajo con los y las menores de un año.

ción beneficiaria: i) Buen Comienzo, dirigida a familias con mujeres gestantes hasta que la niña o el niño cumple nueve meses de vida; ii) Proximidad para la crianza, orientada a familias con niños y niñas hasta los cuatro años, priorizándose a aquellos menores de un año; iii) Mujeres privadas de libertad, modalidad dirigida a acompañar a las mujeres embarazadas en situación de privación de libertad y a sus hijos(as), a fin de fortalecer sus capacidades y prácticas de crianza; iv) Teleasistencia, que es una modalidad de atención no presencial dirigida a familias con gestantes y/o niños y niñas menores de cuatro años que se encuentran en lista de espera para la atención presencial; y v) Programa de Captación Temprana, tipo de atención presencial que se desarrolla en servicios de salud con mujeres embarazadas y sus hijos/as recién nacidos que presenten indicadores de afectación en su salud y en lo social, que no estén atendidas por el PAF en otras modalidades. Adicionalmente, el programa está piloteando una modalidad de apoyo a la crianza para mujeres en situación de discapacidad embarazadas o con hijos e hijas. La cobertura del programa en el año 2022 fue de 1012 gestantes, 3127 familias y 3517 niños y niñas menores de cuatro años a nivel nacional¹².

En cuanto a la organización y funcionamiento del programa, desde la División de Territorios para Crecer se brindan las orientaciones técnicas para su ejecución a nivel nacional y se definen sus líneas de acción. Esta instancia se apoya en la articulación con otras instituciones y cuenta con equipos técnicos en los territorios, con quienes coordina acciones para la implementación de todas las políticas, programas y servicios dirigidos a la primera infancia diseñados en el marco de UCC. Específicamente, a nivel regional se cuenta con facilitadores(as), cuya

12 Esta información sobre modalidades y el piloto fue referida por el equipo técnico en las entrevistas realizadas. Particularmente la información sobre la quinta modalidad y el piloto con población en situación de discapacidad proviene de la última entrevista de validación a principios de diciembre de 2023. Esta información ya está disponible públicamente en el documento de diseño del Programa correspondiente al año 2023 (MIDES, 2023a).

función principal es implementar las líneas estratégicas del programa –y de las otras intervenciones llevadas a cabo como parte de UCC– y orientar a los equipos regionales en su trabajo. Sumado a ello, a nivel departamental o zonal se tiene supervisores(as) que se encargan de garantizar estándares de calidad en la implementación del programa y articular acciones con otros actores clave y servicios de atención a la primera infancia, con el objetivo de asegurar su complementariedad e integralidad.

Las visitas domiciliarias están a cargo de una dupla de profesionales del área social y del área de salud, y su frecuencia varía según los factores de riesgo que afectan a las familias. Las visitas pueden ser semanales, quincenales o mensuales, pero por lo general, duran una hora aproximadamente. Un aspecto fundamental de la propuesta del programa es su flexibilidad, pues la frecuencia, duración e incluso el espacio/lugar donde se realizan las visitas responden o se adaptan a las necesidades/circunstancias de las mujeres gestantes o las familias. Por ejemplo, en casos de violencia de género o en situaciones de privación de la libertad, las visitas se desarrollan en escenarios “alternativos”, tales como los espacios de la comunidad (u otros hogares) o el centro penitenciario, respectivamente.

“Las visitas no es que estén cronometradas, pautadas, yo voy y tengo que trabajar esto y me voy. En verdad se va viendo y construyendo en conjunto con la familia. Sí hay unas temáticas de orientación de los equipos según lo que se va detectando, (...) pero esto hay que hacerlo de una forma respetuosa, para que justamente pueda ser incorporado y no invasivo” (Funcionaria del Programa de Acompañamiento Familiar 1–Uruguay).

Adicionalmente, el Programa de Acompañamiento Familiar también ofrece encuentros grupales dirigidos a familias beneficiarias y no beneficiarias, que tienen como finalidad: i) fortalecer su red de soporte; ii) complementar el trabajo realizado con las familias beneficiarias durante las visitas; iii) sensibilizar a las familias respecto a la primera in-

fancia; iv) promover acciones de promoción y prevención de factores de riesgo; v) acercar recursos a las comunidades con dificultades de accesibilidad geográfica; y, por último, vi) captar a las familias interesadas en ingresar al programa. Existe bastante flexibilidad en cuanto a la frecuencia y duración de los encuentros, pues su organización depende de los objetivos, las posibilidades de las familias y la disponibilidad del personal ([MIDES, 2020a](#)).

En el programa se trabaja con las familias siguiendo el “enfoque de proximidad/cercanía”, que sugiere:

“(...) abordar las situaciones familiares en su cotidianeidad a través de [la formación de] un vínculo cercano [con las familias], desarrollando acciones pertinentes y oportunas a su singularidad y contribuyendo a mejorar las condiciones para el ejercicio pleno de sus derechos” ([MIDES, 2020a, p.9](#)).

Debido a ello, las actividades planificadas o el trabajo que se realiza durante las visitas domiciliarias –o en algún otro espacio– parte de un diagnóstico sobre la situación de las gestantes/familias y sobre esa base se elabora un plan de trabajo que luego es consensuado con las familias para asegurar que respondan a sus necesidades. En el trabajo con las familias/gestantes, se siguen los lineamientos u orientaciones nacionales elaboradas por los entes rectores. En temas relacionados con la salud, la nutrición/alimentación y el desarrollo infantil temprano se utilizan las guías diseñadas por el Ministerio de Salud Pública (MSP). Estas orientaciones son adaptadas a los distintos contextos territoriales y al trabajo individualizado que se realiza con cada familia.

“Las orientaciones [de la malla curricular] se ajustan a los marcos rectores. Cuando uno ve la orientación sobre la lactancia, la alimentación, el sueño seguro, por ejemplo, están basados en las orientaciones del Ministerio de Salud Pública, del Instituto de Alimentación: son construidas en base a los marcos rectores del país... Si varía algo en algún indicador, nos avisa el ente rector y

lo ajustamos. Digamos que “no nos lo inventamos”, sí hacemos adaptaciones y construimos materiales propios, pensando en cómo adecuarlos para que sea más accesibles por los perfiles o en situaciones extremas. A veces los materiales están pensados para familias de clase media, entonces se hacen las adaptaciones a la realidad más local. El ente rector [de salud, nutrición, así como del desarrollo motor, cognitivo y de lenguaje en la malla curricular] es el Ministerio de Salud Pública, que construyó en conjunto con nuestras disposiciones la Guía de Vigilancia que algunos años se actualizan y circulan. De hecho, Uruguay Crece Contigo participó en el armado de la Guía de Vigilancia” (Funcionaria del Programa de Acompañamiento Familiar 1–Uruguay).

La “Guía de Vigilancia del Desarrollo del Niño y de la Niña menores de 5 años” (MSP, 2018) plantea que durante las visitas se realizan actividades clasificadas en cuatro áreas: motora, coordinación, lenguaje y social. En el área motora se hacen ejercicios con el cuerpo, tales como levantar una pelota, bajar las escaleras, caminar en un pie, etc. Las actividades del área de coordinación se centran en ejercicios más minuciosos: introducir objetos pequeños en botellas o construir torres con cubos. En el área de lenguaje, se llevan a cabo tareas como emitir sonidos, combinar consonantes y decir frases. Por último, en la dimensión social se plantea que el niño participe de juegos interactivos, inicie contacto social con otros niños, comience a seguir normas sencillas y de rutina, entre otros. Si bien se busca abordar temáticas específicas vinculadas al desarrollo y prácticas de crianza de los niños y niñas en primera infancia, se brinda información también sobre el acceso a centros educativos y de salud, sobre programas laborales y de protección social.

Respecto al personal a cargo del trabajo con las familias, las duplas están conformadas por profesionales del área social (p.ej. trabajadores sociales, psicólogos, sociólogos, antropólogos, entre otros) y del área de la salud (enfermeras, médicos, obstetras, parteras, etc.). En caso no se cuente con estos perfiles profesionales en los territorios, es po-

sible que las actividades descritas sean desarrolladas por estudiantes universitarios de últimos ciclos de esas carreras o similares. Según los lineamientos normativos del programa, cada dupla tiene a su cargo entre 35 y 40 familias (MIDES, 2020a). El equipo del programa también incluye a los supervisores y los facilitadores. Los supervisores evalúan los casos, asignan familias a los operadores (duplas) y participan en la planificación del programa a nivel central. Su función incluye garantizar la calidad de la implementación y coordinar con dispositivos sociales y de salud. Los facilitadores, por otro lado, son referentes regionales, manejan las líneas de trabajo de UCC, coordinan con los ministerios a nivel departamental y llevan a cabo la estrategia a nivel regional, contribuyendo a la implementación del programa y facilitando la articulación regional de políticas y servicios (MIDES (2020a).

En cuanto a la capacitación inicial del personal, las duplas siguen un proceso de inducción a cargo del equipo de capacitación y de los supervisores del programa, en el que se les explica temas básicos sobre los protocolos de atención, el trabajo con las familias, etc. Respecto a la capacitación en servicio, las duplas participan en capacitaciones frecuentes organizadas por UCC junto al MIDES, y talleres presenciales realizados en convenio con otras organizaciones, como la Universidad de la República (UDELAR), en donde se tratan temas relacionados con la primera infancia y que son dictados por especialistas. Adicionalmente se realizan cada año actividades de formación obligatoria para los equipos, incluyendo videoconferencias mensuales sobre desarrollo infantil y prácticas familiares, encuentros regionales y nacionales, cursos y talleres en colaboración con UDELAR, y la participación en jornadas académicas.

“UCC en todos estos años ha hecho periódicamente procesos de formación permanente disponibles y gratuitos y en horas laborales. En todos los años se hacía mensualmente videoconferencias; eso ya se usaba desde antes de la pandemia, la posibilidad de salas de videoconferencia, para formar también a los

equipos del interior sin tener que hacerlos viajar. Pero después lo otro que se ha hecho periódicamente son capacitaciones o encuentros regionales o nacionales que se desplazan y se hace más formato taller o conferencias presenciales. Hay una serie de contenidos básicos que se repiten todos los años u otros que puntualmente hemos hecho en acuerdo con nuestras instituciones o vía cooperación internacional, financiado por expertos extranjeros, nos pasan alguna capacitación de alguna temática. Uno ya sabe que en el mes se tiene uno, dos, tres días que tienes curso y nos permite ir mejorando y profesionalizando” (Funcionaria del Programa de Acompañamiento Familiar 1–Uruguay).

Según información proporcionada por el equipo técnico del Programa de Acompañamiento Familiar de UCC, en 2022 el costo por familia/hogar fue de \$56.805 pesos uruguayos (cincuenta y seis mil ochocientos cinco pesos uruguayos), lo que equivale a US\$ 1418 (mil cuatrocientos dieciocho dólares americanos)¹³. En este cálculo se tomó en cuenta los siguientes aspectos: i) costo de las duplas por hogar atendido; ii) set de materiales de apoyo (set de bienvenida para las familias, abrigo para los niños y niñas y una practicuna); iii) equipamiento y capacitación de los recursos humanos; iv) costo supervisor por cada hogar acompañado; v) costo de los facilitadores, directores, jefes y técnicos de la Unidad Técnica Central por cada hogar acompañado.

En el contexto de crisis sanitaria por Covid-19, los servicios del programa fueron adaptados a contextos no presenciales para asegurar su continuidad. Específicamente, se ajustó la metodología de trabajo de cercanía y se realizaron llamadas telefónicas de seguimiento ([MIDES, 2020b](#)). Estas llamadas fueron realizadas una vez a la semana (de 20 a 40 minutos), ajustando su frecuencia en las situaciones que así lo requieren. Mediante este seguimiento semanal se brindó información sobre las medidas de prevención de Covid-19 y pautas/orientaciones

sobre las prácticas de cuidado y crianza (p.e. la suplementación con micronutrientes, la lactancia materna y alimentación complementaria, etc.) y el funcionamiento de los servicios de salud, protección y justicia, así como se indagó respecto a diferentes aspectos relacionados con el clima del hogar, situaciones de inseguridad alimentaria, situaciones de violencia, necesidades materiales de las familias, salud mental, etc. Bajo esta modalidad de “teletrabajo” además se diseñó e hizo entrega a las familias de materiales didácticos y audiovisuales.

Es necesario mencionar que, a partir de las medidas o acciones adoptadas durante la crisis sanitaria para mantener el contacto con las familias, en 2022 se creó la “modalidad de teleasistencia” como parte del Programa de Acompañamiento Familiar de UCC. Esta nueva modalidad consiste en brindar acompañamiento a las familias que se encuentran en lista de espera para participar en las modalidades de Buen Comienzo y Proximidad para la Crianza. Mediante el uso de tecnologías de la información y comunicación se busca reflexionar y brindar información relacionada con los cuidados en el embarazo, la salud/nutrición de los niños y niñas, la crianza respetuosa, el estado socioemocional de los cuidadores principales y el acceso a servicios públicos ([MIDES, 2022](#)). El proceso de trabajo con las familias seleccionadas se desarrolla en un período de 4 meses mediante llamadas telefónicas, mensajes y envío de materiales virtuales.

En cuanto a la efectividad del programa (en su modalidad presencial), [Marroig et al. \(2017\)](#) del Instituto de Economía de la Universidad de la República, usaron un diseño experimental para estudiar los efectos del Programa de Acompañamiento Familiar en la salud y el estado nutricional de los niños y niñas y en distintas dimensiones del desarrollo infantil (motricidad gruesa, motricidad fina, comunicación, resolución de problemas, socioindividual, autorregulación, obediencia, conductas adaptativas, autonomía, afecto e interacción), así como en el acceso a prestaciones sociales del Estado y otros aspectos relacionados con el bienestar socioeconómico de los hogares.

¹³ El tipo de cambio corresponde al 30 de diciembre del 2022.

Los resultados de la evaluación evidencian un impacto positivo en el estado nutricional de los niños y niñas, especialmente en los déficits y hábitos de alimentación. El programa impactó en la reducción del retraso de peso para la talla, talla para la edad y en el peso para la edad, encontrándose la magnitud de la reducción de los déficits entre -0,03 y -0,02 DE; sin embargo, el programa no tuvo efectos en la reducción de la anemia. Con relación al desarrollo infantil, se encontró un efecto positivo del programa sobre el indicador de motricidad gruesa (magnitud del efecto se ubica entre 0,3 y 0,25 DE dependiendo de estimación), y un efecto positivo, fuerte y robusto sobre indicador de lenguaje sólo en el caso de niños y niñas con más de 30 meses que recibieron el programa, quienes incrementan sus desempeños en el área de comunicación en aproximadamente 0,3 DE. Respecto a las prácticas de crianza, se observa que el programa impacta estimulando un estilo de crianza más habilitante pero también menos permisivo, especialmente en los niños más pequeños y en las niñas. En cuanto a las prácticas de cuidado y alimentación, se encontró evidencia de cambios en la dieta de las familias, priorizándose los alimentos más saludables. Por último, en cuanto al acceso a prestaciones del Estado, los hallazgos de la evaluación muestran un mayor acceso al programa Tarjeta Uruguay Social (aumentó en 70 por ciento la probabilidad de acceder sobre grupo de control), cuyo objetivo es mejorar el nivel de ingresos y garantizar el acceso a un consumo básico de alimentos y artículos de primera necesidad de las familias en situación de vulnerabilidad socioeconómica extrema.

Finalmente, durante las entrevistas realizadas con gestoras y el equipo del programa en el marco de este estudio, las entrevistadas identificaron los siguientes desafíos o retos pendientes para el programa. Primero, las funcionarias mencionaron la necesidad de desarrollar lineamientos u orientaciones técnicas para atender a grupos poblacionales con características específicas, en particular, para la población migrante y la población con discapacidad. En el caso de la población migrante, en el país existe un Plan Nacional de Integración para Personas Migran-

tes, y desde el programa quisieran trabajar para alinearse con el plan y apoyar su ejecución desde el sector. En cuanto a la atención de la población con discapacidad, las funcionarias indicaron que actualmente existen acciones específicas para atenderla, brindándole las facilidades necesarias o los instrumentos en casos de discapacidades motrices o auditivas (como el uso de sillas de ruedas o intérpretes de señas); sin embargo, el reto está en avanzar hacia un cambio de paradigma que dé paso a modelos más comunitarios para fortalecer a las familias o redes familiares para la atención de personas con discapacidad, en lugar de enfoques médicos o el internamiento como alternativa de atención.

“[La atención a población migrante] es un desafío a nivel país. La población migrante ha ido aumentando a nivel nacional. Desde el año pasado, contamos en UCC con una compañera que brinda orientación a los equipos cuando tienen integrantes en situación de movilidad humana y se dialogan estas situaciones en conjunto con departamentos de atención a migrantes en el propio ministerio. En algunos casos hemos requerido apoyo de la OIM (Organización Internacional para las Migraciones) o de otras instituciones de la sociedad civil, de comunidades de inmigrantes de Venezuela o de distintos países con quienes se han generado diferentes acciones en común. Al ser un fenómeno reciente la normativa viene cambiando periódicamente. Actualmente se está elaborando un plan nacional de migración, un documento único que aún es un borrador y venimos participando en eso. [Por el momento] sólo hay acciones” (Funcionaria del Programa de Acompañamiento Familiar 1–Uruguay).

“En cuanto a discapacidad, sobre todo con discapacidad intelectual o discapacidad psiquiátrica, hay desafíos porque hay déficit en la capacidad de oferta de atención; es algo que pasa en todos los países de Latinoamérica. El país está enmarcado en el proceso de implementación de una reciente ley de salud mental, que implica cambiar el paradigma del internamiento para pasar a

otros modelos, pero no hay suficiente oferta de estos otros modelos transitorios o ambulatorios donde hay patologías graves, ni de volver este proceso más comunitario, para que la salud mental se vea en conjunto. Hay que ver cómo fortalecer esas redes y equipo (...). En este contexto es un desafío: hemos hecho algunas capacitaciones o estamos en diálogo con casos complejos, particularmente con el área de ayuda del ministerio. En algunos casos, como en ciertas discapacidades muy específicas, donde se requiere intérprete de lengua de señas o el apoyo con una silla de ruedas, tenemos un acuerdo con el BPS (Banco de Previsión Social), pero además de estos esfuerzos es un desafío a nivel país (...). Si bien han aumentado estos programas en todo el territorio, es un desafío tener un plan de apoyo que acompañe a la maternidad en casos de discapacidad, articular un sistema de apoyo y proximidad para la crianza” (Funcionaria del Programa de Acompañamiento Familiar 1–Uruguay).

Un segundo reto pendiente, de acuerdo con las funcionarias entrevistadas, es la plena incorporación del enfoque de género en todos los protocolos y procedimientos del programa. En este sentido, las funcionarias comentaban que, aunque el programa promueve la corresponsabilidad en la crianza de los niños y niñas, en la práctica tenía muchos de sus procedimientos enfocados en la madre durante las visitas domiciliarias – incluso cuando los padres se encontraban presentes– y que eso requería una revisión expresa de sus procedimientos para mejorar esos aspectos.

5.1.3. Colombia: Estrategia de Visitas Domiciliarias del Programa de Desarrollo Infantil en Medio Familiar (DIMF)

El programa de Desarrollo Infantil en Medio Familiar (en adelante, DIMF) fue creado en 2011 y depende de la Dirección de Primera Infancia del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). El objetivo principal del programa es promover el desarrollo integral de los niños y niñas menores de cinco años implementando experiencias lúdicas,

artísticas y de exploración del medio junto con sus familias y comunidades. En zonas rurales y rurales dispersas, el programa atiende a gestantes y niños y niñas menores de cinco años; también atiende a niños y niñas hasta los 5 años, 11 meses y 29 días de edad siempre y cuando no haya oferta de educación preescolar en su entorno cercano. En zonas urbanas vulnerables, el DIMF atiende exclusivamente a niños y niñas menores de dos años y mujeres gestantes.

El programa está enmarcado en la Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia “De cero a Siempre”, la cual es ejecutada por el [ICBF](#) (2012). “De Cero a Siempre” surge en el año 2011 como iniciativa para fortalecer la Política Nacional de la Primera Infancia y apoyar a los departamentos y municipios en la inclusión de esta como elemento fundamental del desarrollo territorial ([Universidad de los Andes e ICBF, 2017](#)). La estrategia se compone de una serie de acciones nacionales y territoriales que tienen el objetivo de promover y garantizar el desarrollo infantil. En el marco de esta estrategia, se proponen los siguientes objetivos principales: i) asegurar que se respeten y protejan los derechos de los niños y niñas durante sus primeros años de vida; ii) establecer una estrategia gubernamental a largo plazo que guíe las acciones del país; iii) asegurar que la atención integral a la primera infancia sea relevante y de alta calidad; iv) movilizar y concientizar a la sociedad colombiana para transformar la manera en que se percibe y se relaciona con los niños y niñas más pequeños; v) visibilizar y fortalecer el papel fundamental de la familia en el desarrollo temprano de los niños ([Comisión Intersectorial de Primera Infancia \[CIPPI\], 2018](#)). Para la implementación del DIMF, el ICBF articula horizontalmente con el Ministerio de Salud y Protección Social y, específicamente, con el Programa Ampliado de Inmunización (PIA), para realizar el monitoreo y seguimiento de los esquemas de vacunación de los niños y niñas y las gestantes.

En cuanto a su organización y funcionamiento, las decisiones técnicas sobre las distintas modalidades de atención dirigidas a la primera infancia en Colombia recaen en la Dirección de Primera Infancia del

ICBF, que a nivel territorial cuenta con el apoyo de sus direcciones regionales y centros zonales para realizar seguimiento a la ejecución de los distintos servicios de atención a la primera infancia, incluido el DIMF, y garantizar el cumplimiento de sus componentes y condiciones de calidad. Así, la modalidad familiar se implementa en los territorios mediante las entidades administradoras del servicio (EAS), que son consideradas socias del Estado. A nivel territorial existen además los comités técnico-operativos, que son los encargados de coordinar acciones y apoyar el seguimiento técnico, administrativo y financiero de los contratos o convenios suscritos con las EAS, y validar los procesos y procedimientos requeridos para la adecuada prestación del servicio; y los comités técnicos regionales, que son las instancias encargadas de realizar seguimiento a ese nivel a la prestación de los servicios dirigidos a la primera infancia en sus distintas modalidades. Por último, como parte del funcionamiento del programa se presentan también mecanismos de participación comunitaria, como los comités de control social, los cuales son conformados por las familias usuarias. Estos constituyen un espacio de participación ciudadana, en el que las familias o cuidadores tienen la capacidad de realizar el seguimiento a la calidad y las condiciones del servicio brindado ([ICBF, 2022](#)).

Las visitas domiciliarias están a cargo de agentes educativos que son educadores, profesionales psicosociales (ciencias sociales o humanas) o profesionales en salud y nutrición. Las visitas tienen una frecuencia mensual y una duración de entre 60 y 90 minutos. Las estrategias empleadas durante los encuentros se sustentan en un marco pedagógico y metodológico elaborado en el Manual Operativo 2022. Este consta de 17 prácticas y acciones que contribuyen al desarrollo infantil. Estas prácticas incluyen generar experiencias de disfrute del juego, acompañar el desarrollo de la autonomía, promover la construcción de normas y límites, fomentar la alimentación adecuada, entre otras.

En cuanto a la metodología seguida durante las visitas domiciliarias, se identifican tres momentos: i) Conectarnos, donde se busca generar un

espacio de interacción con la gestante o el niño, niña y su familia empleando un objeto evocador, una expresión literaria o una situación que propicie el diálogo, a fin de conocer la situación en que se encuentran y motivar una reflexión sobre la misma, escuchar sus dudas o preocupaciones y contextualizar la acción pedagógica a sus necesidades, o darle seguimiento a los compromisos propuestos en el encuentro anterior; ii) Construyendo juntos, donde se trabajan las acciones pedagógicas planificadas con las gestantes, niños y niñas y sus familias a partir de sus propias experiencias cotidianas y saberes previos y el uso del espacio, los objetos (p.e. materiales no estructurados), etc.; y iii) Comprometernos, donde se recogen las experiencias, percepciones, aprendizajes e intereses de las familias para mejorar/enriquecer las siguientes visitas domiciliarias, y se establecen compromisos que contribuyan con el desarrollo integral de los niños y niñas o en el bienestar de las gestantes ([ICBF, 2022](#)).

Como parte del DIMF, también se promueve el fortalecimiento comunitario a favor del desarrollo infantil temprano y el bienestar de las mujeres gestantes mediante encuentros grupales que propician la reflexión, el diálogo y el intercambio de saberes/conocimientos sobre las prácticas de cuidado y crianza de las familias. Los encuentros grupales se organizan una vez por semana por cada unidad de atención y tienen una duración de 180 minutos. Estos encuentros se estructuran en cuatro momentos metodológicos. Inicial con una bienvenida, con el propósito de generar confianza y proponer estrategias pedagógicas que faciliten a los y las participantes compartir sus percepciones y experiencias previas. En el segundo momento, denominado “Crear y Conversar”, se divide a los niños y niñas, así como a los adultos/cuidadores principales en dos grupos distintos. En el grupo de los niños y niñas se promueve el juego entre ellos, con el objetivo de estimular procesos comunicativos y de exploración. Simultáneamente, en el segundo grupo se establece un espacio de reflexión centrado en las prácticas de cuidado y crianza. En la tercera fase, “Construyendo Juntos”, se reúne nuevamente a ambos grupos para generar una experiencia vinculada a

las prácticas de cuidado y crianza que puedan reproducir en su vida cotidiana. Finalmente, se espera recibir retroalimentación de las familias y mujeres gestantes sobre el encuentro grupal, así como establecer compromisos y acuerdos ([ICBF, 2022](#)).

En cuanto al personal del programa, quienes trabajan directamente con las familias son los agentes educativos, que pueden tener los siguientes tres perfiles según el Manual Operativo del año 2022: i) educadores con especialidad en educación inicial (o área afín) con un año de experiencia si es titulado y dos años de experiencia si su formación es superior técnica; ii) profesionales psicosociales, titulados en psicología, psicopedagogía, trabajo social o desarrollo familiar con un año de experiencia profesional de atención con niñas, niños, familia o comunidad. Alternativamente, también pueden ser sociólogos, antropólogos, profesionales en etnoeducación y desarrollo comunitario con dos años de experiencia relacionada con niños y niñas o familia o comunidad; y iii) profesionales en salud y nutrición; puede ser nutricionista dietista con seis meses de experiencia profesional, o profesional de enfermería con un año de experiencia en trabajo comunitario relacionado con salud y nutrición de primera infancia o auxiliar de enfermería con dos años de experiencia laboral en ese mismo rubro. En el manual operativo del programa se contempla que en zonas donde no se cuente con fuerza laboral profesional, las visitas domiciliarias pueden estar a cargo de madres y/o padres comunitarios en proceso de formación técnica en atención integral a la primera infancia previa, contando con la respectiva justificación y aprobación del comité técnico operativo ([ICBF, 2022](#)).

De acuerdo con lo señalado en el Manual Operativo del programa ([ICBF, 2022](#)), el servicio opera en grupos territoriales (GT) de 300 usuarios, que están compuestos por 240 niños y niñas mayores de seis meses de edad, y 60 mujeres gestantes y niños y niñas menores de seis meses¹⁴. El GT está a cargo de un coordinador y se divide en

14 La conformación del GT depende en última instancia de la demanda del servicio y no puede superar los costos de la canasta asignada.

seis grupos de atención (GA), conformados cada uno por cincuenta usuarios. Cada GA, en promedio incluye 40 niños y niñas mayores de seis meses y diez mujeres gestantes o niños y niñas menores de seis meses, proporción que puede modificarse según las características de la población, el territorio y la demanda del servicio. En cada GA, las actividades del servicio DIMF –incluyendo los encuentros grupales y las visitas domiciliarias– están a cargo de una dupla compuesta por una agente educativa y una auxiliar pedagógica; y cuentan con la participación transversal para los seis GA que son parte del GT, de dos profesionales psicosociales y una profesional en salud y nutrición.

En cuanto a la formación inicial del personal del programa, según el Manual Operativo 2022 ([ICBF, 2022](#)), todo el personal recibe una jornada de inducción de 24 horas presenciales, impartida por el equipo de las EAS. En esta inducción se abordan los siguientes temas: i) la misión, visión y objetivos institucionales del ICBF y la EAS; ii) la estructura, organigrama y formas de relación entre los diferentes miembros del equipo de trabajo; iii) las formas de evaluación de desempeño; iv) la Ley N° 1804, por la cual se establece la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de “Cero a Siempre”; v) los lineamientos técnico-administrativos para el restablecimiento de derechos de los niños, niñas y adolescentes y el protocolo de actuaciones ante alertas de amenazas o vulneración de derechos en los servicios de atención a la primera infancia del ICBF; vi) los objetivos de la educación inicial; vii) el modelo de enfoque diferencial de derechos del ICBF; viii) aspectos técnicos y operativos de la modalidad y servicio; ix) el marco metodológico y pedagógico basado en el concepto de experiencia pedagógica, y las prácticas y acciones familiares y comunitarias que favorecen el desarrollo infantil; x) la caracterización y planeación en el marco de los planes de acompañamiento familiar y grupal; xi) las estrategias de atención en el servicio y herramientas, instrumentos o formatos necesarios para la prestación del servicio; xii) el seguimiento en el servicio; y xiii) las estrategias de fortalecimiento técnico.

Respecto a la formación en servicio, los agentes educativos reciben capacitación continua en prácticas y acciones que refuerzan el desarrollo integral de los niños y niñas y las mujeres gestantes. Las temáticas que se trabajan en esta formación son: i) la lactancia materna exclusiva y alimentación/educación nutricional; ii) la prevención, detección y notificación de las enfermedades prevalentes en la infancia; iii) la prevención y detección de los diferentes tipos de violencia y fortalecimiento familiar a través de la promoción del buen trato y los vínculos afectivos; iv) las herramientas y orientaciones para la implementación del enfoque de derechos, el enfoque diferencial y el reconocimiento de la diversidad, así como el Modelo de Enfoque Diferencial de Derechos del ICBF–MEDD.

Como parte de esta formación se realizan grupos de reflexión y aprendizaje, en los cuales se aborda el desarrollo de los niños y niñas desde su gestación, centrado en las 17 prácticas y acciones. Estos se realizan una vez al mes durante 4 horas y son liderados por la coordinación pedagógica, el profesional psicosocial y/ o el profesional de salud y nutrición. Asimismo, se llevan a cabo talleres creativos, los cuales tienen el objetivo de fortalecer el diseño y desarrollo de las experiencias pedagógicas explorando distintos materiales. Estos también se realizan una vez al mes durante 4 horas y son dirigidos por la coordinación pedagógica. El fortalecimiento técnico situado también es parte de la capacitación en servicio. Con este se busca que el coordinador(a) del grupo territorial brinde acompañamiento pedagógico, al menos una vez al mes, durante las visitas domiciliarias.

En el contexto de la crisis sanitaria por Covid-19 se implementó la estrategia marco del ICBF denominada “Mis Manos Te Enseñan”, con la finalidad de continuar potenciando el desarrollo infantil y fortaleciendo el rol de las familias y cuidadores en el desarrollo integral de la primera infancia. Como parte de esta estrategia, todos los servicios de atención dirigidos a la primera infancia –entre ellos el DIMF– suspendieron su atención presencial y se brindaron de manera remota a través de diversos mecanismos y medios de comunicación disponibles en los

territorios (ICBF, 2021). En general, el acompañamiento/seguimiento a las familias y gestantes beneficiarias fue telefónico, con el objetivo de promover experiencias significativas en el hogar que promuevan el desarrollo infantil e identificar posibles situaciones de violencia en el hogar, que pongan en riesgo el bienestar de las familias. Cada familia usuaria recibió hasta un total de seis llamadas telefónicas al mes (cuatro de acompañamiento pedagógico, una de seguimiento al proceso de desarrollo de los niños y niñas y una de formación de familias). Estas tuvieron una duración de 15 minutos aproximadamente y estuvieron enfocadas en el cuidado, la salud, la higiene, la prevención de accidentes, la promoción de hábitos alimentarios adecuados y la promoción del desarrollo infantil. En el caso de las familias con niños que sufrían de desnutrición aguda, moderada o severa, se realizaron cuatro llamadas pedagógicas y dos llamadas de seguimiento al estado de salud de los niños y niñas. Además, en los casos en que la comunicación telefónica con las familias no fue posible, se utilizó medios de comunicación alternativos o comunitarios. También se brindó ayuda/atención psicológica a las familias cada tres meses, a fin de mitigar el impacto de la pandemia en su salud mental –sólo en los casos en que se identificó que era necesario– y se hizo entrega de un kit pedagógico y de la cartilla “Mis Manos Te Enseñan: Experiencias de cuidado y crianza en el hogar en tiempos de coronavirus”, junto con raciones de alimentos (por lo menos once raciones de alimentos para preparar).

Finalmente, respecto a la efectividad del programa (en su modalidad presencial), no se ha identificado una evaluación de impacto del DIMF que esté publicada; sin embargo, sí está disponible públicamente una evaluación de operaciones y resultados realizada en el año 2015, que estuvo enfocada en el análisis de las operaciones desarrolladas en la modalidad DIMF, para estudiar si se están llevando a cabo y de qué manera afectan el logro de los productos y resultados esperados. Los resultados de la evaluación sugerían la necesidad de rediseñar y fortalecer el trabajo con familias, considerando diferencias entre el trabajo

en zonas urbanas y rurales, y entre el trabajo con población exclusivamente adulta versus con adultos y niños y niñas. Se destacó también la necesidad de desarrollar un manual de operaciones propio de la modalidad familiar, pues hasta el momento solamente se adaptaban las guías de la modalidad institucional.

5.1.4. Brasil: Programa Criança Feliz

El Programa Criança Feliz fue creado en el año 2016 y está a cargo de la Secretaría Nacional de Atención a la Primera Infancia del Ministerio de Desarrollo, Asistencia Social, Familia y Lucha contra el Hambre (ex Ministerio de la Ciudadanía). El programa se implementa a nivel nacional, tanto en zonas urbanas como rurales de Brasil, y tiene como objetivos promover el desarrollo infantil y fortalecer los vínculos y el papel de las familias para el cuidado, protección y educación de los niños y niñas, así como garantizar el acceso de las gestantes, niños y niñas y sus familias a los servicios públicos.

El Programa Criança Feliz está dirigido a i) madres gestantes y niños menores de 36 meses y sus familias inscritas en el Registro Único de Programas Sociales del Gobierno Federal–CadÚnico; ii) niños y niñas entre 37 a 72 meses y sus familias que son beneficiarias del Programa Beneficio de Prestación Continuada (BPC); iii) niños y niñas de hasta 6 años alejados de sus familias debido a la aplicación de una medida de protección; y iv) niños y niñas hasta 72 meses incluidos en el CadÚnico que perdieron al menos a uno de sus tutores, independientemente de la causa de su muerte durante la crisis sanitaria por Covid-19.

El Programa Criança Feliz está enmarcado en el Plan Nacional para la Primera Infancia 2010-2022 | 2020-2030 (PNPI). Este plan fue elaborado por la Rede Nacional Primeira Infância (RNPI) y aprobado por el Consejo Nacional de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia (CONANDA, por sus siglas en portugués), el cual pertenece a la Secretaría Nacional de Promoción y Defensa de los Derechos Humanos (SNPDH), que a

su vez es parte del Ministerio de la Mujer, la Familia y los Derechos Humanos. Entre sus principales objetivos se encuentra garantizar el seguimiento de las familias beneficiarias del Programa Criança Feliz y del Programa Bolsa Familia. Asimismo, apunta a garantizar el desarrollo integral de los niños y niñas, promover la equidad, fortalecer la participación de la familia y la comunidad, mejorar los servicios de atención integral y fomentar la participación ciudadana en la formulación y evaluación de políticas para la primera infancia ([RNPI, 2010](#)).

El programa se articula con otras entidades para asegurar su correcta ejecución. En el artículo 26 de la Ordenanza MC N° 664 del 2 de septiembre del 2021, se establece la creación de un Comité Directivo Intersectorial encargado de planificar y coordinar los elementos del programa. Este comité, administrado por la Secretaría Nacional de Cuidados y Familia, requiere la articulación/coordinación de los Estados, los distritos federales y los municipios que se adhieran al programa, con los sectores de asistencia social, educación, salud, cultura y derechos humanos.

Asimismo, el Programa de Benefício de Prestação Continuada (BPC), bajo la jurisdicción del Ministerio de Desarrollo, Asistencia Social, Familia y Lucha contra el Hambre, está vinculado a Criança Feliz. Este programa coordina con el BPC para proporcionar apoyo en la crianza y asesoramiento a las familias con niños de hasta 72 meses de edad que son beneficiarias del BPC.

Por otro lado, Criança Feliz es ejecutado de forma descentralizada. Sus acciones son coordinadas por cada estado junto con los distritos federales y municipios. Estos últimos son los responsables de la elaboración e implementación de sus planes, el seguimiento de las acciones en cada ámbito, del enlace con los respectivos comités de gestión y órganos de control social. Los estados, por su parte, se encargan de movilizar y fiscalizar a los municipios. Además, existe un equipo técnico a cargo de las visitas domiciliarias que está compuesto por diferentes niveles y roles, que funciona entre los municipios, distritos

federales y estados. Estos equipos están compuestos por un Comité Municipal (GTM) y un Comité Estatal (GTE).

Criança Feliz adopta el diseño curricular del Programa Primera Infancia Mejor (PIM, por sus siglas en portugués) desarrollado en el estado de Rio Grande do Sul. El PIM se organiza bajo tres ejes estructurales: la Familia, la Comunidad y la Intersectorialidad. Sobre la familia, tiene el propósito de fortalecer el vínculo afectivo entre niños y familiares, promoviendo sentimientos positivos, fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, además de proporcionar orientaciones a embarazadas para comprender y estimular el desarrollo del bebé. A su vez, la guía motiva a las familias a estimular las habilidades de los niños y niñas. Sobre la comunidad, se busca estimular a líderes comunitarios y cuidadores para que se conviertan en ciudadanos conscientes y críticos. Además, se enfoca en vigilar las condiciones de higiene infantil y en evaluar de manera imparcial la lógica del trabajo infantil, que podría afectar negativamente el tiempo de juego y estudio de los niños y niñas. Estos esfuerzos se realizan en un marco de intersectorialidad, destacando la colaboración entre diferentes áreas y resaltando la importancia de considerar aspectos culturales para garantizar un enfoque integral y efectivo en el desarrollo de la primera infancia ([UNESCO, 2008](#)).

La metodología de trabajo del Programa Criança Feliz se basa en la propuesta elaborada por UNICEF y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) denominada “Cuidado para el Desarrollo Infantil (CDI)”, que es un enfoque centrado en el fortalecimiento de las capacidades de las familias y cuidadores para jugar y comunicarse con los niños y niñas, a fin de promover su desarrollo físico y sus habilidades cognitivas y socioemocionales. El CDI también juega un rol importante en la implementación del Marco de Cuidado Cariñoso y Sensible, pues se enfatiza que los cuidadores respondan a las señales de los niños y niñas e interactúen con ellos de manera sensible y receptiva ([Ministério da Cidadania, 2019](#)).

El programa cuenta con una Guía para Visita Domiciliar ([Ministério da Cidadania, 2019](#)), un manual que presenta los fundamentos pedagó-

gicos de la propuesta. En este documento se explica que la realización del diagnóstico inicial y las evaluaciones toman en cuenta cuatro dimensiones del desarrollo infantil: lenguaje, motricidad, socioafectiva y cognitiva. En el manual se distinguen seis grupos etarios y se proponen actividades de aprendizaje diferenciadas para cada uno de esos grupos. En el primer grupo etario, desde el nacimiento hasta los tres meses, se sugiere participar en actividades como hablar con el bebé, mostrarle objetos coloridos y establecer contacto físico. Para el periodo de tres a seis meses se plantea la idea de incentivar al bebé a repetir acciones simples y alcanzar objetos cercanos. Posteriormente, entre los seis y nueve meses, se sugiere realizar actividades que impliquen cantar con el niño o encontrar objetos escondidos. Entre los nueve y doce meses se propone dar órdenes simples, pronunciar nombres de objetos y fomentar la interacción verbal. En la etapa de uno a dos años se plantea enseñarle las partes de su cuerpo, mostrarle libros o fotos, entre otros. Finalmente, con el grupo etario de dos a tres años se fomenta la participación del niño en juegos con otros niños, así como actividades físicas como saltar, correr, dibujar, etc. Las actividades propuestas están en línea con los lineamientos curriculares nacionales para educación inicial. Los contenidos disponibles tienen como objetivo contribuir en las prácticas de crianza de las familias.

