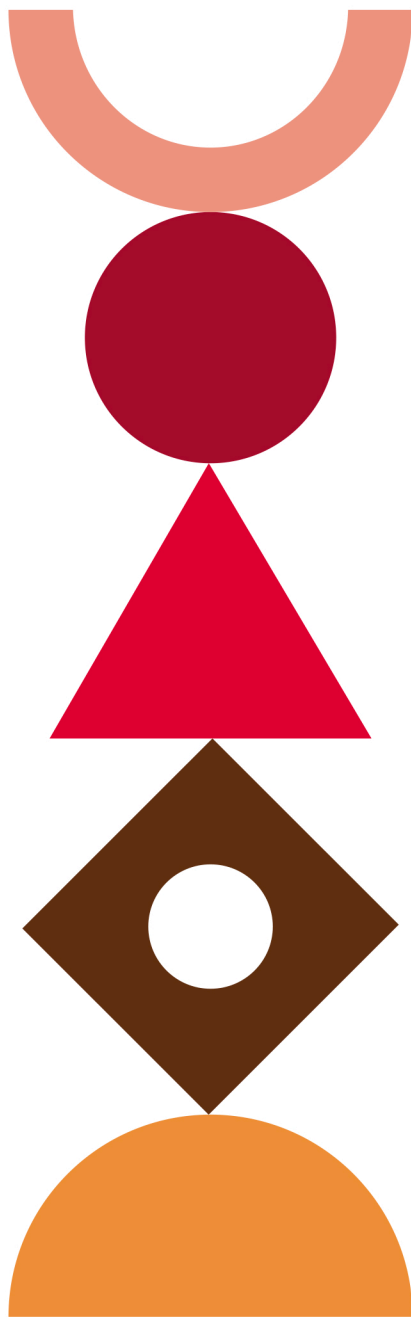


Primera infancia

EN ARGENTINA

DIAGNÓSTICO,
EXPERIENCIA
INTERNACIONAL
Y RECOMENDACIONES
BASADAS EN EVIDENCIA.



Primera infancia

EN ARGENTINA

**DIAGNÓSTICO,
EXPERIENCIA INTERNACIONAL
Y RECOMENDACIONES BASADAS
EN EVIDENCIA.**

 **Libertad
y progreso**

Fundación Libertad y Progreso

Primera infancia en Argentina : diagnóstico, experiencia internacional y recomendaciones basadas en evidencia. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Fundación Libertad y Progreso, 2026.

165 p. ; 22 x 15 cm.

ISBN 978-987-47163-8-5

1. Desarrollo Humano.
CDD 370

© 2026 Fundación Libertad y Progreso

Primera edición: enero 2026

Todos los derechos reservados.

Se permite la reproducción parcial de esta obra con la debida cita de la fuente, exclusivamente para fines académicos, educativos o de difusión sin fines de lucro.

Queda prohibida la reproducción total o su uso comercial sin la autorización expresa de la Fundación Libertad y Progreso.

Dirección editorial:

Fundación Libertad y Progreso

Lavalle 636, 5° piso, CABA

info@libertadyprogreso.org

www.libertadyprogreso.org

Editado y compilado por Manuel Solanet, director del Área de Políticas Públicas de Libertad y Progreso, y por Franco Marconi, analista en Políticas Públicas de Libertad y Progreso

Impreso en Argentina por FP IMPRESORA,
Antonio Beruti 1560, Florida Oeste, Vicente López
www.fpimpresora.com.ar

Primera infancia

EN ARGENTINA

**DIAGNÓSTICO,
EXPERIENCIA INTERNACIONAL
Y RECOMENDACIONES BASADAS
EN EVIDENCIA.**

Mg. María José Romano Boscarino

Fundación Libertad y Progreso

Septiembre 2025

Índice

Resumen ejecutivo _____	9
Introducción _____	15
1. Diagnóstico de la primera infancia en Argentina _____	19
Marco legal e institucional _____	19
Cambios demográficos y sus implicancias en la primera infancia _____	23
Pobreza y vulnerabilidad socioeconómica _____	27
Condiciones de vida y vivienda _____	30
Acceso al cuidado y al aprendizaje temprano _____	33
Salud y nutrición _____	39
Estimulación temprana y entornos de aprendizaje _____	39
2. Evidencia Internacional: análisis de casos _____	62

Acompañamiento prenatal y crianza temprana: el Programa de Visitas Domiciliarias de Enfermeras a Madres Primerizas (<i>Nurse–Family Partnership, Estados Unidos</i>) _____	62
Estimulación temprana en contextos de pobreza: el Programa de Desarrollo Infantil de Jamaica (<i>Jamaica Early Childhood Development Program</i>) _____	76
Educación inicial de alta calidad: el Proyecto Preescolar Perry (<i>Perry Preschool Project, Estados Unidos</i>) _____	92
Enfoque intergeneracional en educación y crianza: los Programas de Alfabetización Familiar (<i>Family Literacy Programs, Turquía</i>) _____	102
3. Recomendaciones para fortalecer el desarrollo de la primera infancia en las provincias argentinas _____	119
Apoyo desde el embarazo e infancia (0 a 2 años): establecer bases sólidas desde los primeros días _____	120

Atención y estimulación temprana (0 a 3 años): superar brechas en el desarrollo inicial	122
Educación preescolar (3 a 5 años): garantizar acceso con estándares de calidad	126
Enfoque intergeneracional y participación comunitaria: educar a la niñez fortaleciendo a las familias	130
Hacia una implementación efectiva: coordinación, monitoreo y resultados	133
Anexo I.	
Listado de figuras y tablas	137
Referencias	139

Resumen ejecutivo

Este informe presenta un diagnóstico integral sobre la situación de la primera infancia en Argentina, complementado con el análisis de experiencias internacionales que abordan distintos aspectos del desarrollo infantil y cuentan con evaluaciones rigurosas. A partir de estos insumos se formulan recomendaciones orientadas a fortalecer la toma de decisiones en el ámbito provincial, con el fin de promover iniciativas sostenibles, basadas en evidencia y adaptadas a las realidades locales, que favorezcan el desarrollo integral de la primera infancia en el país.

El diagnóstico nacional pone de relieve brechas persistentes que afectan de manera desproporcionada a los niños en los primeros años de vida. La pobreza y la indigencia infantil se mantienen en niveles elevados y superan de forma sostenida al promedio general, reflejando un patrón estructural de privación material. Las condiciones habitacionales de los hogares con niños pequeños se caracterizan por presentar mayores déficits en infraestructura y acceso a servicios básicos.

En el ámbito educativo y de cuidados, la cobertura es limitada y heterogénea. Si bien la escolarización a partir de los 4 años es casi universal, persisten graves carencias en el acceso a jardines

maternales y servicios de cuidado para los menores de 3 años, así como deficiencias en la calidad y falta de evaluación de las experiencias de aprendizaje temprano. Aunque la mayoría de los niños recibe estimulación en el hogar, se observan marcadas diferencias vinculadas al nivel socioeconómico y educativo de las familias, que condicionan las oportunidades de desarrollo cognitivo y socioemocional.

Los indicadores de salud y nutrición refuerzan este panorama crítico. Persisten disparidades en las condiciones al nacer, junto con una elevada proporción de nacimientos en contextos de vulnerabilidad. Asimismo, se registran retrocesos en las coberturas de vacunación y prácticas alimentarias que combinan déficit nutricional con exceso de peso. Todos estos factores tienen efectos acumulativos en el desarrollo infantil y contribuyen a la transmisión intergeneracional de las desventajas.

Al mismo tiempo, el país ha logrado avances relevantes en materia normativa e institucional. Argentina cuenta con un marco legal robusto y con estrategias intersectoriales orientadas a la primera infancia. No obstante, este andamiaje, aunque necesario, resulta insuficiente en ausencia de políticas sostenidas y efectivas que produzcan mejoras concretas. Además, la tendencia demográfica hacia una menor natalidad abre una ventana de oportunidad, ya que permite concentrar recursos y elevar la calidad de la inversión en cada niño.

En este contexto, la evidencia internacional rigurosa se presenta como un insumo estratégico, que aporta aprendizajes y recursos relevantes para el análisis y la toma de decisiones. Concretamente, el informe expone cuatro casos seleccionados. El Programa de Visitas Domiciliarias de Enfermeras a Madres Primerizas (Nurse-Family Partnership) en Estados Unidos, propone acompañamiento profesional desde el embarazo hasta los 2 años mediante visitas domiciliarias de enfermeras, apoyo psicosocial y orientación para fomentar la autonomía de las madres,

con resultados favorables en salud neonatal, prácticas de crianza y trayectorias de vida de las madres. A su vez, el Programa de Desarrollo Infantil de Jamaica (Jamaica Early Childhood Development Program), pone el acento en la estimulación cognitiva y afectiva en contextos de pobreza, mediante visitas y actividades que enseñan a los cuidadores a promover el juego y el lenguaje; y los estudios de seguimiento indican beneficios sostenidos en rendimiento educativo, salud mental e ingresos en etapas posteriores. Por su parte, el Proyecto Preescolar Perry (Perry Preschool Project), en Estados

Unidos, ejemplifica el impacto de la educación preescolar de alta calidad, con grupos reducidos, docentes especializados y fuerte participación familiar, generando efectos duraderos en escolaridad, empleo y conductas sociales. Por último, los Programas de Alfabetización Familiar (Family Literacy Programs), en Turquía, demuestran el valor de enfoques intergeneracionales que combinan alfabetización de adultos y estimulación infantil, fortaleciendo simultáneamente las competencias parentales y las oportunidades de los niños.

A partir del diagnóstico y de estas lecciones internacionales, el informe propone recomendaciones que se articulan por tramos etarios y ámbitos de gestión. Durante el embarazo y hasta los 2 años, se sugiere priorizar la atención perinatal de calidad y escalar programas de visitas domiciliarias adaptados al contexto local, tomando como referencia el Nurse-Family Partnership. En la etapa de 0 a 3 años, se promueven sugerencias respecto a la ampliación y mejora de la oferta de servicios de cuidado y desarrollo infantil e incorporar programas comunitarios de estimulación inspirados en la experiencia de Jamaica. Por su parte, entre los 3 a 5 años, la prioridad se centra en ampliar la cobertura de la sala de 3 años y elevar la calidad de la educación inicial mediante estándares pedagógicos, formación continua docente y sistemas de monitoreo, aplicando las lecciones del Perry Preschool.

De manera transversal, se propone fortalecer el enfoque familiar e intergeneracional mediante talleres de crianza, programas de alfabetización parental y mecanismos que integren la educación de adultos con la estimulación infantil, tal como muestran los programas de alfabetización familiar de Turquía. En materia de gestión, además se plantea asegurar la coordinación intersectorial entre salud, educación y desarrollo social; promover un liderazgo que integre capacidades, conocimiento y esfuerzos de distintos sectores; focalizar territorialmente las inversiones hacia los grupos de mayor vulnerabilidad; y establecer sistemas de monitoreo y evaluación que permitan ajustar políticas y garantizar financiamiento sostenible que preserve la calidad aún al escalar las intervenciones.

En conclusión, tal y como la evidencia lo demuestra, invertir en la primera infancia constituye la política pública con mayor rentabilidad social y una vía eficaz para ampliar oportunidades a largo plazo. Argentina, cuenta con la posibilidad concreta de transformar las trayectorias de la niñez si se prioriza la atención integral desde el embarazo hasta la educación preescolar, implementando intervenciones de probada efectividad y adaptadas a las capacidades institucionales y condiciones territoriales. En definitiva, solo mediante un compromiso político sostenido, una coordinación eficaz entre sectores y niveles de gobierno, y la asignación responsable de recursos será posible traducir estas recomendaciones en resultados concretos y duraderos. Este esfuerzo representa no solo una inversión estratégica en capital humano, sino también un pilar esencial para el desarrollo productivo y social del país.

Introducción

Argentina, país de ingresos medianos con una población de 46 millones de habitantes, presenta una estructura federal compleja y una marcada heterogeneidad social y territorial. Estas características plantean tanto oportunidades como desafíos para garantizar condiciones adecuadas de desarrollo en la primera infancia.

En las últimas dos décadas, el país ha avanzado de manera significativa en la consolidación de un marco legal e institucional orientado a la protección y promoción de los derechos de la niñez. Sin embargo, persisten brechas sustantivas entre el reconocimiento normativo y la efectiva garantía de derechos en los distintos territorios del país.

Este informe adopta una perspectiva sistémica que reconoce la diversidad de contextos sociales, institucionales y económicos en los que transcurre la infancia en Argentina. Con este enfoque, se busca identificar los principales factores que condicionan el desarrollo infantil temprano y, al mismo tiempo, relevar oportunidades estratégicas para mejorar la efectividad de las políticas públicas.