Las visitas domiciliarias están a cargo de visitadores, que son profesionales de nivel medio (personal que tiene las ocupaciones de educación social, orientación social o cuidado social) y de nivel superior (antropólogos, sociólogos, terapia ocupacional, entre otros). La frecuencia de las visitas depende de su población objetivo. En el caso de las mujeres gestantes, se llevan a cabo dos visitas domiciliarias al mes; para los niños y niñas entre 0 y 36 meses de edad, las visitas se realizan de manera semanal; y con los niños y niñas entre 37 a 72 meses de edad, dos visitas domiciliarias durante el mes. En el caso de los niños y niñas de 37 a 72 meses de edad que han perdido a uno de sus cuidadores principales durante la crisis sanitaria por Covid-19, y los niños y niñas

de 0 a 72 meses de edad alejados de sus familias, se aplican dos visitas domiciliarias al mes. En cualquier caso, las visitas tienen una duración de 45 minutos, aproximadamente.

Las visitas domiciliarias dirigidas tanto a madres gestantes como a niñas, niños y sus familias tienen tres momentos principales. Primero se lleva a cabo la acogida, en la que los visitantes son recibidos y orientan a la familia sobre las actividades por realizar. Durante el desarrollo de la sesión se realizan las dinámicas. En el caso de los niños entre 0 y 72 meses, se orienta a los cuidadores en la realización de la actividad y la interacción con los menores. Por último, se realiza una evaluación sobre la sesión y se aclaran las actividades correspondientes a la siguiente semana.

Respecto al personal del programa, quienes trabajan directamente con las gestantes y las niñas, niños y sus familias son los visitantes, que son contratados por los municipios o distritos federales. Según la Guía para la Visita Domiciliar, los visitantes pueden ser de dos perfiles: profesional de nivel medio y de nivel superior. Los profesionales de nivel medio pueden tener las ocupaciones de educación social, orientación social o cuidado social, mientras que los profesionales de nivel superior deben haber culminado las carreras de antropología, economía domiciliaria, pedagogía, sociología, terapia ocupacional o musicoterapeuta. Entre sus principales funciones se encuentra observar los protocolos de visitas, realizar registros de cada actividad ejecutada, consultar y recurrir al supervisor, entre otros ([Ministério da Cidadania, 2019](#)). Cada visitante puede tener hasta 25 beneficiarios a su cargo¹⁵.

En el marco del programa existen otros roles clave a nivel municipal y estatal que permiten la implementación del programa. A nivel municipal, los supervisores municipales gestionan la implementación técnica y supervisión del programa. Sus responsabilidades incluyen la caracterización del territorio, la organización de reuniones de planificación con

visitadores y el registro de visitas en el sistema electrónico. A nivel estatal se cuenta con un coordinador estatal y un multiplicador. El primero es un profesional de alto nivel responsable de la coordinación del programa y la articulación con los servicios de asistencia social y las políticas sectoriales en el territorio. Sus funciones abarcan la elaboración del Plan de Acción Intersectorial, la movilización intersectorial, el apoyo técnico a acciones municipales, la planificación de capacitaciones y la elaboración de informes situacionales y financieros. El segundo es un profesional capacitado en áreas específicas que se encarga de la formación continua de los supervisores, el monitoreo técnico y administrativo de los municipios asignados, y la realización de visitas presenciales. Su labor contribuye al apoyo técnico y la implementación eficaz del programa. Estos roles se despliegan desde el nivel estatal y se coordinan en el Grupo Técnico Estadual (GTE), conforme a la Ordenanza MC N° 664. Cada uno desempeña funciones específicas para garantizar la efectividad del Programa Criança Feliz a nivel municipal y estatal, cumpliendo con los lineamientos establecidos en manuales y guías normativas.

En cuanto a la formación inicial del personal, los visitantes reciben una capacitación inicial al comenzar sus labores, en la que se desarrollan temas relacionados con contenidos metodológicos, temas a tratar en las visitas domiciliarias y métodos de enseñanza. Respecto a la formación en servicio, los visitantes reciben capacitación y evaluación permanente sobre las metodologías y contenidos del programa. La Secretaría Nacional de Cuidados y Familia se encarga de formar a los supervisores que, a su vez, capacitan a los visitantes.

Durante la crisis sanitaria por Covid-19, se suspendió parcialmente la atención presencial y en su lugar se brindó consejerías o acompañamiento remoto a las familias y mujeres gestantes beneficiarias ([PNUD, Plan & Ministério da Cidadania, 2020](#)) mediante llamadas telefónicas o de WhatsApp. En algunos casos, las y los visitantes crearon grupos de WhatsApp con las familias donde enviaban semanalmente pautas

15 Según lo dispuesto en la Ordenanza MC 664 del 2 de septiembre de 2021, que consolida los actos normativos que regulan el Programa Criança Feliz.

sobre las actividades que debían realizar con los niños y niñas. Las familias que no contaban con acceso a internet y/o no disponían de dispositivos móviles, recibieron visitas del personal del programa siguiendo todos los protocolos y medidas de bioseguridad establecidas para la prevención de Covid-19 (p.e. las visitas fueron realizadas en la puerta de sus hogares). Estas visitas tuvieron una duración de 20 minutos. También se distribuyó kits de materiales.

Respecto a la efectividad del programa, un estudio reciente ([Santos et al., 2022](#)) evaluó la implementación y el impacto de Criança Feliz usando un diseño experimental en treinta municipios de seis estados de Brasil. En el año 2018, un total de 3242 niños y niñas fueron asignados aleatoriamente al grupo de tratamiento o control, y se les hizo seguimiento hasta finales del año 2021 (aproximadamente al 80 por ciento de la muestra inicial). Como consecuencia de la pandemia, durante un periodo de un año aproximadamente, las visitas presenciales fueron reemplazadas por acompañamiento remoto. Los resultados finales de la evaluación mostraron que durante el periodo estudiado el programa no tuvo impacto ni en las prácticas de crianza (estimulación, interacciones receptivas, medidas disciplinarias), ni en el desarrollo de los niños y niñas (desarrollo infantil se evaluó con el ASQ3). El estudio recogió información respecto a la implementación del programa, exponiendo posibles explicaciones respecto a los motivos por los que no se observa impacto. Destacan tres entre las principales: el estudio reveló reducida cobertura en el grupo de tratamiento, así como baja frecuencia de las visitas, evidenciando deficiencias en la gestión y baja calidad de las visitas en muchos municipios; se encontró evidencia de contaminación del grupo de control; y sobre todo que las visitas domiciliarias presenciales fueron suspendidas durante la crisis sanitaria por Covid-19, tal como señalan los autores:

“En un programa donde las interacciones cara a cara con los cuidadores y los niños son esenciales, la suspensión necesaria de las visitas domiciliarias durante la pandemia provocó una in-

terrupción importante en la entrega del programa. Aunque el ministerio elaboró una estrategia de contacto virtual con las familias y la mayoría de los municipios utilizó el contacto virtual en mayor o menor medida, este es un sustituto imperfecto de las visitas al hogar” (p. 4358).

El [PNUD, Plan & Ministério da Cidadania](#) (2020) realizaron un estudio cualitativo sobre la implementación del programa Criança Feliz, con el objetivo de indagar acerca de las interacciones entre visitantes y cuidadores, y conocer la percepción de los cuidadores sobre las actividades realizadas por el programa durante el año 2020 (en el contexto de la pandemia) y los beneficios de este para el desarrollo de sus hijos. El estudio encontró que las y los cuidadores tenían una opinión favorable del programa, pues consideraban que tras trabajar en él estaban mejor preparados para cuidar y educar a sus hijos. Perciben que el programa mejora sus capacidades para comunicarse con sus hijos y responder a sus necesidades, y que incrementaron la frecuencia de actividades de juego y lectura con ellos al conocer su importancia. Respecto a la interacción entre visitantes y las familias, se encontró que los visitantes hombres enfrentan más resistencia para generar confianza y establecer vínculos con las familias. En los hogares prefieren visitadoras mujeres, pues se entabla una mayor identificación con ellas y se valora su propia experiencia como madres; además de que se sienten más seguras con la visita de una mujer e incluso consideran que es preferible para evitar conflictos con su pareja. Respecto a las barreras que dificultan la implementación del programa, el estudio encuentra que las madres disponen de poco tiempo para las actividades del programa debido a la sobrecarga de responsabilidades domésticas en el hogar, dada la falta o limitada participación del padre en esas tareas. Desde el lado del personal, se identificó la carencia de apoyo para el desplazamiento de los visitantes a zonas remotas o socialmente inseguras, la sobrecarga del personal debido a la prestación de otros servicios de asistencia social y la necesidad de una mayor capacitación en las áreas temáticas del programa.

Un estudio cualitativo más reciente ([Dos Santos et al., 2023](#)) también encuentra que los cuidadores con por lo menos seis meses de participación en el programa tienen una opinión positiva sobre el mismo y encuentran que aporta beneficios en la salud emocional de sus hijos, así como sobre sus prácticas parentales, que notaban más responsivas a las necesidades de sus hijos. Sin embargo, los cuidadores notaban que el programa no había ayudado tanto a mejorar la nutrición de sus hijos, aunque esto se debería más a la inseguridad alimentaria que a temas propios del programa; y les gustaría recibir más apoyo del programa en temas como lactancia materna, la salud mental del cuidador y las prácticas de disciplina, en los que sentían que los visitantes no se encontraban tan preparados. De hecho, uno de los grandes hallazgos del estudio es la necesidad de fortalecer, a nivel local, la articulación multisectorial, para que los visitantes puedan llegar a los hogares con una propuesta verdaderamente integral de atención para los niños y niñas y sus familias.

En agosto de 2023, y luego de un proceso participativo de análisis y consulta, el Ministerio de Desarrollo y Asistencia Social, Familia y Lucha contra el Hambre anunció mediante la publicación de una minuta que el programa Criança Feliz entra en un proceso de reordenamiento, a fin de reorganizar sus acciones de asistencia social en línea con el Programa de Primera Infancia del Sistema Único de Asistencia Social (SUAS)¹⁶. Durante el reordenamiento, la nomenclatura a utilizar para referirse a la intervención será: “Programa Primera Infancia en SUAS/ Criança Feliz”. De acuerdo con lo señalado en la minuta, el reordenamiento estaría orientado a fortalecer visitas domiciliarias, potenciando las acciones intersectoriales de protección y atención integral a la primera infancia, así como la gobernanza del programa en los territorios. La implementación del reordenamiento será gradual, garantizando un presupuesto específico a los estados y municipios para mantener la atención a niños y mujeres embarazadas.

16 Información compartida por el Equipo de Social Policy de UNICEF Brasil.

5.1.5. Chile: Visita Domiciliaria Integral del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial

La Visita Domiciliaria Integral (en adelante, VDI) empezó a implementarse desde el año 2007. Tiene como objetivo general detectar y atender/disminuir los factores de riesgo biopsicosocial que afectan a las mujeres gestantes y a las familias en situación de vulnerabilidad, y establecer o activar sus redes de soporte mediante las visitas domiciliarias ([Ministerio de Salud \[MINSAL\], 2018](#)). Los objetivos específicos de la VDI varían en función a la población que es atendida. La VDI está dirigida a familias con niños y niñas menores de cuatro años en situación de vulnerabilidad, rezago y/o déficit en su desarrollo integral, y a gestantes en situación de vulnerabilidad psicosocial¹⁷ que se atienden en los servicios públicos de salud del país.

La VDI es una de las estrategias principales diseñadas para alcanzar los objetivos del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial¹⁸ (en

17 De acuerdo con el MINSAL (2023), en el caso de los niños y niñas y sus familias, a través de la VDI específicamente se atiende a niños y niñas en situación de maltrato y/o negligencia, niños y niñas con madres y/o cuidadores(as) con déficit intelectual, niños y niñas con cuidadores(as) con trastorno mental severo (TMS) y niños y niñas con déficit en el desarrollo psicomotor. En cuanto a las gestantes, la VDI está dirigida a gestantes con mayor acumulación de riesgos, adolescentes menores de quince (15) años embarazadas, gestantes con depresión durante el embarazo y gestantes víctimas de violencia de género.

18 Según el Catálogo de Prestaciones 2019-2020 ([ChCC, 2020](#)), las prestaciones del PADB se agrupan en cinco (5) componentes: i) fortalecimiento del desarrollo prenatal; ii) atención personalizada del proceso de nacimiento; iii) atención al desarrollo integral de los niños y niñas hospitalizados(as); iv) fortalecimiento del desarrollo integral de los niños y niñas; y, por último, v) atención de los niños y niñas en situación de vulnerabilidad. Dentro del primer componente existen además tres subcomponentes: a) fortalecimiento de los cuidados prenatales, b) atención integral a familias en situación de vulnerabilidad psicosocial, c) educación a la gestante y su pareja o acompañante significativo(a) y educación PARN. De igual modo, en el quinto componente existe un subcomponente relacionado con el fortalecimiento de las intervenciones dirigidas a niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y/o déficit en su desarrollo integral. Es en el segundo subcomponente del primer componente, así como en el primer subcomponente del quinto componente donde se implementa la estrategia de VDI.

adelante, PADBP) del Subsistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo” (en adelante, ChCC), que favorece al desarrollo infantil temprano desde el primer control de gestación hasta el ingreso de los niños y niñas menores de cuatro años en el sistema educativo. Dicho programa es el eje articulador del componente de salud de ChCC.

Si bien la coordinación general de ChCC recae en el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, la coordinación técnica del PADBP –y, por lo tanto, de las VDI– recae en el Ministerio de Salud, específicamente en la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Esta División tiene la rectoría técnica y define las condiciones y orientaciones para la implementación de la VDI a nivel nacional, en coordinación con las redes locales lideradas por los municipios, quienes a través de los respectivos servicios de salud reciben recursos para financiar las estrategias del PADBP (MINSAL, ChCC y The World Bank, 2018). En el marco de ChCC, el PADBP (incluyendo la VDI), se articula con otros programas y servicios del Ministerio de Salud, tales como el Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN) y el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI); del sector Educación, como los JUNJI (Junta Nacional de Jardines Infantiles) e Integra; y también con los sectores de Desarrollo social, Vivienda y con los municipios.

“Desde el nivel central, el Ministerio de Salud tiene la rectoría técnica. Los aspectos más técnicos se dan vía orientaciones, normativas, etc., que explican cómo se tiene que entregar esta prestación” (Funcionaria del PADB–VDI 2–Chile).

“El llamado de la atención primaria, entendiendo que hay determinantes sociales de la salud, tiene la misión de resolver aquellas situaciones que puedan resolverse desde la mirada de salud y bienestar, pero, además, de articular lo social. Es por eso que esta política se implementa entre ambos ministerios” (Funcionaria del PADB–VDI 1–Chile).

Los municipios cuentan con responsables de ChCC a nivel local que lideran la red comunal y cuyos miembros tienen a su cargo la prestación de los servicios comprometidos en el PADBP. En el marco del PADBP, y como parte de los controles prenatales o controles del niño y la niña sano(a) que se realizan en la Red Asistencial de los Servicios de Salud públicos de Chile (p.e. establecimientos de salud de atención primaria, maternidades y servicios de hospitalización pediátrica), se identifica/monitorea la presencia de riesgos para el desarrollo de los niños y niñas menores de cuatro años y sus familias (MINSAL, 2023). En función a ello, el personal de salud determina si es necesario que los niños y niñas y sus familias accedan a servicios diferenciados y especializados, como la VDI.

“El PADBP refuerza a la atención primaria de salud, que está a nivel nacional en 346 comunas (...) Hay un financiamiento desde el Ministerio de Salud sobre las visitas domiciliarias integrales, que van desde cero años hasta mucho mayor y se van focalizando” (Funcionaria del PADB–VDI 2–Chile).

“Las visitas domiciliarias son una prestación que se entrega a través del programa eje, que es el programa de desarrollo biopsicosocial, que ejecuta el Ministerio de Salud para familias que tienen ciertas condiciones que ameritan en el fondo una visita domiciliaria” (Funcionaria del PADB–VDI 3–Chile).

Respecto a la cobertura del programa de visitas domiciliarias integrales, en el año 2022 se atendió a un total de 38.848 familias con niños y niñas menores de cuatro años con riesgo biopsicosocial y 6224 familias con mujeres gestantes en situación de vulnerabilidad/riesgo a nivel nacional.

Las visitas domiciliarias son realizadas por profesionales de la salud, quienes evalúan la frecuencia y el número de sesiones en cada caso, tomando en cuenta los recursos de los centros de salud (personal disponible, medios de transporte, etc.) y los resultados de la evaluación diagnóstica realizada a la población atendida (factores de riesgo detectados durante el primer control de embarazo o en los subsiguientes

controles de salud). A partir de ello, se diseña un plan de trabajo personalizado para la gestante y su familia, en el cual se evalúa su situación de vulnerabilidad y se identifica las intervenciones y derivaciones más pertinentes según las necesidades detectadas.

“Existen distintos tipos de familia que están en riesgo. De acuerdo a esa situación, es también el foco que va a tener la visita domiciliaria y también de acuerdo a su propio proceso de intervención, que se acordó en este plan de cuidado con el equipo. No es una intervención aislada, sino que tiene un abordaje más amplio de todo el equipo multidisciplinario (...). En el hogar tienes la posibilidad de ver el lugar que ocupan el niño, la niña en esa dinámica familiar. El lugar que ocupa desde lo físico, pero también comunicacional y relacional. Y ahí existe la oportunidad de reforzar, no inducir, sino recomendar algunas estrategias que benefician al niño, niña, que lo sitúan como sujeto de derecho” (Funcionaria del PADB–VDI 1–Chile).

En los lineamientos normativos del PADBP se señala que, en promedio, se realizan cuatro VDI a las familias con gestantes en situación de riesgo psicosocial con al menos tres riesgos psicosociales según la prueba EPSA, así como una visita a las familias con niños y niñas con resultados de déficit en el desarrollo psicomotor según TEPSI y EEDP. No obstante, según la información brindada por el equipo técnico del programa, durante el año sólo se realiza como máximo dos visitas a las familias beneficiarias. En casos excepcionales, se puede realizar entre tres a cuatro visitas, aunque no es lo que sucede habitualmente.

“Son máximo dos visitas, la primera de diagnóstico y la segunda más de intervención. La visita es parte de la intervención del plan de cuidado integral. La visita no es por sí sola la intervención, sino que se enmarca en este plan de cuidados que, como estamos viendo, el espacio cotidiano va a permitir nutrir los antecedentes y organizar la intervención con aspectos asertivos a la situación de la familia y del niño” (Funcionaria del PADB–VDI 1–Chile).

De acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud (2018), la primera visita se ejecuta como parte de un Plan de Intervención Inicial, y tiene el objetivo de establecer un primer contacto con la familia, así como fortalecer el vínculo y complementar el diagnóstico inicial. A partir de ello se planifican las siguientes intervenciones junto a la familia. La segunda visita y las siguientes forman parte de un Plan de Intervención Familiar, el cual se centra en realizar un seguimiento del plan establecido y llevar a cabo intervenciones específicas, según las situaciones de riesgo o problemas detectados anteriormente.

Las visitas domiciliarias tienen tres momentos principales: inicio, desarrollo y cierre. Durante la fase inicial se establece el primer contacto entre la familia y el equipo de cabecera. Durante la fase de desarrollo, se explora la situación de la familia, con el fin de identificar nuevas situaciones o problemas que estén experimentando. Asimismo, se indaga sobre los hábitos y rutinas de la familia, al igual que las condiciones del hogar. Esto proporciona una mirada general de la dinámica familiar y el lugar de los niños o la madre gestante en esta, lo que permite elaborar un plan de continuidad de la atención junto a la familia. En la fase de cierre se establece un plan de intervención inicial y, por último, se sintetizan los acuerdos y compromisos.

Respecto al personal que trabaja con las familias, los profesionales del equipo de cabecera pueden ser un(a) enfermero(a), médico, trabajador(a) social, psicólogo, nutricionista o un profesional de la sala de estimulación (educadores de párvulos, terapeuta ocupacional u otro afín). Se espera que estos profesionales cuenten con las siguientes competencias: comprensión interpersonal, orientación al logro, trabajo en equipo, desarrollo de otros, negociación y manejo de conflictos, y compromiso ético con su profesión (MINSAL, 2018).

La responsabilidad principal del equipo de cabecera es planificar las visitas domiciliarias y elaborar el plan de acción basado en la situación de las familias. Para llevar a cabo las visitas, los profesionales reciben orientaciones técnicas del equipo del centro de salud donde trabajan. En los centros de salud se destina un espacio para realizar consultas

técnicas y exponer dificultades que se presentan durante las visitas. Asimismo, en los equipos de cabecera existe un responsable de equipo, denominado gestor del caso, el cual se encarga de monitorear las actividades realizadas en las visitas y el seguimiento de estas.

Según el equipo técnico entrevistado, el costo aproximado por VDI para gestantes con tres o más riesgos psicosociales es de 51.645 pesos (cincuenta y un mil seiscientos cuarenta y cinco pesos chilenos), equivalente a aproximadamente US\$ 65,00 (sesenta y cinco dólares americanos). Por su parte, el costo de una VDI por niña o niño menor de dos años con rezago, riesgo y/o retraso en su desarrollo psicomotor es de 31.867 pesos (treinta y un mil ochocientos sesenta y siete pesos chilenos), equivalentes a aproximadamente US\$ 40,00 (cuarenta dólares americanos). En estos cálculos se considera el valor hora del profesional de salud a cargo de las VDI y los gastos por movilización¹⁹.

La crisis sanitaria por Covid-19 afectó de manera transversal la implementación del PADBP y sus diferentes componentes. Si bien no se encontró información sobre cómo se adaptó este programa y, en particular, cómo funcionó la estrategia de VDI durante este contexto, se conoce que todas las intervenciones presenciales dirigidas a las familias fueron suspendidas y que en el marco de Chile Crece Contigo se inició un “tele acompañamiento” a las familias por llamada telefónica o mediante videos para atenuar las consecuencias y factores de riesgo para los niños y niñas, y también se promovió la detección de casos complejos ejecutando un programa de atención psicológica no presencial gratuito y de cobertura nacional denominado “Fono Infancia”²⁰. Además, se entregó un kit de emergencia con materiales pedagógicos y se diseñaron recursos audiovisuales de apoyo a la crianza y estimulación en el hogar.

19 La transformación del costo en moneda local a dólares americanos fue hecha con tipo de cambio de fecha 30 de diciembre de 2022.

20 En: <https://www.thedialogue.org/wp-content/uploads/2020/05/Chile-Crece-Contigo-PPT.pdf>.

Respecto a la efectividad del programa VDI (en su versión presencial en el marco del PADBP), no se identificó durante el periodo de recojo de información para este informe alguna evaluación de impacto de las VDI, pero sí había disponibles evaluaciones de diseño y procesos. Por ejemplo, [Haramoto y Verdugo](#) (2016) realizaron un análisis crítico de la teoría de cambio detrás de las VDI. Si bien reconocen que la VDI tiene potencial para ser efectiva, los autores indican que su impacto podría ser limitado debido a que no se cuenta con un objetivo claro y una teoría de cambio que se centre en la interacción que se produce entre la madre, el padre o el cuidador principal con el infante; sino que cuenta con diversas estrategias que se enfocan en distintos actores.

Otros estudios también se han enfocado en explorar aspectos relacionados con la implementación de las VDI. En esa línea, el [Ministerio de Desarrollo Social](#) (2013) realizó un análisis de la implementación y funcionamiento de las VDI del sistema ChCC, que tuvo como objetivo conocer detalladamente los procesos detrás de la formulación y ejecución de las visitas domiciliarias para el desarrollo biopsicosocial de la infancia. El estudio encontró que tanto los beneficiarios como los profesionales o técnicos que gestionan y ejecutan las VDI tienen una buena evaluación de las mismas; sin embargo, se identificaron algunas áreas de mejora en la implementación del servicio, principalmente en relación con la movilización de los equipos para las VDI (p.e. no se cuenta con transporte para que realicen las visitas), los insumos para la realización de las VDI (p.e. no se cuenta con materiales didácticos/juguetes o estos no se renuevan) y con las condiciones laborales (tipo de contrato) del personal de salud a cargo de las VDI.

Por otro lado, [González, Aracena e Iturrieta](#) (2020) analizaron la relación entre el personal de salud (matrones) y las familias que acceden a las VDI en zonas rurales de Chile, con el objetivo de mejorar la implementación de esta estrategia en el marco del PADBP. Sus hallazgos evidencian que es necesario fortalecer las competencias de los matrones en cuanto a las características esenciales de las VDI, debido a que tienen dificultades para responder a las necesidades de las familias

que emergen durante las visitas. Aunque el personal de salud cuenta con formación técnica en el área biomédica, sería necesario reforzar sus habilidades para el desarrollo de actividades que promuevan el vínculo y la interacción entre cuidadores y niños y niñas, el manejo de temáticas sensibles a nivel familiar, la integración de otros familiares presentes en el hogar durante la visita, y para brindar sugerencias a los cuidadores acerca de actividades que pueden realizar con sus hijos e hijas para favorecer su desarrollo, entre otros aspectos.

Finalmente, durante las entrevistas realizadas con funcionarias de ChCC y MINSAL en el marco de este estudio, las entrevistadas identificaron los siguientes desafíos o retos pendientes para el programa VDI. Primero, las funcionarias mencionaron la limitada articulación/coordinación entre los distintos sectores que también implementan acciones a favor de la primera infancia, con la mira puesta en fortalecer la articulación horizontal. Ello afecta además la aceptación y participación de las familias, pues en el marco de otras intervenciones también reciben visitas en sus hogares.

El equipo técnico señala además que continúan trabajando en la mejora continua del sistema de alertas o identificación de riesgos en el desarrollo biopsicosocial durante las VDI, para responder más oportunamente desde los distintos sectores (p.e. vivienda) y niveles de gobierno (municipios) involucrados en la atención de la primera infancia.

“Cada vez que se activa una alerta, esta alerta le debería llegar al sectorista. Parte de los desafíos que tenemos en el marco de las alertas y las respuestas que se dan en los sectores es aumentar la resolución. Hay muchas alertas que se derivan y no necesariamente se realiza algún tipo de acción en la oportunidad. Actualmente tenemos 35 por ciento de resolución de alertas que, si bien es bajo, yo diría que hace cuatro años atrás teníamos un 5 por ciento de resolución; hemos focalizado bien los esfuerzos para dar respuesta de redes comunales, llegando hasta el 35 por ciento. Hoy, la ley de garantía nos pone el desafío de articularnos con oficinas locales de la niñez, que será el dispositivo territorial

que va a hacer el seguimiento de caso y disposición de oferta”
(Funcionaria del PADB–VDI 3–Chile).

En línea con lo anterior, las entrevistadas señalaron que para primera infancia la atención debe ser integral; sin embargo, es frecuente que los equipos técnicos en campo de los programas o sectores vinculados a infancia tengan un conocimiento limitado de la oferta de servicios o prestaciones en el territorio a favor del desarrollo infantil, así como acerca del enfoque integral o multidimensional del modelo de atención de salud que se promueve en el PADB.

Un segundo desafío mencionado por las funcionarias entrevistadas fue que existen acciones del programa que aún no se han retomado en el marco del PADB, debido a la crisis sanitaria por Covid-19. Durante el primer semestre del año 2022 (mientras se recogía la información para este estudio), las VDI aún no se habían retomado en ciertas comunas para los grupos a quienes están dirigidas según su diseño, puesto que todavía había orden de cuarentena. El personal de salud tiene dificultades para contactar o comunicarse con las familias beneficiarias, debido a que cambian constantemente de teléfono y/o domicilio, lo que evidentemente dificulta el desarrollo de las VDI.

“Agregaría, considerando los tres años de pandemia, que el 2022 para nosotros fue año de pandemia, en términos de que el primer semestre teníamos variabilidad en territorio distinta. En el sur, la mayoría de las comunas siguieron en cuarentena. Entonces, retomar las visitas domiciliarias para estos grupos focalizadas es un desafío para nosotros, porque desde nuestras autoridades se transmitió la recuperación de cuidados. Pero hubo territorios que siguieron en cuarentena, por eso las visitas domiciliarias se priorizaron para otros grupos... de aquí en adelante, a la luz de indicadores más bajos de lo que uno espera, el foco es poder retomar [las visitas domiciliarias] con el foco con el cual fueron diseñadas. Retomarlo es un desafío urgente para nosotros” (Funcionaria del PADB - VDI 1 – Chile).

5.2. Programas donde la visita domiciliaria está a cargo de personal para profesional o actores comunitarios

Cuadro 2. Características generales de los programas de visitas domiciliarias a cargo de para profesionales o actores comunitarios

Programa/ Servicio	País	Escala	Ámbito	Ministerio/ institución responsable	Población objetivo	Servicios que ofrece	Personal a cargo de visitas	Costo anual por familia/gestante en US\$ (estimado del propio programa/ servicio-2022) ²¹
Early Stimulation Programme / Reach Up	Jamaica	Nacional	Urbano-rural	Ministry of Health and Wellness (MOHW)	<ul style="list-style-type: none"> • Niños y niñas menores de 3 años y sus familias. 	Desarrollar habilidades parentales para el DIT mediante: <ul style="list-style-type: none"> • visitas domiciliarias una vez a la semana; • reuniones grupales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agentes comunitarios de salud 	N.D.
Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más (PNCM)	Perú	Nacional	Predominantemente rural	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS)	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres gestantes. • Familias con niños y niñas menores de 3 años. 	Mejorar el desarrollo cognitivo, social, físico y emocional de las(os) niñas(os) y los conocimientos/prácticas de las familias para su cuidado y aprendizaje, así como fortalecer el vínculo afectivo de la madre, padre u otro cuidador mediante: <ul style="list-style-type: none"> • visitas domiciliarias una vez por semana; • sesiones de socialización una vez al mes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitadoras (integrantes de la comunidad con educación secundaria completa de preferencia) 	El SAF cuesta por niño/familia US\$ 465.83. En este costeo, están incluidos los gastos correspondientes a: i) kit de materiales para familias/gestantes/niños; ii) kit para comités de gestión y comités de vigilancia; iii) kit de abrigo/higiene y protección/implementos sanitarios/limpieza y desinfección; iv) kit de materiales para visitas; v) capacitación de equipos técnicos y actores comunitarios; vi) acompañamiento técnico a actores comunitarios; vii) eventos nacionales y regionales de reconocimiento; viii) gastos administrativos (transferencias a los Comités de Gestión para gastos administrativos); ix) costos personal.
Creciendo con Nuestros Hijos (CNH)	Ecuador	Nacional	Urbano-rural	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIES) - Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres gestantes. • Familias con niños y niñas menores de 3 años. 	Promover el DIT y la adopción de buenas prácticas de crianza, cuidado y protección, así como articular a nivel intersectorial las atenciones con instituciones del Estado que atienden a la primera infancia y las gestantes mediante los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> • consejería familiar individual dirigida a gestantes y familias con niñas (os) menores de 18 meses a través de visitas domiciliarias una vez a la semana; 	<ul style="list-style-type: none"> • Educadoras familiares (integrantes de la comunidad con bachillerato completo) 	En zonas concentradas, es de US\$235.00 y, en zonas dispersas, US\$422.00. En esta estimación se incluyen los siguientes rubros: i) educadora familiar; ii) movilización; iii) prendas de protección; iv) servicios básicos (plan de datos); v) insumos de bioseguridad; vi) impresión de material; vii) materiales de oficina; viii) material fungible; ix) material didáctico.

21 La transformación del costo en moneda local a dólares americanos fue hecha con tipo de cambio de fecha 30 de diciembre de 2022.

Cuadro 2. Características generales de los programas de visitas domiciliarias a cargo de para profesionales o actores comunitarios (continuación)

Programa/ Servicio	País	Escala	Ámbito	Ministerio/ institución responsable	Población objetivo	Servicios que ofrece	Personal a cargo de visitas	Costo anual por familia/gestante en US\$ (estimado del propio programa/ servicio-2022) ²¹
						<ul style="list-style-type: none"> • consejería familiar grupal a familias con niñas (os) entre 19 meses y 36 meses en espacios de la comunidad una vez a la semana; • consejerías familiares virtuales semanales –según corresponda– • encuentros familiares y comunitarios para gestantes y todas las familias cada 3 meses; • seguimiento familiar para gestantes y todas las familias una vez al mes. 		
Programa “Cuidarte”	Panamá	Nacional	Rural	Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)	<ul style="list-style-type: none"> • Familias con niños y niñas menores de 3 años o hasta los 48 meses. 	<p>Promover el DIT y el acompañamiento/fortalecimiento de habilidades parentales, así como gestionar la operación de la red interinstitucional de atención integral a la primera infancia mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • visitas domiciliarias una vez por semana; • encuentros educativos comunitarios cada 3 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actores comunales 	-
Programa de Atención Integral a la Primera Infancia de Base Familiar y Comunitaria (PBFC)	República Dominicana	Nacional	-	Ministerio de Educación de la República Dominicana (MINERD)	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres gestantes. • Familias con niños y niñas menores de 5 años. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer las capacidades o prácticas de crianza de las familias e identificar situaciones de vulneración/violación de derechos de las (os) niñas (os) mediante visitas domiciliarias 2 veces al mes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actores con educación media completa (educación secundaria) y que, de preferencia, estén cursando estudios superiores. 	-

Fuente: Elaboración propia.

5.2.1. Jamaica: Early Stimulation Programme

Early Stimulation Programme es la implementación a nivel nacional de la exitosa Intervención de Jamaica para el Desarrollo de la Primera Infancia (The Jamaican Early Childhood Development Intervention), creada en la década de 1970, experiencia ya presentada en la introducción. El programa empezó a implementarse a escala nacional de manera progresiva en el año 2019. Tiene como objetivo desarrollar habilidades parentales para promover el desarrollo infantil temprano y está dirigido a familias vulnerables con niños y niñas entre 6 y 36 meses ([Smith et al., 2023](#)).

Este programa forma parte del Plan Estratégico Nacional para el Niño Jamaicano entre 0 y 8 años (National Strategic Plan for the Jamaican Child 0-8 years), que es coordinado por la Comisión de la Primera Infancia (Early Childhood Commission–ECC), una agencia del Ministerio de Educación responsable de coordinar todas las actividades, planes y programas de desarrollo dentro del sector de la primera infancia en el país²².

Específicamente, el programa de visitas domiciliarias es gestionado a nivel central por la Unidad de Salud Familiar del Ministerio de Salud y Bienestar, con el apoyo del Instituto Caribeño de Investigación en Salud (CAIHR, por sus siglas en inglés) de la Universidad de West Indies (UWI). A nivel local, el programa se implementa en áreas que cuentan con un centro de salud en todos los distritos del país. En los territorios, las y los agentes de salud comunitarios (actores de la comunidad responsables de las visitas domiciliarias) trabajan junto con sus supervisores de los centros de salud (p.e. enfermeras, nutricionistas, etc.) para el desarrollo de las visitas domiciliarias. Las y los supervisores son responsables de apoyar y guiar a las y los agentes de salud comunitarios, de manera que se garantice la calidad de las visitas domiciliarias y se cumpla con los lineamientos del programa.

22 <https://ecc.gov.jm/2019/wp-content/uploads/2022/04/NSP-Road-map.pdf>.

En el marco del programa se realizan tanto visitas domiciliarias como encuentros grupales con las familias. Cada familia es visitada una vez a la semana de 45 a 60 minutos, aproximadamente. El programa utiliza el currículum estructurado de Reach Up, elaborado por el Instituto Caribeño de Investigación en Salud. Según el “Parent Manual: Activities for children up to age 3 years” ([CAIHR y UWI, 2020](#)), el programa de visitas domiciliarias promueve actividades específicas adaptadas a la edad de los niños y niñas, agrupando las actividades por intervalos de tres meses: de 0 a 5, de 6 a 8, de 9 a 11, de 12 a 14, de 15 a 17, de 18 a 20, y así sucesivamente hasta 36 meses. Estas actividades se dividen entre aquellas de juego y de lenguaje, y van aumentando la dificultad según la edad. En el caso de los niños y niñas en sus primeros meses, por ejemplo, en el intervalo de 6 a 8 meses se fomentan actividades de juego que implican mover y acomodar objetos. Posteriormente, en el intervalo de 12 a 14 meses, se llevan a cabo actividades de apilar objetos y esconderlos para que el niño los encuentre. En el intervalo de 30 a 32 meses se espera que el niño realice actividades con rompecabezas y que participe de juegos con pelotas.

En cuanto a las actividades relativas al lenguaje, estas también van aumentando su dificultad de manera progresiva. Entre los 6 y 8 meses la madre puede cantarle al bebé o nombrar las partes del cuerpo mientras realizan actividades. En el intervalo de 12 a 14 meses se espera que el niño entienda el significado de las palabras y siga indicaciones. Posteriormente, entre los 30 y 32 meses se espera poder hacerle preguntas sobre su nombre y edad y que sean respondidas.

Las visitas domiciliarias tienen una secuencia estructurada y presentan tres momentos clave, como precisan [Smith et al. \(2018\)](#). En un primer momento los agentes de salud comunitarios conversan con las madres sobre el progreso y desarrollo de las actividades realizadas desde la última visita. Luego, se presentan y llevan a cabo las actividades en una sesión de juego. Durante esta fase, los agentes de salud comunitarios observan las reacciones de los niños y niñas y las interacciones

con las madres, proporcionando retroalimentación sobre la ejecución de las actividades. Por último, al final de la visita se realiza un recuento de las actividades planificadas para la semana y se discute la mejor manera de integrarlas en las actividades diarias.

Respecto al personal a cargo de las visitas domiciliarias, se trata de agentes comunitarios de salud. El programa requiere que estos sean parte de la comunidad, hayan completado la educación primaria y dominen el idioma local. Estos se encargan de realizar las visitas, implementando el currículo del programa en base a las necesidades de la familia y de hacer un seguimiento de esta. También participan en las sesiones grupales.

En cuanto a la formación recibida por los agentes comunitarios de salud, para poder realizar su trabajo los agentes reciben capacitaciones sobre: i) los objetivos y las actividades planificadas para cada visita; ii) el desarrollo infantil; iii) la importancia de la participación de los padres en el desarrollo de los hijos y las hijas; iv) los protocolos/procedimientos a seguir para llevar a cabo visitas domiciliarias exitosas; v) el uso del currículo; y, por último, vi) la elaboración de materiales/juguetes para las sesiones. Estas sesiones de formación son impartidas por los supervisores del programa, quienes usualmente son enfermeros, nutricionistas o educadores de la salud. Adicionalmente, los supervisores acompañan a los agentes comunitarios de salud durante las visitas, al menos una vez al mes, y les brindan retroalimentación sobre su desempeño en la visita.

Durante la crisis sanitaria, el programa fue adaptado a la modalidad remota. En este contexto, se diseñó y entregó a las familias el “Manual para Padres”²³ junto con un kit de materiales (p.e. libros y juguetes), como fue señalado por [Rubio-Codina y López Boo \(2022\)](#). También se realizaron llamadas telefónicas dos veces al mes con el objetivo de

²³ Este manual es una versión adaptada del currículum original del programa y contiene actividades de juego ilustradas, pautas para las llamadas telefónicas y para el envío de mensajes de texto cortos ([Chang-López et al., 2020](#)).

orientar a las familias sobre las actividades de juego y lenguaje planificadas o que se acordó realizar en la última llamada, y esclarecer cualquier duda del Manual. Adicionalmente, se envió mensajes de texto 1 o 2 veces por semana a través de una empresa telefónica ajena al gobierno y al Ministerio. Estos mensajes reforzaron las actividades que los padres debían realizar de acuerdo con la edad de la niña o niño.

Respecto a la efectividad del programa, recientemente se ha publicado una evaluación de impacto del programa que inicialmente tenía planificado evaluar la modalidad presencial, pero debido a la llegada de la pandemia, evaluó la modalidad remota. [Smith et al. \(2023\)](#) evaluaron el impacto y la implementación de la entrega remota del Early Stimulation Programme en Jamaica. El estudio utilizó un ensayo aleatorio para evaluar el impacto del programa en las prácticas de crianza (lenguaje interactivo, juego, uso de elogios a los niños, etc.). Participaron del estudio madres con niños de 5 a 24 meses que cumplían uno de siete criterios de riesgo, que fueron enrolados en los centros de salud y asignados aleatoriamente al grupo de tratamiento o control. La intervención remota incluyó un manual para padres con actividades de juego ilustradas, llamadas telefónicas y el envío de mensajes de texto cortos; mientras que el grupo de control recibió la atención habitual. Las prácticas parentales se midieron utilizando una adaptación del Cuestionario de Indicadores de Atención Familiar administrado por teléfono por entrevistadores que desconocían a qué grupo estaba asignado el entrevistado. En total se evaluó a 247 participantes (130 del grupo control y 117 del grupo de tratamiento). Los resultados de la evaluación muestran que la modalidad remota del programa aumentó el número de actividades que los padres realizan con sus hijos (tamaño del efecto 0,34 DE, intervalo de confianza del 95% 0,03-0,53) y el uso de elogios para con ellos (probabilidades dos veces mayores con la intervención). Sin embargo, no se detectaron efectos para el uso de un lenguaje interactivo o la disponibilidad de materiales de juego en el hogar. El análisis de la información cualitativa recogida mediante entrevistas con

el equipo implementador y padres participantes mostró que los padres valoraban la continuación del programa y se sentían motivados para ayudar a sus hijos, y que los métodos eran aceptables para el personal; pero se identificaron barreras para la correcta implementación del programa, como acceso deficiente a teléfonos móviles, dificultad para contactar a los padres y limitaciones para brindar retroalimentación sin contacto cara a cara. Aunque la estrategia parece prometedora, resulta necesario estudiar su impacto en el desarrollo infantil.