El documento se estructura en tres componentes complementarios. En primer lugar, presenta un diagnóstico de la situación

de la primera infancia en el país, abordando dimensiones clave como el marco legal e institucional, tendencias demográficas, pobreza y vulnerabilidad socioeconómica, condiciones habitacionales, acceso a servicios de cuidado y educación, indicadores de salud y nutrición, y oportunidades de estimulación y desarrollo cognitivo. En segundo lugar, analiza un conjunto seleccionado de experiencias internacionales que, a partir de evaluaciones rigurosas, ofrecen lecciones relevantes para el diseño de políticas públicas para la primera infancia basadas en evidencia. Entre ellas, el Programa de Visitas Domiciliarias de Enfermeras a Madres Primerizas (Nurse-Family Partnership) de Estados Unidos, el Programa de Desarrollo Infantil de Jamaica (Jamaica Early Childhood Development Program), el Proyecto Preescolar Perry (Perry Preschool Project) de Estados Unidos y los Programas de Alfabetización Familiar (Family Literacy Programs) en Turquía. Finalmente, se formulan recomendaciones dirigidas a referentes de gobiernos provinciales y actores institucionales, orientadas a fortalecer el desarrollo integral de la primera infancia en el territorio nacional.

El propósito general del informe es contribuir a que la primera infancia se consolide como una prioridad, promoviendo políticas sostenibles, basadas en evidencia y adaptadas a la diversidad de realidades provinciales, para que cada niño en Argentina pueda desarrollarse plenamente desde los primeros años de vida.

Cap.

1

Diagnóstico de la primera infancia en Argentina

MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL

Desde finales del siglo XX, el marco legal argentino en materia de primera infancia ha atravesado una profunda transformación, impulsada por compromisos internacionales y reformas legislativas internas. Estos cambios sentaron las bases para un enfoque de políticas públicas centrado en los derechos de la niñez.

El hito fundacional de este proceso fue la adopción de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989. Argentina la ratificó mediante la Ley N.º 23.849 en 1990, reconociéndola como vinculante, aunque con reservas específicas respecto a la definición de infancia, adopción internacional y planificación familiar. Posteriormente, la reforma constitucional de 1994 le otorgó jerarquía constitucional (artículo 75, inciso 22), obligando a que toda la legislación nacional y provincial respete sus principios.

En 1993, la Ley Federal de Educación N.º 24.195 reconoció por primera vez a la educación inicial como parte del sistema educativo formal, y determinó la obligatoriedad del último año (5 años).

Además, creó jardines maternos y jardines de infantes como

niveles organizados dentro del sistema, pero no fijó estándares de cobertura ni mecanismos de financiamiento claros.

En 2003, la Ley N.º 25.724 creó el Programa Nacional de Nutrición y Alimentación, estableciendo la obligación del Estado de garantizar el derecho a una alimentación adecuada, con prioridad para la población infantil.

Un punto de inflexión legislativo llegó en 2005 con la sanción de la Ley N.º 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, que reemplazó el paradigma tutelar por uno de protección integral. Esta ley reconoce a los niños como sujetos plenos de derecho y establece la responsabilidad concurrente e indelegable del Estado, las familias y la sociedad civil. Además, creó estructuras institucionales tales como la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF), el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia (COFENAF) y la Defensoría de Niñas, Niños y Adolescentes, consolidando un sistema federal de protección integral.

En 2006, la Ley Nacional de Educación N.º 26.206 integró formalmente la educación inicial al sistema educativo nacional, reconociendo su importancia desde los 45 días de vida. Ese mismo año, el Decreto N.º 415/2006 reglamentó la Ley 26.061 y definió la estructura operativa de la SENNAF como organismo rector en política de infancia.

En 2007, la Ley N.º 26.233 promovió la creación y regulación de los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) como espacios de atención y acompañamiento integral para niños de hasta 4 años, con funciones preventivas, promocionales y restaurativas. Esta ley refuerza el principio de responsabilidad compartida entre el Estado y las familias.

En 2014, la Ley N.º 27.045 hizo obligatoria la escolarización desde los 4 años, y estableció que el Estado nacional, las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) deberán garantizar la universalización de la sala de 3 años, priorizando a los sectores sociales más vulnerables.

El enfoque intersectorial ganó mayor presencia institucional con el lanzamiento del Plan Nacional de Primera Infancia, mediante el Decreto N.º 574/2016. Este plan buscó promover el desarrollo integral de niños de 45 días a 4 años, priorizando a quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad. Impulsó la expansión de espacios de cuidado y estimulación (como los EPIs), en coordinación con gobiernos provinciales y locales.

Este avance se consolidó con el Decreto N.º 750/2019, que estableció la estrategia “Primero la Infancia” (ENPIP), fortaleciendo la coordinación intersectorial entre los niveles nacional, provincial y municipal. Liderada por la SENNAF junto con los ministerios de Salud y Educación, esta estrategia definió prioridades comunes para reducir las diferencias territoriales en el acceso a derechos como salud, nutrición, educación, identidad y cuidado.

En 2021, se sancionó la Ley N.º 27.611, conocida como Ley de los 1000 Días, que estableció un marco integral de cuidado de la salud durante el embarazo y los primeros años de vida. Esta ley refuerza la continuidad entre la atención prenatal y el desarrollo temprano, coordinando acciones entre los sistemas de salud, protección social y cuidados comunitarios.

Dado el carácter federal de Argentina, cada provincia tiene facultad para desarrollar su propia normativa en consonancia con los estándares nacionales. La mayoría de las jurisdicciones ha sancionado leyes de protección integral que replican o amplían la Ley 26.061. Según información oficial presentada por el Estado argentino ante el Comité de los Derechos del Niño de la ONU, 23 de las 24 jurisdicciones han desarrollado un “robusto marco normativo” alineado con la legislación nacional y con los instrumentos internacionales de jerarquía constitucional, como la CDN. En la última revisión, la provincia de Formosa aún se encontraba en proceso de sancionar su propia ley de protección integral, mientras que San Luis no había adherido formalmente a la Ley 26.061, aunque sí sancionó una ley de adhesión a la CDN (Infancia en Deuda, 2023).

Cabe destacar que algunas provincias sancionaron leyes de protección integral antes de la legislación nacional de 2005, y sirvieron de antecedente para su redacción. Mendoza fue la primera en 1995, seguida por Río Negro y Chubut (1997), CABA (1998), Salta y Neuquén (1999), Tierra del Fuego (2000), Misiones y Jujuy (2001), San Juan (2002) y Provincia de Buenos Aires (2004). Luego de sancionada la ley nacional, lo hicieron: Santiago del Estero y Entre Ríos (2008), Santa Fe y Santa Cruz (2009), Tucumán (2010) y Córdoba (2011) (López *et al.*, 2012).

Respecto al lugar que ocupa la primera infancia dentro de estas leyes provinciales, hay una tendencia general, aunque con variaciones, a incluir esta franja etaria a través del reconocimiento de derechos vinculados con la identidad, la salud del recién nacido y el cuidado materno durante el embarazo. También se observa un aprendizaje institucional progresivo, ya que las leyes más recientes tienden a incorporar un lenguaje más preciso y conceptos actualizados sobre los derechos de la niñez.

El marco legal para la primera infancia ha evolucionado hacia un enfoque ampliamente compartido, reflejado en las leyes nacionales y en la alineación jurídica progresiva de la mayoría de las provincias. En un país federal y heterogéneo como Argentina, esta diversidad de formulaciones legales no necesariamente representa una debilidad, pero abre la posibilidad para pensar marcos comunes para guiar las prioridades políticas y garantizar que los primeros años de vida sean reconocidos como un tema central y de largo plazo en las agendas públicas. La consolidación de ese horizonte compartido será clave para sostener los avances legales, fortalecer la coordinación institucional en el futuro pero sobre todo asegurar que lo definido se traduzca en acciones concretas que comiencen a generar más y mejores resultados para los niños y las familias.

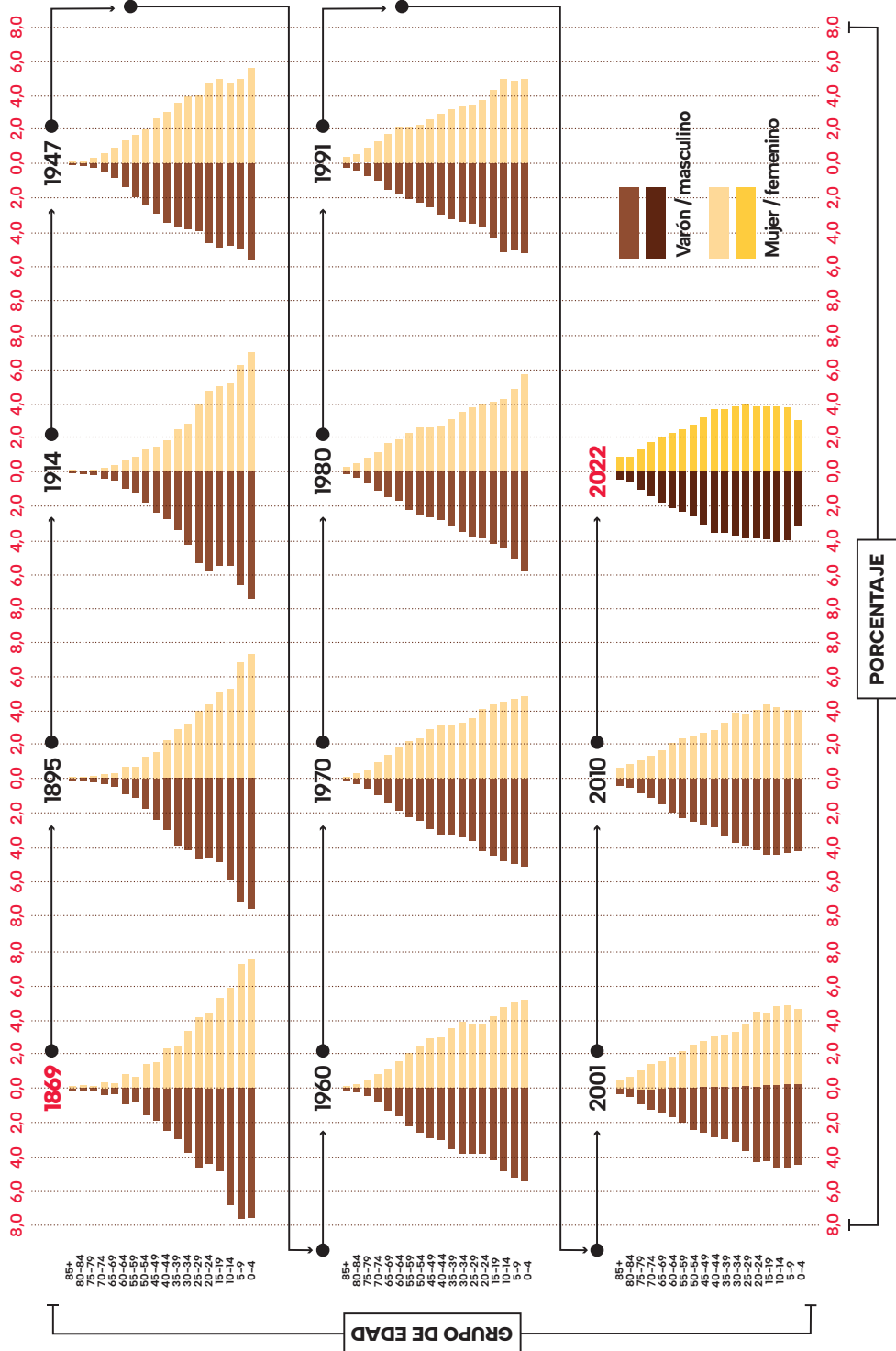
Cambios demográficos y sus implicancias en la primera infancia

Los resultados del Censo Nacional 2022, publicados por el INDEC (2025), revelan una transformación demográfica significativa en Argentina, reflejada en una pirámide poblacional con una base estrecha y un vértice superior más amplio. Este cambio está impulsado por una disminución sostenida de las tasas de natalidad y mortalidad, junto con un aumento en la esperanza de vida, especialmente entre las mujeres. A diferencia de los censos del siglo XIX y principios del siglo XX, que mostraban una pirámide con base ancha típica de poblaciones jóvenes con alta fecundidad, la estructura de 2022 evidencia un proceso de envejecimiento poblacional. Este cambio implica una disminución relativa de la población infantil (de 0 a 4 años), lo que marca una transformación estructural relevante en la base de la pirámide.

FIGURA 1 - PÁG. 24

Estructura de la población por sexo y grupos quinquenales de edad en los censos nacionales, año 2022 (siguiente página).