5.2.2. Perú: Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más

El Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) es uno de los servicios que se presta en el marco del Programa Nacional Cuna Más (PNCM), cuyo objetivo es mejorar el desarrollo infantil de niños y niñas menores de 3 años en zonas de pobreza y pobreza extrema para superar las brechas en su desarrollo cognitivo, social, emocional y físico. Fue creado en el año 2012 y es implementado por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) en zonas andinas y amazónicas, predominantemente rurales de 19 regiones del Perú. Siguiendo la normativa vigente del SAF, tiene como objetivo promover el desarrollo y fortalecimiento de conocimientos, capacidades y prácticas de cuidado y aprendizaje de las familias, así como robustecer su vínculo afectivo con los niños y niñas.

El PNCM está alineado con la Política Nacional Multisectorial para las Niñas, Niños y Adolescentes (PNMNNA) al año 2030. El SAF en particular es uno de los servicios alineados con el primer objetivo de la PNMNNA, que se refiere al mejoramiento de las condiciones de vida de niños y niñas a través del desarrollo de saberes, conocimientos y prácticas de autocuidado de la salud. Por otro lado, en términos funcionales, el PNCM opera dentro de la Estrategia de Gestión Territorial “Primero la Infancia” y coordina con varios sectores, incluyendo el

MINSA y el MINEDU, para acceder a servicios esenciales o prioritarios dirigidos a mujeres gestantes, niños menores de 2 años, niños de 3 a 5 años y niños hasta los 5 años, abarcando los controles prenatales, la suplementación con micronutrientes, el acceso a educación inicial y el acceso a agua clorada. Además, el SAF, en el marco del PNCM, articula con el Programa Juntos en el marco de la misma estrategia y un convenio interinstitucional. La colaboración se centra en tres aspectos clave para el desarrollo infantil temprano: nacimiento saludable, apego seguro y estado nutricional adecuado. También se destaca la colaboración con el Plan Nacional País para mejorar la prestación del servicio y la identificación temprana de posibles beneficiarios mediante estos programas.

“Con la estrategia territorial Primero la Infancia, que es el actual marco normativo, los programas sociales y el MINSA y los gobiernos regionales y locales nos vinculamos territorialmente para trabajar, principalmente lo que es el acceso a los servicios priorizados para los niños y niñas de la primera infancia, mirando los cuatro paquetes priorizados. El primer paquete está vinculado a las gestantes, el segundo paquete, a los niños hasta los 24 meses de edad. El tercer paquete tiene que ver con educación inicial y el cuarto paquete son los entornos saludables” (Funcionaria del PNCM-SAF 1-Perú).

Respecto a su organización, el SAF funciona de forma centralizada, debido a que todas las decisiones sobre su diseño y gestión se toman a nivel central y recaen en la Dirección Ejecutiva del PNCM²⁴. Más específicamente, la Unidad Técnica de Atención Integral –que depende jerárquicamente de la Dirección Ejecutiva– es la instancia encargada de planificar, organizar y ejecutar los procesos relacionados con su diseño e implementación. A nivel regional, la Dirección Ejecutiva cuenta con unidades territoriales encargadas de implementar el servicio en

²⁴ La Dirección Ejecutiva depende estructural y funcionalmente del Despacho Viceministerial de Prestaciones Sociales del MIDIS.

sus jurisdicciones. Dado que el PNCM promueve un modelo de co-gestión entre el Estado y la comunidad, a nivel local tiene comités de gestión y consejos de vigilancia, integrados por líderes/miembros de la comunidad cuyas funciones principales son, respectivamente, gestionar/administrar los recursos financieros y bienes transferidos por Cuna Más para la implementación y funcionamiento del SAF, así como vigilar y verificar su adecuado funcionamiento. Estas instancias no sólo promueven el involucramiento directo de la comunidad en la toma de decisiones, sino que también fortalecen la colaboración entre ambas partes para mejorar la calidad y eficacia de las acciones relacionadas con la salud materno-infantil.

El currículo del SAF es una adaptación del Reach Up and Learn de Jamaica y tiene el propósito de contribuir con el desarrollo cognitivo, motor (tanto la motricidad gruesa como fina), el lenguaje y el ámbito socioemocional de los niños y niñas menores de 36 meses. El SAF cuenta con pautas bien definidas sobre cómo deben realizarse las visitas domiciliarias, qué secuencia metodológica seguir, las áreas del desarrollo que se trabajan en cada sesión y los materiales necesarios en cada sesión dependiendo de los objetivos. El programa cuenta con fichas y materiales predeterminados para las visitas domiciliarias, que son planificados para su entrega. Esta información se encuentra detallada en el documento “Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más 2023” ([MIDIS, 2023b](#)).

Las visitas domiciliarias a familias constan de cinco momentos principales. En el primer momento (“¿Cómo empiezo la visita domiciliaria a familias?”), la facilitadora saluda a la familia y realiza un seguimiento de los compromisos asumidos en la visita anterior. Durante la segunda fase (“¿Qué haremos en la visita domiciliaria a familias?”) se desarrollan dos tipos de actividades. Las primeras se orientan al juego y la comunicación y recepción de necesidades e intereses de los niños y niñas, mientras que el segundo tipo de actividades se centran en la reflexión sobre el cuidado de la salud de los niños y niñas, además de

revisar la tarjeta de control y crecimiento. Posteriormente, durante la fase denominada “¿Qué aprendió el cuidador principal?”, se realiza un recuento de las actividades desarrolladas. Luego, en el cuarto momento, se establecen compromisos para jugar con el niño o niña durante la semana. Por último, el quinto momento (“¿Cómo terminó la visita domiciliaria a familias?”) consiste en agradecer a la familia por su tiempo y acordar la fecha y hora de la próxima visita ([MIDIS, 2023b](#)).

Las visitas domiciliarias están a cargo de las facilitadoras, que son personas de la comunidad donde funciona el programa que han sido capacitadas para cumplir ese rol. La frecuencia de las visitas es semanal y tienen una duración de 60 minutos, aproximadamente. En las visitas dirigidas a las familias con niños y niñas menores de tres años se trabajan temas relacionados con las prácticas de cuidado saludable, el aprendizaje y las interacciones de calidad/apoyo seguro; mientras que en las visitas con gestantes se pone énfasis en su salud/bienestar y el cuidado prenatal.

El SAF también realiza sesiones de socialización grupal, que son complementarias a las visitas domiciliarias y tienen tres fases: inicio, desarrollo y cierre. Al inicio se da la bienvenida y se lleva a cabo una dinámica integradora en la que los participantes se presentan. Durante el desarrollo de la sesión se promueve el diálogo entre familias y se llevan a cabo dinámicas de juego y comunicación. En este proceso se orienta al cuidador a que observe el interés del niño por los juegos, así como sus maneras de comunicarse e interactuar. En el cierre se plantean preguntas sobre la sesión y se termina agradeciendo la participación de las familias.

Respecto al perfil de los actores comunitarios a cargo del trabajo con las familias, las facilitadoras son integrantes de las comunidades donde funciona el programa (en su mayoría mujeres, aunque recientemente se han incorporado algunos hombres), mayores de 18 años, con secundaria completa (de preferencia, pero no es obligatorio) y realizan esta función de forma voluntaria, teniendo hasta diez familias a su cargo. Asimismo, deben manejar la lengua originaria del lugar, vivir

dentro del ámbito del Comité de Gestión, saber leer y escribir y no tener ningún antecedente penal. Entre las principales labores de las facilitadoras se encuentran: i) desarrollar las actividades de acompañamiento a familias; ii) orientar a las familias sobre el cuidado, el juego, la comunicación y la interacción; iii) promover una comunicación sensible y cariñosa entre los padres y el niño, entre otras ([MIDIS, 2023a](#)).

Las facilitadoras reciben soporte de un equipo de profesionales que trabaja en el programa a nivel del territorio. En primer lugar están los y las acompañantes técnicos (AT), que son responsables de gestionar y monitorear las condiciones necesarias para el funcionamiento del SAF y de brindar asistencia técnica permanente a las facilitadoras para desarrollar las visitas domiciliarias, así como planificar junto con ellas las sesiones de socialización. Para desempeñar estas funciones, se espera que los y las AT tengan educación superior técnica o universitaria completa en ciencias de la salud o educación inicial/primaria, y experiencia general de un año y específica (en puestos similares) de un año²⁵. De acuerdo con la información brindada por el equipo del programa, los y las AT acompañan a las facilitadoras en algunas de sus visitas domiciliarias, observan su desempeño, les dan retroinformación y realizan recomendaciones pertinentes.

Además de los y las AT, que están fundamentalmente en campo, las UT cuentan con más profesionales responsables de la implementación del SAF en los territorios, tales como el/la coordinador(a) del SAF, responsable de la coordinación local; el/la especialista integral, que brinda asistencia técnica a los y las AT; y el especialista SAF, que analiza la prestación del servicio y sus actividades, recopilando y procesando información sobre sus necesidades y avances²⁶.

25 Según el Manual de Perfiles de Puestos del PNCM, aprobado mediante Resolución de Dirección Ejecutiva N° 386-2020-MIDIS/PNCM de fecha 7 de julio de 2020 y modificado mediante Resolución de Dirección Ejecutiva N° 629-2020-MIDIS/PNCM del 4 de diciembre de 2020.

26 Manual de Perfiles de Puestos del PNCM.

En cuanto a la formación de las facilitadoras, todas reciben una inducción y una formación inicial impartida por los y las AT. La inducción se realiza bajo la responsabilidad de la Unidad Territorial y es obligatoria, llevándose a cabo dentro de los diez primeros días de ingreso del personal voluntario. En esta se brinda información básica sobre el SAF: las directivas, los procedimientos y los documentos normativos y de gestión operativa.

Por otro lado, la formación inicial se realiza en diferentes momentos: al ingresar al programa, después de un año de pertenecer a este, cuando se da un cambio en la malla curricular y al reingresar al programa. Esta formación se centra en desarrollar las capacidades y fortalecer el desempeño de las facilitadoras. Según la Malla curricular de formación inicial y formación continua vigente dirigida a los equipos técnicos, actores comunales, juntas directivas y consejos de vigilancia del SAF –aprobada mediante Resolución de Dirección Ejecutiva N° 302-2023-MIDIS/PNCM-DE del 9 de marzo de 2023–, los y las facilitadores reciben siete sesiones como parte de su formación inicial: i) el rol del facilitador en la prestación del servicio, ii) organizando las visitas domiciliarias y sesiones de socialización, iii) visita domiciliaria dirigida a familias con niños y niñas usuarios, iv) visitas domiciliarias dirigidas a familias con gestantes, v) las sesiones de socialización, vi) técnica ORE (Observa, Responde, Espera) en la promoción de interacciones sensibles y oportunas en el cuidador principal, vii) la ficha de señales de alerta en el SAF.

Posteriormente se realizan sesiones de formación en servicio, las cuales comprenden dieciséis sesiones de formación continua, que pueden ser presenciales o remotas y tienen una duración que oscila entre una hora y media y dos horas y media. Según la malla curricular antes señalada, en estas sesiones se profundiza en los siguientes temas: i) lactancia materna, ii) alimentación complementaria, iii) suplementación con hierro, iv) lavado de manos, v) el juego en el desarrollo infantil, vi) la comunicación en el desarrollo infantil, vii) comunicación asertiva, viii)

fortaleciendo la observación, ix) fortaleciendo el manejo de emociones. Las sesiones x, xi y xii se centran en la aplicación de la cartilla de visita domiciliaria. Luego se ven temas sobre: xiii) cuidado durante la gestación, xiv) identificación de señales de alarma, xv) la atención del paquete priorizado de servicios para la primera infancia, xvi) preparándonos ante situaciones de riesgo y desastres. Con las trece primeras sesiones se espera desarrollar la capacidad de orientar al cuidador y la gestante en prácticas de cuidado saludable, mientras que las últimas tres sesiones buscan realizar un seguimiento al DIT.

En el año 2022, el SAF atendió a 115.658 familias, 108.180 niños y niñas menores de tres años y 8444 gestantes a nivel nacional. El costo anual por familia/niño estimado por el propio programa asciende a S/ 1698,64 (mil seiscientos noventa y ocho soles y sesenta y cuatro céntimos), equivalente a aproximadamente US\$ 466,00 (cuatrocientos sesenta y seis dólares americanos). En este cálculo están incluidos los gastos correspondientes a la entrega de kits de materiales para las familias y el personal del programa y kits para los comités de gestión y comités de vigilancia; a la formación inicial y continua; el acompañamiento técnico; la organización de eventos nacionales y regionales de reconocimiento; y, por último, los gastos administrativos²⁷.

En el contexto de la emergencia sanitaria por Covid-19, con el objetivo de responder a las necesidades de las y los beneficiarios del SAF se brindó acompañamiento familiar no presencial. Tal como establece la propia normativa del programa aprobada por el MIDIS-PNCM (2021)²⁸, el acompañamiento familiar no presencial tuvo como objetivo i) fortalecer las prácticas de cuidado saludable y aprendizaje mediante la consejería telefónica y el envío de mensajes de texto realizados por

parte de los facilitadores; y ii) fortalecer los recursos de las familias para promover el bienestar familiar mediante el cuidado de la salud mental de los niños y niñas menores de 36 meses y para prevenir la violencia. El contenido de las consejerías estuvo relacionado con las prácticas de cuidado saludable y aprendizaje para favorecer el DIT, las medidas preventivas y de respuesta ante el Covid-19, la salud mental y la prevención de la violencia familiar.

Para las consejerías telefónicas realizadas semanalmente (entre 15 y 20 minutos) y la orientación de las familias a través de mensajes de texto enviados tres veces a la semana, se destinó recursos a todos los actores comunales (entre ellos a las facilitadoras) para gastos de comunicación móvil; específicamente para la recarga de celulares y acceso a paquetes de datos. Además, como parte de esta estrategia, se realizó seguimiento i) al paquete integrado de atención a las gestantes o al paquete integrado de servicios priorizados para niños y niñas, según corresponda; ii) a las familias usuarias en relación a enfermedades, accidentes en el hogar, afectación por desastres u otros que afecten su salud o integridad; iii) a los casos sospechosos y/o confirmados por Covid-19; iv) a las señales de alerta del desarrollo infantil de niños y niñas, al ingreso y egreso al SAF.

También se entregó a las familias usuarias del SAF kits de higiene y protección y kits de desarrollo infantil. El primero buscó reforzar la aplicación de las prácticas saludables y cuidado de la salud por parte de las familias y fue entregado de manera mensual, y el segundo reforzó la aplicación de las prácticas de aprendizaje de las y los cuidadores principales, a fin de favorecer el desarrollo infantil. Este kit fue entregado por única vez. Cabe mencionar que, a partir de la pandemia, el PNCM ha adoptado la atención no presencial como una modalidad que se presta en el marco de sus servicios ante futuras emergencias o riesgos de desastres naturales. En zonas sin acceso a telefonía o con limitaciones de internet, se utilizó medios de comunicación comunitarios (perifoneo, megáfono o altoparlante, murales, radio, entre otros).

27 La transformación del costo en moneda local a dólares americanos fue realizada con el tipo de cambio de fecha 30 de diciembre de 2022.

28 Resolución de Dirección Ejecutiva N° 000766-2021-MIDIS/PNCM-DE [Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social del Perú (MIDIS)] (2021). Aprueba la Directiva de Prestación de los Servicios del Programa Nacional Cuna Más en Contextos No Presenciales. 14 de junio de 2021.

Respecto a la efectividad del programa, los impactos del SAF (en su versión presencial) en el desarrollo infantil y las prácticas parentales han sido estudiados utilizando un ensayo controlado aleatorio aprovechando la expansión gradual del programa, que para el momento en que se realizó la evaluación atendía a 67.000 niños ([Araujo et al., 2021a](#)). El desarrollo infantil fue evaluado usando el ASQ-3 y los resultados del ensayo muestran que el SAF mejoró modesta pero significativamente el desarrollo de los niños y niñas. El análisis de intención de tratamiento arroja impactos estimados de 0,10 DE para el indicador global del desarrollo infantil. Al considerar por separado las dimensiones de desarrollo, el estudio encontró que el SAF sólo tuvo efectos positivos en cognición y lenguaje, pero no en las otras dimensiones (personal-social y motricidad fina y gruesa). Los impactos de intención de tratamiento fueron de 0,10 DE para desarrollo cognitivo y 0,11 DE para el lenguaje.

El ensayo controlado aleatorio también encontró que el SAF tuvo un impacto sobre las prácticas de crianza en los hogares, principalmente relacionadas con la forma de disciplinar a los niños y niñas. Quienes estaban en el grupo de tratamiento tenían menos probabilidades de estar expuestos a castigos físicos severos o a castigos verbales severos (pegar o gritar). Asimismo, los niños y niñas en el grupo de tratamiento tenían mayor probabilidad de ser matriculados en una institución de educación inicial a partir de los 36 meses de edad (luego de graduarse del SAF) que sus pares en el grupo control.

Un reporte inicial de este mismo estudio ([Ministerio de Economía y Finanzas \[MEF\], 2016](#)) con información sobre la implementación del programa levantaba algunas señales de alerta sobre la cantidad y calidad de las visitas domiciliarias. Con relación al primer aspecto, señalaba que existía una gran heterogeneidad en el número efectivo de visitas recibidas a lo largo de los dos años de intervención evaluados (2013-2015), incluyendo poco más de un tercio de las familias en el grupo de tratamiento que no recibieron ninguna visita. Respecto al segundo

aspecto, el SAF también tendría un importante margen de mejora en lo que se refiere a la calidad de las visitas según la información recogida por el estudio, en particular en las dimensiones que implican una mejor preparación de la facilitadora, como en su capacidad de lograr un mayor involucramiento de la madre y el niño durante la visita.

Respecto a la entrevista grupal realizada a las funcionarias del Programa Nacional Cuna Más sobre el SAF en el marco de este estudio, se identificaron algunos retos relacionados principalmente con los recursos humanos del programa. Con relación a ello, las entrevistadas señalaron que desde el año 2022 iniciaron un proceso de certificación de las competencias profesionales de las facilitadoras a cargo de las visitas domiciliarias (que son actores comunitarios), pero que es indispensable seguir trabajando en esa dirección para incrementar el número de facilitadoras certificadas en sus competencias.

Otro tema complicado desde la gestión es el estipendio de las facilitadoras. Si bien durante el año 2023 se ha incrementado el monto que el programa ofrece a las facilitadoras, los gestores del programa son conscientes de que deben mejorarlo y recientemente han contratado una consultoría especializada que provea criterios relevantes para determinar una mejor compensación por el trabajo que realizan las voluntarias.

“El modelo de cogestión comunal [es otro reto pendiente]. Es un reto el poder seguir, el ver cómo mejoramos este modelo de cogestión comunal y cómo mejoramos también las condiciones de la participación voluntaria de actores comunales. Es un reto que creo es importante para el programa (...). Ya está identificado y es un tema complicado porque tiene que ver con el tema de los estipendios (...). Nuestros actores comunales, nuestros facilitadores y facilitadoras no tienen una vinculación con Cuna Más y por el trabajo voluntario que realizan reciben un estipendio (...). Como Cuna Más somos conscientes de que necesitamos mejorar ese estipendio (...) Es un punto que constantemente

nuestros actores comunales nos hacen saber” (Funcionaria del PNCM – SAF 3 - Perú).

Un segundo desafío identificado por las gestoras está relacionado con la necesidad de adaptar el SAF a contextos urbanos, debido al incremento de la pobreza en las ciudades peruanas en los últimos años. A pedido del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el PNCM está evaluando cambios en su focalización para estar en la capacidad de atender a población vulnerable nueva.

“También [se está pensando] sobre alternativas a nuevos contextos. El INEI ha generado información sobre cómo se ha visto afectada la pobreza urbana. Hay un pedido explícito para repensar nuestros modelos y redirigir esfuerzos a población urbana. Desde el programa se ha generado una reflexión interna y se ha presentado de manera preliminar una estrategia del SAF urbano que se está evaluando en el MIDIS. Es algo que hemos ido trabajando estos meses con mucha fuerza y se han estado generando propuestas de ajustes a los nuevos modelos del Servicio de Cuidado Diurno y al Servicio de Acompañamiento Familiar para los cambios en focalización, para nuevos usuarios en zonas urbanas por pedido de INEI (...). Ese es un reto que tenemos en marcha” (Funcionaria del PNCM–SAF 4–Perú).

Por último, las entrevistadas se refirieron a los desafíos que enfrenta el programa para articularse en el territorio con otros servicios o sectores, a fin de ofrecer a la población infantil una atención integral. A nivel local, las instancias de articulación local (IAL) constituyen los espacios o plataformas para articular mecanismos de trabajo. Las entrevistadas refieren que, aunque muchas veces hay buena voluntad de las partes, la alta rotación de representantes de los diferentes sectores y la dificultad para uniformizar un padrón nominal con frecuencia dificultan el trabajo intersectorial articulado.

5.2.3. Ecuador: Creciendo con Nuestros Hijos

El Servicio de Atención Familiar “Creciendo con Nuestros Hijos” (en adelante, CNH) fue creado en 1997 y es implementado por la Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) de Ecuador. Tiene como objetivo promover el desarrollo integral de los niños y niñas menores de tres años y el bienestar de las gestantes. Específicamente apunta a promover la adopción de buenas prácticas de crianza, cuidado y protección, y articular a nivel intersectorial todas las atenciones públicas dirigidas a la primera infancia y las gestantes, así como fomentar la participación activa de las familias y la comunidad en la gestión de CNH ([MIES, 2022](#)). El programa está dirigido a mujeres gestantes y familias con niños y niñas menores de tres años en zonas urbanas y rurales con alta prevalencia de pobreza, pobreza extrema y vulnerabilidad.

Creciendo con Nuestros Hijos se alinea con la política pública de desarrollo infantil de Ecuador, siendo esencial para la Estrategia Nacional “Ecuador Crece sin Desnutrición Crónica Infantil” aprobada mediante Decreto Ejecutivo N° 1211 del 15 de diciembre de 2020. Esta estrategia tiene la finalidad de prevenir la desnutrición crónica en niños menores de 24 meses mediante intervenciones priorizadas, como el paquete de servicios ofrecido por CNH, y abarca aspectos de salud, identidad, acceso a agua/saneamiento y servicios sociales del MIES, incluyendo las visitas domiciliarias de CNH. Esta intervención se considera fundamental para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil al proporcionar un paquete integral de bienes y servicios, que incluye controles de salud, vacunación, suplementación, consejería y otras acciones.

Respecto a su organización en el territorio, CNH funciona de manera desconcentrada. Si bien todas las decisiones sobre su diseño y gestión se toman a nivel central, la subsecretaría cuenta con unidades desconcentradas tanto zonales como distritales que según su competencia gestionan el servicio en base a sus orientaciones/lineamientos.

Por último, a nivel local, el programa cuenta con unidades de atención conformadas por una coordinadora técnica territorial y una educadora familiar responsables de implementar el servicio en los territorios.

“La Subsecretaria de Desarrollo Infantil Integral genera la política pública y genera el proceso normativo para la gestión y atención del servicio [CNH]. No obstante, en nuestras propias normas técnicas hablamos del tema de la interculturalidad y garantizamos a través del Acuerdo 030 la descentralización de los servicios. Para poder dar operatividad, nosotros contamos con nueve zonas a nivel nacional. Entonces, nosotros establecemos una directriz o un lineamiento, pero ya las decisiones sobre el tema de cómo ingresar, el abordaje a las familias se da a través de la cotidianidad y los tiempos que tienen las familias. Las educadoras generan un plan de trabajo en función a la cantidad de niños, al grupo de edad y a la pertinencia local y cultural; así se alcanza la participación territorial” (Funcionario de CNH 1–Ecuador).

En el contexto de CNH, se impulsa también la creación de grupos de gestión comunitaria, integrados por organizaciones de base, miembros de la comunidad y familias, con el propósito de coordinar y planificar acciones destinadas a garantizar los derechos de las mujeres gestantes y los niños en la comunidad. Esta iniciativa fomenta la formación de espacios de articulación, reflexión, seguimiento/evaluación y rendición de cuentas como parte fundamental de la gestión comunitaria, promoviendo así una participación activa y colaborativa para mejorar la salud y el bienestar de todos los involucrados.

En el marco del programa, se ofrecen tanto consejerías individuales como grupales a cargo de educadoras familiares. Las consejerías individuales están dirigidas a las gestantes y a las familias con niños y niñas menores de 18 meses y se brindan mediante visitas semanales a sus hogares. Estas consejerías duran aproximadamente 60 minutos. Los temas tratados durante las consejerías para las familias tienen

que ver con el juego, el lenguaje, los entornos protectores y la salud/nutrición. En el caso de las gestantes, las consejerías se enfocan en la estimulación prenatal. Las consejerías grupales están dirigidas a las familias con niños y niñas entre 19 y 36 meses y se realizan en espacios de la comunidad una vez a la semana, en grupos diferenciados según la edad de los niños y niñas, con una duración aproximada de 90 minutos.

Además de las visitas, cada tres meses se organizan encuentros familiares y comunitarios para las gestantes y todas las familias. Estos encuentros son espacios de interacción social y de apoyo/aprendizaje donde se realizan actividades formativas, culturales y deportivas con el objetivo de fortalecer el trabajado realizado en los hogares y las parentalidades positivas. Finalmente, el trabajo con gestantes/familias también incluye el seguimiento en el hogar una vez al mes con una duración de 30 minutos, para verificar que cada gestante y familia se encuentre realizando las actividades sugeridas durante las consejerías familiares –con el involucramiento de todos los miembros de la familia– y los compromisos asumidos.

Según lo señalado por el equipo técnico del programa en las entrevistas realizadas para este estudio, el diseño curricular del programa CNH toma como referencia el Currículo nacional de educación inicial del Ministerio de Educación. Tanto las consejerías individuales como las grupales siguen cuatro momentos metodológicos. En la fase previa, la educadora prepara el ambiente en función a las actividades planificadas y realiza el seguimiento de los acuerdos establecidos. En la segunda fase, “Jugando en Familia”, se realizan actividades demostrativas de juego y lenguaje, orientadas al desarrollo de la motricidad, el área cognitiva y el área de personal social. En estas dinámicas la educadora motiva a la familia a participar en las actividades. Posteriormente, durante el momento denominado “Compartiendo Saberes”, a partir de la identificación de las necesidades de la familia se realiza un conversatorio sobre temas relacionados a la salud y entornos protectores. Por

último, se recapitulan las actividades ejecutadas y se pautan acuerdos y compromisos²⁹.

En cuanto al perfil de las personas que trabajan con las familias, las educadoras familiares deben haber culminado la educación general básica y accedido al bachillerato general unificado³⁰. Cada educadora tiene a su cargo entre 35 a 45 mujeres gestantes, niños y niñas de 0 a 3 años. Las principales funciones de las educadoras familiares son: i) planificar y ejecutar las consejerías familiares, ii) acordar con las familias y realizar el seguimiento familiar, iii) elaborar y preparar material didáctico, entre otras (MIES, 2022). También se establecen grupos de gestión comunitaria, integrados por al menos cinco personas, que participan voluntariamente en la elaboración e implementación de planes de acción para la protección integral de niños menores de tres años, rindiendo cuentas a la comunidad.

El trabajo de las y los educadores familiares es acompañado por la o el coordinador técnico territorial, que se encarga de liderar la implementación de la política pública de desarrollo infantil en las unidades de atención del servicio CNH. La o el coordinador es responsable de proporcionar información y acompañamiento a las educadoras familiares en los momentos de planificación de las consejerías familiares, observar periódicamente su trabajo durante las consejerías y brindarles retroalimentación. También es responsable de participar en la mesa intersectorial cantonal. La o el coordinador técnico territorial debe cumplir con los siguientes requisitos: i) cursar el tercer año o tener sexto semestre aprobado en las carreras de psicopedagogía, sociología, administración educativa, trabajo social, gestión local, administración

29 La información sobre la secuencia metodológica está disponible en la “Guía Operativa de la Modalidad Misión Ternura Creciendo con Nuestros Hijos–CNH” (MIES, 2019) y la “Norma Técnica Servicio de Atención Familiar Creciendo con Nuestros Hijos” (MIES, 2022).

30 El bachillerato general unificado en Ecuador comprende tres años de educación obligatoria a continuación de la educación general básica, que los estudiantes suelen concluir a los 15 años, aproximadamente.

o planificación educativa, y ii) contar con al menos seis meses de experiencia en proyectos relacionados con la niñez, familia y comunidad; proyectos vinculados con estimulación temprana, nutrición y salud; gestión local; administración y/o planificación educativa (MIES, 2022). Adicionalmente, a nivel distrital el MIES cuenta con una o un coordinador de servicios de desarrollo infantil y una o un analista de desarrollo infantil, que en conjunto contribuyen con implementar la política de desarrollo infantil integral, coordinar acciones a nivel zonal y realizar seguimiento a la calidad de los servicios (MIES, 2022).

Respecto a la formación constante de las personas que trabajan con las familias, las educadoras familiares reciben capacitaciones presenciales en temas de desarrollo infantil integral de parte de las coordinadoras técnicas territoriales, y participan en encuentros quincenales de mentoría con ellas para fortalecer la gestión del servicio CNH. Las coordinadoras también les brindan información sobre los documentos, lineamientos, acuerdos del servicio CNH, entre otras, además de acompañamiento en los momentos de planificación de las consejerías familiares. Sus oportunidades de formación también incluyen realizar pasantías y participar en círculos de estudio (MIES, 2022). Adicionalmente, durante las entrevistas a profundidad, uno de los funcionarios entrevistados señaló que se les brinda oportunidades a las educadoras para obtener títulos de tercer nivel y que, en la actualidad, se encuentran trabajando en el sector para brindarles a las educadoras “certificados de competencias laborales” que respalden su experiencia laboral en el marco del programa.

En el año 2022 el programa atendió a 184.716 beneficiarios, de los cuales 21.196 fueron gestantes y 163.520 niños y niñas menores de tres años. Según estimaciones del propio programa, el costo por familia/gestante en unidades concentradas (zonas urbanas) es de US\$ 0,99 por día, y en unidades dispersas (zonas rurales), de US\$ 1,78. Es decir, el costo anual del servicio CNH por familia/gestante es de US\$ 235 en zonas urbanas y US\$ 422 en zonas rurales. Estos costos incluyen los

siguientes rubros: remuneración de las educadoras familiares, gastos por movilización, compra de prendas de protección, servicios básicos (plan de datos), compra de insumos de bioseguridad, impresión de materiales, adquisición de materiales de oficina, fungibles y didácticos³¹.

Durante la crisis sanitaria se diseñó e implementó el Protocolo para la Atención Virtual y Semipresencial de las Modalidades de Desarrollo Infantil Integral (PAVS), con el objetivo de garantizar la prestación de todos los servicios o programas de desarrollo infantil de Ecuador, incluyendo CNH. El PAVS se implementó de forma semipresencial o virtual según el semáforo epidemiológico de cada cantón y, en general, permitió orientar a las familias sobre mejores prácticas de crianza, cuidado, y salud y nutrición (MIES, 2021). En semáforo rojo, la atención fue exclusivamente virtual, ejecutándola vía llamadas telefónicas, videollamadas, mensajes multimedia y/o mensajes de texto. Bajo semáforo amarillo y verde, la atención fue semipresencial.

Específicamente en el caso de CNH, se combinó la atención virtual con visitas a los hogares. Por un lado, en la atención virtual las educadoras familiares determinaron el canal óptimo para atender a las familias beneficiarias de CNH según su acceso a internet, disponibilidad de dispositivos móviles o si contaban con paquetes de datos. Las videollamadas o llamadas telefónicas tuvieron una duración de 20-25 minutos. Y, por el otro, en la atención semipresencial se dieron atenciones virtuales mensuales de 20 a 25 minutos de duración y una o dos visitas domiciliarias al mes de 30 a 40 minutos. En ambos tipos de atención se utilizó las fichas de actividades diseñadas para la aplicación del PAVS. Resulta importante mencionar que, al igual que Uruguay y Perú, en Ecuador también se ha adoptado de manera permanente esta nueva modalidad de atención en caso de presentarse otras emergencias que afecten el desarrollo regular de los servicios presenciales de atención a la primera infancia.

31 La transformación del costo en moneda local a dólares americanos fue hecha con tipo de cambio de fecha 30 de diciembre de 2022.

“Una de [las lecciones aprendidas] fue justamente el tema de la consejería virtual. No se había tomado en cuenta antes el tema de la educación virtual; sin embargo, por la pandemia, actualmente en nuestra norma técnica existe una modalidad y un servicio de atención basado en la virtualidad. Esto nos dejó una enseñanza bastante grande, puesto que los servicios del MIES y dentro de nuestra subsecretaría no podían parar. Entonces, esta fue una lección que se incorporó en nuestra norma técnica (...). Es una nueva modalidad de atención, digámoslo así, que se puede dar en casos de emergencias dentro de lo que es el servicio, y se puede realizar actualmente en algunos lugares donde hay bastante dispersión o dependiendo de las necesidades en el territorio. Pero ya está contemplado en nuestra norma técnica, lo que quiere decir que forma parte de los servicios virtuales: antes no estaba considerado en los servicios” (Funcionaria de CNH 2–Ecuador).

Respecto a la efectividad del programa CNH (en su versión presencial), hace poco más de una década, Rosero y Oosterbeek (2011) utilizaron un diseño de regresión discontinua para evaluar el impacto de los centros de cuidado infantil y de las visitas domiciliarias en una variedad de resultados de niños y niñas menores de cinco años y de sus madres, que se encontraban en situación de pobreza. El estudio encontró que las intervenciones parecen tener efectos opuestos sobre los mismos resultados. Por un lado, las visitas domiciliarias tienen un impacto positivo en el desarrollo cognitivo y motor de los niños y niñas, mientras que los centros de cuidado infantil no alcanzan ningún impacto en estos resultados. Las visitas domiciliarias también reducen la probabilidad de que los niños tengan anemia en un tercio de la población infantil, pero no muestran ningún impacto en el peso y la talla para su edad. Los centros de cuidado, por el contrario, aumentan la probabilidad de que los niños tengan bajo peso. Con relación a las madres, se encuentra que las visitas domiciliarias reducen la depresión y el estrés, y las hacen más responsivas hacia sus hijos e hijas; mientras que la asistencia a cen-

tros de cuidado infantil produciría exactamente lo contrario sobre estas mismas variables: aumenta la depresión y el estrés materno y reduce la capacidad de respuesta. Por último, los centros de cuidado infantil incrementan la participación de las madres en el mercado laboral y los ingresos, mientras que las visitas domiciliarias reducen la participación de las madres en el mercado laboral, aunque no afectan los ingresos familiares.

Finalmente, en la entrevista grupal realizada a las funcionarios/as del MIES sobre el CNH en el marco de este estudio, se identificaron algunos desafíos o retos pendientes del programa relacionados con la ampliación de la cobertura y, principalmente, con los recursos humanos del programa.

Sobre el primer punto, uno de los funcionarios hizo hincapié en la limitada cobertura del programa en zonas rurales pues, actualmente, no se atiende a toda la población objetivo.

“Efectivamente, también tenemos muchos retos. En el país existen 2,3 millones de niños en primera infancia, de los cuales gran cantidad se encuentran en pobreza y pobreza extrema. Falta mucho por hacer. Lo que está para nosotros por ver es la ampliación de cobertura para llegar a más niños y niñas en sectores rurales y marginales” (Funcionaria de CNH 1–Ecuador).

En cuanto al segundo punto, las y los funcionarios entrevistados indicaron que otros nudos críticos tienen que ver con las educadoras familiares. Contactar a las familias en el territorio demanda mucho de su tiempo debido a la lejanía entre los hogares, al punto que pasan más tiempo contactando familias que dando consejería.

“Uno de nuestros nudos críticos más complicados es la contactabilidad en el territorio: nuestras CNH [las educadoras] tienen que realizar la contactabilidad en el territorio, y el tema de la lejanía de los sectores o el error que existe en cuanto a las direcciones y números de teléfono hace que nuestras educadoras pasen

la mayor parte del tiempo en contactabilidad y no realizando el servicio de consejería, que es el corazón de nuestro servicio” (Funcionaria de CNH 2–Ecuador).

Adicionalmente, el número de educadoras con el que cuenta actualmente el programa es insuficiente. Esto hace que el trabajo de las educadoras familiares no sólo sea muy demandante, sino que además tengan mucha carga de trabajo; lo que eventualmente termina generando una alta rotación del personal en el territorio.

“Las 4180 [educadoras] no abarcan todo el territorio que nosotros buscaríamos (...). No abarcan todo nuestro país ni nuestras zonas. Ese también es un inconveniente bastante grande (...). De igual forma, la alta rotación de personal hace que tengamos un desbalance en cuanto al seguimiento que realizamos con los niños. [Esto se debe a que] hay bastante deserción de nuestras educadoras en el territorio por la cantidad de trabajo que tienen y también porque su labor es bastante demandante. Hay bastante desvinculación del personal y eso hace que no tengamos el seguimiento que necesitamos, el que nosotros estaríamos buscando oportunamente para nuestros usuarios” (Funcionaria de CNH 2 – Ecuador).

Un tercer reto identificado por los entrevistados se relaciona con la calidad del servicio. Los funcionarios destacan la importancia de avanzar en una agenda de medición, desarrollando una propuesta de indicadores que les permita evaluar cómo va la gestión e implementación del servicio. Actualmente (al momento en que se recogieron los datos del estudio) se encuentran trabajando en una propuesta de medición con el Banco Mundial. Una de las entrevistadas resaltó la importancia de contar con una evaluación de CNH que permita mejorar su calidad o plantear estrategias de mejora. Existe preocupación por identificar y entender mejor cuáles son los nudos críticos en el territorio a partir de la mirada de las educadoras familiares y las familias usuarias del servicio.

“Es importante entender las necesidades que tienen nuestras educadoras en el territorio. Si bien es cierto nos enfocamos mucho en el tema de servicio y calidad, es bastante importante entender las necesidades de las educadoras. Creo que nuestras educadoras, de alguna forma, encuentran el soporte y apoyo de parte de nosotros como MIES. Creo que el servicio va a mantener un trabajo de calidad, que es lo que estamos buscando, pero también preocupándonos por el personal del territorio con el que contamos, pues son nuestros ojos a nivel nacional” (Funcionaria de CNH 2–Ecuador).

El equipo entrevistado comenta que la articulación entre niveles y sectores de gobierno para la atención de la primera infancia ha sido un proceso que les ha costado mucho. Si bien la Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral genera la política pública de infancia y los lineamientos para los servicios, estos son descentralizados y el abordaje a las familias depende del plan de trabajo generado en el territorio. En opinión de los entrevistados, las mesas intersectoriales han sido un espacio útil para entender puntos críticos del servicio en el territorio y articular con autoridades de otros sectores con poder de toma de decisiones.

5.2.4. Panamá: Programa Cuidarte

El Programa Cuidarte fue creado en el año 2018. Es gestionado por la Dirección Nacional de Servicios de Protección Social del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) e implementado por Organizaciones Proveedoras de Servicios (OPS) en zonas rurales y comarcas (territorios con población indígena) de difícil acceso en Panamá. Su objetivo principal es promover el desarrollo infantil temprano y fortalecer las habilidades parentales, así como gestionar la red interinstitucional de atención integral para la primera infancia. El programa está dirigido a familias con niños y niñas entre 6 y 36 meses de edad. Sin embargo, en zonas

donde no existe educación formal disponible se extiende la edad de la población beneficiaria hasta los cuatro años.