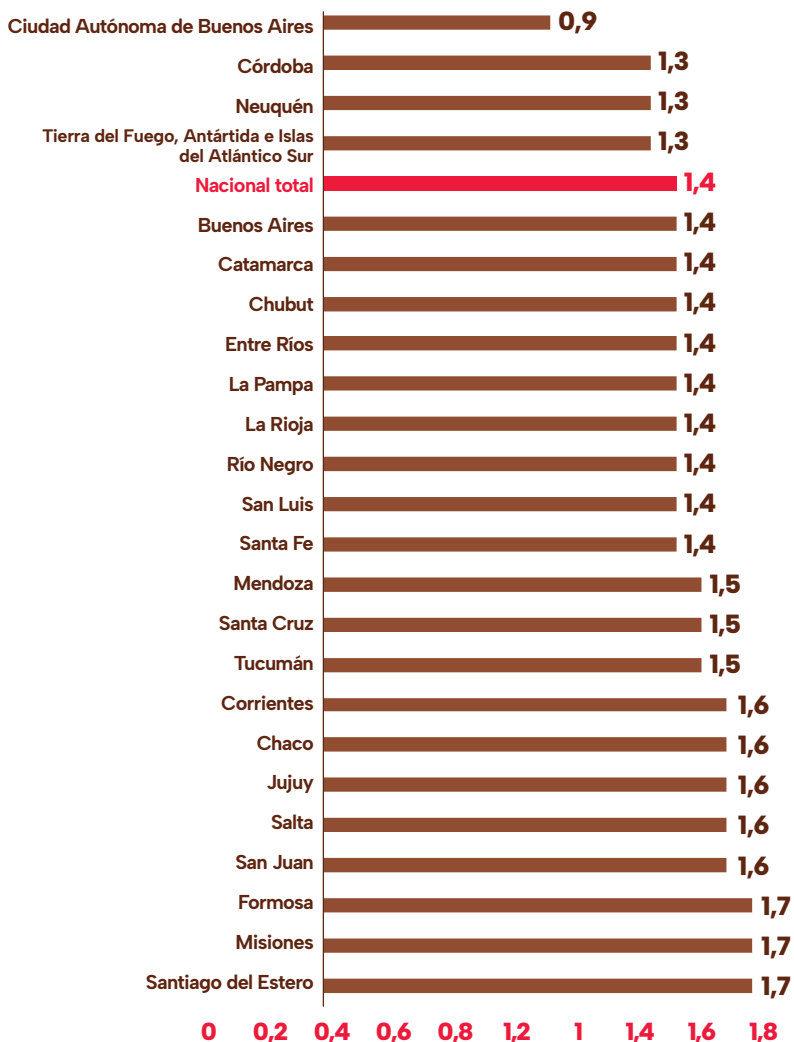
Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), Síntesis de resultados del Censo 2022 (2025). https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/sintesis_resultados_censo2022.pdf



La población de mujeres de 14 a 49 años que viven en hogares particulares asciende a 12.382.860, de las cuales el 57,5% (7.126.256) han tenido al menos un hijo. El número promedio de hijos por mujer es de 1,4, una cifra que ha disminuido progresivamente en todas las provincias, aunque de manera desigual. Cabe destacar que las provincias con mayores tasas de fecundidad se encuentran en las regiones del Noreste (NEA) y Noroeste (NOA), que también presentan los niveles más altos de pobreza y pobreza extrema del país.

FIGURA 2

Número promedio de hijos nacidos vivos por mujer de 14 a 49 años en hogares particulares, por jurisdicción, año 2022



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), Síntesis de resultados del Censo 2022 (2025). https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/sintesis_resultados_censo2022.pdf

En relación con la edad materna, los datos muestran un corrimiento hacia grupos de mayor edad, acompañado por una disminución significativa de la fecundidad adolescente. La tasa de fecundidad global se ha moderado, promediando alrededor de 2,6 hijos por mujer en las cohortes de mayor edad. Esta tendencia es consistente con los cambios demográficos reflejados en la pirámide poblacional argentina, caracterizada por una base más angosta y un proceso gradual de envejecimiento poblacional.

En lo que respecta específicamente a la población infantil, el Censo 2022 reporta 2,8 millones de niños de 0 a 4 años en Argentina, una cifra significativamente inferior a los 3,7 millones proyectados con base en el Censo 2010. Esta reducción está directamente vinculada con la tendencia descendente de la fecundidad antes mencionada.

En términos relativos, la proporción de niños pequeños dentro del total poblacional también ha disminuido: los niños de 0 a 4 años representaban el 8,3% de la población en 2010, mientras que en 2022 esa proporción se redujo al 6,2%. En términos absolutos, hoy hay 500.000 niños pequeños menos que en 2010. Esta contracción demográfica intensifica el bono demográfico de corto plazo y representa una oportunidad estratégica que debe ser adecuadamente aprovechada.

Pobreza y vulnerabilidad socioeconómica

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) para el segundo semestre de 2024, el 10,5% de los niños de 0 a 5 años en Argentina vivía en situación de pobreza extrema (indigencia), mientras que un 38,7% adicional vivía en pobreza no extrema. Esto implica que casi la mitad (49,2%) de los niños en ese rango etario residía en hogares por debajo de la línea de pobreza (INDEC, 2024; INDEC, 2025).

Entre el segundo semestre de 2016 y el segundo semestre de 2024, la proporción de niños de 0 a 5 años en situación de pobreza se mantuvo consistentemente alta, superando el 45% en la mayoría de los semestres. El pico más alto se registró en el primer semestre de 2024, con un preocupante 63,9%, seguido por el 58% en el segundo semestre de 2023 y el 55,1% en el primer semestre de 2020. Aunque la cifra más reciente refleja una mejora relativa (caída al 49,2%), aún revela una realidad crítica: uno de cada dos niños pequeños en Argentina crece en situación de pobreza.

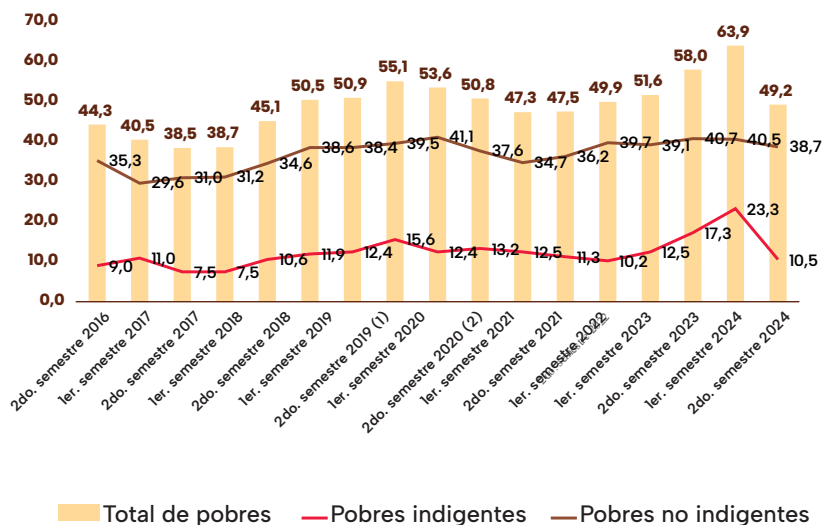
El desglose de estos datos permite analizar la evolución de la pobreza extrema y la pobreza no extrema. En relación con la pobreza extrema, el valor más bajo de la serie fue del 7,5%, observado tanto en el segundo semestre de 2017 como en el primero de 2018. En contraste, el primer semestre de 2024 registró un pico del 23,3%, que luego cayó bruscamente al 10,5% en el segundo semestre del mismo año. A pesar de esta disminución, la tasa actual sigue siendo más alta que en la mayoría de los años previos a 2020. La pobreza no extrema mostró una tendencia más estable, con un máximo de 41,1% en el segundo semestre de 2020 y una disminución gradual hasta el 38,7% en el segundo semestre de 2024.

Desde diciembre de 2016, la pobreza infantil ha superado sistemáticamente a la pobreza general de la población total, lo que pone en evidencia un problema estructural aún no resuelto. Los datos oficiales confirman que la privación material en la primera infancia se ha mantenido persistentemente elevada en los últimos 8 años, con fluctuaciones estrechamente vinculadas a las condiciones macroeconómicas y a medidas de política de corto plazo.

La pobreza monetaria en esta etapa temprana del desarrollo tiene efectos acumulativos y prolongados, que condicionan las trayectorias vitales desde los primeros años. Su persistencia refleja vulnerabilidades estructurales que continúan afectando el bienestar y las oportunidades de la primera infancia en el país.

FIGURA 3

Población de 0 a 5 años según condición de pobreza, segundo semestre del año 2016 a segundo semestre del año 2024



Fuente: Elaboración propia en base a INDEC. Encuesta Permanente de Hogares.

Reconociendo que la primera infancia debe ser abordada desde una perspectiva integral, que contemple las múltiples dimensiones del desarrollo infantil, y que la medición anteriormente analizada refleja únicamente la pobreza monetaria, es decir, aquella evaluada en función del ingreso del hogar, en la siguiente sección se presenta una visión general de la situación de la primera infancia en Argentina en otras dimensiones clave. En particular, se abordan las condiciones de vivienda, la educación, la salud y nutrición, y las oportunidades de estimulación.

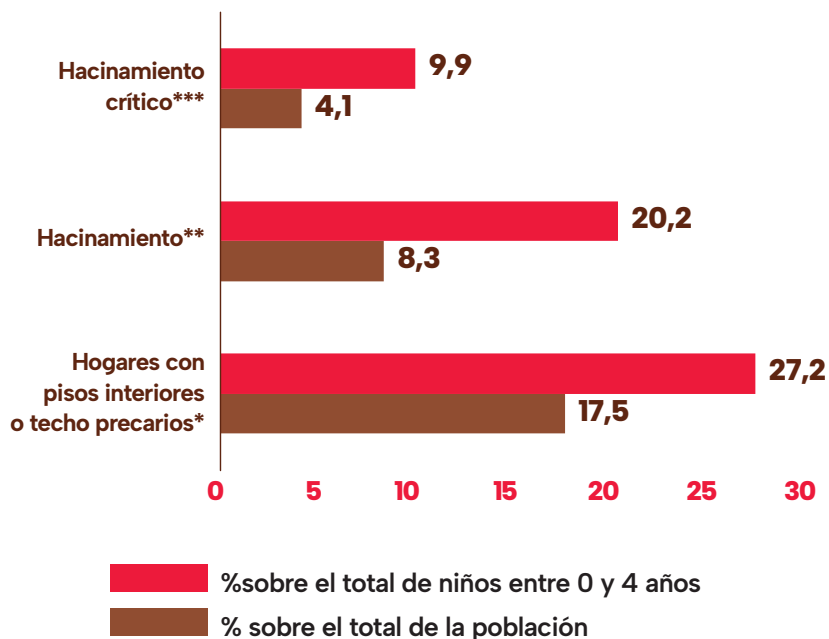
Condiciones de vida y vivienda

El hábitat cumple un rol fundamental en el desarrollo integral de la primera infancia, ya que un entorno adecuado brinda las condiciones necesarias para un desarrollo íntegro (físico, socioemocional, y cognitivo óptimo). La evidencia internacional ha demostrado que la calidad de la vivienda (incluyendo la seguridad en la tenencia, el acceso a servicios básicos, la ventilación, la iluminación, la infraestructura sanitaria y la ubicación) impacta directamente en la salud, la nutrición, el bienestar emocional y las trayectorias educativas de los niños. En particular, los niños que crecen en condiciones habitacionales inadecuadas enfrentan mayores riesgos de enfermedades respiratorias y diarreicas, malnutrición, estrés tóxico, bajo rendimiento escolar y exclusión social. Estos factores pueden afectar su desarrollo a largo plazo. Además, la inseguridad habitacional o el temor al desalojo afectan el bienestar psicológico de los niños y restringen sus derechos al juego, al descanso y a la participación comunitaria (Singh *et al.*, 2022).

En Argentina, a partir del informe elaborado por González (2024) para el Observatorio de Desarrollo Humano y Vulnerabilidad de la Universidad Austral, utilizando microdatos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del INDEC para el cuarto trimestre de 2023, se observa que los hogares con niños de 0 a 4 años presentan condiciones habitacionales más precarias que el promedio de la población. Mientras que el 17,5% de todos los hogares habita viviendas con pisos o techos inadecuados, esta cifra asciende al 27,2% entre los hogares con niños pequeños. La brecha también se evidencia en los indicadores de hacinamiento: el 20,2% de los niños viven en hogares hacinados (frente al 8,3% del total poblacional) y el 9,9% en condiciones de hacinamiento crítico (definido como más de tres personas por habitación), frente al 4,1% general.

FIGURA 4

Condiciones de vivienda: porcentaje de niños de 0 a 4 años, cuarto trimestre del año 2023, 31 aglomerados urbanos



* Hogares con piso o techo interior precario. Piso: ladrillo suelto u otros materiales; Techo: chapas de fibrocemento, plástico, cartón, tablas de madera, paja con barro, paja sola y techos sin cielorraso o revestimiento interior.