El programa forma parte del Plan de Atención Integral a la Primera Infancia (PAIPI) y la Ruta de Atención Integral de la Primera Infancia (RAIPI). Tanto el PAIPI como el RAIPI son ejecutados por el Ministerio de Desarrollo Social. El PAIPI fue creado en el año 2011 y tiene como propósito fortalecer el trabajo que viene realizando el gobierno panameño con la población de cero a seis años, para lo cual propone cinco áreas estratégicas: i) posicionamiento, ii) atención, iii) conclusión, iv) protección inmediata y v) entorno seguro ([Consejo Asesor de la Primera Infancia \[CAPI\] y BID, 2011](#)). El RAIPI, por su lado, se creó en 2012 como una herramienta de articulación institucional. Dicha ruta traza la estructura de atenciones planificadas, continuas y permanentes dirigidas a la atención integral de los niños y niñas ([CAPI, 2011](#)).

Asimismo, en el marco del programa se promueve una articulación intersectorial a través del Comité Intersectorial, en el que participan entidades estatales: el Ministerio de Educación (MINEDUCA), el Ministerio de Salud (MINSALUD) y el Tribunal Electoral liderado por el MIDES. El MINEDUCA realiza auditorías externas del componente pedagógico, y coordina el ingreso de los niños y niñas a las instituciones educativas; el MINSALUD se encarga de las actividades de promoción, prevención y atención en salud y nutrición; mientras que el Tribunal Electoral garantiza la identificación de los niños y niñas beneficiarios. En términos generales, el Comité Intersectorial toma decisiones estratégicas, define la cobertura, establece acuerdos interinstitucionales, elabora recomendaciones al MIDES para adoptar lineamientos técnicos nacionales y gestiona recursos para la implementación del programa. La colaboración entre estas entidades busca asegurar una implementación efectiva y coordinada del Programa Cuidarte.

Respecto al funcionamiento y organización del programa, Cuidarte pertenece al MIDES, que es responsable a nivel central de diseñar

estrategias, coordinar la supervisión, brindar capacitación a los actores y gestionar la plataforma digital del programa. A nivel regional se cuenta con los nodos comunitarios de primera infancia (NODO), los cuales son liderados por coordinadoras, supervisores y maestras comunitarias, respaldados por personal de apoyo. A este nivel se cuenta también con organizaciones proveedoras de servicios (OPS), encargadas de identificar a la población beneficiaria, conformar las unidades básicas de atención, entre otros. Paralelamente laboran los comités técnicos distritales/comarcales o de zonas poblacionales, compuestos por representantes de entidades gubernamentales y OPS. Estos se ocupan del seguimiento, aprobación y retroalimentación de diversos aspectos del programa, desde la identificación de beneficiarios hasta el presupuesto y la resolución de dificultades en la ejecución del contrato. Igualmente, dentro del marco del programa se impulsa una estrecha colaboración entre las OPS y la comunidad, enfocada en la participación activa de esta última en el seguimiento, vigilancia y control social.

En cuanto a los servicios ofrecidos por el programa, los encuentros educativos en el hogar (visitas domiciliarias) a cargo de las maestras comunitarias se realizan una vez a la semana y tienen una duración aproximada de 60 minutos. El Programa Cuidarte cuenta con guías pedagógicas para el desarrollo de las visitas domiciliarias, que son una adaptación del diseño curricular del programa de visitas domiciliarias Reach Up and Learn de Jamaica. El currículo adaptado por el programa propone una serie de actividades para mejorar la interacción entre los niños y niñas y sus cuidadores principales, poniendo énfasis en la promoción del juego. En suma, se trata de un currículo bastante estructurado que prioriza actividades que puedan realizarse como parte de las rutinas diarias de las familias.

En cada encuentro educativo en el hogar se sigue una secuencia que permite estructurar la sesión. De acuerdo con el Plan Pedagógico en Casa, al principio de la visita domiciliaria se entabla una conversación

con la madre sobre las dinámicas realizadas con los hijos desde la última visita. Posteriormente se presentan los materiales a usar y se llevan a cabo las actividades del día, las cuales incluyen juegos con muñecos, lectura de libros o dinámicas de lenguaje. Las maestras comunitarias proponen diferentes actividades dependiendo de las edades de los niños y niñas a quienes están dirigidas las sesiones. Al concluir la sesión se motiva la participación continua de la madre en las actividades durante la semana y se finaliza el encuentro cantando una canción³².

Además de las visitas al hogar, el programa también realiza encuentros comunitarios cada tres meses en algún espacio de la comunidad, que tienen como objetivo fomentar el sentido de comunidad y el trabajo en cooperación. Los encuentros tienen una duración de entre dos y tres horas, y durante ellos se desarrolla un taller con una temática específica que apunta a involucrar a todos los miembros de la familia. Las actividades que se realizan están orientadas a potenciar el desarrollo de los niños y niñas, y a fortalecer las prácticas de crianza de los cuidadores principales, así como el vínculo afectivo entre ellos y sus hijos e hijas.

Respecto al perfil de las personas que trabajan con las familias, las maestras comunitarias, también llamadas promotoras o facilitadoras, son personas de la comunidad de entre 20 y 50 años que, como mínimo, saben leer y escribir, y deben haber culminado la educación secundaria y hablar español. El trabajo que realizan es voluntario y se espera que sean madres de la comunidad, reconocidas por sus vecinos y vecinas, que cuenten con una red familiar que les brinde apoyo en el cuidado de sus hijos mientras se dedican a las actividades del programa, y –aunque no es un requisito obligatorio– es deseable que cuenten con algún nivel de formación en educación infantil o desarrollo

32 Manual Operativo del Programa de Atención Integral a la Infancia “Cuidarte” Modalidad familiar y comunitaria (s.f.).

infantil. Cada maestra comunitaria tiene hasta diez familias a su cargo, que deben vivir cerca entre sí, naturalmente perteneciendo a la misma comunidad³³.

Cada maestra comunitaria y sus familias a cargo forman una Unidad Básica de Atención (UBA). Por cada cinco UBAs, existe una supervisora responsable de coordinar con las maestras los encuentros educativos comunitarios trimestrales, así como los encuentros educativos en el hogar, focalizándose en aspectos operativos. Las supervisoras también se encargan de realizar sesiones semanales con las maestras comunitarias para dar seguimiento al cumplimiento del Plan Pedagógico y la ejecución del cronograma de visitas. Y una vez al mes acompañan a las maestras comunitarias en sus visitas domiciliarias y les ofrecen mentoría. En cuanto a su perfil, las supervisoras deben cumplir con alguna de las tres siguientes opciones respecto a su formación: i) un título superior en educación con especialidad en educación preescolar o educación especial; o, en su defecto, deben ser profesionales en psicología, psicopedagogía, trabajo social o carreras afines al desarrollo infantil; ii) ser técnicos en puericultura, estimulación temprana o educación inicial; o iii) tener un título secundario de bachiller pedagógico con formación complementaria en primera infancia. Respecto a su experiencia, el programa requiere que las supervisoras cuenten por lo menos con dos años de experiencia en actividades educativas, de estimulación y atención parvularia. Completan los equipos en territorios las coordinadoras, quienes se encargan de orientar la acción pedagógica del trabajo de las maestras comunitarias, así como de manejar la información de los beneficiarios y de canalizar la respuesta institucional en el territorio. Las coordinadoras deben contar con un título a nivel superior en ciencias sociales, como psicología, educación, trabajo social o alguna disciplina afín, y haber acumulado por lo menos dos años de experiencia en coordinación de

33 Manual Operativo del Programa de Atención Integral a la Infancia “Cuidarte” Modalidad familiar y comunitaria (s.f.).

actividades relacionadas con el bienestar familiar, el desarrollo infantil y/o procesos de formación a padres y familias³⁴.

Respecto a la formación del equipo que trabaja con las familias, el Manual Operativo del Programa Cuidarte (s/f) establece que las maestras comunitarias pasan por una fase de inducción, realizada por las coordinadoras a cargo de los nodos comunitarios de primera infancia. Durante esta etapa se detallan las distintas funciones que cumplirán como parte del programa y se revisan los lineamientos, normas, guías de implementación de la visita y manuales operativos. Además de la inducción inicial, se proporciona formación continua a cargo de las maestras comunitarias con más experiencia o funcionarias provinciales del MIDES o el MEDUCA. Este proceso consiste en tres jornadas anuales diseñadas para reforzar aspectos pedagógicos y de gestión de las visitas. Asimismo, las supervisoras realizan sesiones semanales con las maestras comunitarias para dar seguimiento al cumplimiento del Plan Pedagógico y la ejecución del cronograma de visitas, y una vez al mes las acompañan en sus visitas para darles mentoría.

Durante la crisis sanitaria por Covid-19, se creó e implementó la estrategia piloto denominada Mochila Cuidarte, que es una adaptación del Programa Cuidarte. Esta intervención consistió en la entrega de una mochila con materiales educativos y una guía estructurada de actividades dirigidas a las familias con niños y niñas entre seis y 36 meses, con el propósito de promover el desarrollo infantil a través del juego, el cuidado familiar y el fortalecimiento de las prácticas parentales ([MIDES y UNICEF, 2022](#); [Rubio-Codina y López-Boo, 2022](#)). Además, las familias recibieron visitas domiciliarias quincenales durante seis meses (en total se realizaron 12 visitas), realizadas por responsables de implementación y seguimiento (RIS), quienes fueron capacitados para promover y potenciar el uso de la guía.

34 Manual Operativo del Programa de Atención Integral a la Infancia “Cuidarte” Modalidad familiar y comunitaria (s.f.).

En el año 2022, el MIDES, con el apoyo técnico de UNICEF Panamá, realizó una evaluación de procesos y resultados del piloto de Mochila Cuidarte, implementada entre julio y diciembre de 2021, con el objetivo de informar la planificación y ejecución de la fase de escalamiento a partir del año 2023 en los territorios con brechas importantes de acceso a servicios de cuidado y educación inicial en la primera infancia ([MIDES y UNICEF, 2022](#)).

El estudio de métodos mixtos encuentra que Mochila Cuidarte constituye una alternativa para atender a niños y niñas de seis a 36 meses que no tienen acceso a servicios institucionales de cuidado y educación inicial, y que las familias y cuidadores que participan del programa se encuentran satisfechos con el servicio. Respecto a la implementación, el personal del programa se encuentra capacitado para proveer el servicio, las mochilas fueron entregadas a familias y cuidadores, las visitas a las familias se realizaron en su mayoría, y la mayoría de las familias y cuidadores sigue la guía y el material. En cuanto a los indicadores de resultado, la evaluación encontró que todos los indicadores (lenguaje, desarrollo motriz, oportunidades de juego en el hogar, e interacción de la familia con el niño o niña entre 6 y 36 meses) mejoraron sustancialmente con relación a la línea de base. Aunque esta evaluación no ha tenido un diseño que permita evaluar el impacto del programa en dichas variables de resultado, los evaluadores se muestran optimistas en señalar que hay indicios de que Mochila Cuidarte podría generar tales resultados. Finalmente, de cara a su eventual escalamiento, los evaluadores encuentran muy positivo para la sostenibilidad del programa, el alto compromiso y voluntad política del MIDES, así como la existencia de un contexto normativo favorable para convertir a Mochila Cuidarte en un programa estatal.

No se encontró disponible ninguna evaluación del impacto del programa Cuidarte (modalidad presencial) durante el periodo en que se recogió información para este estudio.

5.2.5. República Dominicana: Programa de Atención Integral a la Primera Infancia de Base Familiar y Comunitaria (PBFC)

La Estrategia de Acompañamiento y Atención en Hogares del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia de Base Familiar y Comunitaria (PBFC) es gestionada por el Instituto Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia (en adelante, INAIPI) del Ministerio de Educación, que fue creado en el año 2015. La Estrategia de Acompañamiento y Atención en Hogares a niños y niñas de 0 a 5 años y sus familias tiene como objetivo principal fortalecer las capacidades o prácticas de crianza de las familias, de modo que cuenten con estrategias y recursos que contribuyan en su desarrollo cognitivo, socioemocional y psicomotor de sus niños y niñas menores de cinco años, así como identificar situaciones de vulneración/violación de derechos de los niños y niñas ([INAIPI, 2015](#)). El programa atiende tanto a familias con niños y niñas menores de cinco años como a adolescentes/mujeres en periodo de gestación.

El PBFC se enmarca en el Plan Nacional de Protección y Atención Integral a la Primera Infancia “Quisqueya Empieza Contigo” (QEC). Este plan fue creado en 2013 y viene siendo ejecutado por el Ministerio de Educación, teniendo como objetivo principal ofrecer protección y atención integral a niños entre 0 y 5 años que no han sido atendidos hasta el momento ([Centro Regional para el Fomento del Libro en América Latina y el Caribe \[CERLALC\], 2013](#)). Con la finalidad de garantizar una atención integral, el PBFC se articula con el sector Salud, coordinando con el Seguro Nacional de Salud, lo cual permite garantizar la afiliación de las familias. Igualmente, se coordina con los centros de atención integral para la discapacidad, en caso los niños y niñas beneficiarios del programa presenten alguna discapacidad. Además, se coordina con las unidades de atención primaria y hospitales del Ministerio de Salud Pública, el Servicio Nacional de Salud, así como la atención pre y postnatal para las gestantes para que se realicen los controles de crecimiento y desarrollo de los niños y niñas. El programa también se articula con el Ministerio

de Salud Pública para atender temas relacionados a la salud colectiva, como es el caso de la salud ambiental y la prevención de enfermedades.

En el marco del programa, el INAPI articula su trabajo con el sector Protección, específicamente con el Registro de Nacimiento, con el objetivo de que los niños y niñas cuenten con su documento de identidad y accedan al sistema de salud pública. A nivel local también se articula con las juntas locales de protección y restitución de derechos de los municipios, las fiscalías especializadas en niños y adolescentes y las oficinas municipales del Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI). Igualmente, el programa implementa un modelo de cogestión entre las asociaciones sin fines de lucro y organizaciones de base comunitaria. De esta forma, se promueve la participación de la comunidad en la gestión, seguimiento y cuidado del programa. Por último, el INAPI coordina también con el Ministerio de Educación para asegurar el ingreso de los niños a la educación formal.

En cuanto a la organización del programa en el territorio, la Dirección Ejecutiva del INAPI a nivel central es responsable de adoptar políticas y estrategias relacionadas con la atención de la primera infancia y de asignar recursos. Bajo su dependencia jerárquica, la Dirección de Gestión de Redes de Servicios se encarga de planificar, dirigir, organizar y gestionar los programas o servicios para la primera infancia. Dentro de esta instancia, el Departamento de Servicios de Base Familiar y Comunitaria tiene a su cargo garantizar el funcionamiento de las distintas estrategias que forman parte del Programa de Base Familiar y Comunitaria, entre ellas el acompañamiento y atención en hogares. Adicionalmente, a nivel regional, el INAPI cuenta con oficinas regionales que dependen directamente de la Dirección Ejecutiva. Por último, a nivel local, el INAPI asegura la implementación de sus distintas estrategias mediante alianzas y convenios con organizaciones no gubernamentales o de base social/comunitaria.

Respecto a los servicios ofrecidos por el programa, se realizan dos visitas domiciliarias durante el mes con una duración aproximada de 60

minutos, sin embargo, se pueden realizar visitas extraordinarias para dar seguimiento a casos específicos. Las visitas están a cargo de las animadoras, quienes dirigen la realización de actividades relacionadas con la promoción y cuidado de la salud, la nutrición y educación temprana según las distintas etapas de desarrollo de los niños y niñas. El programa cuenta con guías, manuales y protocolos elaborados por el INAPI, donde se presenta su propuesta educativa y se proponen acciones concretas a realizar antes y durante las visitas domiciliarias.

Como plantea la “Guía para el Componente Educativo en las Visitas a Hogares para Niños y Niñas de 3 y 5 años” ([INAPI, 2015](#)), durante las visitas se busca desarrollar diferentes dimensiones en el ámbito familiar. La guía establece los temas a tocar y las actividades por realizar durante diez visitas. Los temas que orientan el diálogo y las actividades de cada visita a tratar son los siguientes: i) conocer las características propias de los niños y niñas; ii) la forma de pensar de los niños y niñas; iii) el deseo de jugar; iv) juegos en interacción con sus pares; v) ayuda en el desarrollo del lenguaje; vi) importancia del autoconcepto y la autoestima; vii) establecimiento de rutina; viii) rol de la familia en el cuidado de la comunidad, ix) cómo establecer mejores relaciones con los demás; y, por último, x) la importancia de los límites.

Las visitas cuentan con una secuencia metodológica que ordena su ejecución: el primer momento debe constar de una revisión de compromisos anteriores. Posteriormente se llevan a cabo actividades y reflexiones alrededor del componente de salud, nutrición y educación. Se finaliza con la recapitulación de lo realizado y la despedida de la animadora.

En cuanto al perfil de las personas que trabajan con las familias, las animadoras a cargo de las visitas domiciliarias deben haber completado la educación media y, de preferencia, cursar estudios superiores. Cada animadora atiende a 32 familias quincenalmente y al día deben realizar cuatro visitas que tienen como propósito favorecer el desarrollo cognitivo, socioemocional y psicomotriz de los niños y niñas. Para cumplir

con sus labores, las animadoras cuentan con el apoyo en el territorio de un agente de estimulación temprana y un equipo multidisciplinario (INAIPI, 2013)³⁵.

No se identificó una evaluación de impacto del programa de visitas domiciliarias durante el recojo de información para este informe.

5.3. Programas de visitas domiciliarias en países que pertenecen a la OCDE

En esta sección se describe y revisa la evidencia sobre tres programas de visitas domiciliarias en países OCDE, con el objetivo de contar con referentes de este tipo de programas en otros contextos que puedan aportar ideas valiosas en la búsqueda de lecciones aprendidas sobre la organización y funcionamiento de las visitas domiciliarias.

Los programas revisados en esta sección han sido ampliamente evaluados y su efectividad está documentada. Uno de los programas revisados es el de Nueva Zelanda, Family Start, y los otros dos son de Estados Unidos: Parents as Teachers y Early Head Start, ambos con base en la familia. Los tres programas trabajan con personal profesional o que tiene alguna calificación terciaria (post-secundaria). También se han elaborado fichas de información (en Excel) sobre estos tres programas que se adjuntan a este informe.

5.3.1. Nueva Zelanda: Family Start

El Programa Family Start fue creado en 1998, siendo en la actualidad una de las principales intervenciones de desarrollo infantil temprano promovidas por el Estado tanto en zonas urbanas como rurales de Nueva Zelanda. El programa responde a una alianza público-privada.

³⁵ No se pudo conocer en qué consiste el apoyo exactamente o cuál es el rol de estos actores.

El Ministerio de la Niñez (Oranga Tamariki) es responsable del diseño, monitoreo, evaluación y financiamiento del programa, y su implementación recae en organizaciones/proveedores privados. Family Start tiene como objetivo apoyar a familias vulnerables/en riesgo para obtener mejores resultados. Específicamente, tiene la finalidad de mejorar la salud y los aprendizajes de los niños y niñas, así como optimizar las prácticas de crianza de las familias y sus condiciones/circunstancias personales y familiares. El programa está dirigido a mujeres gestantes y a familias con niños y niñas menores de cinco años en riesgo, con especial énfasis en los niños y niñas menores de un año con mayores niveles de vulnerabilidad/riesgo.

Family Start forma parte del Oranga Tamariki Action Plan, el cual se estableció en el año 2014 en el marco de la Ley de Niños. Este plan es ejecutado por los ministerios de Desarrollo Social, de Justicia, de Educación, de Salud y la Policía de Nueva Zelanda. El plan de acción tiene como meta principal organizar la colaboración de las distintas agencias y servicios dirigidos a la primera infancia para lograr los resultados establecidos en la Child and Youth Wellbeing Strategy (Oranga Tamariki, 2022a).

El programa articula a nivel nacional con los equipos de atención primaria de salud y distintos programas estratégicos del Ministerio de Salud (como el “*Well Child Tamariki Ora Programme*” y el “*Sudden Unexpected Death in Infancy*”, SUDI, por sus siglas en inglés); con el Ministerio de Desarrollo Social (por el programa “*Early Learning Payment*”); con el Ministerio de Educación (por el “*Incredible Years Programme*”); y con el Departamento Penitenciario de Nueva Zelanda (por el “*Parenting in Prison Programme*”). A nivel local, Family Start trabaja de manera articulada con distintos servicios dirigidos a la primera infancia, gestionados por diversos socios estratégicos como las juntas de salud de los distritos, los servicios de salud mental materna y los servicios relacionados con la violencia familiar (por ejemplo, *Women’s Refuge*).

Family Start está organizado de manera descentralizada. Si bien a nivel central se diseña el programa y se transfieren fondos públicos para su

ejecución, este es implementado por diferentes proveedores que utilizan el enfoque de Family Start, el cual consiste en que cada proveedor presta los servicios del programa en determinadas áreas territoriales o *district council areas* que, a su vez, incluye a múltiples gobiernos locales, ejecutados mediante un convenio/contrato con el Estado. Para la gestión e implementación del programa a nivel local, los proveedores toman en cuenta algunos lineamientos/orientaciones centrales que son obligatorios, pero también tienen autonomía para decidir sobre otros aspectos del programa, por ejemplo, sobre el diseño de los programas de formación inicial y formación en servicio de las y los trabajadores de Family Start a cargo de las visitas domiciliarias.

En el marco del programa se realizan visitas domiciliarias cuya frecuencia y duración dependen de las necesidades de cada familia. No obstante, se espera que la mayoría de las familias reciba visitas semanales de 60 minutos aproximadamente durante los primeros tres a seis meses. En determinadas circunstancias se realiza como mínimo una visita cada 15 días. Los trabajadores de Family Start, con la aprobación de sus supervisores, pueden evaluar en qué momento se puede reducir o aumentar la frecuencia de las visitas, dependiendo de los cambios observados en las necesidades de las familias. Adicionalmente, las y los trabajadores de Family Start pueden organizar reuniones con las familias fuera del hogar, citas de trabajo e ingreso, conferencias y/o realizar llamadas telefónicas. Todas estas actividades están a cargo de profesionales con experiencia y calificaciones en servicios sociales, salud y/o educación.

Para el trabajo con las gestantes y las familias, las y los trabajadores de Family Start utilizan una guía/manual elaborado por el Ministerio de la Niñez (Oranga Tamariki). En este manual se especifican todos los componentes centrales de la propuesta curricular del programa, como los recursos para las familias, las evaluaciones de fortalezas y necesidades que se deben realizar, las herramientas de seguridad infantil y las características de los planes familiares. Una vez que se confirma que las familias cumplen con los criterios de elegibilidad para participar

en el programa, las y los trabajadores de Family Start elaboran un plan individual por cada familia atendida según sus necesidades. Este plan es revisado periódicamente.

A la luz de lo anterior, la estructura de las visitas domiciliarias sigue una metodología enfocada en las fortalezas y adaptada a las necesidades de atención de cada familia. Según [Oranga Tamariki \(2022b\)](#), al inicio de la visita domiciliar se analiza el estado actual de la familia desde la última sesión, explorando los posibles cambios que puedan estar afectándola. Durante este proceso, se lleva a cabo una evaluación continua de la seguridad y los riesgos que podrían estar afectando a los niños y niñas y sus familias, identificando cuáles son sus principales necesidades. Para ello, los trabajadores de Family Start emplean cada tres meses una serie de herramientas de medición: el *Strength and Needs Assessments* y las *Child Safety Tools*, entre otros. Bajo un enfoque centrado en el niño, se observa y evalúa el progreso de ellos y ellas, así como su interacción con sus padres o cuidadores principales. Luego se dialoga con los padres o cuidadores abordando las necesidades que afectan a la crianza, y se ofrece apoyo y consejos específicos. Al finalizar la sesión, se revisa el Plan Familiar del Niño establecido en la visita anterior y se acuerdan cuáles son las nuevas tareas y objetivos. Este plan se renueva cada tres meses después de las evaluaciones; y, por último, al final de cada visita domiciliar se resume lo trabajado durante la sesión y se motiva a los padres para seguir realizando las actividades.

En el manual vigente del programa se establecen cuáles son los aprendizajes o resultados que se espera alcanzar con las familias beneficiarias ([Oranga Tamariki, 2022b](#)). En primer lugar, están los resultados relacionados con la salud y la seguridad infantil, el cual además abarca temas de violencia familiar y la participación de los niños y niñas en los servicios de salud primaria. En segundo lugar, se tienen los aprendizajes asociados con las habilidades y prácticas parentales. En particular se espera que las familias aumenten su conocimiento sobre el desarrollo infantil y adquieran una mayor confianza para brindar un cuidado sensible a sus

hijos e hijas. En tercer lugar, están los aprendizajes que tienen que ver con conectar a las familias con otras redes de soporte y otros servicios de apoyo al desarrollo infantil. Por último, los resultados vinculados con las circunstancias personales y familiares incentivan que la familia amplíe su conocimiento sobre las oportunidades educativas y laborales y que aumenten su identificación cultural.

Las visitas domiciliarias son realizadas por profesionales que tienen entre 12 y 16 familias a su cargo, y son llamados *Family Start Workers*. Los trabajadores deben tener una calificación terciaria adecuada en trabajo social, salud, educación o un campo relacionado, y contar con experiencia de trabajo previa con niños, jóvenes y familias. Cuando los trabajadores de Family Start recién se integran al programa, reciben una capacitación inicial de sus respectivos proveedores utilizando el Marco de Competencias del programa. Las competencias se dividen en el trabajo colaborativo, el conocimiento del trabajador del programa, la administración y gerencia, y, finalmente, el profesionalismo y la cultura. Los proveedores dividen la inducción en dos partes: una centrada en los procesos de la organización proveedora y otra en los procesos de Family Start. Durante la fase de inducción de Family Start, el nuevo personal se capacita acompañando a trabajadores más experimentados para obtener experiencia y conocimiento ([Oranga Tamariki, 2022b](#)).

Además de los trabajadores, la figura del supervisor resulta esencial para el éxito y la efectividad del programa. Los supervisores son profesionales experimentados que tienen una comprensión profunda del programa Family Start y de su práctica; siendo deseable que hayan recibido formación como supervisores profesionales. Cada supervisor tiene a su cargo a siete trabajadores y cada uno de ellos debe ser supervisados por lo menos una vez a la semana. Es responsabilidad del supervisor llevar un registro de todas las supervisiones realizadas y de los acuerdos pauteados en esas reuniones, tanto de las supervisiones planificadas como de las que se den de forma espontánea ([Oranga Tamariki, 2022b](#)).

Family Start cuenta con varias evaluaciones externas de impacto e implementación. Los resultados de las evaluaciones de impacto más recientes evidencian efectos positivos en el bienestar de los niños y niñas y sus familias. Por ejemplo, [Vaithianathan et al. \(2016\)](#), utilizando por separado dos métodos cuasiexperimentales, encontró que el programa redujo la mortalidad infantil postneonatal y tuvo impactos positivos en el acceso de las familias a los servicios de salud (p.e. de vacunación), además de incrementar la participación de los niños y niñas en educación inicial a la edad de 4 años. Más recientemente, [Preval, Apatov y Cording \(2021\)](#) encontraron resultados similares a los de [Vaithianathan et al. \(2016\)](#). Específicamente, los autores demuestran que las familias beneficiarias de Family Start tenían más probabilidades de acceder a los servicios de salud y que sus hijos e hijas estén vacunados y asistan a educación inicial.

Por otro lado, la evaluación realizada por Oranga Tamariki tuvo como objetivo analizar el diseño e implementación del programa y también explorar cómo se puede optimizar para alcanzar sus objetivos y resultados esperados ([Allen and Clarke, & Oranga Tamakiri, 2020](#)). El estudio encontró que las familias perciben que el programa es muy valioso, porque ha contribuido no sólo en la mejora de sus propias prácticas de crianza (p.e. su capacidad para brindar un cuidado cariñoso y sensible, y la manera en que disciplinan a los niños y niñas), sino que también perciben mejoras en el bienestar de sus hijas e hijos en aspectos como su salud y nutrición.

5.3.2. Estados Unidos: Parents as Teachers

El Programa *Parents as Teachers* (Padres como Maestros, también conocido como PAT, por sus siglas en inglés) fue creado en la década de 1970 como un programa piloto desarrollado en Missouri, y desde 1984 empezó a expandirse en Estados Unidos y en otros seis países. El PAT tiene los siguientes objetivos: i) incrementar el conocimiento de las familias sobre el desarrollo infantil temprano y mejorar sus prácticas

de crianza, ii) detectar tempranamente retrasos en el desarrollo de los niños y niñas y garantizar su atención en los servicios públicos, iii) mejorar la salud y el bienestar de las familias, iv) prevenir el abuso y negligencia infantil, v) mejorar el bienestar económico de las familias, y vi) fortalecer la capacidad y la conexión con la comunidad. El programa está dirigido a gestantes y familias con niños y niñas menores de cinco años en situación de vulnerabilidad.

El PAT recibe financiamiento federal a través del *Maternal, Infant, and Early Childhood Home Visiting Program* (MIECHV, por sus siglas en inglés), programa que subvenciona estrategias de visitas domiciliarias basadas en evidencias dirigidas a gestantes y familias con niños y niñas menores de cinco años. La organización sin fines de lucro denominada también Parents as Teachers, mediante su Centro Nacional establece las normas técnicas del programa y brinda asistencia técnica a sus afiliados, ofrece oportunidades de desarrollo profesional/capacitaciones y supervisa la calidad de los servicios prestados por los afiliados de su programa. Cabe resaltar que el PAT opera vía afiliados y funciona de manera similar a una franquicia. Pese a que el modelo es diseñado por el PAT, los afiliados son quienes lo implementan en los territorios. Los afiliados a menudo forman parte de organizaciones o programas existentes, departamentos de salud del condado, centros de recursos familiares y otras agencias estatales y sin fines de lucro. Una vez que se unen como afiliados, deben cumplir con todos los requisitos de fidelidad establecidos. Según [Parents as Teachers](#) (2022), en el periodo 2021-2022, los servicios del PAT fueron ofrecidos a 73.224 familias y 87.701 niños y niñas, a través de 895 centros afiliados en Estados Unidos.

El PAT cuenta con su propio currículo (*Foundational Curriculum*), elaborado por el Centro Nacional. Este prioriza cuatro temáticas centrales que contribuyen con el desarrollo infantil. El primero tiene que ver con las prácticas o comportamientos de los padres, como, por ejemplo, identificar señales de alerta. El segundo tema está centrado en la in-

teracción entre padres e hijos y la estimulación temprana valiéndose de la lectura y las rutinas. El tercero aborda aspectos como el apego seguro, la disciplina, la salud, la nutrición, la seguridad, el sueño, entre otros. Por último, está el bienestar familiar, donde se discuten temas relacionados con el balance entre el trabajo de los padres y atender las necesidades de los niños y niñas, la salud mental y física, así como la relación con la familia y los amigos. El currículo se estructura según las edades de los niños y niñas para llevar a cabo actividades diferenciadas: i) prenatal, ii) del nacimiento a un mes y medio, iii) de un mes y medio a tres meses y medio, iv) de tres meses y medio a cinco meses y medio, v) de cinco a ocho meses, vi) de ocho a 14 meses, vii) de 12 a 24 meses, y viii) de 24 a 36 meses ([Parents as Teachers National Center, 2022](#)).

Como parte de los servicios ofrecidos por el PAT, las familias reciben como mínimo doce visitas al año, en el caso de hogares que presentan una o ninguna característica de alta necesidad (p.e. niños con necesidades especiales, bajos ingresos, padres adolescentes, padres primerizos, familias con bajo nivel de alfabetización, inmigrantes, padres que consumen sustancias o que tienen problemas de salud mental, entre otros). En el caso presenten dos o más características de alta necesidad, las familias deben recibir como mínimo veinticuatro visitas domiciliarias durante el año. Las visitas están a cargo de los educadores de padres y tienen una duración de 60 minutos como mínimo (y pueden durar hasta 90 minutos).

Las visitas domiciliarias se planean y ejecutan siguiendo el currículo de PAT y en ellas se realizan una serie de actividades que están diseñadas para abordar diferentes dimensiones del desarrollo infantil y la crianza. La sesión inicia con la fase de apertura, en la que se establece un vínculo con la familia y se reflexiona sobre la visita anterior. Luego se fomenta la interacción entre padres e hijos, destacando comportamientos de crianza positivos, orientándolos hacia el desarrollo infantil mediante actividades planificadas. Tras la interacción se discute con los padres la importancia de su rol en la actividad realizada. Posterior-

mente se abordan temas relacionados con las prácticas de crianza y, además, se pone énfasis en aprender sobre las dinámicas familiares. En la fase de cierre se repasan los temas discutidos durante la sesión, se evalúa lo aprendido y se reflexiona sobre la experiencia ([Parents as Teachers National Center, 2022](#)).

Como parte de PAT también se organizan encuentros grupales que tienen como objetivo compartir información sobre la crianza y el desarrollo infantil, así como fomentar el aprendizaje y la interacción entre las familias. Las organizaciones afiliadas deben implementar al menos doce encuentros grupales al año. Adicionalmente se vigila de forma constante el desarrollo de los niños y niñas y su salud aplicando evaluaciones del desarrollo infantil. Estas son realizadas a todos los niños dentro de los 90 días posteriores a su inscripción en el programa o nacimiento, y luego al menos una vez al año. Las pruebas utilizadas son el *Ages and Stages Questionnaire-3* y *Ages Stages Questionnaire: Social Emotional 2*, *Devereux Early Childhood Assessment-DECA*, *Brigance Early Childhood Screens*, *Developmental Indicators for the Assessment of Learning-4* y *Parents' Evaluation of Developmental Status*.

Tanto las visitas domiciliarias como los encuentros grupales son llevados a cabo por los educadores de padres (*Parent Educators*), que tienen alrededor de 18 familias a su cargo. PAT prefiere que los educadores de padres que realizan las visitas sean profesionales con un título de cuatro años en educación infantil o un campo relacionado, o al menos un título de dos años o 60 horas³⁶ en educación infantil o un campo relacionado. De no ser posible, los educadores de padres como mínimo deben tener un diploma de educación secundaria y al menos dos años de experiencia laboral supervisada con niños pequeños, padres o ambos. Los educadores trabajan de la mano con los supervisores. PAT requiere que los supervisores tengan, como mínimo, un título profesional en educación infantil, trabajo social, salud, psicología o un campo relacionado; por lo menos cinco años de experiencia trabajando con familias y niños peque-

ños; y buenas habilidades sociales interpersonales. El modelo de PAT requiere que los educadores que trabajan a tiempo completo reciban cada mes por lo menos dos horas de supervisión reflexiva individual y un mínimo de dos horas de reuniones de personal (*staff meetings*)³⁷. La recomendación del modelo PAT es asignar a seis educadores de padres por supervisor; sin embargo, el máximo número de educadores por supervisor permitido es de 12, independientemente de si los educadores trabajan a tiempo completo o parcial ([PAT, 2019](#)).

En cuanto a la capacitación del personal que trabaja en el programa, el Centro Nacional de PAT requiere que todos los educadores y supervisores que implementan el modelo de PAT asistan y completen con éxito una capacitación básica de tres días (Fundamental I), que establece las bases para utilizar el Currículo Fundacional de PAT, con un enfoque en la interacción padre-hijo, la crianza centrada en el desarrollo y el bienestar familiar; y una capacitación sobre la implementación del modelo de dos días de duración, que proporciona herramientas y estrategias para llevar a cabo visitas y conexiones efectivas con las familias. Cuando un nuevo educador de padres está por unirse al equipo, la recomendación de PAT para su inducción es que siga a un educador de padres con experiencia durante un día (*shadowing*) o vea videos de visitas domiciliarias para que pueda tener una comprensión precisa del trabajo que debe realizar. Los afiliados que ofrecerán servicios a familias con niños de tres años hasta el ingreso al jardín deben asistir obligatoriamente a una segunda capacitación básica (Fundamental II). Posteriormente, los educadores de padres continúan su desarrollo profesional a través de oportunidades ofrecidas por el Centro Nacional de PAT. Estas oportunidades incluyen sesiones de uno o dos días dirigidas por instructores especializados en atender a poblaciones especiales. Además, los educadores renuevan anualmente su certificación con el centro después de recibir la capacitación correspondiente ([California Evidence-Based Clearing House \[CEBC\], 2008](#)).

37 Fuente: [https://homvee.acf.hhs.gov/implementation/Parents%20as%20Teachers%20\(PAT\)%C2%AE/Model%20Overview](https://homvee.acf.hhs.gov/implementation/Parents%20as%20Teachers%20(PAT)%C2%AE/Model%20Overview).

36 Se refiere a estudios en un *college*.

Este programa también cuenta con evaluaciones externas de impacto recientes realizadas en distintos estados de Estados Unidos donde se implementa el programa, que acreditan sus resultados positivos en distintas dimensiones del desarrollo infantil y en las prácticas de crianza/cuidado de las familias. Un ejemplo de ello es la evaluación de impacto realizada por [Lahti et al. \(2019\)](#), que aplicando un diseño cuasiexperimental midió los efectos del PAT en las habilidades de lectura, matemáticas e inglés de las y los estudiantes de educación primaria en el estado de Arizona (Estados Unidos) y en las tasas de ausentismo escolar y castigos disciplinarios, así como en las prácticas parentales. Los hallazgos sugieren que el grupo de estudiantes que participó en el PAT obtuvo mejores resultados de rendimiento en lectura y matemáticas, así como tasas más bajas de ausentismo y de castigos disciplinarios (menores tasas de suspensiones del salón de clases como de la escuela por problemas de disciplina). En cuanto a las prácticas parentales, la evaluación identificó que las familias beneficiarias tenían un mejor conocimiento sobre el desarrollo infantil, un mayor apego entre padres e hijos y mayor confianza, entre otros aspectos.

[Chaiyachati et al. \(2018\)](#), por su lado, midieron el impacto del PAT en la incidencia del maltrato infantil en el estado de Connecticut, también utilizando métodos cuasiexperimentales. Los autores encontraron que las familias usuarias del programa en el periodo 2008-2011 tuvieron una menor incidencia de maltrato infantil. Más recientemente, el [Institute for Families in Society y el Pacific Research and Evaluation \(2021\)](#) examinaron el impacto de los servicios ofrecidos por PAT en la preparación para la escuela (éxito escolar), incluyendo la paternidad y la relación entre padres e hijos en el estado de Carolina del Sur. En suma, los autores observaron cambios positivos en la calidad de la relación entre padres e hijos y en las habilidades de lectura de las y los estudiantes que participaron en el programa, las cuales aumentaron a medida que el tiempo de participación en el programa fue mayor.

5.3.3. Estados Unidos: *Early Head Start – Home Based* (Basado en el hogar)

El Programa *Early Head Start–Home Based* fue creado en 1994 y es gestionado por la Administración para Niños y Familias (ACF, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos. El programa tiene como objetivo contribuir en el bienestar de las mujeres gestantes y mejorar el desarrollo infantil temprano, así como promover un entorno familiar saludable. *Early Head Start–Home Based* está dirigido a gestantes y familias con niños y niñas menores de tres años en situación de pobreza y vulnerabilidad.

Early Head Start–Home Based se enmarca en el “Head Start Act”, cuyo objetivo es aumentar la preparación de los niños y niñas de bajos ingresos para su etapa escolar en términos de su desarrollo cognitivo, social y emocional. Para ello se busca proporcionar un entorno educativo que apoye el desarrollo integral de los niños y niñas, abarcando diversas áreas o dimensiones del desarrollo infantil temprano. En el marco del Head Start Act se ofrece una variedad de servicios a los niños y niñas de bajos ingresos y sus familias, adaptados a sus necesidades, incluyendo salud, educación, nutrición y otros aspectos sociales ([Early Childhood Learning & Knowledge Center \[ECLKC\], 2007](#)).

Los servicios que se prestan en el marco del programa son regulados por las normas federales, específicamente por los Estándares de Desempeño del Programa Head Start (*Head Start Program Performance Standards–HSPPS*). Todos los lineamientos técnicos para la implementación del programa son establecidos por la Oficina de Head Start que forma parte de la ACF dentro del HHS. Para la implementación del programa, las oficinas regionales de ACF desempeñan un papel esencial para asegurar la calidad y coordinación de los servicios en sus respectivas áreas geográficas. El programa se financia con fondos del gobierno federal, que se combinan con fondos estatales y locales

según las necesidades específicas de cada comunidad. Esta configuración brinda una flexibilidad y adaptabilidad notables para abordar de manera efectiva las necesidades de las familias y los niños y niñas en las diversas comunidades ([ECLKC, 2023a](#)).

Según los Estándares de Desempeño del programa, el Early Head Start Program basado en el hogar debe asegurar desde su diseño cuatro componentes clave. Primero, la planificación de la visita debe realizarse de manera conjunta entre el profesional que visita el hogar y los padres de familia, reflejando su rol esencial en el aprendizaje y desarrollo de sus hijos e hijas. En segundo lugar, las visitas deben planificarse utilizando información de las evaluaciones continuas que se realizan sobre las experiencias de aprendizaje de los niños y niñas. En tercer lugar, las visitas deben programarse con suficiente tiempo para atender a todos los niños inscritos en el hogar, realizándose en presencia de los padres. Por último, las visitas deben ser programadas con el tiempo y personal adecuados para garantizar la entrega efectiva de los servicios ([ECLKC, s/f](#)).