** Hacinamiento: hogares con 3 o más personas por habitación y/o hogares sin dormitorio designado.

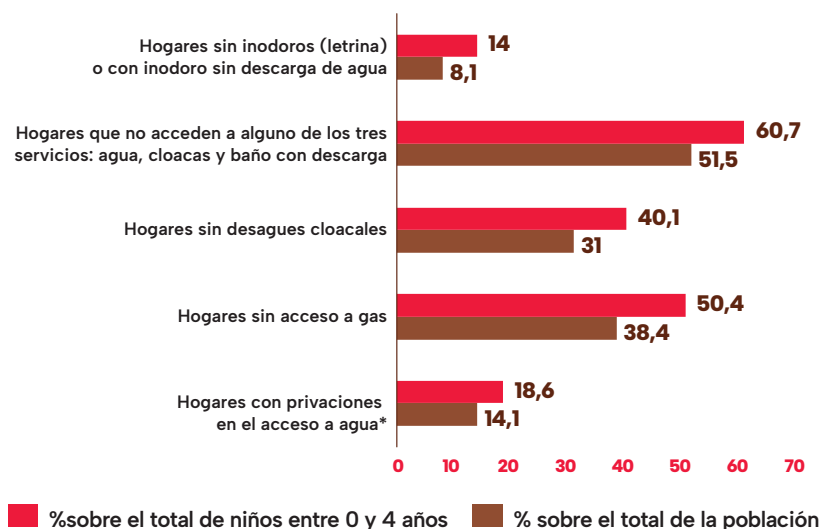
*** Hacinamiento crítico: hogares con más de 3 personas por habitación.

Fuente: Elaboración propia con base en González, M. S. (2024). Observatorio del Desarrollo Humano y la Vulnerabilidad. Universidad Austral.t

En cuanto a los déficits en el acceso a servicios públicos esenciales, los hogares con niños de 0 a 4 años presentan niveles significativamente más altos de privación. Entre estos hogares: el 18,6% no tiene acceso a agua corriente, en comparación con el 14,1% de la población general; el 50,4% no cuenta con acceso a gas, frente al 38,4% en el total de la población; el 40,1% no está conectado a la red cloacal, frente al 31% general; y un 60,7% carece de al menos uno de los tres servicios básicos (agua corriente, cloacas y baño con descarga de agua), muy por encima del 51,5% observado en la población general. Además, el 14% de estos hogares no tiene inodoro con descarga o utiliza letrinas, en comparación con el 8,1% del total de la población.

FIGURA 5

Déficit en el acceso a servicios públicos: porcentaje de personas y niños de 0 a 4 años, cuarto trimestre del año 2023, 31 aglomerados urbanos



Fuente: Elaboración propia en base a González, M. S. (2024). Observatorio del Desarrollo Humano y la Vulnerabilidad. Universidad Austral.

Estas cifras muestran que los hogares con niños pequeños registran mayores déficits en infraestructura y servicios básicos, lo que define un entorno habitacional con condiciones marcadamente insuficientes para el desarrollo infantil temprano.

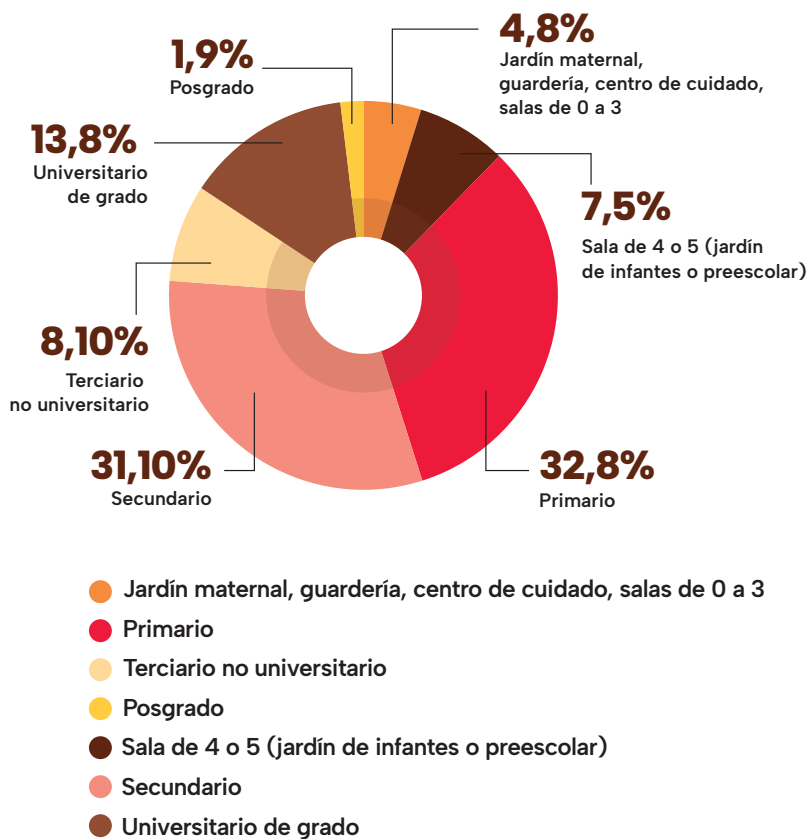
Acceso al cuidado y al aprendizaje temprano

Según el Informe Mundial sobre la Atención y Educación de la Primera Infancia, el derecho a una base sólida (UNESCO & UNICEF, 2025), la educación en la primera infancia representa la inversión más transformadora que un país puede realizar, tanto para el desarrollo humano como para el crecimiento económico y social. La evidencia científica demuestra que el acceso temprano a experiencias de aprendizaje de calidad fortalece habilidades cognitivas, emocionales y sociales fundamentales para el éxito escolar y el bienestar a largo plazo. Este tipo de educación tiene un potencial único para reducir brechas desde el comienzo mismo de la vida.

En Argentina, el acceso a servicios educativos y de cuidado para la primera infancia sigue siendo limitado, especialmente para los niños menores de 3 años. Según datos del Censo 2022, el 12,3% de los niños de 0 a 5 años asiste a algún tipo de institución educativa. De ese total, el 4,8% corresponde a niños de 0 a 3 años que concurren a jardines maternos, guarderías u otros centros de cuidado, mientras que el 7,5% corresponde a niños de 4 y 5 años que asisten a jardines de infantes o preescolar.