El programa promueve cinco áreas de aprendizaje en los niños y niñas, tal como se indica en el marco de resultados de aprendizaje del programa “*Head Start Early Learning Outcomes Framework Ages Birth to Five*” ([ACF, 2015](#)): i) enfoques para el aprendizaje, ii) desarrollo social y emocional, iii) lenguaje y alfabetización, iv) cognición, y v) desarrollo perceptivo, motor y físico. La primera área considera la autorregulación de emociones, la conducta y el desarrollo cognitivo. La segunda aborda el desarrollo socioemocional, el cual se refiere a la habilidad del niño para crear y mantener relaciones significativas con los adultos y otros niños. La tercer área promueve el desarrollo del lenguaje y la lecto-escritura. La dimensión cognitiva refiere al razonamiento, la memoria, la resolución de problemas que permite que el niño organice su mundo; así, se espera que desarrolle el pensamiento matemático, lógico y abstracto. Por último, en la dimensión de desarrollo perceptivo, motor y físico, se considera la percepción del niño para usar sus sentidos y captar información del exterior. Asimismo, se considera tanto la moto-

ra gruesa, que es la capacidad de movimiento de todo el cuerpo, como la motora fina, que abarca el uso de músculos pequeños. Por último, la salud, seguridad y nutrición determina el bienestar físico de los niños y niñas. Los aprendizajes de cada área están diferenciados según grupos de edad: i) del nacimiento a 9 meses, ii) de 8 a 18 meses, iii) de 16 a 36 meses, iv) de 36 a 48 meses, y v) de 48 a 60 meses.

El programa ofrece a las familias participantes visitas domiciliarias y reuniones de socialización a cargo de visitantes del hogar (*home visitors*). Las visitas domiciliarias se realizan una vez a la semana y tienen una duración aproximada de 90 minutos. Cada visitador tiene a su cargo entre diez y doce familias. Durante el año mínimamente se tienen que realizar 46 visitas; en el caso de las visitas a mujeres gestantes no se proporcionan visitas semanales al hogar. Por su parte, las reuniones grupales son planificadas junto con las familias y tienen como objetivo compartir las experiencias de las familias relacionadas con el desarrollo infantil. Estas se organizan dos veces al mes y en el transcurso del año tienen que llevarse a cabo 22 reuniones grupales.

En cuanto al perfil de los visitantes del hogar, el programa requiere que como mínimo tengan una certificación como asociado de desarrollo infantil (Child Development Associate–CDA), una credencial comparable o un curso equivalente que hayan llevado como parte de su licenciatura. Para obtener un CDA, se requiere que la persona tenga un diploma de educación secundaria y que complete 120 horas de educación formal para la primera infancia y principios del aprendizaje de adultos, que cubren el crecimiento y desarrollo de niños desde el nacimiento hasta los 5 años, teniendo no menos de diez horas de capacitación en cada una de las ocho áreas temáticas del CDA para visitantes del hogar. Adicionalmente, debe acumular 480 horas de experiencia en un programa de visitas domiciliarias que atienda a familias con niños desde el nacimiento hasta los 5 años y su desempeño será evaluado por un especialista que certificará su competencia ([CDA, 2021](#)).

Los visitadores del hogar trabajan junto con el supervisor, que es un profesional en un área afín al desarrollo infantil. Las funciones del supervisor en la modalidad basada en el hogar incluyen: el reclutamiento y selección de personal; la supervisión de los visitadores; el desarrollo profesional del personal del programa; compartir conocimiento con ellos sobre el crecimiento y desarrollo saludables de los niños y niñas y el apoyo familiar; y la coordinación, seguimiento y autoevaluación del programa. El supervisor garantiza la implementación del enfoque del programa en el trabajo con los niños y niñas y sus familias, y brinda asistencia técnica a los visitadores del hogar. Además, supervisa las visitas y los encuentros grupales. También gestiona las consideraciones éticas en las visitas al hogar ([ECLKC, 2023b](#)).

En cuanto a la capacitación del personal, los visitadores reciben una capacitación inicial impartida por el supervisor, que se enfoca en comprender las metas y filosofía del programa, así como en su aplicación práctica. Además, se trata la familiarización de los visitadores con la documentación del programa, su misión, políticas y procedimientos. Se fomenta la mentoría entre visitadores del hogar nuevos y experimentados para crear un ambiente de aprendizaje efectivo; y se utilizan recursos visuales, experiencias prácticas y estudios de caso para proporcionar una comprensión profunda y contextual de las funciones de los nuevos visitadores del hogar ([ECLKC, 2023b](#)).

Early Head Start–Home Based también contempla la formación continua de los visitadores del hogar, centrada en fortalecer sus capacidades para brindar servicios integrales de alta calidad. Este proceso se basa en cinco componentes esenciales: i) horas de desarrollo profesional (se requiere que el personal complete un mínimo de 15 horas de desarrollo profesional al año); ii) abordaje del maltrato infantil (se enfatiza la capacitación sobre cómo abordar casos de maltrato o violencia infantil); iii) participación de los padres (se brindan estrategias para involucrar a los padres en los servicios dirigidos a los niños y sus familias; iv) capacitación profesional específica; y v) investigación

aplicada al personal docente (se aborda la implementación efectiva del currículo, las interacciones enriquecedoras con niños que aprenden en dos idiomas, el manejo de comportamientos desafiantes y la preparación para las transiciones), como se precisa en [ECLKC](#) (2023b).

Al igual que los estudios de caso anteriores, Early Head Start–Home Based también cuenta con evaluaciones de impacto que reflejan resultados positivos en las familias y en los niños y niñas incluso años después de su participación en el programa. Por ejemplo, [Jones-Harden et al.](#) (2012) examinan la efectividad del programa en los niños y sus familias al final de su participación en el programa y dos años después. Esta evaluación encontró impactos positivos inmediatos y a largo plazo para las familias beneficiarias del programa, específicamente en el desarrollo socioemocional de los niños y niñas beneficiarios(as) y en los ingresos familiares incluso dos años después de haber participado en el programa.

De igual modo, [Roggman, Boyce y Cook](#) (2009) miden el desarrollo del apego seguro y las habilidades cognitivas de niños y niñas provenientes de familias de bajos ingresos económicos en Utah y Idaho que fueron asignados aleatoriamente a un grupo de control y tratamiento. Sus resultados muestran que, en términos del apego seguro y el desarrollo cognitivo, los niños y niñas entre 14 y 18 meses que participan en Early Head Start–Home Based tienen mejores resultados que sus pares en el grupo de control, siguiendo los resultados de evaluaciones iniciales y sus niveles de riesgo. Además, los resultados de esta evaluación muestran que el impacto del programa en el apego seguro es mayor para las madres con bajo nivel educativo. En otra evaluación realizada por [Roggman y Cook](#) (2010), los autores examinan el apego inseguro en relación con el castigo físico y el maltrato infantil a los dos y tres años de edad, y encuentran que los niños y niñas beneficiarios de este programa con puntuaciones más altas en su apego seguro tuvieron menos probabilidades de recibir castigos físicos a los tres años y menos probabilidades de ser agresivos a los dos y tres años.

6. Resultados del análisis transversal regional

Tal como se plantea en el segundo objetivo específico de este estudio, a partir de la información descriptiva de cada uno de los diez programas (país)/estudios de caso, se realizó un análisis transversal regional con el fin de discutir un conjunto de temas clave sobre los programas de visitas domiciliarias para extraer aprendizajes y recoger lecciones aprendidas sobre este tipo de programas, que puedan eventualmente alimentar la agenda de cuidados en la región.

De acuerdo con lo señalado en el segundo objetivo específico, los temas que se analizan en esta sección son: i) los arreglos institucionales y gestión de los programas, ii) el currículo y estructura de las visitas domiciliarias de los programas, iii) las oportunidades de capacitación y desarrollo profesional de los recursos humanos a cargo de las vistas, iv) aspectos de equidad de género en el diseño e implementación de los programas, v) evidencia sobre el impacto de los programas de visitas domiciliarias en el desarrollo infantil temprano, vi) comparación de costos y paquetes, y vii) la incorporación de modalidades virtuales e híbridas en los programas de visitas domiciliarias a raíz de la pandemia.

6.1. Arreglos institucionales y la gestión de los programas de visitas domiciliarias

De los diez programas revisados, dos dependen del sector Educación (México y República Dominicana); seis están vinculados con el sector

de Desarrollo e inclusión social (Perú, Ecuador, Brasil, Uruguay, Colombia y Panamá); y dos dependen del sector Salud (Jamaica y Chile, este último también con participación de Inclusión social).

Los diez programas están enmarcados dentro de una política o estrategia nacional a favor de la primera infancia y funcionan a escala nacional. Además, salvo México y Brasil, que son gobiernos federados, en todos los otros casos existe una organización donde las políticas, normativas y lineamientos e incluso la asignación presupuestal parten del nivel central, es decir, la rectoría de los programas DIT de visitas domiciliarias recae en el ministerio responsable u oficina central del programa, según corresponda, mientras en los territorios existen oficinas/equipos descentralizados/desconcentrados que se encargan de su implementación a lo largo del territorio nacional. Sobre este último punto, en algunos casos, como los de Colombia, Panamá y República Dominicana, a nivel local los programas son implementados por terceros mediante alianzas estratégicas con organizaciones sin fines de lucro (p.ej. ONG's, organizaciones sociales de base, comunitarias, religiosas, asociaciones de padres de familia, entre otros) en el marco de acuerdos, convenios o contratos que establecen las obligaciones y criterios/estándares de calidad que deben cumplir.

Como parte de los arreglos institucionales y la gestión de los propios programas, estos articulan esfuerzos con los distintos niveles de gobierno (articulación vertical) y sectores (articulación horizontal) que también están involucrados en la atención de la primera infancia o que prestan programas o servicios de atención para la primera infancia. En general, se observa que, en la mayoría de los estudios de caso revisados, los sectores con los que principalmente se articulan son los directamente

relacionados con primera infancia, tales como Desarrollo social, Salud, Educación y Protección social; sin embargo, también existen programas donde se hace explícita la articulación con otras instancias del Estado, como el Poder Judicial y la Fiscalía (por ejemplo, en Uruguay y República Dominicana) o el sector Vivienda (en Chile y Ecuador). En algunos países existe la figura de una Comisión Intersectorial destinada a garantizar la articulación entre los distintos ministerios y programas del Estado. Por ejemplo, en Jamaica se ha implementado la Comisión de la Primera Infancia y en Brasil existe el Comité Directivo Intersectorial.

También resulta importante señalar que la mitad de los programas revisados promueven mecanismos de participación social o comunitaria e involucran a la comunidad en algunos aspectos de su gestión para que ejerzan un rol de control social o vigilancia sobre la calidad de la prestación de los servicios. Estos son los casos de Colombia, Panamá, República Dominicana, Perú y Ecuador. De igual modo, estos programas promueven espacios de diálogo y concertación con la comunidad a favor de la primera infancia y tienen una mirada de corresponsabilidad en la promoción del desarrollo infantil. En particular, en los casos de Perú y República Dominicana se habla de una cogestión entre el Estado y la comunidad para el funcionamiento de los programas de visitas domiciliarias.

Las entrevistas realizadas en el marco de este estudio permitieron identificar que existen desafíos relacionados con la gestión de los programas de visitas domiciliarias, que han sido comunes a varios de los programas/países, independientemente del sector a cargo de las visitas domiciliarias o de la naturaleza más específica del programa (por ejemplo: si el servicio está a cargo de personal profesional o si las familias son atendidas por paraprofesionales o actores comunitarios). Entre estos desafíos para la gestión destacan principalmente dos: i) limitaciones en la articulación vertical, es decir, para el trabajo de manera articulada/coordinada entre los distintos niveles de gobierno involucrados en la entrega de los servicios; y ii) limitaciones en

la articulación horizontal, que se refiere a la dificultad para trabajar de manera articulada/coordinada entre los distintos sectores involucrados en la atención de la primera infancia.

Respecto a la articulación vertical, se señaló que los cambios de gestión a nivel regional y local, así como la falta de compromiso o voluntad política entre las autoridades de los gobiernos regionales y/o locales para impulsar una gestión articulada de políticas y programas de desarrollo infantil o primera infancia, dificultan la implementación de este tipo de programa en los territorios. Así lo ilustra la siguiente cita de una funcionaria del SAF de Perú:

“[Uno de los principales retos en la articulación con otros niveles de gobierno es el] cambio de autoridades que se produce cada tres años. Esto detiene [el avance del SAF], porque si bien no se desaparecen las actividades que se realizan, sí las detienen y demoran. Cada equipo local o regional que viene a realizar actividades parte con una nueva idea, cambia el personal y todo el personal que estuvo elaborando sus actividades se queda en ‘stand by’ hasta que se retomen nuevamente o hasta que la nueva gestión evalúe [estas actividades]. Con ellos también es difícil el tema del compromiso: hay muchas regiones que presentan falta de compromiso con el programa, hasta para brindar a los comités de gestión un lugar donde se puedan reunir, un espacio para actividades o donde se puedan hacer las sesiones de socialización. Eso también genera grandes retos. Teniendo en cuenta que muchos de los comités de gestión tienen comunidades muy alejadas y los gobiernos regionales no tienen esa mirada hacia estos locales alejados, es mucho más difícil trabajar con ellos” (Funcionaria del PNCM-SAF 1-Perú).

En cuanto a la articulación horizontal, los programas en Chile, Perú y Ecuador reportaron –con distintos matices– que la coordinación intersectorial a nivel de los territorios donde se implementa el servicio tiene el reto constante de ofrecer una atención integral a los niños y niñas y sus familias. Entre los cuellos de botella que se presentan

durante la implementación de los programas de visitas domiciliarias en los territorios, destacaron en las entrevistas con los funcionarios: la falta de un único padrón nominal integrado, donde figuren todos los niños y niñas menores de cinco años y sus familias que sea un referente para todos los servicios funcionando en el territorio; la sobrecarga a las familias, que muchas veces son visitadas más de una vez en una misma semana por distintos programas y, en algunas oportunidades, por motivos bastante similares; el limitado conocimiento de los equipos técnicos a cargo de las visitas sobre el actual catálogo de prestaciones de servicios de atención para la primera infancia de todos los sectores; entre otros.

En el caso de Perú, por ejemplo, las funcionarias entrevistadas identificaron como un desafío que no se cuenta con un padrón nominal homologado entre los diferentes sectores que atienden a la primera infancia (Salud, Desarrollo social, Educación), ni actualizado; lo que dificulta identificar, registrar y sobre todo realizar seguimiento nominal de las prestaciones que reciben los niños y niñas menores de seis años.

“Hay un tema ahí que tiene que ver con este sueño de la interoperabilidad. Mientras esa interoperabilidad no se gestione, creo que será complicado hacer seguimiento nominal. Lo que ocurre en el territorio a partir de la estrategia territorial Primero la Infancia, desde las IAL [Instancia de Articulación Local] se tiene una mirada distrital. Las IAL se han establecido en cada distrito y, desde esa mirada, hay trabajo local o manual, si se quiere. Pero, digamos, como programa nosotros no tenemos acceso para decir que tenemos seguimiento nominal o que conocemos la data del MINSA, que es el principal responsable de hacer seguimiento de todas estas intervenciones efectivas, pues tiene que ver con el paquete de servicios integrados y priorizados (...). En Cuna Más no tenemos esa posibilidad. Cuando hablamos de seguimiento nominal en el marco de la estrategia de gestión territorial, es más un trabajo de campo, de bases” (Funcionaria del PNCM-SAF 3-Perú).

En Ecuador, por su lado, uno de los funcionarios entrevistados hizo hincapié en que lograr una real articulación entre los diferentes sectores involucrados en la atención de la primera infancia fue un proceso que costó mucho. Las dificultades para coordinar se dieron, principalmente, entre los sectores Desarrollo social y Salud a nivel de los territorios, siendo un desafío el planeamiento y definición de metas en cada sector involucrado en la atención de la población infantil.

“(...) Tenemos un proceso de articulación que nos ha costado mucho. Desde 2012 hemos intentado generar mesas de articulación antes conocidas justamente como la Estrategia Infancia Plena, la Intervención Nutricional Territorial Integral (INTI), el Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (PANN 2000) y otras que generaban no sólo los temas de articulación en función a nutrición sino también a las diferentes necesidades de los territorios. Ahora con la Secretaría Técnica “Ecuador Crece Sin Desnutrición” hemos podido generar no sólo un proceso de rendición de cuentas o ver cuáles son las necesidades, sino que, a través de esta misma articulación, ya los ministerios ponen cuáles son los planes anuales con los que se va a trabajar y cuáles son las metas con las que se va a dar la garantía de derechos a los niños y niñas (...). Yo vengo también trabajando en gobiernos anteriores como técnico y ahora como autoridad, y sí puedo ver una diferencia de lo que estaba pasando en el territorio. Uno de ellos es, por ejemplo, que cada ministerio generaba su política pública y hacía su mesa por separado. Antes (...) teníamos la articulación de dos mesas para el mismo tema: uno el tema de las mesas intersectoriales del MIES, en las que participaban todos los ministerios, y también otra mesa de salud a la que iban también los mismos actores para sólo trabajar temas de salud y cada quien llevaba su política pública, en vez de que esta sea justamente una política articulada a todos los servicios que debe tener un niño para su desarrollo integral. Esto se mejoró a través del Decreto Ejecutivo que ya les mencionaba, y la voluntad política (...) (Funcionario de CNH 1-Ecuador).

Con respecto a Chile, las funcionarias entrevistadas dieron ejemplos sobre cómo la falta de articulación sectorial puede llegar a afectar la implementación de las visitas y la aceptación y participación de las familias en el programa. Indicaron que los equipos técnicos trabajando con familias en los territorios no conocen todas las prestaciones existentes a favor de la primera infancia y el desarrollo infantil, así como acerca del enfoque integral o multidimensional del modelo de atención de salud que se promueve en el PADB y, en particular, en las VDI. Como consecuencia, ocurre que las mismas familias son visitadas por trabajadores de más de un programa, cuando con un poco más de articulación local, hubiera bastado la visita de sólo uno que articule a la familia con los servicios que necesita y están disponibles en su localidad.

“Agregaría como desafío la permanente sensibilización de los equipos de la red: en todo el país son 80 mil funcionarios. Sobre las visitas domiciliarias, la sensibilización debe darse a todos, porque, como vemos, para el espacio relacional y vivencial de niños hay que tener herramientas clave y en lenguaje fácil de comprender respecto a temas de crianza respetuosa y sensible, que no sea una especie de checklist, sino indicativo. Desde ChCC hemos incursionado en un cambio de paradigma respecto a las particularidades de los niños y su tiempo de desarrollo (...). Es un cambio de paradigma que siento no está instalado en todos los equipos; hemos avanzado, pero debe estar permanentemente. Lo otro es que nuestros equipos en integración... si bien las políticas públicas han ido avanzando en el trabajo intersectorial, [los equipos aún] necesitan estar en conocimiento de la oferta. La red local elabora y tiene que actualizar sus catastros de ofertas, pero ¿eso cómo se traduce en el espacio de funcionarios? [Los funcionarios] también tienen agendas bien cerradas de atención de personas, tanto a nivel individual, grupal o en el terreno. Entonces, esa entrega debe estar actualizada en dos áreas: de lo que existe en el territorio, pero información actualizada en base a las normativas vigentes respecto al fortalecimiento en el desarrollo infantil integral” (Funcionaria del PADB–VDI 1–Chile).

“Como contaba [mi colega], hay distintos programas que intervienen [en el territorio]. Entonces, uno de los desafíos es articularnos para no colapsar a las familias con tantas visitas (...) (Funcionaria del PADB–VDI 2–Chile).

Finalmente, considerando la experiencia de las y los gestores entrevistados en el marco de este estudio, las mesas intersectoriales a nivel de los territorios pueden ser una alternativa para comprender y atender los nudos críticos de los servicios, incluido el de visitas domiciliarias, en la medida en que participen de ellas autoridades con poder de decisión; de lo contrario será muy difícil avanzar. En Perú, por ejemplo, en el marco de la Estrategia de Gestión Territorial “Primero la Infancia”, promovida por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, destacan las instancias de articulación regional y las instancias de articulación local, que son espacios de coordinación y articulación a nivel intersectorial e intergubernamental liderados por los gobiernos regionales o locales, según corresponda, a favor del DIT. Por su lado, en Ecuador se ha avanzado con mesas intersectoriales cantonales y zonales que buscan articular el trabajo de actores locales y nacionales e identificar nudos críticos en la implementación de los servicios o programas como Creciendo con Nuestros Hijos, tal como lo demuestra el siguiente testimonio.

“A nivel nacional existen mesas intersectoriales en cada una de las zonas, lo cual permite que entendamos los nudos críticos que tenemos con el servicio. La idea es que podamos entender cuáles son las observaciones y los nudos críticos de nuestro servicio, y la corresponsabilidad que tenemos las distintas instituciones para poder solventarlos. El tema del desarrollo infantil no es únicamente de nuestro ministerio. El tema es entender los nudos críticos que tenemos y que a esas mesas intersectoriales asistan autoridades para tomar decisiones, responder inquietudes, y que las tomas de decisiones respondan a las problemáticas existentes, tanto en el ámbito que tenemos en el MIES como en el resto de las instituciones” (Funcionaria de CNH 2–Ecuador).

Cuadro 3. Arreglos institucionales y la gestión de los programas de visitas domiciliarias en América Latina y el Caribe

País/Programa	Política en la que se enmarca el programa	Ministerio/institución responsable	Funcionamiento/organización del programa en los territorios	Participación social y/o comunitaria	Articulación del programa con otros sectores y/o programas del Estado
México: Programa de Visitas a los Hogares “Un Buen Comienzo”	Política Nacional de Educación Inicial que, a su vez, forma parte de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia que se coordina desde el SIPINNA	Secretaría de Educación Pública de México (SEP)	<ul style="list-style-type: none"> La rectoría del programa recae en la Dirección General de Desarrollo Curricular (DGDC) de la SEP. En cada estado de México esta institución cuenta con una oficina/dependencia homóloga que se encarga de la implementación y ejecución del presupuesto del programa. A nivel estatal y local/municipal se cuenta con equipos técnicos que monitorean las acciones del programa y realizan seguimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> El programa no cuenta con mecanismos de participación social/comunitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Secretaría de Salud Registro de Identidad de México
Uruguay: Programa de Acompañamiento Familiar	Política Pública de cobertura nacional—Uruguay Crece Contigo	Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)	<ul style="list-style-type: none"> La rectoría del programa recae en la División Territorios para Crecer, que pertenece a la Dirección Nacional de Desarrollo Social del MIDES. Esta División articula con otras instituciones y cuenta con equipos técnicos en los territorios, con quienes coordina acciones para la implementación de todas las políticas, programas y servicios dirigidos a la primera infancia diseñados en el marco de UCC. 	<ul style="list-style-type: none"> El programa no cuenta con mecanismos de participación social/comunitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud Pública Ministerio de Educación Instituto de Infancia de Uruguay Banco de Previsión Social Instituto de Rehabilitación Instituto del Niño y Adolescente Poder Judicial Fiscalía
Colombia: Servicio de Desarrollo Infantil en Medio Familiar	Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia “De Cero a Siempre”	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)	<ul style="list-style-type: none"> La Dirección de Primera Infancia del ICBF tiene la rectoría del programa. Cuenta con el apoyo de sus direcciones regionales y centros zonales para hacer seguimiento de los servicios del programa en sus respectivas jurisdicciones. A nivel local, las entidades administradoras del servicio (EAS) son las responsables de la implementación del programa. Los comités técnicos operativos están encargados de coordinar acciones y apoyar en el seguimiento de los contratos con las EAS. 	<ul style="list-style-type: none"> Corresponsabilidad con la comunidad. Las EAS generan alianzas estratégicas con organizaciones comunitarias para promover entornos comunitarios que estimulen el desarrollo infantil desde una mirada integral, garantizando los derechos de los niños y niñas. 	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud y Protección Social Programa Ampliado de Inmunización
Brasil: Programa Criança Feliz	Plan Nacional para la Primera Infancia 2020-2030	Ministerio de Desarrollo, Asistencia Social, Familia y Lucha contra el Hambre (ex Ministerio de la Ciudadanía)	<ul style="list-style-type: none"> La rectoría del programa la tiene la Secretaría Nacional de Cuidados y Familia del Ministerio de Desarrollo. Para la correcta implementación del programa, se creó un Comité Directivo Intersectorial, responsable de planificar y coordinar los elementos del programa. El comité es administrado por la Secretaría y requiere la articulación con los estados, distritos federales y municipios que se adhieran al programa, así como con los sectores de Asistencia social, Educación, Salud, Cultura y Derechos humanos. Los estados, en coordinación con los distritos federales y municipios, son responsables de las acciones del programa. 	<ul style="list-style-type: none"> El programa no cuenta con mecanismos de participación social/comunitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Comité Directivo Intersectorial gestionado por la Secretaría Nacional de Cuidados y Familia Programa de Beneficio de Prestação Continuada
Chile: Visita Domiciliaria Integral - PADBP	Subsistema de Protección Integral a la Infancia—Chile Crece Contigo	Ministerio de Salud, con participación del Ministerio de Desarrollo Social y Familia	<ul style="list-style-type: none"> Si bien la coordinación general de ChCC recae en el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, la coordinación técnica del PADBP —y, por lo tanto, de las VDI— recae en el Ministerio de Salud, específicamente en la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. La implementación de las VDI es responsabilidad de las redes locales de salud lideradas por los municipios, que reciben recursos para financiar esta estrategia y cuentan con responsables de ChCC. 	<ul style="list-style-type: none"> El programa no cuenta con mecanismos de participación social/comunitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Desarrollo Social y Familia Ministerio de Vivienda y Urbanismo Ministerio de Educación Junta Nacional de Jardines Infantiles Programa de Apoyo al Recién Nacido Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil Municipios

Cuadro 3. Arreglos institucionales y la gestión de los programas de visitas domiciliarias en América Latina y el Caribe (continuación)

País/Programa	Política en la que se enmarca el programa	Ministerio/institución responsable	Funcionamiento/organización del programa en los territorios	Participación social y/o comunitaria	Articulación del programa con otros sectores y/o programas del Estado
Jamaica: <i>Early Stimulation Programme</i>	Plan Estratégico Nacional para el Niño Jamaíquino entre 0 y 8 años (<i>National Strategic Plan for the Jamaican Child 0-8 years</i>)	Ministry of Health and Wellness (MOHW)	<ul style="list-style-type: none"> El programa es gestionado a nivel central por la Unidad de Salud Familiar del MOHW, con el apoyo del Instituto Caribeño de Investigación en Salud (CAIHR, por sus siglas en inglés) de la Universidad de West Indies. A nivel local, el programa se implementa en áreas que cuentan con un centro de salud en todos los distritos del país. 	<ul style="list-style-type: none"> Las visitas están a cargo de agentes comunitarias de salud (que son personas de la comunidad entrenadas por el programa). 	<ul style="list-style-type: none"> Comisión de la Primera Infancia (Early Childhood Commission – ECC), agencia del Ministerio de Educación responsable de coordinar actividades, planes y programas del sector de la primera infancia en el país.
Perú: Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más (PNCM)	Política Nacional Multisectorial para las Niñas, Niños y Adolescentes al 2030 Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social al 2023	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS)	<ul style="list-style-type: none"> La Dirección Ejecutiva del PNCM tiene la rectoría del servicio a nivel nacional. Específicamente, la Unidad Técnica de Atención Integral es responsable del diseño e implementación del SAF. En los territorios se cuenta con unidades territoriales encargadas de implementar el servicio en sus ámbitos de jurisdicción. 	<ul style="list-style-type: none"> Modelo de cogestión entre el Estado y la comunidad a través de los comités de gestión y consejos de vigilancia, integrados por miembros de la comunidad, que administran los recursos financieros y vigilan el adecuado funcionamiento, respectivamente. 	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud Ministerio de Educación Registro Nacional de Identificación y Estado Civil Programa Juntos
Ecuador: Servicio de Atención Familiar “Creciendo con Nuestros Hijos” (CNH)	Política Pública de Desarrollo Infantil Integral que forma parte de la Estrategia Nacional “Ecuador Crece Sin Desnutrición Crónica Infantil”	Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES)	<ul style="list-style-type: none"> Las decisiones técnicas sobre el diseño y gestión del programa recaen en la Subsecretaría de Desarrollo Infantil del MIES. A nivel distrital y zonal se cuenta con unidades desconcentradas que gestionan el servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> En el marco de CNH, se promueve la conformación de grupos de gestión comunitaria compuestos por organizaciones de base, miembros de la comunidad y las familias con el objetivo de articular y planificar acciones para el ejercicio de los derechos de las mujeres gestantes y los niños de la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud Pública Ministerio de Educación Ministerio de Agricultura Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda Ministerio de Finanzas Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Crónica Infantil Secretaría Nacional del Agua Unidad del Registro Social Registro Civil
Panamá: Programa Cuidarte	Plan de Atención Integral a la Primera Infancia, que forma parte de la Ruta de Atención Integral de la Primera Infancia.	Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)	<ul style="list-style-type: none"> La Dirección Nacional de Servicios de Protección Social del MIDES tiene la rectoría a nivel nacional, con representantes de entidades gubernamentales. A nivel regional están los nodos comunitarios de primera infancia (NODO) y las organizaciones proveedoras de servicios (OPS), encargadas de identificar a la población beneficiaria y conformar las unidades básicas de atención. A nivel local los comités técnicos distritales/comarcales o de zonas poblacionales, compuestos por representantes de entidades gubernamentales y OPS, se ocupan del seguimiento, aprobación y retroalimentación de diversos aspectos del programa. 	<ul style="list-style-type: none"> En el marco del programa, se promueve la cooperación entre las OPS y la comunidad, para el seguimiento, vigilancia y control social. 	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Educación Ministerio de Salud Tribunal Electoral
República Dominicana: Programa de Atención Integral a la Primera Infancia de Base Familiar y Comunitaria	Plan Nacional de Protección y Atención Integral a la Primera Infancia “Quisqueya Empieza Contigo”	Instituto Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia (INAIPI) del Ministerio de Educación (MINERD)	<ul style="list-style-type: none"> La Dirección Ejecutiva del INAIPI del MINERD tiene la rectoría del programa y cuenta con oficinas regionales en las que se apoya para la implementación. A nivel local el INAIPI asegura la implementación de sus distintas estrategias mediante alianzas y convenios con organizaciones no gubernamentales o de base social/comunitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Se implementa un modelo de cogestión a partir de la alianza con asociaciones sin fines de lucro y organizaciones de base comunitaria, para la gestión, seguimiento y cuidado del programa. 	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud Pública Centros de Atención Integral para la Discapacidad Registro de Nacimiento Juntas Locales de Protección y Restitución de Derechos Fiscalías especializadas en niños y adolescentes Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia

Fuente: Elaboración propia.

6.2. Currículo y estructura de las visitas domiciliarias de los programas alcance

Los diez programas de visitas domiciliarias de la región revisados para este estudio tienen en común contar con algún tipo de documento curricular que orienta las acciones pedagógicas y actividades de aprendizaje de los programas. Como se observa en el [cuadro 4](#) a continuación, en general todos los programas tienen la finalidad de promover el desarrollo integral de los niños y niñas y, en correspondencia con ello, consideran actividades en todas las áreas del desarrollo: físico, motor, cognitivo y socioemocional; que usualmente están organizadas según grupos de edad de los niños y niñas. Las actividades que realizan los programas con las familias durante las visitas apuntan a promover o fortalecer prácticas de cuidado saludable de los padres y madres de familia, así como apego seguro y aprendizajes en los niños y niñas a partir de las interacciones de calidad con sus cuidadores principales.

Si bien existen semejanzas entre los programas respecto a los contenidos curriculares, se observa que existen diferencias en cuanto a la propuesta metodológica de los programas, dependiendo del perfil que está a cargo de las visitas domiciliarias. En los diez programas revisados, los perfiles se pueden dividir en dos grandes grupos: aquellos programas donde las visitas están a cargo de personal profesional (México, Uruguay, Colombia, Brasil y Chile) y aquellos donde las visitas son realizadas por paraprofesionales o actores comunitarios (Jamaica, Perú, Ecuador, Panamá y República Dominicana).

De acuerdo con la información recogida para este estudio, la principal diferencia es que los programas donde las visitas están a cargo de actores comunitarios o paraprofesionales cuentan con pautas muy bien definidas sobre cómo realizar las visitas domiciliarias. En cada sesión que deben implementar está totalmente detallado el objetivo de la sesión, las áreas del desarrollo que se trabajan, la secuencia metodológica a seguir y los materiales que son necesarios en la sesión dados los ob-

jetivos. Ejemplos de este tipo de programas son el Servicio de Acompañamiento a Familias de Cuna Más en Perú y el Programa Creciendo con Nuestros Hijos en Ecuador, que han adaptado el currículo Reach Up (Jamaica). Con el pasar de los años, estos programas han ido desarrollando guías y manuales cada vez más completos y detallados para las facilitadoras a cargo de las visitas, porque la evidencia recogida sobre el funcionamiento del programa y sus resultados fue haciendo evidente que este nivel de estructuración era necesario para dar soporte a las agentes encargadas de las visitas.

Por otro lado, en el caso de los programas de visitas domiciliarias donde el personal a cargo de las visitas es profesional, la metodología suele enfatizar la importancia de realizar un diagnóstico inicial de la situación de la familia y, sobre esa base, elaborar junto a la familia un plan de trabajo. Si bien varios de esos programas contemplan momentos que deben darse con la familia durante una visita domiciliaria (surgiendo en algunos casos una estructura), la propuesta del programa enfatiza mucho la flexibilidad de la planificación y la importancia de adecuarse y responder a las necesidades específicas de cada familia. En estos programas también suele haber un énfasis en conectar a las familias con la red local de soporte existente en los territorios (servicios públicos) en función de sus necesidades. Ejemplos de este tipo de programas son el Programa de Acompañamiento Familiar de Uruguay Crece Contigo, las Visitas Domiciliarias Integrales del PADB Chile Crece Contigo y el Programa de Visitas a los Hogares “Un Buen Comienzo” de México. En esos casos, el trabajo que realizan con las gestantes y las familias parte de un diagnóstico de necesidades que realizan los profesionales sobre la situación de la familia. Sin embargo, sí se observan diferencias respecto a la frecuencia y duración de las visitas domiciliarias. Por ejemplo, en el programa de México, las visitas domiciliarias son semanales y tienen una duración de 90 minutos; en Uruguay hay mucha más flexibilidad, pues las visitas pueden desarrollarse semanal, quincenal o mensualmente, según los factores de

riesgo identificados en el diagnóstico inicial, y en principio tiene una duración de 60 minutos; mientras que en Chile sólo se realizan dos visitas por familia (hasta un máximo de cuatro) y su duración oscila entre 60 y 150 minutos.

Si bien ambos tipos de programas (visitas a cargo de profesionales versus visitas a cargo de actores comunitarios) tienen evidencia a su favor acerca de su efectividad (como se comenta más adelante), aquí el punto a resaltar es que los servicios que se entregan a la población en uno u otro escenario son de naturaleza distinta y hay que tenerlo presente. Un actor comunitario o paraprofesional muy bien entrenado y con el acompañamiento debido, no hace –en el marco de un programa de visitas domiciliarias– el mismo trabajo que un profesional, aunque sí tiene un menor costo.

Finalmente, un aspecto que resalta de comparar los diez programas de la región con los tres programas de la OCDE revisados, es que todos tienen en común trabajar para promover mejores prácticas de cuidado y crianza en los padres y madres de familia, y a través de ello, más y mejores aprendizajes en los niños y niñas. Sin embargo, sólo los programas de la OCDE tienen con toda claridad una capa adicional de interés del programa, enfocada en la búsqueda del bienestar familiar (de cada uno de los integrantes de la familia) y la mejora de las circunstancias personales y familiares ejecutando actividades que amplíen el conocimiento de la familia sobre oportunidades educativas y laborales, por ejemplo. Casos típicos de ese tipo de programas son Family Start y PAT.

Cuadro 4. Currículo, propuesta pedagógica y secuencia de las visitas domiciliarias en los diez programas estudio de caso

País/Nombre del programa	Personal a cargo de la visita	Currículo/propuesta pedagógica	Frecuencia de las visitas domiciliarias	Estructura de las visitas domiciliarias
México: Programa de Visitas a los Hogares “Un Buen Comienzo”	Agente educativo (docente educación inicial)	<p>Documento curricular: Educación inicial: Un Buen Comienzo. Programa de visita a los hogares. Manual para los agentes educativos (2019)</p> <p>Propuesta pedagógica propone 4 fundamentos: i) sostenimiento afectivo y establecimiento de vínculos tempranos; ii) el juego, la curiosidad, exploración y libertad del niño; iii) el desarrollo corporal; y iv) el lenguaje y la comunicación.</p> <p>Metodología del trabajo: Los agentes educativos realizan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico inicial. • Programan visitas según las necesidades e intereses de los niños, niñas y sus familias (Plan de trabajo junto a familias). • La planificación es flexible y se adecua según las necesidades observadas al momento de la visita al hogar, y la participación de los niños, niñas y sus cuidadores. 	Una vez a la semana, 90 minutos.	<p>Gestantes: Se divide en dos momentos: antes y después del parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el último trimestre de embarazo: preparación de las madres para un parto seguro y el inicio de la lactancia materna. • Post parto: desarrollo de apego seguro y sostenimiento afectivo. • Seguimiento de vacunación de niños, tramite de su acta de nacimiento y documento de identidad. <p>Familias: Secuencia estructurada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación; • Indagación: consulta sobre actividades realizadas; • Encuadre: indagación sobre intereses y necesidades de los niños; • Actividad: promoción de juego libre, comunicación, exploración y creatividad; • Cierre.
Uruguay: Programa de Acompañamiento Familiar	Dupla de profesionales del área social y del área de la salud.	<p>Currículo: Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo del Niño y de la Niña Menores de 5 años (2018)</p> <p>Cuatro áreas de desarrollo: i) motora, ii) coordinación, iii) lenguaje, y iv) social.</p> <p>Metodología del trabajo: El programa trabaja con enfoque de proximidad/cercanía:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de la situación de las gestantes/familias. • Elaboración de un plan de trabajo junto a las familias. • Flexibilidad en la frecuencia, duración e incluso el espacio/lugar de las visitas para responder a las necesidades de las mujeres gestantes y las familias. 	Semanales, quincenales o mensuales (dependiendo del factor de riesgo), 60 minutos.	Las visitas domiciliarias no siguen una estructura rígida. Cada caso es distinto, según necesidad de la gestante o la familia.
Colombia: Desarrollo Infantil en Medio Familiar	Agentes educativos (profesionales de educación, psicosociales o de salud)	<p>Currículo: Marco pedagógico y metodológico–Manual Operativo 2022</p> <p>Propone un conjunto de 17 prácticas y acciones que contribuyen al desarrollo infantil. Estas prácticas incluyen generar experiencias de disfrute del juego; acompañar el desarrollo de la autonomía; promover la construcción de normas y límites; fomentar la alimentación adecuada y los cuidados necesarios para una buena salud, entre otras.</p>	Una vez al mes, entre 60 y 90 minutos.	<p>Se identifican tres momentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conectarnos: generar espacio de interacción con la gestante o el niño; • Construyendo juntos: acciones pedagógicas planificadas; • Comprometernos: recojo de experiencias y aprendizajes de la sesión.
Brasil: Programa Criança Feliz	Visitadores (profesionales de nivel medio, con ocupaciones en educación social o cuidado social; y de nivel superior, que son antropólogos, sociólogos, entre otros).	<p>Currículo: Guía para Visita Domiciliar (Ministério da Cidadania, 2019).</p> <ul style="list-style-type: none"> • El programa adopta el diseño curricular del PIM organizado en tres ejes estructurales: la familia, la comunidad y la intersectorialidad. • La propuesta sigue el enfoque de “Cuidado para el Desarrollo Infantil (CDI)” de UNICEF y la OPS, centrado en el fortalecimiento de las capacidades de las familias y cuidadores para jugar y comunicarse con los niños y niñas, con el objetivo de que ello promueva su desarrollo físico, al igual que sus habilidades cognitivas y socioemocionales. • Las actividades están organizadas según grupos etarios; 6 en total. 	<p>Gestantes: Dos visitas al mes, 45 minutos.</p> <p>Familias: Niños de 0 a 36 meses: una vez a la semana, 45 minutos. Niños de 37 a 72 meses: dos visitas al mes, 45 minutos.</p>	<p>Con familias y gestantes se sigue esta secuencia estructurada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acogida: salud; • Desarrollo: se realizan dinámicas orientando a los cuidadores y fomentando la interacción con hijos; • Evaluación: diagnóstico de las actividades realizadas.

Cuadro 4. Currículo, propuesta pedagógica y secuencia de las visitas domiciliarias en los diez programas estudio de caso (continuación)

País/Nombre del programa	Personal a cargo de la visita	Currículo/propuesta pedagógica	Frecuencia visitas domiciliarias	Estructura de las visitas domiciliarias
Chile: Visita Domiciliaria Integral	Enfermero, médico, trabajador social, psicólogo, nutricionista, o profesional de la sala de estimulación.	<p>Currículo: Orientaciones técnicas de la Visita Domiciliaria Integral para el Desarrollo Biopsicosocial de la Infancia (2009) Orientaciones técnicas de las Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil (MADI) (2015)</p> <p>Metodología del trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> • La frecuencia y número de sesiones se define según los recursos de los centros de salud y los resultados de la evaluación diagnóstica (factores de riesgo detectados durante el primer control de embarazo o en los subsiguientes controles de salud). • Se diseña un plan de trabajo personalizado para la gestante y su familia, en el cual se evalúa su situación de vulnerabilidad y se identifica las intervenciones y derivaciones más pertinentes según las necesidades detectadas. 	Dos visitas por familia focalizada (en casos excepcionales, hasta 4).	<p>Primera visita: establece contacto con la familia y complementa el diagnóstico inicial. Sigue esta secuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicio: establecimiento de contacto; • Desarrollo: exploración de situación de la familia, identificación de nuevas situaciones o problemas, indagación sobre hábitos y rutinas familiares; • Cierre: establecimiento de plan de intervención inicial y acuerdos y compromisos. <p>Segunda visita: parte de un Plan de Intervención Familiar, que se centra en realizar un seguimiento del plan establecido y llevar a cabo las intervenciones.</p>
Jamaica: <i>Early Stimulation Programme</i>	Agentes comunitarias de salud	<p>Currículo: <i>Reach Up and Learn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • El programa propone actividades de juego y lenguaje que van aumentando su dificultad según la edad de los niños. • Actividades organizadas según grupos de edad (intervalos de tres meses): 0 a 5, de 6 a 8, de 9 a 11, de 12 a 14, de 15 a 17, de 18 a 20, y así sucesivamente hasta 36 meses. 	Una vez a la semana, entre 45 y 60 minutos.	<p>Visitas domiciliarias siguen una secuencia estructurada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conversación sobre progreso y desarrollo de actividades. 2. Presentación y realización de actividades. 3. Recuento de las actividades planificadas para la semana.
Perú: Servicio de Acompañamiento a Familias	Facilitadoras (actor comunitario)	<p>Currículo: Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más (MIDIS, 2023b)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Currículo adaptado de <i>Reach Up and Learn</i> de Jamaica. • Busca contribuir con el desarrollo cognitivo, motor (tanto gruesa como fina), lenguaje y socioemocional de los niños. • Pautas bien definidas sobre cómo deben realizarse las visitas domiciliarias, qué secuencia metodológica seguir, las áreas del desarrollo que se trabajan en cada sesión y los materiales que son necesarios en cada sesión dependiendo de los objetivos. • Actividades organizadas según grupos de edad de los niños. • Visitas dirigidas a familias abordan: i) prácticas de cuidado saludable; y ii) aprendizaje e interacciones de calidad y apego seguro. • Visitas dirigidas a gestantes abordan salud, bienestar y cuidado prenatal. 	Una vez a la semana, 60 minutos.	<p>Visitas domiciliarias siguen una secuencia estructurada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo empiezo la visita domiciliaria a familias?: saludo a la familia y seguimiento de compromisos. 2. ¿Qué haremos en la visita domiciliaria a familias?: actividades de juego y comunicación; y reflexión sobre cuidado de la salud de los niños. 3. ¿Qué aprendió el cuidador principal?: recuento de actividades desarrolladas. 4. ¿Cuáles son sus compromisos?: establecimiento de compromisos para la semana. 5. ¿Cómo termino la visita domiciliaria a las familias?: acuerdo de fecha de la siguiente visita.
Ecuador: Servicio de Atención Familiar "Creciendo con Nuestros Hijos"	Educadoras familiares	<p>Currículo: El diseño curricular del programa CNH toma como referencia el currículo nacional de educación inicial del Ministerio de Educación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las consejerías para familias tienen que ver con el juego, el lenguaje, los entornos protectores y la salud y nutrición. En el caso de las gestantes, las consejerías se enfocan en la estimulación prenatal. • Actividades organizadas según grupos de edad de los niños. • Dos tipos de consejerías: i) individual: dirigida a gestantes y familias con niños menores de 18 meses, se brindan en los hogares una vez a la semana por 60 minutos; y ii) grupales: dirigidas a las familias con niños y niñas entre 19 y 36 meses, se realizan en espacios de la comunidad una vez a la semana por 90 minutos, en grupos diferenciados según las edades de los niños. • Seguimiento en el hogar: Una vez al mes, 30 minutos para verificar que se estén realizando las actividades sugeridas. 	Una vez a la semana, 60 minutos	<p>Las consejerías con familias individuales y grupales siguen esta estructura:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fase previa: preparación del ambiente en función a actividades planificadas y seguimiento de acuerdos establecidos. 2. Jugando en familia: actividades demostrativas de juego y lenguaje. 3. Compartiendo saberes: conversatorio sobre salud y entornos protectores a partir de la observación de las necesidades de la familia. 4. Cierre: recapitulación de actividades y establecimiento de acuerdos y compromisos.

Cuadro 4. Currículo, propuesta pedagógica y secuencia de las visitas domiciliarias en los diez programas estudio de caso (continuación)

País/Nombre del programa	Personal a cargo de la visita	Currículo/propuesta pedagógica	Frecuencia visitas domiciliarias	Estructura de las visitas domiciliarias
Panamá: Programa Cuidarte	Maestras comunitarias (actor comunitario)	<p>Currículo: El programa cuenta con guías pedagógicas para el desarrollo de las visitas domiciliarias, que son una adaptación del diseño curricular del programa de visitas domiciliarias <i>Reach Up and Learn</i> de Jamaica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considera actividades para mejorar la interacción entre los niños y sus cuidadores principales y pone énfasis en la promoción del juego. • Prioriza actividades que puedan realizarse como parte de las rutinas diarias de las familias. • Actividades organizadas según grupos de edad de los niños. 	Una vez a la semana, 60 minutos.	<p>Visitas domiciliarias siguen una secuencia estructurada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se entabla una conversación con la madre sobre las dinámicas realizadas desde la última visita. 2. Se presentan los materiales a usar y las actividades del día. 3. Se concluye motivando la participación continua de la madre durante la semana.
República Dominicana: Programa de Atención Integral a la Primera Infancia de Base Familiar y Comunitaria	Animadoras	<p>Currículo: Guía para el Componente Educativo en las Visitas a Hogares para Niños y Niñas de 3 y 5 años (INAIFI, 2015).</p> <ul style="list-style-type: none"> • La guía plantea actividades relacionadas con la promoción y cuidado de la salud, la nutrición y educación temprana según las distintas etapas de desarrollo de los niños. • El programa cuenta con manuales y protocolos donde se presentan acciones concretas a realizar antes y durante las visitas domiciliarias. • Los temas que orientan el diálogo y las actividades durante las visitas son: i) conocer las características propias de los niños y niñas; ii) la forma de pensar de los niños y niñas; iii) el deseo de jugar; iv) juegos en interacción con sus pares; v) ayuda en el desarrollo del lenguaje; vi) importancia del autoconcepto y la autoestima; vii) establecimiento de rutina; viii) rol de la familia en el cuidado de la comunidad; ix) cómo establecer mejores relaciones con los demás; y x) la importancia de los límites. 	Dos veces al mes, 60 minutos.	<p>Visitas domiciliarias siguen una secuencia estructurada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambientación y revisión de compromisos anteriores. 2. Actividades y reflexión sobre salud, nutrición y educación. 3. Recapitulación de lo realizado y despedida.

Fuente: Elaboración propia.

6.3. Oportunidades de capacitación y desarrollo profesional de los recursos humanos a cargo de las visitas

Tal como se observa en el [cuadro 5](#) que se presenta en las siguientes páginas, casi la totalidad de los programas de visitas domiciliarias de la región revisados para este estudio se encargan de ofrecer a su personal una capacitación inicial cuando recién se unen al programa, independientemente de si se trata de un programa a cargo de profesionales o de actores comunitarios o paraprofesionales. Por lo general, las capacitaciones iniciales tienen en común que les presentan a los responsables de la visita la información necesaria sobre su rol como visitadores, las funciones que van a cumplir con relación a las visitas y los encuentros grupales, los protocolos o procedimientos sobre cómo realizar el trabajo con familias y niños, así como con gestantes, y cómo reportar o hacer seguimiento al avance de los usuarios. Estas capacitaciones suelen estar a cargo de los propios equipos técnicos del programa, ya sea a nivel de los territorios o a nivel central.

Respecto a la formación continua de su personal, todos los programas revisados la ofrecen en alguna forma, ya sea mediante capacitaciones en servicio, mentorías o acompañamiento, o una combinación de los anteriores. Respecto a las capacitaciones en servicio, se observa mucha variabilidad en la forma y frecuencia que estas pueden tomar en los diferentes programas, situación que parece ser independiente del perfil que está a cargo de las visitas. Existen programas de visitas domiciliarias como los de Perú, responsabilidad de actores comunitarios; o los de Uruguay, a cargo de una dupla de profesionales, donde está previsto que la capacitación en la práctica se dé una vez al mes o incluso más seguido (en Perú, por ejemplo, son 16 sesiones de formación continua por año). Como se precisa en el [cuadro 5](#), las capacitaciones son tanto presenciales como remotas (mediante llamadas telefónicas o videoconferencias), e incluso algunos programas contemplan otras posibilidades adicionales a las sesiones de capacitación, como los grupos de reflexión en el programa DIMF de Colombia o la posibilidad de pasantías en el programa CNH de Ecuador.

Un aspecto en el que sí parecería haber un matiz diferente según el perfil a cargo de las visitas es en el de las oportunidades de mentoría o acompañamiento. En todos los programas en que las visitas están a cargo de actores comunitarios o paraprofesionales (Jamaica, Perú, Ecuador, Panamá y República Dominicana), sin excepción existe la figura de un profesional que cumple la labor de supervisor inmediato del visitador, acompañando a esta persona por lo menos una vez al mes durante la visita domiciliaria y ofreciéndole retroinformación sobre su desempeño.

En el caso de los programas en que las visitas están a cargo de profesionales, la situación es variable. Por ejemplo, los programas de visitas domiciliarias de México y de Colombia ofrecen acompañamiento por lo menos una vez al mes con los supervisores o coordinadores; mientras que, en Uruguay y Chile, aunque está disponible la posibilidad de un acompañamiento con el supervisor, el esquema parece bastante más laxo y no está preestablecida la frecuencia. Es más, incluso en el Programa de Acompañamiento Familiar de Uruguay, lo que se promueve principalmente es un acompañamiento entre pares, donde las “duplas” que tienen más tiempo y experiencia trabajando en el programa acompañan en sus visitas al personal que recién se incorpora.

A pesar de los esfuerzos de los programas por implementar consistentemente procesos de capacitación inicial y en servicio para su fuerza laboral, evaluaciones de implementación de algunos de los programas revelan que existen problemas con la calidad de las visitas ([Santos et al., 2022](#); [MEF, 2016](#)) y que es necesario seguir fortaleciendo a quienes cumplen el rol de visitadores, para que estén mejor preparados y tengan más herramientas para generar un vínculo adecuado entre los cuidadores y sus niños y niñas, así como interacciones de calidad entre ellos.

Respecto a las oportunidades de desarrollo profesional, sólo en el caso de los programas de visitas domiciliarias a cargo de personal profesional, la fuerza laboral tiene expresamente oportunidades de ascender o ser promovidos dentro del propio programa. Por ejemplo, las “duplas” en Uruguay y las agentes educativas en México pueden ascender dentro del programa y llegar a ejercer el rol de supervisores. De hecho, en

las entrevistas realizadas en el marco de este estudio, se relevó que esas oportunidades de desarrollo profesional para la fuerza laboral a cargo de las visitas domiciliarias constituyen un aspecto importante de la agenda del programa.

“Hay agentes que han subido como supervisores, porque tienen muy buena experiencia, porque han trabajado muy bien, porque tomaron ese diplomado de Tlaxcala que fue becado por el mismo programa de expansión de la educación inicial; fue totalmente gratuito para ellos, con contenido y con todo lo nuevo. Porque eso también cuidamos: que cuando se dan las capacitaciones –ya sea por el Estado, la federación– se trabajen temáticas que no contrapongan el programa y la metodología que estamos manejando. Entonces sí cuidamos toda esa parte” (Funcionaria de la Estrategia de Visitas a los Hogares “Un Buen Comienzo” 4–México).

En el caso de los programas a cargo de personal paraprofesional o actores comunitarios, si bien la figura anterior de una promoción o ascenso no existe, algunos programas apuestan por la certificación de competencias profesionales de los actores comunitarios, como en Perú y Ecuador, a fin de darle un respaldo a sus años de experiencia realizando la labor de promoción del desarrollo infantil en sus comunidades. Este punto también fue levantado por los funcionarios entrevistados:

“Desde el 2019 hemos comenzado con el proceso de certificación de competencias que, de alguna manera, les da un reconocimiento público de las competencias que han adquirido en su desarrollo como facilitadoras (...). La certificación de competencias es una oportunidad para las facilitadoras/facilitadores para poder capitalizar todo este proceso formativo en el tema de desarrollo infantil temprano que reciben de Cuna Más de manera regular, a través de nuestra propuesta de capacitación inicial y continua” (Funcionaria del PNCM–SAF 1–Perú).

“[Las educadoras] ingresan como bachilleres y es aquí, en la institución, donde les damos el tema de la tecnología en tercer

nivel, que es pagada por el mismo Estado ecuatoriano para garantizar la calidad en el servicio. Ahora estamos trabajando también en otro proyecto de esta subsecretaría, con el objeto de que nuestras educadoras que ingresan al servicio y se encuentran con una escolaridad de bachillerato, pasen a obtener un título de tercer nivel, pero también para aplicar a lo que es el magisterio y poder entrar en el ministerio de educación. Estamos también trabajando en esta mejora de la calidad del servicio y gestión del talento humano buscando generar maestrías a nivel de tecnología para poder seguir afinando las destrezas que tienen las educadoras (...). Muchas de las educadoras han venido trabajando de manera empírica. Pero este empirismo ha generado que tengan conocimientos y la expertise para trabajar con nuestros niños y niñas, motivo por el cual también trabajamos en el tema de certificación de experiencia laboral. Y estos certificados avalan tener con ellas contrataciones. Se llaman certificados de competencias laborales” (Funcionario de CNH 1–Ecuador).

Más allá de sus oportunidades de formación, durante las entrevistas varios gestores señalaron que tanto el personal profesional como paraprofesional a cargo de las visitas domiciliarias enfrenta una serie de desafíos relacionados con sus condiciones laborales o del trabajo voluntario que realizan, que compromete su continuidad o participación en los programas. Por ejemplo, en Ecuador existe una alta rotación entre las educadoras familiares del CNH, debido a que su trabajo es demandante, y la carga de trabajo, alta. En Perú, las facilitadoras a cargo del SAF reciben una “propina” (estipendio), que no sería una compensación adecuada para el trabajo demandante que realizan. En México, las agentes educativas están insatisfechas con sus condiciones laborales debido a que su trabajo es poco remunerado, sus jornadas laborales son extensas y, además, es “riesgoso”, pues en las colonias periféricas donde se focaliza el programa existen altos índices de delincuencia y narcotráfico. Adicionalmente se tiene dificultades para cubrir las plazas de las agentes educativas debido a problemas administrativos, siendo uno de ellos que la contratación del personal tarda demasiado.

Cuadro 5: Oportunidades de formación y desarrollo profesional del personal a cargo de las visitas domiciliarias en los diez programas estudios de caso

País/Nombre del programa	Personal a cargo de la visita	Capacitación inicial	Capacitación en servicio	Oportunidades de mentoría, acompañamiento, etc.	Oportunidades de desarrollo profesional
México: Programa de Visitas a los Hogares “Un Buen Comienzo”	Agente educativo (docente de educación inicial).	Centrada en los fundamentos pedagógicos del Programa. Temas: i) el programa curricular de las visitas domiciliarias; ii) arte y juego; iii) planeación y registro; iv) experiencias artísticas; v) mediadores de lectura; vi) gestión institucional; vii) evaluación de procesos; viii) crianza compartida; y ix) capacidades parentales y masculinidades. Está a cargo del equipo de educación inicial de la SEP junto con los supervisores.	Tres eventos anuales de carácter obligatorio para fortalecer diversos aspectos del trabajo de los agentes educativos.	Una vez al mes se realizan reuniones entre el supervisor y las agentes educativas a su cargo para revisar las áreas del desarrollo infantil que serán abordadas durante las visitas.	En algunos estados de México, los agentes educativos no tienen título formal como docentes pero cuentan con una plaza del Programa de Apoyo al Empleo (PAE). En estos casos, la SEP destina recursos para acciones formativas como la entrega de becas y la realización de congresos, simposios y/o diplomados orientados a profesionalizar a este personal. Las agentes educativas pueden ascender dentro del programa y convertirse en supervisoras.
Uruguay: Programa de Acompañamiento Familiar	Dupla de profesionales del área social y del área de la salud.	Las duplas siguen un proceso de inducción a cargo del equipo de capacitación y de los supervisores del programa, en el que se les explica temas básicos sobre el trabajo con las familias, protocolos de atención, mapas de ruta, entre otros.	<ul style="list-style-type: none"> • Videoconferencias mensuales obligatorias sobre desarrollo infantil temprano e intervenciones familiares. • Encuentros regionales y encuentro nacional de UCC. • Talleres presenciales con especialistas (parteras, nutricionistas, trabajadores sociales, etc.) sobre lactancia, sueño seguro, discapacidad, etc. (con apoyo de UDELAR). • Participación en jornadas académicas. • Apoyo a la elaboración de investigaciones y presentación de ponencias sobre aprendizajes prácticos. 	Las “duplas” que tienen tiempo trabajando en el programa acompañan en sus visitas al personal que recién se incorpora. Acompañamiento del supervisor al trabajo de la dupla.	Las profesionales de las duplas pueden ascender dentro del programa y convertirse en supervisoras.
Colombia: Desarrollo Infantil en Medio Familiar	Agentes educativos (profesionales de educación, psicosociales o de salud).	Jornada de inducción de 24 horas presenciales a cargo del equipo de las EAS. Amplio número de temas que van desde la presentación del ICBF y las EAS y la Política de Estado para la Primera Infancia de “Cero a Siempre” y protocolos del sector, hasta aspectos vinculados directamente con el modelo basado en hogares y su marco metodológico y pedagógico, entrando propiamente al tema de las prácticas y acciones familiares y comunitarias que favorecen el desarrollo infantil.	Capacitación continua en prácticas y acciones que refuerzan el desarrollo integral de los niños y las mujeres gestantes. Temas: i) la lactancia materna exclusiva y alimentación/educación nutricional; ii) detección y prevención de enfermedades prevalentes en la infancia; iii) fortalecimiento familiar y prevención de los diferentes tipos de violencia; iv) las herramientas y orientaciones para la implementación de enfoque de derechos, diferencial y el reconocimiento de la diversidad. Modalidades: i) Grupos de reflexión y aprendizaje: 1 vez al mes, 4 horas; ii) Talleres creativos: 1 vez al mes, 4 horas. Se promueve la exploración de distintos materiales.	Fortalecimiento técnico situado: una vez al mes, el coordinador del grupo territorial brinda acompañamiento pedagógico durante las visitas domiciliarias.	

Cuadro 5: Oportunidades de formación y desarrollo profesional del personal a cargo de las visitas domiciliarias en los diez programas estudios de caso (continuación)

País/Nombre del programa	Personal a cargo de la visita	Capacitación inicial	Capacitación en servicio	Oportunidades de mentoría, acompañamiento, etc.	Oportunidades de desarrollo profesional
Brasil: Programa Criança Feliz	Visitadores (profesionales de nivel medio, con ocupaciones de educación social o cuidado Social, y de nivel superior, que son antropólogos, sociólogos, etc.).	Centrada en contenidos metodológicos, temas a tratar en las visitas domiciliarias y métodos de enseñanza. Está a cargo de los supervisores, pertenecientes a los municipios y distritos federales.	Los visitadores reciben capacitación y evaluación permanente sobre las metodologías y contenidos del programa. La Secretaría Nacional de Cuidados y Familia se encarga de formar a los supervisores que, a su vez, capacitan a los visitadores.		
Chile: Visita Domiciliaria Integral	Enfermero, médico, trabajador social, psicólogo, nutricionista, o profesional de la sala de estimulación.			Los profesionales del equipo de cabecera reciben orientaciones técnicas del equipo del centro de salud donde trabajan. Con ellos realizan consultas técnicas y exponen dificultades que se presentan durante las visitas. No se especifica frecuencia de reuniones.	
Jamaica: <i>Early Stimulation Programme</i>	Agentes comunitarias de salud	Los agentes comunitarios reciben capacitaciones sobre: i) los objetivos y las actividades planificadas para cada visita, ii) el desarrollo infantil, iii) la importancia de la participación de los padres en el desarrollo de sus hijos, iv) los protocolos a seguir para una visita domiciliar exitosa, v) el uso del currículo, y vi) la elaboración de materiales/juguetes para las sesiones.		Los supervisores (quienes usualmente son enfermeros, nutricionistas o educadores de la salud) acompañan a los agentes comunitarios de salud durante las visitas por lo menos una vez al mes y les brindan retroalimentación sobre su desempeño en la visita.	
Perú: Servicio de Acompañamiento a Familias	Facilitadoras (actor comunitario)	Inducción: obligatoria dentro de los primeros 10 días de ingreso de la facilitadora al programa. Ofrece información básica sobre las directivas, procedimientos y otros documentos normativos y de gestión operativa del SAF. Puede ser individual o grupal, así como presencial o remota. Formación inicial: facilitadoras reciben 7 sesiones: i) el rol del facilitador, ii) organización de las visitas y sesiones de socialización, iii) visita domiciliar a familias con niños, iv) visita domiciliar a gestantes, v) las sesiones de socialización, vi) promoción de interacciones sensibles y oportunas en el cuidador principal, vii) la ficha de señales de alerta en el SAF.	Facilitadoras reciben 16 sesiones de formación continua; pueden darse de forma presencial o remota, y cada sesión dura 2 horas, aproximadamente. El objetivo de desempeño de las primeras 13 sesiones es orientar al cuidador principal y la gestante en las prácticas de cuidado saludable y prácticas de aprendizaje durante las visitas domiciliarias y sesiones de socialización; mientras que en las 3 últimas el objetivo de desempeño es realizar el seguimiento al DIT en el marco de un reporte y derivación oportuna.	Las acompañantes técnicas (AT) acompañan a las facilitadoras en algunas de sus visitas domiciliarias del mes, observan su desempeño y les ofrecen retroinformación y realizan recomendaciones pertinentes.	Desde el año 2022, el programa inició un proceso de certificación de las competencias profesionales de las facilitadoras a cargo de las visitas domiciliarias.

Cuadro 5: Oportunidades de formación y desarrollo profesional del personal a cargo de las visitas domiciliarias en los diez programas estudios de caso (continuación)

País/Nombre del programa	Personal a cargo de la visita	Capacitación inicial	Capacitación en servicio	Oportunidades de mentoría, acompañamiento, etc.	Oportunidades de desarrollo profesional
Ecuador: Servicio de Atención Familiar “Creciendo con Nuestros Hijos”	Educadoras familiares.	Al ingresar al servicio, las educadoras familiares reciben una inducción teórica y práctica de parte de las coordinadoras técnicas territoriales, que les brindan información sobre la institución, así como sobre las consejerías familiares y la articulación intersectorial.	Capacitaciones presenciales en temas de desarrollo infantil integral a cargo de las coordinadoras territoriales. También se realizan pasantías y se organizan círculos de estudio.	Encuentros quincenales de mentoría para fortalecer la gestión del servicio. Coordinadoras técnicas proporcionan información y acompañamiento a las educadoras familiares durante la planificación de las consejerías familiares, y observan periódicamente su trabajo en las visitas para brindarles retroalimentación.	Se les brinda oportunidades a las educadoras familiares para obtener títulos de tercer nivel. En la actualidad están trabajando en el sector para certificar las competencias laborales de las educadoras familiares.
Panamá: Programa Cuidarte	Maestras comunitarias (actor comunitario).	Inducción para quienes se integran por primera vez como maestras comunitarias. En esta se desarrollan las funciones que cumplirán como parte del Programa en el marco de las visitas y los encuentros educativos comunitarios. Específicamente se abordan los lineamientos, normas, manuales operativos y guías de implementación de las visitas. Son responsabilidad de las coordinadoras a cargo de los nodos comunitarios de primera infancia.	Son tres jornadas de formación anuales para maestras comunitarias sin experiencia en el programa. Busca reforzar aspectos pedagógicos y/o de gestión vinculados al trabajo que realizan en el programa. La formación está a cargo de maestras comunitarias con experiencia o funcionarias provinciales del MIDES o el MEDUCA.	Las supervisoras realizan sesiones semanales con las maestras comunitarias para dar seguimiento al cumplimiento del Plan Pedagógico y la ejecución del cronograma de visitas Una vez al mes, supervisoras acompañan a las maestras comunitarias en sus visitas y les brindan mentoría.	
República Dominicana: Programa de Atención Integral a la Primera Infancia de Base Familiar y Comunitaria	Animadoras.			Las animadoras reciben orientaciones por parte del agente de estimulación temprana para realizar sus visitas domiciliarias. No se especifica en qué consiste exactamente esta orientación, ni su frecuencia.	

Fuente: Elaboración propia.

6.4. Equidad de género en el diseño e implementación de los programas

Casi todos los programas de visitas domiciliarias incorporan el enfoque de género como uno de sus principales enfoques o principios sobre los que se sustenta el programa. Esto por lo general se traduce como el reconocimiento expreso de parte de los programas respecto a la corresponsabilidad de ambos progenitores (padre y madre) en el cuidado y educación de sus hijos. Los programas desde su diseño hacen un llamado a trabajar no sólo con las madres sino también con los padres de familia, aspirando a comprometerlos en las tareas de cuidado y crianza de sus hijos e hijas.

Adicionalmente, algunos programas, como los de Uruguay y Colombia, incorporan una capa adicional y declaran que tienen el propósito de promover también una reflexión sobre los roles de género y las responsabilidades en el hogar, incorporando en sus documentos normativos un reconocimiento a la distribución actual de los roles de cuidado y protección entre hombres y mujeres en el hogar, haciendo un compromiso porque esta sea más equitativa y no se sigan perpetuando estereotipos de género que asocian las tareas de cuidado con lo femenino.

Como bien se sabe, pasar del dicho al hecho no siempre es fácil y la implementación de ese enfoque de género con frecuencia enfrenta algunos desafíos. Un avance importante es que, como se expresa en el [cuadro 6](#), varios programas de visitas domiciliarias despliegan en la práctica acciones y tienen recursos y materiales (por ejemplo, videos sobre prácticas de crianza) para dirigirse a todos los cuidadores principales en el hogar, incluyendo a los padres. En esa línea, por ejemplo, una de las funcionarias del programa “Un Buen Comienzo” en México, resaltó durante la entrevista que un logro alcanzado por el programa consiste en contar con una mayor participación de todos los miembros del hogar –y no únicamente de la madre– en el trabajo que realizan los y las agentes educativos durante las visitas domiciliarias.

“Ha habido mayor participación por miembros de familia; antes, sólo era la mamá [la que participaba], ahora es la mamá, el papá y los cuidadores. Dejan a sus hijos jugar, crean espacios para el juego, hay involucramiento de integrantes y se les da un diploma de intervención con las familias. Se visibiliza a los niños en programas preescolares, se implementan buenas prácticas en alimentación perceptiva por parte de los padres, entre muchas otras [acciones positivas logradas]. Hay más involucramiento de miembros de la familia, no sólo de la figura materna, y también reconocen el juego como potenciador o medio para potencializar aprendizajes, alimentos, etc.” (Funcionaria del Programa de Visitas a los Hogares “Un Buen Comienzo” 3–México).

Sin embargo, esta política de promover desde el programa una corresponsabilidad en el cuidado y crianza de los niños y niñas en el hogar encuentra algunos desafíos. En primer lugar, en programas como los de Brasil o Perú, por ejemplo, se reporta que –a pesar de estar preparado para dirigirse a ambos cuidadores– en la práctica los padres no están participando de las visitas. Una estrategia implementada en Perú para hacer frente a esa situación, fue tratar de programar las visitas domiciliarias durante el día de descanso de los varones (padres) para asegurar su presencia y participación.

“En algunos lugares incluso se ha intentado coincidir con el día de descanso que tiene el papá, aunque sea una vez e interactúan con ambos. Está presente también” (Funcionaria del PNCM–SAF 3–Perú).

“Se trabaja y la facilitadora fomenta la participación del padre. Se está trabajando con ellos el tema de que el cuidado del niño no es sólo de la mamá, sino que el cuidado del niño es responsabilidad tanto de la mamá como del papá. Y ambos contribuyen al crecimiento del niño. Entonces sí se recomienda, se trabaja: la facilitadora recuerda al cuidador principal que siempre se tenga la participación del padre en la visita” (Funcionaria del PNCM–SAF 4–Perú).

Una segunda dificultad de la implementación del enfoque de género que fue levantada durante las entrevistas realizadas en el marco de este estudio es que a veces –aunque el deseo es involucrar a ambos progenitores– el protocolo pauteado durante la visita domiciliar está particularmente enfocado en la madre, que es quien por defecto se considera el mejor informante en el hogar sobre la situación de sus hijos. Por ejemplo, en el caso de Uruguay, el equipo técnico reconoció que cuando las profesionales de las duplas llegaban a trabajar al hogar con las familias, todo iba dirigido hacia la madre (la ficha de datos se llenaba con ella, la entrevista para el diagnóstico también, etc.) y entonces –sin quererlo– contribuían a perpetuar estereotipos de género sobre el cuidado y la crianza. Para responder a ese desafío, el programa realizó una revisión tanto de sus procedimientos para el trabajo con familias, como de los documentos y materiales de trabajo, por ejemplo, las fichas de registro de información. Sumado a ello, desde el programa también se han impulsado otras iniciativas para avanzar en la agenda de igualdad de género, tales como el desarrollo de talleres de capacitación dirigidos a sus equipos técnicos –con el apoyo del equipo que ve estos temas dentro del Ministerio de Desarrollo Social– para que incorporen en su trabajo la perspectiva de género y la realización de una consultoría para mejorar las herramientas/estrategias del programa en el tema de las masculinidades.

“Hoy en día se hace mucho énfasis en la corresponsabilidad de los cuidados. En los documentos iniciales capaz que no estaban. Nosotros hemos ido haciendo variaciones, por ejemplo, en el sistema de registros éramos muy pegados a que, en todos los documentos iniciales, las líneas de base, la entrevista era con la mujer, con la madre. Entonces todos los documentos asociados a las referentes [de cuidado] quedaban asociados a los discursos de esa madre y uno reproducía esa lógica de quedar casi redireccionando la atención a la mujer-madre. En los años sucesivos, y además incorporando la perspectiva de género y con las capa-

citaciones en conjunto con el equipo que tiene la rectoría en el propio ministerio y las masculinidades, tratamos de trabajar con nuestros equipos la presencia del varón o la figura de varones protectores, porque también hay que ver si la situación es de violencia y focalizar la atención de las víctimas; tomando en cuenta ello, se consideró a las figuras masculinas presentes y trabajar esto en conjunto con la familia, para poder hacer partícipe a ese padre y generar estrategias. Igual nos falta seguir construyendo y de hecho este año estamos trabajando en una investigación, una consultoría para mejorar las herramientas para el trabajo con las masculinidades. Esto del rol paterno es un desafío y en los documentos también lo van a ver... incluso nosotros incorporamos en el registro que haya la posibilidad de registrar distintos referentes, y no sólo a la madre o el padre, porque el cuidado de los niños también lo tienen otros referentes, como la abuela que se hace cargo de la tenencia (...) (Funcionaria del Programa de Acompañamiento Familiar 1–Uruguay).

“En sí nuestras acciones están dirigidas al cuidador principal; entonces el cuidador principal puede ser la mamá, puede ser el papá. Y por un tema cultural, regularmente es la mamá. Pero si el acompañante técnico necesita alguna información no necesariamente se la tiene que pedir a la mamá. Se la puede pedir a la mamá, como se la puede pedir al papá o a quien esté designado como cuidador principal” (Funcionaria del PNCM–SAF 1–Perú).

Otra acción impulsada por los programas para implementar el enfoque de género fue la elaboración de materiales. Por ejemplo, el Servicio de Acompañamiento a Familias de Perú diseñó durante la crisis sanitaria recursos audiovisuales sobre la temática de las parentalidades para fomentar la participación de los padres en el cuidado y crianza de las niñas y los niños, que fueron transmitidos a través de las redes sociales del Programa Nacional Cuna Más.

“Se incluyó en la multiplataforma comunicacional que se generó en Cuna Más, en el marco del contexto de pandemia por Covid-19, una serie de productos audiovisuales en temas de parentalidad. Considerando que el largo aislamiento social de alguna manera garantizaba mayor presencia del hombre en el cuidado de sus hijos, entonces se trabajaron varios productos audiovisuales que fueron transmitidos a través de nuestras redes sociales. Y eso es un valor importante, porque se ha mantenido en las secciones de capacitación generadas desde Cuna Más. Pero claro, ahí todavía hay un reto para seguir fortaleciendo esa participación, sobre todo en ámbitos amazónicos, andinos, donde todavía existe esta resistencia machista de no incluir a los hombres en el cuidado de los niños” (Funcionaria del PNCM-SAF 3-Perú).

Otra estrategia utilizada por los programas de visitas domiciliarias en el intento de incorporar realmente a los padres en las actividades del programa y, en consecuencia, en las tareas de cuidado y crianza de sus hijos e hijas, es la contratación de visitadores hombres. Esta experiencia, por ejemplo, se ha dado en Brasil y más recientemente en Perú. A pesar de los contextos diferentes y de las distintas características de los programas, un tema que enfrentan en común es la resistencia de los usuarios a aceptar a visitadores hombres. En Brasil, los padres no son usualmente los cuidadores principales y no acostumbran a estar en el hogar durante las visitas ([Dos Santos et al., 2023](#); [PNUD, Plan & Ministério da Cidadania, 2020](#)). Los visitadores hombres enfrentan una mayor resistencia para establecer vínculos con las familias y generar confianza. Las familias prefieren visitadoras mujeres porque les da

más confianza recibirlas en casa (menor riesgo de que los esposos se molesten) y además valoran su experiencia como madres ([PNUD, Plan & Ministério da Cidadania, 2020](#)). En el caso del Perú, el equipo técnico del Servicio de Acompañamiento a Familias comentó durante las entrevistas que enfrentaban resistencias de parte de la población para la implementación del enfoque de género, en particular en contextos amazónicos y andinos.

“A diferencia del servicio de cuidado diurno, las facilitadoras pueden ser mujeres o pueden ser hombres y en ciertos ámbitos, sobre todo amazónicos, se ve la presencia de facilitadores hombres. Lo cual es importante porque marca un hito en este cambio de miradas respecto a la intervención de los hombres en el cuidado de los niños pequeños (...). Tener la posibilidad de ver a facilitadores hombres es importante para ir desterrando esos paradigmas con respecto a los roles que muchas veces sólo se les quiere adjudicar a mujeres al cuidado de niños pequeños” (Funcionaria del PNCM – SAF 3 – Perú).

Por último, en la revisión realizada no se encontró mayor evidencia sobre esfuerzos explícitos de los programas por conectar a las cuidadoras mujeres con oportunidades educativas o laborales, que sería otra arista interesante para la implementación del enfoque de género. Como sugiere [Jervis et al. \(2023\)](#) en el metaanálisis realizado sobre el efecto de los programas de visitas domiciliarias, para que los programas tengan efectos sobre los resultados de las madres, se necesitarían medidas adicionales; que en este caso podría ser, por ejemplo, la articulación con programas de capacitación y apoyo laboral para mujeres.

Cuadro 6. Incorporación del enfoque de género en el diseño e implementación de los programas de visitas domiciliarias en la región

País/Programa	Incorporación del enfoque de género en el diseño del programa	Incorporación del enfoque de género en la implementación del programa	Lecciones aprendidas sobre incorporación del enfoque de género o retos pendientes
México: Programa de Visitas a los Hogares “Un Buen Comienzo”	<ul style="list-style-type: none"> En el Manual para los Agentes Educativos (2019) vigente se establece que el programa tiene como propósito brindar herramientas a las madres y padres de familia para la crianza de sus hijos(as). En sus fundamentos teóricos, si bien se considera que existe un vínculo recíproco entre la madre y el niño, también se reconoce el vínculo entre el niño y otros cuidadores de su contexto, como el padre. 	<ul style="list-style-type: none"> Las visitas domiciliarias están dirigidas no sólo a la madre sino también al padre y a otros cuidadores principales. El programa cuenta con una “Guía de Preguntas y Observaciones” que los y las agentes educativos deben utilizar para el diagnóstico inicial de necesidades e intereses del niño(a) y las familias, en donde se incluye una serie de preguntas que están dirigidas directamente a conocer el vínculo del padre con el(la) niño(a). 	<ul style="list-style-type: none"> Funcionaria entrevistada resaltó como un logro del programa tener una mayor participación de todos los miembros del hogar –y no únicamente de la madre– en el trabajo que realizan los y las agentes educativos.
Uruguay: Programa de Acompañamiento Familiar	<ul style="list-style-type: none"> El Plan de Trabajo (2020) indica que el programa promueve una corresponsabilidad en el cuidado/crianza y el desarrollo infantil, así como el reconocimiento y la redistribución equitativa entre hombres y mujeres sobre los roles de cuidado y protección. 	<ul style="list-style-type: none"> Las visitas están dirigidas a todos los y las cuidadores principales de los niños y niñas. Los procedimientos del programa pasaron por un proceso de revisión para alinearlos al enfoque de género y, a partir de ello, se hicieron ajustes en sus documentos o protocolos (p.ej. fichas de registro de información). Se fortaleció/capacitó a los equipos técnicos del programa para el trabajo bajo el enfoque de género. Se está realizando una consultoría para mejorar las herramientas/estrategias sobre el trabajo con las masculinidades. En casos donde existe violencia de género las duplas buscan acomodarse a otros espacios de encuentro que puedan facilitar un ambiente seguro de trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> Las funcionarias comentan que, aunque el programa promueve la corresponsabilidad en la crianza, en la práctica muchos procedimientos se enfocaban en la madre, incluso cuando los padres estaban presentes. Eso requería una revisión expresa y profunda de sus procedimientos para mejorar esos aspectos. También se está considerando extender el periodo de trabajo con familias en casos excepcionales, por ejemplo ante la comprobación de violencia de género.
Colombia: Desarrollo Infantil en Medio Familiar–DIMF	<ul style="list-style-type: none"> En el Manual Operativo (2022) del programa se entiende el enfoque de género como una herramienta para analizar el sistema sexo-género. Se reconoce al “género” como una construcción sociocultural y un sistema de representación que asigna significados y valores según el sexo y la edad. 	<ul style="list-style-type: none"> Durante las interacciones con los niños y niñas, se evita imponer roles de género, promoviendo un acceso equitativo a los juguetes y fomentando la participación equitativa en las actividades familiares. Se destaca la importancia de la corresponsabilidad en las tareas domésticas, fomentando una distribución equitativa de las labores entre los miembros de la familia. El enfoque de género se integra en las temáticas de capacitación dirigidas al personal encargado de las visitas. 	-
Brasil: Programa Criança Feliz	<ul style="list-style-type: none"> En el manual “Guía para Visita Domiciliar” (2019) se reconoce como cuidador a aquella persona que alimenta, protege, da afecto, se comunica y atiende las necesidades del niño(a), tales como el padre o la madre. 	<ul style="list-style-type: none"> Las visitas domiciliarias están dirigidas al grupo o núcleo familiar, no sólo a la madre de los niños y niñas. El programa incluye visitadores hombres. 	<ul style="list-style-type: none"> Los padres no son usualmente los cuidadores principales y no acostumbran a estar en el hogar durante las visitas (Dos Santos et al., 2023; PNUD, Plan & Ministério da Cidadania, 2020). Los visitadores hombres enfrentan una mayor resistencia para establecer vínculos con las familias y generar confianza. Las familias prefieren visitadoras mujeres porque les da más confianza recibir las en casa y valoran su experiencia como madres (PNUD, Plan & Ministério da Cidadania, 2020).

* En el *Early Stimulation Programme* de Jamaica no se encontró información específica sobre inclusión de enfoque de género en el diseño ni en la implementación.

Cuadro 6. Incorporación del enfoque de género en el diseño e implementación de los programas de visitas domiciliarias en la Región (continuación)

País/Programa	Incorporación del enfoque de género en el diseño del programa	Incorporación del enfoque de género en la implementación del programa	Lecciones aprendidas sobre incorporación del enfoque de género o retos pendientes
Chile: Visita Domiciliaria Integral	<ul style="list-style-type: none"> Según el documento: "Visita Domiciliaria Integral Orientaciones Técnicas en el Marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria" (2018), la VDI comprende una perspectiva integral basada en el "Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario", que incluye el enfoque de derechos, de determinantes sociales de la salud y el curso de vida, así como la perspectiva de género. Se enfoca en el desarrollo integral del niño o niña y su ambiente relacional, por lo que se involucra a todos los cuidadores adultos principales durante las visitas domiciliarias. 	<ul style="list-style-type: none"> Se proporcionan materiales educativos, como videos de crianza respetuosa, que incluyen temas de equidad de género y la corresponsabilidad. Se cuenta con recursos educativos sobre género, y se promueven iniciativas como Paternidad Activa, respaldadas por guías y folletos desplegados. 	-
Perú: Servicio de Acompañamiento a Familias	<ul style="list-style-type: none"> En el documento "Modelo de cogestión comunal para la implementación y funcionamiento de los servicios del programa nacional Cuna Más" (2023), se reconoce que el PNCM valora y promueve la equidad de oportunidades para que los niños y las niñas se desarrollen plenamente libres de discriminación basada en sus características biológicas o de cualquier otra índole y, en ese sentido, se fomenta el ejercicio de la coparentalidad en cada etapa de su ciclo de vida. El programa define al enfoque de género como una herramienta analítica y metodológica que busca relaciones equitativas y justas, reconociendo diversas desigualdades. Además, reconoce que existen circunstancias asimétricas entre hombres y mujeres arraigadas en lo sociocultural. 	<ul style="list-style-type: none"> Las visitas domiciliarias están dirigidas a los y las cuidadores principales de los niños y niñas. Se intenta coordinar/programar la visita durante el día de descanso de los padres para asegurar su presencia y participación. Durante la crisis sanitaria por Covid-19 se elaboró recursos audiovisuales sobre la temática de las parentalidades para fomentar la participación de los padres en el cuidado/crianza, que fueron transmitidos a través de las redes sociales del PNCM. Incorporación de facilitadores hombres para realizar las visitas domiciliarias. Se impulsa el uso de lenguaje inclusivo: "facilitador", "facilitadora". El enfoque de género y su aplicación en las visitas como parte de las temáticas de las capacitaciones y formaciones en servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> Existe una normativa de transversalización del enfoque de género en el MIDIS que se ha incorporado en diferentes unidades del sector. Si bien se cuenta con el respaldo normativo para implementar el enfoque de género en el SAF, es en la práctica donde se encuentran los mayores retos. Por características culturales regularmente se trabaja con las madres. Se enfrenta resistencia machista para incluir a los hombres en las labores de cuidado en ámbitos amazónicos y andinos. Una funcionaria comentó que en las zonas donde existen facilitadores varones, estos se vuelven referentes para la familia y eso puede considerarse una apertura al rol de los padres como cuidadores.
Ecuador: Servicio de Atención Familiar "Creciendo con Nuestros Hijos"	<ul style="list-style-type: none"> En la Norma Técnica "Servicio de Atención Familiar Creciendo con Nuestros Hijos (CNH)" (2022), se explica que el programa entiende el enfoque de género como una oportunidad para crear entornos familiares y comunitarios basados en la igualdad de derechos. Dado que el género es una construcción social, se fomenta la participación activa e igualitaria, evitando roles discriminatorios. Se fomenta la corresponsabilidad del respeto, protección y cuidado de los hijos entre padre y madre. 	<ul style="list-style-type: none"> En el seguimiento familiar se verifica que la familia esté ejecutando las actividades pautadas en las consejerías, así como los compromisos y el involucramiento de la madre y el padre. 	-
Panamá: Programa Cuidarte	<ul style="list-style-type: none"> En el Manual Operativo del Programa de Atención Integral a la Infancia "Cuidarte" (s/f) se explicita que el enfoque de género es uno de los enfoques que se incluye en el diseño de Cuidarte. 	<ul style="list-style-type: none"> Las visitas domiciliarias están dirigidas a los y las cuidadores principales de los niños y niñas. 	-
República Dominicana: Programa de Atención Integral a la Primera Infancia de Base Familiar y Comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> Según el documento Descripción General del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia de Base Familiar y Comunitaria (2013), se considera la equidad de género como el desarrollo de representaciones sociales equitativas de lo femenino y masculino. Con ello, se busca fomentar relaciones equitativas entre hombres y mujeres, mejorar los niveles educativos de las niñas y contribuir a la construcción de sociedades más justas. 	<ul style="list-style-type: none"> Los talleres para familias se enfocan en prácticas de crianza cruciales para el desarrollo infantil, entre ellos, el género. 	-

Fuente: Elaboración propia.

6.5. Efectividad de los programas de visitas domiciliarias en la región

A nivel internacional existe amplia evidencia sobre el impacto positivo de los programas de visitas domiciliarias en las prácticas parentales y el desarrollo de los niños y niñas. Sin embargo, aún son pocos los programas de visitas domiciliarias a escala nacional en América Latina y el Caribe que han pasado por evaluaciones de impacto rigurosas, en comparación, por ejemplo, con los tres programas de la OCDE revisados, que cuentan con varias evaluaciones que miden su impacto. De los diez estudios de caso revisados para este informe, la mitad de los programas han tenido este tipo de evaluaciones, tal como se resume en el [cuadro 7](#) que se presenta a continuación: dos programas de visitas domiciliarias a cargo de profesionales –el Programa de Acompañamiento Familiar de Uruguay Crece Contigo y el Programa Criança Feliz de Brasil– y tres programas a cargo de actores comunitarios o personal paraprofesional –el SAF del Programa Nacional Cuna Más de Perú, el Servicio CNH de Ecuador y el Early Stimulation Programme de Jamaica–.

En el caso de los dos programas a cargo de profesionales, los resultados sobre el impacto del programa en las prácticas parentales y el desarrollo infantil son mixtos. La evaluación del programa de visitas domiciliarias de Uruguay, utilizando un diseño experimental, encontró que el programa tenía un efecto positivo en el estado nutricional de los niños, así como en su desarrollo de lenguaje y motricidad gruesa. De igual modo, la participación en el programa aumentaba la probabilidad de acceder a otras prestaciones sociales ([Marroig et al., 2017](#)). Por otro lado, la evaluación de impacto del Programa Criança Feliz en seis estados de Brasil entre los años 2018 y 2021, utilizando un diseño experimental, encontró que el programa no tuvo impacto ni en las prácticas parentales, ni en el desarrollo infantil (evaluado con el ASQ:3). De acuerdo con los autores, muchos de estos resultados se explican por

las condiciones de implementación del programa, entre las que destaca que durante la pandemia las visitas presenciales quedaron suspendidas por cerca de un año y se ofreció acompañamiento a las familias de forma remota ([Santos et al., 2022](#)).

En cuanto a los programas de visitas domiciliarias que están a cargo de actores comunitarios o personal paraprofesional (dos de los tres programas evaluados), el SAF de Perú y el CNH de Ecuador son adaptaciones de la exitosa intervención piloto de Jamaica conocida internacionalmente como Reach Up y los programas han mostrado efectos positivos tanto en el desarrollo infantil como en algunas prácticas parentales. La evaluación de impacto del SAF en Perú, utilizando un diseño experimental, encontró que la participación en el programa tenía un efecto positivo en el indicador global de DIT y en el desarrollo cognitivo y de lenguaje de los niños y niñas (más no en la dimensión de personal social, ni en el desarrollo motor). También se observaron efectos en algunas prácticas parentales, como por ejemplo menor probabilidad en el uso del castigo físico o castigo verbal severo; y mayor probabilidad de matrícula en educación inicial a los 36 meses ([Araujo et al., 2021b](#)). La evaluación de CNH en Ecuador, aunque ya es de hace varios años, utilizó un diseño de regresión discontinua y encontró también un impacto del programa en el desarrollo cognitivo y motor de los niños y niñas, y una disminución en la probabilidad de tener anemia. El programa también tuvo impactos en resultados de las madres, entre ellos menor depresión y estrés materno, mayor responsividad de la madre; pero también una menor participación de las madres en el mercado laboral, aunque sin afectar los ingresos familiares ([Rosero y Oosterbeck, 2011](#)).

En el caso del Early Stimulation Programme de Jamaica, debido a la llegada de la pandemia no se aplicó la evaluación experimental que se tenía previsto hacer, sino la modalidad remota de acompañamiento a las familias, y en particular su efecto sobre las prácticas de crianza ([Smith et al., 2023](#)). Los resultados de la evaluación muestran que la

modalidad remota del programa incrementó el número de actividades que los padres hacían con sus hijos (tamaño del efecto 0,34 DE, intervalo de confianza del 95% 0,03-0,53) y el uso de elogios para con ellos (probabilidades dos veces mayores con la intervención). Sin embargo, no hubo efectos para el uso de un lenguaje interactivo o la disponibilidad de materiales de juego en el hogar.

Más allá de los resultados positivos en algunas dimensiones del desarrollo infantil y ciertas prácticas parentales logrados por los programas de visitas domiciliarias, las evaluaciones de impacto realizadas, así como algunas evaluaciones de procesos, han puesto en evidencia algunos problemas en la implementación de las visitas domiciliarias que estarían impidiendo o limitando los efectos de estos programas sobre las variables de interés. Por ejemplo, tanto en Perú ([MEF, 2016](#)) como en Brasil ([Santos et al., 2022](#)), los estudios de implementación han

detectado problemas con la cantidad y la calidad de las visitas (menos visitas de las previstas y mucha heterogeneidad entre participantes), viendo necesario fortalecer las competencias de las visitadoras para promover un mejor vínculo entre los cuidadores y sus niños y niñas, así como interacciones de calidad entre ellos.

Adicionalmente, algunas evaluaciones de implementación también han levantado el tema de mejorar las condiciones para la ejecución de las visitas, de modo que estas puedan darse de la mejor manera posible. Por ejemplo, una evaluación en Chile encontraba que el personal tenía dificultades para realizar la visita porque no contaban con viáticos para movilizarse a los hogares, los materiales que usaban durante las visitas estaban gastados y no se renovaban, y las condiciones de contratación del personal de salud a cargo de las visitas no era la más ventajosa para ellos ([Ministerio de Desarrollo Social, 2013](#)).

Cuadro 7. Efectividad de los programas de visitas domiciliarias en la región

País/Programa	Autor	Diseño de evaluación	Impacto en prácticas parentales/hogar	Impacto en desarrollo infantil
Uruguay: Programa de Acompañamiento Familiar	Marroig et al., 2017	Experimental, asignación aleatoria a grupo de tratamiento y control. Evaluación de desarrollo infantil: <ul style="list-style-type: none"> ASQ 3ª ASQ: SE (socioemocional) 	<ul style="list-style-type: none"> Reducción de la ingesta de alimentos poco saludables y productos envasados. Efectos positivos y significativos en la probabilidad de acceso a la prestación Tarjeta Uruguay Social (aumento 70% en probabilidad sobre grupo de control). Estilo de crianza más habilitante, pero también menos permisivo. 	<ul style="list-style-type: none"> Efecto positivo en estado nutricional de niños y niñas: <ul style="list-style-type: none"> Programa impactó en la reducción del retraso de peso para la talla, talla para la edad y en el peso para la edad, magnitud en la reducción de los déficits se ubicaría entre -0,03 y -0,02 DE. No se encuentran efectos en la reducción de los niveles de anemia. Efecto positivo en desarrollo infantil: <ul style="list-style-type: none"> Efecto positivo sobre el indicador de motricidad gruesa: magnitud se ubica entre 0,3 y 0,25 DE, según la especificación. Efecto positivo, fuerte y robusto sobre indicador de comunicación (lenguaje) sólo en el caso de niños y niñas con más de 30 meses que pasan por el programa, magnitud del efecto 0,3 DE. El programa no logra efectos significativos en las otras áreas de desarrollo evaluadas.
Brasil: Programa Criança Feliz	Santos et al., 2022	Experimental, asignación aleatoria al grupo de tratamiento y control. Evaluación cubre periodo 2018-2021. Incluyó años con acompañamiento remoto. Evaluación de desarrollo infantil: <ul style="list-style-type: none"> ASQ 3ª. 	<ul style="list-style-type: none"> El programa no tuvo impacto en las prácticas de crianza (estimulación, interacciones receptivas, medidas disciplinarias). 	<ul style="list-style-type: none"> El programa no tuvo impacto en el desarrollo de los niños y niñas, evaluado con ASQ 3.
Jamaica: <i>Early Stimulation Programme</i>	Smith et al., 2023	Experimental, asignación aleatoria al grupo de tratamiento y control. Evaluó modalidad remota y su impacto en prácticas parentales usando: <ul style="list-style-type: none"> Adaptación del Cuestionario de Indicadores de Atención Familiar 	<ul style="list-style-type: none"> La modalidad remota aumentó el número de actividades que los padres hacían con sus hijos (tamaño del efecto 0,34 DE, intervalo de confianza del 95% 0,03-0,53) y el uso de elogios para con ellos (probabilidades dos veces mayores con la intervención). No hubo efectos del programa para el uso de un lenguaje interactivo o la disponibilidad de materiales de juego en el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> No se evaluó efecto en desarrollo infantil.
Perú: Servicio de Acompañamiento a Familias	Araujo et al., 2021a	Experimental, asignación aleatoria al grupo de tratamiento y control. Evaluación de desarrollo infantil: <ul style="list-style-type: none"> ASQ 3ª. 	<ul style="list-style-type: none"> Reducción de probabilidades de estar expuestos a castigos físicos severos o a castigos verbales severos (pegar o gritar). Mayor frecuencia de juego con hijos. Mayor probabilidad de ser matriculados en una institución de educación inicial a partir de los 36 meses de edad, magnitud del efecto 9% mayor respecto al grupo de control. 	<ul style="list-style-type: none"> Efecto positivo en desarrollo infantil: <ul style="list-style-type: none"> SAF mejoró modesta pero significativamente el indicador global del desarrollo infantil (tamaño del efecto 0,10 DE). El programa tuvo efectos positivos en cognición (tamaño del efecto 0,10 DE) y lenguaje (tamaño del efecto 0,11 DE). No tuvo impacto en las otras dimensiones (personal-social y motricidad fina y gruesa).

Cuadro 7. Efectividad de los programas de visitas domiciliarias en la región (continuación)

País/Programa	Autor	Diseño de evaluación	Impacto en prácticas parentales/hogar	Impacto en desarrollo infantil
Ecuador: Servicio de Atención Familiar "Creciendo con Nuestros Hijos"	Rosero y Oosterbeek, 2011	Regresión discontinua, tres grupos: visitas domiciliarias, CDI (centros) y controles. Evaluación de desarrollo infantil: Para mayores de 36m: • Lenguaje: PPVT; • Memoria: Woodcock-Johnson-Munoz test; • Motora fina: Pegboard test. Para menores de 60m: • Nelson-Ortiz test: lenguaje, motora gruesa y fina, comportamiento social.	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de comportamiento no receptivo de las madres hacia sus hijos, magnitud del efecto -0,5 DE. • Reducción de estrés y depresión en madres, magnitud del efecto -0,3 DE. • Reducción de probabilidades de que la madre trabaje en 17%. • Reducción de 7 horas de trabajo de la madre a la semana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Efecto positivo en estado nutricional de niños y niñas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Reducción de incidencia de anemia en un tercio. ○ No hay impacto en el peso para la edad y la talla para la edad • Efecto positivo en desarrollo infantil: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los resultados para la intervención de visitas domiciliarias muestran aumentos significativos en los puntajes cognitivos alrededor de la discontinuidad. Las discontinuidades en el umbral son significativamente diferentes de cero. ○ Impacto positivo en memoria, motora fina y lenguaje para mayores de 36 meses, magnitud del efecto varía entre 0,39 y 0,85 DE. ○ Impacto positivo en motora fina, motora gruesa, lenguaje y comportamiento social para menores de 60 meses, magnitud del efecto 21% por encima del puntaje medio del grupo de edad.

Fuente: Elaboración propia.

a El ASQ 3 mide las siguientes áreas: Comunicación, motricidad gruesa, fina, resolución de problemas y socioindividual.

6.6. Costos de los programas de visitas domiciliarias en la región

En el marco de este estudio se recogió información sobre los costos por familia/gestante de los programas de visitas domiciliarias de la región, información que aparece en cinco de los programas de estudios de caso (ver [cuadro 8](#)): tres programas con visitas a cargo de personal profesional (México, Uruguay y Chile) y dos programas con visitas domiciliarias a cargo de actores comunitarios o personal paraprofesional (Perú y Ecuador). Al respecto, cabe resaltar que este cálculo del costo por familia/gestante es un dato entregado por los programas a partir de sus propias estimaciones, indicándonos los rubros considerados para estimarlo (salarios, materiales, capacitación del personal, viáticos, entre otros).

Los costos por familia/gestante varían según el tipo de programa. En el caso de los programas a cargo de actores comunitarios o personal paraprofesional, dos programas que tienen costos anuales por familia relativamente similares son el SAF de Perú, que acompaña a familias en zonas rurales, y el CNH de Ecuador en su modalidad para zonas dispersas. Ambos programas son adaptaciones de *Reach Up and Learn* de Jamaica y las visitas son realizadas por actores comunitarios (Perú) o personal paraprofesional (Ecuador). El costo anual³⁸ por familia/gestante del SAF y CNH son 465 y 422 dólares americanos, respectivamente, y sus estimaciones consideran básicamente los mismos rubros, excepto el de capacitación del personal, que sólo está considerado en las estimaciones de Perú.

Respecto a los programas a cargo de personal profesional, los costos anuales por gestante/familia varían bastante entre programas, pero también hubo más variación en los rubros considerados para hacer su estimación. Por ejemplo, el programa de visitas de México es urbano y depende del sector Educación, teniendo un costo anual de US\$ 340 por familia/gestante, que incluye: pago de agentes educativas, materiales didácticos, viáticos y capacitación de las agentes educativas. En

Uruguay el programa tiene un costo anual por familia/gestante que asciende a US\$ 1418 e incluye: costo de las duplas por hogar acompañado; set de materiales de apoyo; equipamiento y capacitación de los recursos humanos; costo del supervisor por cada hogar acompañado; costo de los facilitadores, directores, jefes y técnicos de la Unidad Técnica Central por cada hogar acompañado.

El estudio partió de la intención original de recoger información sobre los costos de los programas de visitas domiciliarias desagregados por rubros (p.e. recursos humanos, formación inicial, acompañamiento, materiales pedagógicos, viáticos, etc.) para hacer una comparación de costos y paquetes ofrecidos entre programas, sin embargo, encontró limitaciones, principalmente por la forma en que se maneja la información sobre gasto/costos en los programas. La información –que es pública en la mayoría de los casos y que conocen los gestores de los programas– es el presupuesto global anual del programa; salvo casos excepcionales, como el Programa “Un Buen Comienzo de México”, donde el presupuesto global anual del programa de visitas domiciliarias estaba incluido en el presupuesto anual total de las estrategias de educación inicial.

El estudio deduce que los programas parecieran no tener a mano data desagregada para la gestión cotidiana del mismo, como cuánto gastan en cada rubro o estimaciones sobre el costo del programa por familia/gestante que los ayude a tomar decisiones sobre el programa. Esta información por supuesto que existe en sus organizaciones, al punto que la levantamos en el recojo de información, el problema es que con frecuencia la maneja alguna oficina de planeamiento o presupuesto que está “lejos” del programa y de la toma de decisiones sobre el mismo. En la mayoría de los casos revisados, para tener este tipo de información el programa solicitó a alguna unidad administrativa del ministerio donde se aloja, que realice algunas estimaciones más detalladas exclusivamente sobre las visitas domiciliarias³⁹.

39 Una excepción a esto es el caso del SAF en Perú donde el programa tiene su propia Unidad de Planeamiento y Presupuesto y la propia gestión sí manejaba información detallada sobre costos globales y desagregados.

38 Información para el año 2022.

Cuadro 8. Costo anual (2022) de los programas de visitas domiciliarias por familia/gestante según reporte de los propios programas

País / Programa	Tipo de intervención	Costo anual por familia/gestante en US\$ (estimado por el propio programa)	Rubros incluidos en el costo anual por familia/gestante
1. México: Programa de Visitas a los Hogares “Un Buen Comienzo”	Personal profesional	US\$ 340 (5967 pesos mexicanos)	<ul style="list-style-type: none"> • Salarios de agentes educativas. • Capacitación de las agentes educativas. • Mochilas con materiales didácticos. • Viáticos para traslados.
2. Uruguay: Programa de Acompañamiento Familiar	Personal profesional	US\$ 1418 (56.805 pesos uruguayos)	<ul style="list-style-type: none"> • Costo de las duplas por hogar atendido. • Set de materiales de apoyo (set de bienvenida para las familias, abrigo para los niños y niñas y una practicum). • Equipamiento y capacitación de los recursos humanos. • Costo de los supervisores por cada hogar acompañado. • Costo de los facilitadores, directores, jefes y técnicos de la Unidad Técnica Central por cada hogar acompañado.
3. Chile: Visita Domiciliaria Integral	Personal profesional	<p>US\$ 65,07 (51.645 pesos chilenos) por gestante con tres o más riesgos psicosociales.</p> <p>US\$ 40,15 (31.867 pesos chilenos) por niño o niña menor de dos años con rezago, riesgo y/o retraso en su desarrollo psicomotor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hora profesional de salud a cargo de las VDI. • Gastos por movilización.
4. Perú: Servicio de Acompañamiento a Familias	Personal para profesional	US\$ 465,83 (1698,64 nuevos soles) por familia/ niño.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de kits de materiales para las familias. • Entrega de kits de materiales para las visitas domiciliarias. • Entrega de kits para los comités de gestión y comités de vigilancia. • Kit de abrigo/higiene y protección/implementos sanitarios/limpieza y desinfección. • Eventos nacionales y regionales de reconocimiento. • Gastos administrativos (transferencias a los comités de gestión para gastos administrativos). • Costos de personal.
5. Ecuador: Servicio de Atención Familiar “Creciendo con Nuestros Hijos”	Personal para profesional	<p>US\$ 235 por familia/gestante en zonas concentradas (urbanas).</p> <p>US\$ 422 por familia/gestante en zonas dispersas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remuneración de las educadoras familiares. • Gastos por movilización. • Compra de prendas de protección. • Servicios básicos (plan de datos). • Compra de insumos de bioseguridad. • Impresión de materiales. • Adquisición de materiales de oficina. • Materiales fungibles. • Materiales didácticos.

Fuente: Elaboración propia.

6.7. Incorporación de modalidades virtuales e híbridas en los programas de visitas domiciliarias a raíz de la pandemia de Covid-19

La propagación de la pandemia de Covid-19 en el año 2020 obligó al cierre inmediato de los servicios de atención y educación de la primera infancia, incluyendo la suspensión de los programas de acompañamiento a gestantes y familias mediante visitas domiciliarias. Si bien al inicio la medida involucró principalmente llamadas de seguimiento dirigidas a monitorear el estado de salud y mantener el contacto, con el transcurrir de los meses se fueron desarrollando paquetes de atención virtual o híbrida que incluían hasta la entrega de materiales pedagógicos diseñados para esa modalidad. [Rubio-Codina y López-Boo \(2022\)](#) han elaborado un completo análisis sobre las lecciones aprendidas respecto al diseño y la implementación de estas modalidades virtuales e híbridas de los servicios de atención a la primera infancia durante la emergencia sanitaria, a partir de la revisión de experiencias en seis países de la región. Su análisis incluye la experiencia de tres de los estudios de caso revisados en este informe: Mochila Cuidarte en Panamá, Early Stimulation Programme en Jamaica y CNH en Ecuador.

De acuerdo con la información recogida en este informe, todos los programas revisados como estudio de caso generaron a raíz de la pandemia algún modo de atención virtual o híbrido para mantener el contacto con las familias usuarias de sus servicios⁴⁰. El [cuadro](#) mostrado en las páginas siguientes resume la propuesta más completa de atención virtual o híbrida ofrecida por cada uno de los programas y la situación de esa modalidad a la fecha, luego de la pandemia.

⁴⁰ Con la posible excepción de la Estrategia de Acompañamiento y Atención en Hogares del PBFC de República Dominicana, pues solo a partir de la revisión de documentos no ha sido posible formarse una idea cabal de lo ocurrido y no fue posible entrevistarse con los gestores del programa.

La revisión de las experiencias en los distintos países deja tres reflexiones importantes a resaltar. La primera es que estas modalidades de atención virtuales o híbridas surgidas durante la pandemia, en muchos casos ya han sido incorporadas como modalidades permanentes de los programas. Por ejemplo, en países como México (Contacto sin Contagio), Ecuador (CNH Híbrido) y Perú (Acompañamiento Familiar en Contextos No Presenciales) se trata de modalidades ya establecidas para situaciones de emergencia o riesgo de desastres naturales; mientras que en Uruguay la modalidad virtual se utiliza con las familias que se encuentran en lista de espera para entrar al programa. En el caso de Panamá, por otro lado, la expectativa es que Mochila Cuidarte sea llevado a escala entre los años 2023 y 2025 para convertirse en un programa estatal de cuidado y educación inicial.

Independientemente del fin último por el que la modalidad virtual o híbrida haya sido incorporada formalmente a los programas, varios de los gestores entrevistados coincidieron en resaltar el logro que había significado para los programas haber producido y puesto en marcha esta modalidad de servicio que les permitió hacer frente la pandemia; pero que además era una modalidad bastante más flexible, mucho menos costosa y que por lo tanto tenía más potencial para ser escalable, permitiéndoles llegar a más familias en situación de vulnerabilidad a las que, en condiciones normales, no podrían llegar. Este potencial de los servicios virtuales o híbridos señalado por los entrevistados coincide con lo encontrado por [Rubio-Codina y Lopez-Boo \(2022\)](#) en un trabajo previo.

La segunda reflexión es que, dado el interés en estas modalidades virtuales e híbridas, es fundamental preguntarnos por su efectividad. Y lo cierto es que aún no son muchos los estudios concluidos y publicados al respecto, pero sí hay algunas pistas iniciales sobre su efectividad. Por ejemplo, la evaluación experimental del programa de Jamaica ([Smith et al., 2023](#)) encontró que la intervención lograba tener impacto sobre cierto tipo de prácticas, como el número de

actividades que los padres realizan con sus hijos o que alabaran más lo que hacían; sin embargo, no tenía impacto sobre otro tipo de prácticas, que son las que realmente cambian la calidad de las interacciones entre los niños y niñas y sus cuidadores, por ejemplo el uso de lenguaje interactivo.

En Brasil, la evaluación experimental de Criança Feliz entre los años 2018 y 2021 usando un diseño experimental ([Santos et al., 2022](#)), encontró que el programa (en su formato de acompañamiento remoto durante los años de pandemia) no tuvo impacto ni en las prácticas de crianza ni en el desarrollo infantil. La información cualitativa sobre implementación del programa evidenciaba que por lo menos uno de los años evaluados correspondió a un periodo con implementación remota o –en algunos casos– híbrida; y en el resto de los años había evidencia

de muy pocas visitas realizadas (bastante menos de las indicadas en el protocolo) y de contaminación entre tratamiento y control. Tal como se discute en ese reporte de evaluación en extenso, lo híbrido o virtual parece quedar corto como sustituto de lo presencial.

Y ese es el justamente el tercer y último punto a destacar, y que ha sido mencionado tanto en las entrevistas realizadas para este estudio como en varios de los trabajos previos revisados ([Rubio-Codina y Lopez-Boo, 2022](#); [Smith et al., 2023](#); [Santos et al., 2022](#)). Así como las modalidades virtuales o híbridas muestran las ventajas antes señaladas, también tienen desventajas, y la principal quizá es la falta de acceso o el acceso limitado de muchas familias a servicios de internet o telefonía, siendo este el principal medio para recibir este tipo de servicios.

Cuadro 9. Características de las modalidades de acompañamiento familiar híbridas y remotas ofrecidas durante la crisis sanitaria por Covid-19 en la región

País/Programa	Tipo de intervención y nombre	Temáticas abordadas	Incluye:			Observaciones
			Llamadas y mensajes	Orientaciones pedagógicas, kits o materiales	Visitas	
1. México: Programa de Visitas a los Hogares "Un Buen Comienzo"	Híbrida "Contacto sin contagio"	Orientaciones pedagógicas para promover interacciones positivas y lúdicas (juego).	Llamadas telefónicas o por WhatsApp una vez por semana durante 20 minutos o menos. Mensajes de texto o WhatsApp una vez por semana.	Manual para Educadoras "Jugando con Juguetes Hechos en Casa". Guías para familias elaboradas por la SEP.	Una vez al mes.	Estrategia sigue vigente en caso de emergencia (huracanes, sismos, etc.).
2. Uruguay: Programa de Acompañamiento Familiar	Virtual "Teleasistencia"	Orientaciones sobre prácticas de cuidado/crianza, salud y nutrición, clima en el hogar (violencia, salud mental), funcionamiento de los servicios de salud, protección y justicia.	Llamadas telefónicas o virtuales una vez por semana durante 20-40 minutos.	Materiales didácticos y audiovisuales.	No se realizan.	Estrategia sigue vigente. Se usa con familias en lista de espera para entrar al programa.
3. Colombia: DIMF	Virtual "Mis Manos Te Enseñan"	Orientaciones para promover experiencias significativas en el hogar a favor del DIT e identificar posibles situaciones de violencia.	Seis llamadas al mes de 15 minutos cada una (4 de soporte pedagógico, una de seguimiento al desarrollo infantil y una de formación de las familias). En niños con desnutrición: 4 llamadas pedagógicas y 2 de seguimiento a su salud.	Kit pedagógico. Cartilla Mis Manos Te Enseñan: Experiencias de cuidado y crianza en el hogar en tiempos de Coronavirus. Entrega de raciones de alimentos.	No se realizan.	Se utilizó medios de comunicación alternativos o comunitarios si las llamadas no funcionaban. Cada 3 meses se entregó ayuda psicológica para mitigar impacto en salud mental.
4. Brasil: Criança Feliz	Híbrida	Orientaciones sobre actividades de estimulación.	Llamadas telefónicas o WhatsApp semanales.	Kit de materiales.	Visitas de 20 minutos.	No se encontró información sobre la frecuencia de las visitas presenciales durante la pandemia.
5. Chile: VDI-PADBP	Virtual "Tele acompañamiento"	Orientaciones sobre el apoyo a la crianza y la estimulación en el hogar.	No hay información específica sobre frecuencia y duración de las llamadas telefónicas.	Kit de materiales pedagógicos. Recursos audiovisuales.	No se realizan.	
6. Jamaica: <i>Early Stimulation Programme</i>	Virtual	Orientaciones sobre actividades de juego y del lenguaje.	Llamadas telefónicas 2 veces al mes Mensajes de texto una o 2 veces por semana.	Manual para padres. Kit de materiales pedagógicos.	No se realizan.	
7. Perú: SAF	Virtual "Acompañamiento familiar en contextos no presenciales"	Orientaciones sobre las prácticas de cuidado saludable y aprendizaje para favorecer el DIT, medidas preventivas y de respuesta ante el Covid-19, salud mental y prevención de la violencia familiar.	Llamadas telefónicas una vez por semana durante 15 a 20 minutos. Mensajes de texto 3 veces a la semana, uno por cada contenido temático.	Kit de higiene y protección. Kit de desarrollo infantil.	No se realizan.	Estrategia sigue vigente en caso de emergencias o riesgos de desastres naturales. En zonas sin acceso a telefonía o con limitaciones de internet, se utilizó medios de comunicación comunitarios.
8. Ecuador: Creciendo con Nuestros Hijos	Híbrida "Protocolo para la Atención Virtual y Semipresencial de las Modalidades de Desarrollo Infantil Integral-PAVS"	Orientaciones sobre mejores prácticas de crianza, cuidado, salud/nutrición.	Llamadas telefónicas o videollamadas una vez a la semana o 2-3 veces al mes durante 20 a 25 minutos, según semáforo epidemiológico.	Fichas de actividades para la aplicación del PAVS.	Una o 2 visitas al mes entre 30-40 minutos, según semáforo.	Estrategia sigue vigente en caso de otras emergencias.
9. Panamá: Cuidarte.	Híbrida Mochila Cuidarte	Orientaciones para promover el DIT a través del juego, el cuidado familiar y el fortalecimiento de prácticas parentales.		Mochila con materiales didácticos (por única vez). Guía de actividades dirigida a las familias.	Visitas cada 15 días durante 6 meses.	Responsables de Implementación y Seguimiento (RIS). Hacen las visitas para promover y potenciar el uso de la guía.

Fuente: Elaboración propia.

7. Conclusiones e implicancias de política

El cuidado de la primera infancia en varios países de América Latina y el Caribe (o en algunos contextos específicos al interior de los países) tiene principalmente una base familiar. Reconociendo esa realidad, desde hace unos años se han promovido iniciativas públicas importantes para diseñar, pilotear y llevar a escala programas y servicios de visitas domiciliarias dirigidos a los niños y niñas menores de seis años y sus familias, con el fin de fortalecer y mejorar las prácticas parentales, enriquecer el entorno familiar y, en última instancia, potenciar el desarrollo integral de los niños y niñas de todo el territorio latinoamericano y caribeño.

En ese contexto, este estudio fue solicitado por la Oficina Regional de UNICEF y tuvo como objetivo general elaborar un panorama detallado de los programas de visitas domiciliarias en América Latina y el Caribe que facilite extraer enseñanzas y lecciones aprendidas sobre este tipo de programas en la región. Los resultados del estudio nos permiten reflexionar sobre la oportunidad que representan los programas de visitas domiciliarias en una agenda de cuidados en América Latina y el Caribe, entendiendo que pueden tener implicancias tanto desde el lado de los sujetos de cuidado (por ejemplo, qué potencial tienen estos programas para mejorar el desarrollo de los niños y niñas), al igual que desde el lado de quienes ofrecen los cuidados, evaluando aspectos como en qué medida los programas de visitas domiciliarias están

promoviendo el involucramiento de los hombres/padres en tareas de cuidado y crianza y la transformación de los roles de género tradicionales en el hogar, o de qué manera los programas están fortaleciendo las capacidades del personal y sus condiciones de trabajo.

A partir de un conjunto de criterios, se seleccionaron diez programas de visitas domiciliarias de la región como estudio de caso y se los organizó en dos grandes grupos: i) aquellos donde la visita domiciliaria está a cargo de un profesional: los programas de México, Uruguay, Colombia, Brasil y Chile; y ii) aquellos donde la visita la dirige un actor comunitario o paraprofesional: los programas de Jamaica, Perú, Ecuador, Panamá y República Dominicana. Adicionalmente, el estudio describe y revisa la evidencia sobre tres programas de visitas domiciliarias en países OCDE, dos en Estados Unidos y uno en Nueva Zelanda, a fin de contar con referentes de este tipo de programas en otros contextos que puedan aportar ideas valiosas en la búsqueda de lecciones aprendidas sobre la organización y funcionamiento de las visitas domiciliarias.

Existe amplia evidencia a nivel internacional sobre el impacto positivo de los programas de visitas domiciliarias en las prácticas parentales y el desarrollo de los niños y niñas. Por ejemplo, los tres programas de países de la OCDE revisados en este informe cuentan con varias evaluaciones que miden su impacto en distintas variables de resultado. Al revisar la evidencia sobre la efectividad de los programas de visitas domiciliarias en América Latina y el Caribe, se observa que la mayor parte de los programas que se implementan a escala nacional en la región no han tenido evaluaciones de impacto rigurosas. De los diez estudios de caso revisados para este informe, sólo la mitad ha tenido este tipo de evaluaciones.

En el caso de los programas nacionales que sí han sido estudiados (Uruguay, Brasil, Perú, Ecuador y Jamaica), los resultados de las evaluaciones de impacto ofrecen conclusiones alentadoras sobre el potencial de los programas de visitas domiciliarias, ejerciendo efectos positivos sobre las prácticas parentales y los resultados de los niños y niñas, especialmente en algunos aspectos como el desarrollo del lenguaje o su estado nutricional. Sin embargo, no se encuentran impactos de los programas en todos los resultados de los cuidadores (diferentes prácticas de crianza) o en todas las dimensiones del desarrollo de los niños y niñas (el desarrollo socioemocional, la motricidad fina, etc.) o la magnitud del resultado logrado es menor a la esperada.

De acuerdo con las evaluaciones de proceso realizadas junto con las evaluaciones de impacto o de modo independiente, la explicación principal de los resultados anteriores radicaría en problemas en la implementación de los programas de visitas domiciliarias, principalmente vinculados con la cantidad y calidad de las visitas. Por ello, es fundamental seguir trabajando para mejorar la calidad de los programas y en particular de las visitas domiciliarias. Se requiere poner el foco de atención en los recursos humanos del programa, en especial en la fuerza laboral a cargo de interactuar con los niños y niñas y sus familias, fortaleciendo sus competencias para promover el vínculo entre cuidadores y niños, así como las interacciones de calidad entre ellos.

De cara a la mejora de los programas de visitas domiciliarias, repasaremos los principales aprendizajes que nos deja este estudio y sus implicancias en las políticas públicas.

Arreglos institucionales y gestión de los programas

Dos de los programas de visitas domiciliarias revisados dependen del sector Educación (México y República Dominicana); seis están vinculados con el sector de Desarrollo e inclusión social (Perú, Ecuador, Brasil, Uruguay, Colombia y Panamá); y dos dependen del sector Salud (Jamaica y Chile, este último también con participación de Inclusión so-

cial). Como parte de los arreglos institucionales y la gestión de los propios programas, todos articulan esfuerzos con los distintos niveles de gobierno (articulación vertical) y sectores (articulación horizontal) que también están involucrados en la atención de la primera infancia o que prestan programas o servicios de atención para la primera infancia.

Todos los programas de visitas domiciliarias revisados para este informe resaltan la importancia de las articulaciones vertical –entre niveles de gobierno– y horizontal –entre sectores– para la atención integral a la infancia. Por un lado, la llegada de los servicios hasta las familias involucra la participación de todos los niveles de gobierno, donde el nivel central tiene un rol en el diseño y rectoría de los programas, y los niveles regional y local están directamente involucrados en la ejecución y supervisión de las acciones del programa. Por otro lado, para entregar una atención integral de calidad a la primera infancia se requiere de un trabajo articulado entre los distintos sectores.

Si bien las políticas y marcos regulatorios existentes promueven el trabajo articulado, varios de los programas revisados para este informe señalaron que la articulación intersectorial era aún un desafío y que la gobernanza de los programas dirigidos a la primera infancia y las familias no siempre resultaba clara, lo que en muchos casos originaba dificultades para coordinar entre diferentes sectores.

Como recomendación para los programas de visitas domiciliarias y en general para todo el conjunto de programas de protección social a la infancia y familia, se encuentra que una estrategia que viene implementándose en la región y que parece tener potencial para contribuir a mejorar los temas de gobernanza y articulación sectorial a favor de la primera infancia, es la del presupuesto orientado a resultados de desarrollo infantil temprano. Debido a que la coordinación intersectorial se establece como mandato, existe un esquema claro de gobernanza, y los compromisos sectoriales y del Estado en general para con la primera infancia están respaldados con asignaciones presupuestales. La estrategia se ha implementado en Perú, mientras Ecuador también

ha mostrado interés en ella. Se puede consultar [Salhuana et al. \(2021\)](#) para una descripción y análisis detallado de esta estrategia.

Currículo y estructura de las visitas

Los diez programas de visitas domiciliarias de la región revisados para este estudio cuentan con algún tipo de documento curricular que orienta las acciones pedagógicas y actividades de aprendizaje de los programas. Las actividades que se ofrecen como parte de los programas están orientadas a fortalecer las prácticas de cuidado y crianza de las familias y a promover el desarrollo de los niños y niñas en sus diferentes áreas (físico, motor, cognitivo y socioemocional).

Se observan, sin embargo, diferencias entre los programas respecto a la propuesta metodológica para llevar ese currículo a la práctica, dependiendo del perfil que está a cargo de las visitas domiciliarias. Los programas con actores comunitarios o paraprofesionales cuentan con pautas muy bien definidas y detalladas sobre cómo realizar las visitas domiciliarias y cuáles son los materiales que deben utilizarse en cada sesión. Ejemplos de este tipo de programas son el SAF en Perú y el CNH en Ecuador, que han adaptado el currículo *Reach Up* (Jamaica). Por otro lado, en el caso de los programas donde el personal a cargo de las visitas es profesional, la metodología enfatiza la importancia de realizar un diagnóstico inicial de la situación de la familia y, sobre esa base, elaborar junto con ella un plan de trabajo. Aunque las visitas domiciliarias siguen una estructura, se resalta mucho la flexibilidad de la planificación y la importancia de adecuarse y responder a las necesidades específicas de cada familia, poniendo énfasis en conectar a las familias con la red de servicios públicos locales que pueden ofrecerle soporte a nivel local. Ejemplos de este tipo de programas son el Programa de Acompañamiento Familiar de Uruguay Crece Contigo, las VDI de Chile Crece Contigo y el Programa “Un Buen Comienzo” de México.

Ambas aproximaciones son válidas y tienen evidencia que las respalda. El punto por resaltar es que los servicios que se entregan a la

población en uno u otro escenario son de naturaleza distinta y hay que tenerlo presente. Un actor comunitario o paraprofesional muy bien entrenado y con el acompañamiento debido, no hace –en el marco de un programa de visitas domiciliarias– el mismo trabajo que un profesional, pero sí tiene un menor costo. Por lo menos no es eso lo que se observa en la región.

Las recomendaciones para los programas de visitas domiciliarias sobre el currículo, las actividades del programa y la estructura de las visitas son varias. Primero, en el caso de los programas donde las visitas están a cargo de actores comunitarios o paraprofesionales, es de vital importancia que el programa cuente con guías y manuales muy detallados que sirvan como referentes útiles y relevantes para el trabajo que realizarán las y los agentes/facilitadores con las familias.

Segundo, en el caso de los programas donde las visitas están a cargo de profesionales, una lección que deja la revisión de la experiencia de los programas de visitas domiciliarias en países OCDE, es la importancia de incorporar indicadores en ese plan de trabajo que se desarrolla junto a la familia luego del diagnóstico inicial y evaluar con regularidad si se lograron las metas. Ejemplo de ello es la práctica del programa *Family Start* de Nueva Zelanda, que incluye como parte del Plan Familiar un conjunto de indicadores y ofrece a los trabajadores (*Family Start Workers*) herramientas para evaluar si se lograron las metas del plan. Con el fin de afinar la dinámica, cada tres meses se evalúa el progreso de la familia y se fijan nuevas metas.

Una recomendación que puede ser relevante tanto para los programas con visitadores profesionales como paraprofesionales, es que los programas de visitas domiciliarias tengan un interés explícito en la búsqueda del bienestar familiar, orientándose a mejorar las condiciones personales y familiares de cada uno de los integrantes de la familia. Programas como *Family Start* en Nueva Zelanda y PAT en Estados Unidos incorporan esta tercera capa enfocada en la búsqueda del bienestar familiar, además de los dos aspectos que en general todos los

programas de visitas domiciliarias consideran en su currículo: promover mejores prácticas de cuidado y crianza en los padres y madres de familia, y a través de ello, más y mejores aprendizajes en los niños y niñas.

Este tercer aspecto es relevante para las políticas de cuidado, que como se indicó al inicio del documento, deben adoptar una doble perspectiva. Por un lado, apuntar a proveer entornos seguros y estimulantes que promuevan el bienestar y desarrollo integral de los niños y niñas menores de seis años (sujetos de cuidado); y, por otro, velar por ampliar las opciones vitales y fortalecer las competencias de quienes están a cargo del cuidado de esos niños y niñas. En esa línea, los programas de visitas domiciliarias se podrían enriquecer y fortalecer con acciones que amplíen el conocimiento de la familia –en particular de las madres– sobre oportunidades educativas y laborales. Esto requiere la articulación en el territorio con programas enfocados en promover el acceso de las mujeres a oportunidades de capacitación laboral, o también en el caso de madres más jóvenes, con programas orientados a promover la reinserción de las mujeres en el sistema educativo.

En la misma línea del bienestar familiar, los programas podrían incorporar explícitamente actividades para trabajar con las familias las dinámicas familiares, los roles y responsabilidades en el hogar y la distribución más equitativa de la carga de tareas domésticas entre todos los integrantes de la familia. Como se vio en la sección seis, a nivel de diseño todos los programas tienen enfoque de género y promueven la participación más activa de los padres en la crianza y la transformación de los roles de género tradicionales en el hogar; sin embargo, este último aspecto no llegaría a ser abordado en la práctica en la mayoría de los programas de América Latina y el Caribe. Experiencias como la del programa PAT en Estados Unidos, que trabaja durante las visitas las dinámicas familiares, podrían ser de utilidad para avanzar en este sentido.

Oportunidades de capacitación y desarrollo profesional de los recursos humanos a cargo de las visitas

Como fue mencionado previamente, la mejorar estrategia para optimizar la calidad de los programas y en particular de las visitas domiciliarias es poner el foco en los recursos humanos a cargo de interactuar con los niños y niñas y sus familias. A pesar de los esfuerzos de los programas por implementar consistentemente procesos de capacitación inicial y en servicio para su fuerza laboral, las evaluaciones de algunos programas revelan problemas respecto a la calidad de las visitas y señalan la necesidad de seguir fortaleciendo a quienes cumplen el rol de visitadores, para que tengan más y mejores herramientas con las cuales generar un buen vínculo entre los cuidadores y sus niños y niñas, así como interacciones de calidad entre ellos.

Concentrarse en tener una fuerza laboral capacitada y motivada requiere pensar en sus oportunidades de formación y de desarrollo profesional. Al respecto, el estudio deja las siguientes recomendaciones. En primer lugar, respecto a la formación inicial, en todos los programas de visitas domiciliarias revisados en este estudio parecen estar bien consolidados los procesos de inducción y capacitación inicial del personal a cargo de las visitas cuando recién ingresan al programa. Una recomendación que pondrían incorporar para fortalecer aún más este momento de formación inicial es poner en práctica experiencias de programas como *Family Start* o PAT, donde los nuevos visitadores realizan observaciones *in situ* de situaciones de trabajo (*job shadowing*) de visitadores con más experiencia.

En segundo lugar, la formación en servicio es un componente clave dentro del fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos de los programas de visitas domiciliarias. Aunque en muchos casos los programas tienen capacitaciones para las y los visitadores que se dan una vez por trimestre o semestre (o en algunos casos tan seguido como una vez al mes), el corazón de la formación en servicio debe estar puesto en el acompañamiento que le da el supervisor al visitador(a).

Se requiere de interacciones continuas en el terreno entre el personal a cargo de las visitas y sus supervisores con fines de mentoría. La mayoría de los programas garantiza que por lo menos una vez al mes el supervisor acompaña al visitador(a) a realizar una sesión, pero sería ideal incrementar esa frecuencia, y es clave que el acompañamiento se traduzca en retroinformación específica sobre el desempeño del visitador(a). Dos recomendaciones que podrían incorporarse de la experiencia de *Family Start* a los programas de la región son: i) la profesionalización de los supervisores, pues no sólo son profesionales que tienen una comprensión profunda del programa y de su práctica, sino que además han recibido formación como supervisores profesionales; y ii) la elaboración de actas de acuerdos luego de cada reunión de supervisión, donde tanto los visitadores como los supervisores asumen compromisos de mejora a los que se les puede hacer seguimiento.

En tercer y último lugar, se deben promover oportunidades de desarrollo profesional para el personal a cargo de las visitas, buscando mejorar sus condiciones de trabajo y sus perspectivas laborales en el futuro. En el caso de los programas a cargo de profesionales, es importante que existan estructuras claras que les ofrezcan la oportunidad de ascender a posiciones de mayor responsabilidad y reconocimiento conforme ganan experiencia y avanzan en su carrera, como en México y Uruguay. En el caso de los programas a cargo de actores comunitarios o personal paraprofesional, la certificación de competencias profesionales –como sucede en Perú o Ecuador– o la posibilidad de completar estudios superiores relevantes para el programa –como en Ecuador–, son opciones interesantes que están siendo probadas en países de América Latina y el Caribe. Este último es un tema de particular relevancia para la política de cuidados, que como ha sido resaltado desde el inicio del documento, no sólo debe enfocarse en quienes reciben los cuidados (los niños y niñas), sino también en las personas cuidadoras y en cómo fortalecer sus competencias y mejorar sus condiciones de trabajo.

Costos de los programas de visitas domiciliarias

Los costos por familia/gestante varían según el tipo de programa. En el caso de los programas a cargo de actores comunitarios o personal paraprofesional, encontramos que los programas de acompañamiento familiar para zonas rurales o dispersas de Perú y Ecuador, inspirados en el modelo de *Reach Up* de Jamaica, tienen costos anuales por familia relativamente similares, de US\$ 465 y US\$ 422 dólares americanos, respectivamente, y sus estimaciones consideran los mismos rubros, con la excepción del rubro capacitación del personal, que sólo se calcula para el Perú. Respecto a los programas a cargo de personal profesional, los costos anuales por gestante/familia varían bastante entre ellos: el rango va de US\$ 340 a US\$ 1418 por gestante/familia al año, pero cabe resaltar que también hubo mayor variación en los rubros que cada programa consideró para elaborar su estimación anual.

Respecto a los costos de los programas, el ejercicio de comparar costos y paquetes de servicios ofrecidos entre programas de la región encontró limitaciones, principalmente por la diversidad organizativa de los programas para manejar su información presupuestal. Todos tienen a mano data sobre el presupuesto global anual, y en varios casos es además información pública. Sin embargo, varios de los programas parecían no manejar en su gestión continua información desagregada sobre cuánto gastan en cada rubro (p.e. recursos humanos, formación inicial, acompañamiento, materiales pedagógicos, viáticos, etc.) o estimaciones como el costo del programa por familia/gestante que los ayude a tomar decisiones. Esta información es manejada al interior de sus organizaciones, pero lo hace alguna oficina de planeamiento o presupuesto externa al programa, por lo general ubicada físicamente lejos, situación que impide o dificulta la resolución de problemas o adoptar decisiones.

Por último, es recomendable incorporar en la gestión cotidiana de los programas, el manejo y revisión de presupuesto y gastos. De momento, en varios de los programas parece ser una tarea de personas ajenas

al día a día del mismo y, por lo tanto, no es información que se use para la gestión y la toma de decisiones; y evidentemente menos para responder preguntas sobre la rentabilidad de los programas.

Incorporación de modalidades virtuales e híbridas en los programas de visitas domiciliarias a raíz de la pandemia

Con la llegada de la pandemia por Covid-19, todos los programas revisados como estudio de caso generaron algún modo de atención virtual o híbrido para mantener el contacto con las familias usuarias de sus servicios. En varios programas, dichas modalidades se han configurado de forma permanente en la atención para situaciones de emergencia o riesgo de desastres naturales; o para el trabajo con las familias que se encuentran en lista de espera para entrar al programa; o como una estrategia para que el programa escale a dimensiones nacionales. La apuesta por esta modalidad tiene que ver con que es bastante más flexible, mucho menos costosa y que por lo tanto cuenta con mayor potencial para llegar a más familias en situación de vulnerabilidad a las que, en condiciones normales, no se podría llegar.

Sin embargo, consideramos que por el momento no es necesario estudiar más sobre la efectividad de estas modalidades. A la fecha, aún no hay suficiente evidencia rigurosa en la región que confirme que este tipo de intervenciones implementadas a escala hayan tenido un impacto positivo en el desarrollo infantil. También es importante tener en cuenta que existen desventajas, siendo probablemente la principal la falta de acceso o el acceso limitado de muchas familias a servicios de internet o telefonía, siendo este el principal medio para recibir este tipo de servicios.

Agenda de evaluación y medición a futuro

En los últimos años se ha generado cada vez más evidencia sobre los programas de visitas domiciliarias en la región, lo que es positivo. Sin embargo, cierta información relevante sobre ellos aún es escasa, por lo que resulta indispensable que se apoye o fomente estudios que la expongan.

Se debe continuar evaluando el impacto de los programas de visitas domiciliarias en las prácticas parentales y el desarrollo infantil usando diseños experimentales o cuasi experimentales, tanto para la modalidad presencial como para las modalidades híbridas o virtuales. A la par, es necesario promover la importancia de realizar evaluaciones de proceso que informen sobre cómo se está implementando el programa en general y en particular sobre la calidad de las visitas domiciliarias, que es un aspecto clave para el éxito de los programas en el que se ha identificado que es urgente seguir trabajando. Las evaluaciones de rentabilidad también serán valiosas, y promoverlas puede contribuir también a que la información sobre costos de los programas y sus distintos componentes empiece a ser tomada más en cuenta para la toma de decisiones.

Ya sea en el contexto de evaluaciones o en la implementación de sistemas de monitoreo y evaluación, es importante que la medición del desarrollo infantil se implemente con instrumentos válidos y confiables, reconocidos internacionalmente, y de preferencia que también sean usados en otros contextos. La unificación es una de las bases que eventualmente puede permitir comparaciones más precisas entre los países de la región.

Referencias

- Administration for Children and Families (ACF). (2015). *Head Start Early Learning Outcomes Framework. Ages Birth to Five*. <https://mon-tessoriadvocacy.org/wp-content/uploads/2019/10/Head-Start-Early-Learning-Framework.pdf>.
- Allen and Clarke, & Oranga Tamakiri. (2020). *Evaluation of the Family Start Programme: Report on findings of the process evaluation*. Oranga Tamariki–Ministry of Children. <https://orangatamariki.govt.nz/assets/Uploads/About-us/Research/Latest-research/Family-Start/Evaluation-of-the-Family-Start-programme.pdf>.
- Andrew, A., Attanasio, O., Fitzsimons, E., Grantham-McGregor, S. M., Meghir, C., y Rubio-Codina, M. (2018). Impacts 2 years after a scalable early childhood development intervention to increase psychosocial stimulation in the home: A follow-up of a cluster randomised controlled trial in Colombia. *PLoS Med*, 15(4), e1002556. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002556>.
- Araujo, M. C., Dormal, M., Grantham-McGregor, S. M., Lazarte, F., Rubio-Codina, M., & Schady, N. (2021a). Home visiting at scale and child development. *Journal of Public Economics Plus*, 2, 100003. <https://doi.org/10.1016/j.pubecp.2021.100003>.
- Araujo, C., M., Rubio-Codina, M., & Schady (2021b). *70 to 70000: Lessons from the Jamaica Experiment*. IDB. <http://dx.doi.org/10.18235/0003210>.
- Araujo, M. C., López-Boo, F., & Puyana, J. M. (2013). *Panorama sobre los servicios de desarrollo infantil en América Latina y el Caribe*. IDB. <http://dx.doi.org/10.18235/0012788>.
- Attanasio, O., Cattan, S., Fitzsimons, E., Meghir, C., & Rubio-Codina, M. (2015). *Estimating the Production Function for Human Capital: Results from a Randomized Control Trial in Colombia*, WP No. 20965. National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w20965>.
- Attanasio, O., Fernández, C., Fitzsimons E., Grantham-McGregor, S. M., Meghir, C., & Rubio-Codina, M. (2014). Using the infrastructure of a conditional cash transfer program to deliver a scalable integrated early child development program in Colombia: cluster randomized controlled trial. *BMJ*, 349, g5785. <https://doi.org/10.1136/bmj.g5785>.
- Avellar, S., & Supplee, L. (2013). Effectiveness of home visiting in improving child health and reducing child maltreatment. *Pediatrics*, 132(S2), 90–99. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1021g>.
- Baker-Henningham, H., & López-Boo, F. (2010). *Early childhood stimulation interventions in developing countries: A comprehensive literature review*, Documento de Trabajo 213. IDB. <http://dx.doi.org/10.18235/0011115>.
- Baker-Henningham, H., & López-Boo, F. (2013) *Intervenciones de estimulación infantil temprana en los países en vías de desarrollo. Lo que funciona, por qué y para quién*. Banco Interamericano de Desarrollo. <http://dx.doi.org/10.18235/0010029>.
- Beatson, R., Molloy, C., Perini, N., Harrop, C., & Goldfeld, S. (2020). Systematic review: An exploration of core componentry characterizing effective sustained nurse home visiting programs. *J Adv Nurs*, 77(6), 2581–2594. <https://doi.org/10.1111/jan.14755>.

- Berlinski, S., & Schady, N. (Eds.) (2015). *Los primeros años: El bienestar infantil y el papel de las políticas públicas*. Banco Interamericano de Desarrollo. IDB. <https://doi.org/10.18235/0000186>.
- California Evidence-Based Clearing House (CEBC). (2008). *Parents as Teachers*. <https://www.cebc4cw.org/program/parents-as-teachers/>.
- Caribbean Institute for Health Research (CAIHR) & The University of the West Indies (UWI). (2020). *Parent Manual: Activities for children up to age 3 years*. https://reachupandlearn.com/wp-content/uploads/2021/05/Parent-Manual_ReachUp-2020_0.pdf.
- Centro Regional para el Fomento del Libro en América Latina y el Caribe (CERLALC). (2013). *Plan Quisqueya Empieza Contigo. Lineamientos. Plan Nacional de Protección y Atención Integral a la Primera Infancia*. https://cerlalc.org/wp-content/uploads/2018/09/19_Plan_Quisqueya_Empieza_Contigo_Rep_Dom.pdf.
- Chaiyachati, B. H., Gaither, J. R., Hughes, M., Foley-Schain, K., & Leventhal, J. M. (2018). Preventing child maltreatment: Examination of an established statewide home-visiting program. *Child Abuse Negl*, 79, 476–484. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.02.019>.
- Chang-Lopez, S. M., Walker, S. P., Grantham-McGregor, S. M., Powell, C., López Bóo, F., Rubio-Codina, M., Ferro Venegas, M. P. (2020). *Manual para padres: Actividades de estimulación temprana para niños de hasta 3 años de edad*. The University of the West Indies & Banco Interamericano de Desarrollo. BID. <http://dx.doi.org/10.18235/0002387>.
- Child Development Associate (CDA). (2021). *Home Visitor*. <https://www.cdacouncil.org/en/educator-pathways/home-visitor/>.
- Chile Crece Contigo (ChCC). (2020). *Catálogo de Prestaciones 2019-2020*. https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2019/10/catalogo-prestaciones-PADBP_-2019-2020.pdf.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (s/f). *Sobre el cuidado y las políticas de cuidado*. <https://www.cepal.org/es/sobre-el-cuidado-y-las-politicas-de-cuidado#>.
- Comisión Intersectorial de Primera Infancia de Colombia (CIPI). (2018). *De Cero a Siempre. Atención Integral a la Primera Infancia*, Serie de Informes sobre Primera Infancia.
- Consejo Asesor de la Primera Infancia (CAPI) y Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2011). *Ruta de Atención Integral a la Primera Infancia en Panamá. RAIPI: Un modelo de articulación para la atención de la primera infancia*. https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/ruta_de_atencion_integral_primera_infancia.pdf.
- Consejo Asesor de la Primera Infancia de Panamá (CAPI). (2011). *Plan de Atención Integral a la Primera Infancia. PAIPI Panamá*. https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/plan_de_atencion_integral_a_la_primera_infancia_paipi_organized.pdf.
- Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE). (2021). *Orientaciones para la intervención pedagógica en Educación Inicial. Ciclo Operativo 2020–2021*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/672137/ORIENTACIONES_PARA_LA_INTERVENCION_N_PEDAGO_GICA-2021-2022.pdf.
- Dos Santos L. M., Godoi L., de Andrade B., Coutinho I., Pizato N., Goncalves V., & Buccini, G. (2023). A qualitative analysis of the nurturing care environment of families participating in Brazil's Criança Feliz early childhood program. *PLoS ONE*, 18(7), e0288940. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288940>.
- Early Childhood Learning & Knowledge Center (ECLKC). (12 de diciembre de 2007). *Head Start Act*. Head Start Policy and Regulations. <https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/policy/head-start-act>.

- Early Childhood Learning & Knowledge Center (ECLKC). (2023a). *About the Office of Head Start*. Head Start. <https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/about-us/article/about-office-head-start>.
- Early Childhood Learning & Knowledge Center (ECLKC). (2023b). *Desarrollo profesional para los visitantes del hogar*. Manual del supervisor del visitador del hogar. <https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/es/desarrollo-profesional/home-visitor-supervisors-handbook/desarrollo-profesional-para-los-visitadores-del-hogar>.
- Early Childhood Learning & Knowledge Center (ECLKC). (s/f.). *Políticas y Reglamentos de Head Start*. <https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/es/policy/45-cfr-chap-xiii/1302-35-educacion-en-los-programas-basados-en-el-hogar>.
- 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., & Global Child Development Steering Group. (2011). Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 378(9799), 1339–1353. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60889-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60889-1).
- Filene, J., Kaminski, J., Anne, L., & Cachat, P. (2013). Components associated with home visiting program outcomes: A meta-analysis. *Pediatrics*, 132(S2), S100–9. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1021h>.
- Freire, C. (21 de diciembre de 2021). *Mejorar el desarrollo infantil a partir de las visitas domiciliarias*. Primeros Pasos. Desarrollo Infantil. BID. <https://blogs.iadb.org/desarrollo-infantil/es/desarrollo-infantil-visitadas-domiciliarias/>.
- Gertler, P., Heckman, J. J., Pinto, R., Zanolini, A., Vermeersch, C., Walker, S., Chang, S., & Grantham-McGregor, S. (2014). Labor market returns to an early childhood stimulation intervention in Jamaica. *Science*, 344(6187), 998–1001. <https://doi.org/10.1126/2Fscience.1251178>.
- Gertler, P., Heckman, J. J., Pinto, R., Chang, S. M., Grantham-McGregor, S. M., Vermeersch, C., Walker, S., & Wright, A. (2021). *Effect of the Jamaica early childhood stimulation intervention on labor market outcomes at age 31*, WP No. 29292. National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.1002/jcop.22872>.
- Gobierno de México. (2020). *Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia (ENAPI)*. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/539066/ENAPI-DOF-02-03-20-.pdf>.
- González, L., Aracena, M., & Iturrieta, G. (2020). Calidad de la relación entre matrones y cuidadores de la visita domiciliaria de Chile Crece Contigo en localidades rurales del Valle de Aconcagua. *Rev Chil Obst Ginecol*, 85(5), 516–525. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000500516>.
- Grantham-McGregor, S. M., & Smith, J. A. (2016). Extending The Jamaican Early Childhood Development Intervention. *Journal of Applied Research on Children: Informing Policy for Children at Risk*, 7(2), 4. <http://dx.doi.org/10.58464/2155-5834.1306>.
- Grantham-McGregor, S. M., Powell, C. A., Walker, S. P., & Himes, J. H. (1991). Nutritional supplementation, psychosocial stimulation, and mental development of stunted children: The Jamaican Study. *Lancet*, 338(8758), 1–5. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)90001-6](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)90001-6).
- Grantham-McGregor, S. M., Walker, S. P., Chang, S. M., & Powell, C. A. (1997). Effects of early childhood supplementation with and without stimulation on later development in stunted Jamaican children. *Am J Clin Nutr*, 66(2), 247–253. <https://doi.org/10.1093/ajcn/66.2.247>.
- Han, K., & Oh, S. (2022). The effectiveness of home visiting programs for the prevention of child maltreatment recurrence at home: a

- systematic review and meta-analysis. *Child Health Nurs Res*, 28(1), 41–50. <https://doi.org/10.4094/chnr.2022.28.1.41>.
- Haramoto, K. & Verdugo, P. (2016). Análisis crítico de la teoría de cambio en intervenciones de visitas domiciliarias en el Programa Chile Crece Contigo. *Revista de Trabajo Social*, 89, 3–14. <https://doi.org/10.7764/rts.89.3-14>.
- Institute for Families in Society and Pacific Research & Evaluation. (2021). *South Carolina First Steps to School Readiness Parents as Teachers External Evaluation FY16-17 to FY18-19*. https://www.scfirststeps.org/media/02ahuo5m/full-report-south_carolina_first_steps_to_school_readiness_parents_as_teachers_external_evaluation_fy16-17_to_fy18-19_final-11-23.pdf.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2012). *Concepto 168 de 2012*. https://ssopruebas2.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/concepto_icbf_0000168_2012.htm.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2021). *Anexo de orientaciones técnicas, operativas y financieras para la prestación remota de los servicios de atención a la primera infancia del ICBF ante la declaración de emergencia sanitaria decretada por el gobierno nacional de Colombia por causa del Covid-19*. https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/a1.lm5_pp_anexo_de_orientaciones_tecnicas_operativas_y_financieras_para_la_prestacion_remota_de_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_del_icbf_v3.pdf.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2022). *Manual Operativo. Modalidad familiar para la atención a la primera infancia*. https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/mo13_pp_manual_operativo_modalidad_familiar_v7.pdf.
- Instituto Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia (INAIPI). (2013). *Descripción General del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia de Base Familiar y Comunitaria*. https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/descripcion_general_del_programa_de_atencion_integral_a_la_primera_infancia_de_base_familiar_y_comunitaria.pdf.
- Instituto Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia (INAIPI). (2015). *Guía para el Componente Educativo en las Visitas a Hogares para Niños y Niñas de 3 y 5 años*. <https://coleccion.es.agn.gob.do/opac/ficha.php?informatico=00130251PI&codopac=OPDIG&idpag=502694170&presenta=digitaly2p#viajeinicial>.
- Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP). (2020). *Estudio sobre las fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas (FODA) del Programa de Visitas a los Hogares. Informe Final*. INSP.
- Jervis, P., Coore-Hall, J., Pitchik, H. O., Arnold, C. D., Grantham-McGregor, S. M., Rubio-Codina, M., Baker-Henningham, H., Fernald, L. C. H., Hamadani, J., Smith, J. A., Trias, J., & Walker, S. P. (2023). The Reach Up parenting program, child development, and maternal depression: a meta-analysis. *Pediatrics*, 151(S2), e2023060221D. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-060221d>.
- Jones-Harden, B., Chazan-Cohen, R., Raikes, H., & Vogel, C. (2012). Early Head Start Home Visitation: The role of implementation in bolstering program benefits. *Journal of Community Psychology*, 40(4), 438–455. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/jcop.20525>.
- Lahti, M., Evans, C., Goodman, G., Schmidt, M., LeCroy, C. (2019). Parents as Teachers (PAT) home-visiting intervention: A path to improved academic outcomes, school behavior, and parenting skills. *Children and Youth Services Review*, 99, 451–460. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.01.022>.
- Leer, J., & López-Boo, F. (2018). Assessing the quality of home visit parenting programs in Latin America and the Caribbean. *Early Child-*

- hood and Development Care*, 189(13), 2183–2196. <http://dx.doi.org/10.1080/03004430.2018.1443922>.
- Leer, J., López-Boo, F., Pérez, A., & Powell, C. (2016). *A snapshot on the quality of seven home visit parenting programs in Latin America and the Caribbean*. IDB. <http://dx.doi.org/10.18235/0009304>.
- Marroig, A., Perazzo, I., Salas, G., & Vigorito, A. (2017). *Evaluación de impacto del programa de acompañamiento familiar de Uruguay Crece Contigo*, (DT 15/2017). Universidad de la República, Instituto de Economía. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/815.pdf>.
- Ministério da Cidadania. (2019). *Guía para Visita Domiciliar. Manual*. https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/crianca_feliz/02_Guia_Visita_Domiciliar_Manual.pdf.
- Ministerio de Desarrollo Social de Chile (2013). *Análisis de la Implementación y Funcionamiento de las Visitas Domiciliarias Integrales del sistema Chile Crece Contigo*, Informe Final: Reporte final del trabajo de campo. <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/11-Informe-Final-VDI-ChCC.pdf>.
- Ministerio de Desarrollo Social de Panamá (MIDES) y UNICEF (2022). *Evaluación de Mochila Cuidarte (Fase Piloto)*. [https://www.unicef.org/panama/media/8271/file/Evaluación de Mochila Cuidarte - Fase Piloto.pdf](https://www.unicef.org/panama/media/8271/file/Evaluación%20de%20Mochila%20Cuidarte%20-%20Fase%20Piloto.pdf).
- Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay (MIDES), Dirección Nacional de Políticas Sociales. (2016). *Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016-2020*. https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/plan_nacional_de_primera_infancia_infancia_y_adolescencia_2016_2020_1.pdf.
- Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay (MIDES). (2020a). *Programa de Acompañamiento Familiar*, Protocolo de Trabajo. Uruguay Crece Contigo.
- Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay (MIDES), Uruguay Crece Contigo (UCC). (2020b). *Programa de Acompañamiento Familiar. Orientaciones generales para el trabajo de los equipos ante la situación de emergencia sanitaria*. https://www.thedialogue.org/wp-content/uploads/2020/08/salud_Orientaciones-teleasistencia-con-%C3%A9nfasis-en-salud-PAF-2.pdf.
- Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay (MIDES). (2022). *Protocolo de diseño Programa de Acompañamiento Familiar (PAF)*. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/protocolo-diseno-programa-acompanamiento-familiar-paf>.
- Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay (MIDES). (2023a). *Programa Acompañamiento Familiar (PAF)*, Documento de diseño. https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/DINADES_Infancia_2023_PAF.pdf.
- Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay (MIDES). (2023b). *Programa Acompañamiento Familiar y Programa Acción Familiar*, Reporte Mensual de Monitoreo. Uruguay Crece Contigo.
- Ministerio de Economía y Finanzas de Perú (MEF). (2016). *Evaluación de impacto del Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) del Programa Nacional Cuna Más—Resultados Finales. Informe de evaluación*. Elaborado por María Caridad Araujo, Marta Rubio-Codina, Marta Dormal.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social de Ecuador (MIES). (2019). *Guía operativa de la modalidad Misión Ternura Creciendo con Nuestros Hijos—CNH*.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social de Ecuador (MIES). (2021). *Instructivo para la Aplicación del Protocolo de Atención Virtual y Semipresencial de las Modalidades de Desarrollo Infantil Integral*.

- Ministerio de Inclusión Económica y Social de Ecuador (MIES). (2022). *Norma Técnica Servicio de Atención Familiar Creciendo con Nuestros Hijos (CNH)*. https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2023/06/am_norma_tecnica_cnh-1.pdf.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2018). *Visita Domiciliaria Integral. Orientaciones Técnicas en el Marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria*. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/06/2018.04.17_OT-VISITA-DOMICILIARIA-INTEGRAL.pdf.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2023). *Resolución Exenta N° 155, que aprueba el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial de Chile Crece Contigo*.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), Chile Crece Contigo y The World Bank. (2018). *A diez años de Chile Crece Contigo., claves y aprendizajes para la construcción de sistemas comprehensivos de apoyo al desarrollo infantil*. <https://biblioteca.digital.gob.cl/server/api/core/bitstreams/cc8fe9ec-a255-4d97-ac82-4f4924453e8c/content>.
- Ministerio de Salud Pública de Uruguay (MSP). (2018). *Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo del Niño y la Niña Menores de 5 años*. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Guia_para_Vigilancia_del_Developmento.pdf.
- Molloy, C., Beatson, R., Harrop, C., Perini, N. & Goldfeld, S. (2021). Systematic review: Effects of sustained nurse home visiting programs for disadvantaged mothers and children. *J Adv Nurs*, 77(1), 147–161. <https://doi.org/10.1111/jan.14576>.
- Oranga Tamariki (2022a). *Family Start Programme Manual*. <https://www.orangatamariki.govt.nz/assets/Uploads/Support-for-families/Support-programmes/Family-Start/Family-Start-manual.pdf>.
- Oranga Tamariki (2022b). *Oranga Tamariki Action Plan*. <https://www.orangatamarikiactionplan.govt.nz/assets/Action-Plan/Uploads/Resources/Publications/Oranga-Tamariki-Action-Plan.pdf>.
- Parents as Teachers (PAT). (2019). *Becoming a PAT Affiliate. An Informational Resource for Interested Organizations*. https://patillinois.org/wp-content/uploads/2020/03/PER_BecomingAParentsAsTeachersAffiliate-U-002-.pdf.
- Parents as Teachers (PAT). (2022). *2021-2022 Affiliate Performance Report*. <https://parentsasteachers.org/wp-content/uploads/2022/10/Worldwide-Affiliates-APR-Infographic-New-Branding-2020-2021.pdf>.
- Parents as Teachers National Center (2022). *Foundational Curriculum*. https://parentsasteachers.org/wp-content/uploads/2022/08/SAMPLEPacket_FoundationalCurriculum.pdf.
- PNUD, Plan & Ministério da Cidadania. (2020). *Avaliação qualitativa Programa Criança Feliz*. <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/br/8e6d3d3c67ba9f11593f44e281cfdcf-36611da4cf706464146bc27c8815da4c37.pdf>.
- Preval, N., Apatov, E., & Cording, J. (2021). *Evaluation of the Family Start programme: Report on findings of the impact evaluation*. Oranga Tamariki–Ministry of Children. <https://ir.canterbury.ac.nz/server/api/core/bitstreams/13bf6228-98d4-4c4a-b55a-1506f3e60a77/content>.
- Rede Nacional Primeira Infância de Brasil (RNPI). (2010). *Plano Nacional pela Primeira Infância 2010-2022 | 2020-2030*. <https://primeira-infancia.org.br/wp-content/uploads/2020/10/PNPI.pdf>.
- Resolución de Dirección Ejecutiva N° 220-2023-MIDIS/PNCM-DE [Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social del Perú]. (2023a). *Aprueba la Directiva Modelo de cogestión comunal para la implementación y funcionamiento de los servicios del Programa Nacional*

- Cuna Más. 22 de febrero de 2023. <https://www.gob.pe/institucion/cunamas/normas-legales/3930532-0220-2023-midis-pncm>.
- Resolución de Dirección Ejecutiva N° 303-2023-MIDIS/PNCM-DE [Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social del Perú (MIDIS)]. (2023b). Aprueba la Directiva Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más. 10 de marzo de 2023. <https://www.gob.pe/institucion/cunamas/normas-legales/4008858-0303-2023-midis-pncm>.
- Roggman, L. A. & Cook, G. A. (2010). Attachment, aggression, and family risk in a low-income sample. *Family Science*, 1(3–4), 191–204. <https://doi.org/10.1080/19424620.2010.567829>.
- Roggman, L. A., Boyce, L. K., & Cook, G. A. (2009). Keeping kids on track: Impacts of a parenting-focused Early Head Start program on attachment security and cognitive development. *Early Education and Development*, 20(6), 920–941. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/10409280903118416>.
- Rosero, J., & Oosterbeek, H. (2011). *Trade-offs between different early childhood interventions: Evidence from Ecuador*, TI 2011–102/3. Tinbergen Institute. <https://papers.tinbergen.nl/11102.pdf>.
- Rubio-Codina, M., y Lopez-Boo, F. (2022). *Lecciones aprendidas del diseño y la implementación de modalidades virtuales e híbridas de los servicios de atención a la primera infancia*. BID. <http://dx.doi.org/10.18235/0004409>.
- Salhuana, R., Luna, A. & Cordero, L. (2021). *Presupuesto por Resultados para el Desarrollo Infantil Temprano: El caso de Perú*. UNICEF. <https://www.unicef.org/lac/media/20636/file/Presupuesto-por-resultados-para-el-desarrollo-infantil-temprano-El-caso-de-Peru.pdf>.
- Santos, I., Munhoz, T., Siqueira, R., Blumenberg, C., Cardozo, C., Matijasevich, A., Salum C., Guimarães, H., Marques, L., Correia, L., Rovey, M., Cabral, P., Pereira, V., & Victora, C. (2022). Evaluation of the Happy Child Program: a randomized study in 30 Brazilian municipalities. *Cien Saude Colet*, 27(12), 4341–4363. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022712.13472022>.
- Schodt, S., Parr, J., Araujo, M., & Rubio-Codina, M. (2015). *La medición de la calidad de los servicios de visitas domiciliarias. Una revisión de la literatura*. IDB. <https://doi.org/10.18235/0000197>.
- Secretaría de Educación Pública de México (SEP). (2019). *Educación Inicial: un buen comienzo. Programa de visita a los hogares. Manual para los agentes educativos*. SEP.
- Smith, J. A., Baker-Henningham, H., Brentani, A., Mugweni, R., & Walker, S.P. (2018). Implementation of Reach Up early childhood parenting program: acceptability, appropriateness, and feasibility in Brazil and Zimbabwe. *Ann N Y Acad Sci*, 1419(1), 120–140. <https://doi.org/10.1111/nyas.13678>.
- Smith, J. A., Chang, S., Brentani, A., Fink, G., Lopez-Boo, F., Michel, B., Rubio-Codina, M., & Walker, S. (2023). A remote parenting program and parent and staff perspectives: A randomized trial. *Pediatrics*, 151(S2), e2023060221F. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-060221f>.
- Sweet, M. A., & Appelbaum, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, 75(5), 1435–1456. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00750.x>.
- UNESCO. (2008). *Primera Infancia Mejor: Una innovación en política pública*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000155250/PDF/155250spa.pdf.multi>.
- UNICEF. (2023). *Los sistemas de cuidado y apoyo en América Latina y el Caribe: Un marco para la acción de UNICEF*. <https://www.unicef.org/lac/informes/los-sistemas-de-cuidado-y-apoyo-en-america-latina-y-el-caribe>.

Universidad de los Andes e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2017). *Impactos de la estrategia "De Cero a Siempre" sobre el desarrollo integral de los niños y niñas en primera infancia*. https://www.icbf.gov.co/system/files/evaluacion_de_impacto_de_cero_a_siempre_-_elca_uniandes_2017_1.pdf.

Vaithianathan, R., Wilson, M., Maloney, T., & Baird, S. (2016). *The Impact of the Family Start Home Visiting Programme on Outcomes for Mothers and Children. A Quasi-Experimental Study*. Ministry of Social Development. <https://www.msd.govt.nz/documents/about-msd-and-our-work/publications-resources/evaluation/family-start-outcomes-study/family-start-impact-study-report.pdf>.

Anexo

Anexo 1. Relación por país de actores clave que han sido entrevistados y/o han participado del proceso de validación de información

Programa de Visitas Domiciliarias	País	Actor
1. Programa de Visitas a los Hogares “Un Buen Comienzo”	México	Directora de Educación Inicial en la Dirección General de Desarrollo Curricular de la Secretaría de Educación Pública
		Directora de Educación Inicial Estatal de la Secretaría de Educación Pública del Estado de Coahuila
		Jefa del Departamento de Apoyos Educativos para la Inclusión de la Secretaría de Educación Pública del Estado de Guanajuato
		Coordinadora del Programa de Visitas a los Hogares “Un Buen Comienzo” en el Estado de Guanajuato
2. Programa de Acompañamiento Familiar	Uruguay	Gerenta de Uruguay Crece Contigo
		Directora de la División de Territorios para Crecer de Uruguay Crece Contigo
		Directora de Generación y Gestión del Conocimiento de Uruguay Crece Contigo
3. Visitas Domiciliarias Integrales–PADBP	Chile	Jefa del Departamento de Chile Crece Contigo en la División de Promoción y Prevención de la Subsecretaría de la Niñez del Ministerio de Desarrollo Social y Familia
		Encargada de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud
		Asesora Técnica de Chile Crece Contigo en el Ministerio de Salud
		Oficial de Salud y Desarrollo Infantil Temprano en UNICEF Chile
		Oficial de Políticas Sociales en UNICEF Chile
4. Servicio de Acompañamiento a Familias–PNCM	Perú	Directora Ejecutiva del PNCM
		Coordinadora Técnica de la Dirección Ejecutiva del PNCM
		Ejecutiva de Atención Integral de la Unidad Técnica de Atención Integral
		Especialista del Servicio Estándar de la Unidad Operativa de Atención Integral
		Especialista de Mejora de Servicios de la Unidad Operativa de Atención Integral
		Miembro del Equipo de la Coordinación Estándar de la Unidad Técnica de Atención Integral
5. Creciendo con Nuestros Hijos	Ecuador	Subsecretario de Desarrollo Infantil Integral (al momento de la entrevista)
		Directora Nacional de Atención Domiciliar (al momento de la entrevista)
		Oficial de Políticas Sociales en UNICEF Ecuador
6. Programa Cuidarte	Panamá	Oficial de Desarrollo Infantil Temprano en UNICEF Panamá
7. Programa de Atención Integral a la Primera Infancia de Base Familiar y Comunitaria (PBFC)	República Dominicana	Oficial de Políticas Sociales de UNICEF República Dominicana
		Oficial de Desarrollo Infantil Temprano de UNICEF República Dominicana

Fuente: Elaboración propia.



para cada infancia

Oficina Regional para América Latina y el Caribe
Calle Alberto Tejada, Edificio 102, Ciudad del Saber
Panamá, República de Panamá
Apartado postal: 0843-03045
Teléfono: + 507 301 7400

comlac@unicef.org
www.unicef.org/lac

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)