FIGURA 6

Población en hogares particulares que asiste a una institución educativa, según nivel de enseñanza, total nacional, año 2022



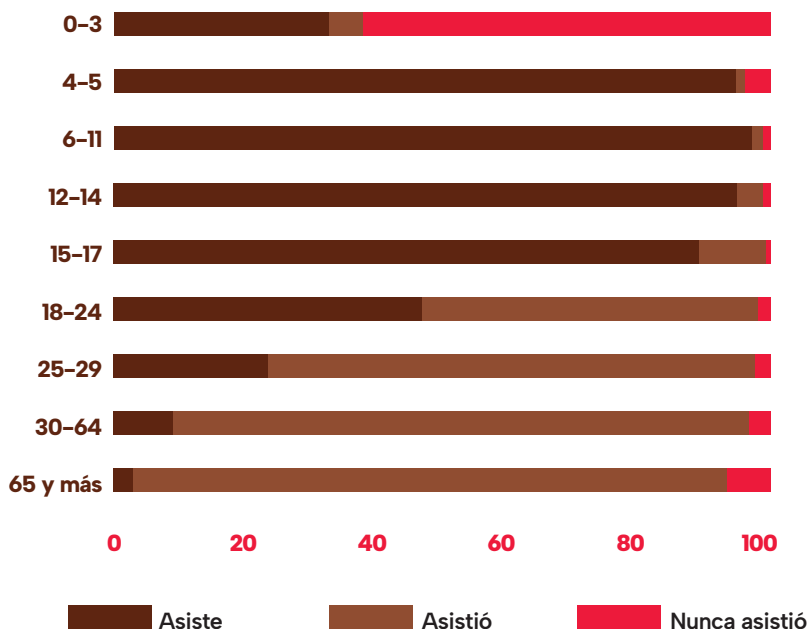
Nota: Los totales pueden no coincidir debido al redondeo en las cifras parciales.

Fuente: Elaboración propia en base a INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Resultados definitivos.

Cuando se analiza la asistencia según la edad, se observa una cobertura del 32,9% para los niños de 0 a 3 años, en comparación con el 95,1% para los de 4 y 5 años. Esta diferencia significativa está relacionada con los avances legislativos que establecieron la obligatoriedad de la educación para los niños de 4 y 5 años, lo cual ha contribuido a una mayor inclusión educativa en esos grupos etarios.

FIGURA 7

Población en hogares privados según condición de asistencia escolar y grupo de edad, total nacional, año 2022



GRUPO DE EDAD	ASISTE	ASISTIÓ	NUNCA ASISTIÓ
0-3	32,9	5,1	62
12-14	95,8	3,6	0,6
15-17	90,2	9,1	0,7
18-24	47,8	31	1,2
25-29	23,8	74,5	1,7
30-64	9,3	88	2,7
4-5	95,1	1,8	3,1
6-11	97,4	1,8	0,8
65 y más	3,6	90,5	6

Nota: Los totales pueden no coincidir debido al redondeo de las cifras parciales.

Fuente: Elaboración propia en base a INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Resultados definitivos.

Sin embargo, la cobertura presenta marcadas disparidades territoriales. El Censo 2022 revela que las provincias del NOA, como Salta, Tucumán y Santiago del Estero, y del NEA, como Formosa, Misiones, Chaco y Corrientes, registran los niveles más bajos de asistencia, mientras que distritos como la CABA, Córdoba y Chubut superan los promedios nacionales. Estas brechas son especialmente pronunciadas entre los niños de 0 a 3 años, con diferencias interprovinciales que alcanzan hasta 20 puntos porcentuales, y hasta 14 puntos entre los niños de 4 y 5 años.

TABLA 1

Población en hogares particulares que asiste a una institución educativa, por grupo de edad, año 2022

PROVINCIA	0 A 3 AÑOS	4 Y 5 AÑOS
FORMOSA	12%	85%
MISIONES	16%	91%
CHACO	20%	92%
SALTA	20%	92%
SAN LUIS	20%	96%
CORRIENTES	22%	92%
TUCUMÁN	22%	94%
SANTIAGO DEL ESTERO	23%	94%
SAN JUAN	27%	95%
NEUQUÉN	28%	96%
CATAMARCA	29%	97%
MENDOZA	31%	96%
JUJUY	32%	94%
ENTRE RÍOS	32%	96%
LA RIOJA	32%	97%
RÍO NEGRO	32%	97%
LA PAMPA	32%	99%
TOTAL PAÍS	32,90%	95,10%
SANTA CRUZ	34%	96%
SANTA FE	34%	96%
CHUBUT	35%	98%
BUENOS AIRES	37%	95%
TIERRA DEL FUEGO	37%	95%
CÓRDOBA	39%	98%
CABA	58%	97%

Fuente: Elaboración propia en base a INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Resultados definitivos.

La Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes (MICS – UNICEF, 2019–2020) aporta datos complementarios: solo el 8% de los niños de 0 a 2 años asisten a un servicio de educación y cuidado en la primera infancia. Este porcentaje se incrementa al 48% a los 3 años, 81% a los 4 años y 96% a los 5 años. Además, el 85% de quienes asisten lo hacen por cuatro horas o menos al día. Si bien la duración de la jornada varía entre jurisdicciones, el umbral de cuatro horas puede considerarse un indicador de asistencia parcial o en jornada simple. Solo el 15% accede a modalidades extendidas o de jornada completa.

Entre las razones que las familias manifiestan para no inscribir a sus hijos en estos servicios, el 70% de los adultos encuestados indicó que los niños eran “muy pequeños”, el 21% manifestó preferir el cuidado de un familiar, el 8% expresó desconfianza en los centros educativos y el 6% optó por contratar a una persona cuidadora. En cuanto a una posible matrícula futura, el 40% de las familias indicó que lo haría si lograba acceder a un empleo, mientras que aproximadamente un tercio lo haría si los servicios fueran gratuitos, estuvieran más cerca del hogar o fueran más accesibles en términos de transporte.

Respecto a la calidad de los servicios de educación y cuidado, Argentina enfrenta desafíos significativos. Actualmente no existe un sistema nacional sostenido, integral y coordinado de evaluación que permita monitorear de forma sistemática las condiciones de enseñanza y aprendizaje en el nivel inicial. Si bien se han implementado iniciativas como el Instrumento de Autoevaluación de la Calidad Educativa (IACE), que promueve la reflexión institucional en los jardines de infantes, y se han elaborado lineamientos curriculares nacionales y provinciales, estas medidas no garantizan la existencia de un sistema que impulse la mejora y la calidad. Asimismo, la ausencia de información comparable y relevada de forma periódica dificulta el desarrollo de un diagnóstico robusto y comprensivo que oriente las decisiones de política.

Aunque Argentina ha avanzado en marcos normativos y cobertura educativa, especialmente a partir de los 4 años, persisten importantes brechas en el acceso a servicios de cuidado y educación para menores de 3 años, así como en la calidad y evaluación de las experiencias ofrecidas en general.

Salud y nutrición

La salud y la nutrición en la primera infancia son dimensiones fundamentales del desarrollo humano y del bienestar infantil. Su análisis permite identificar las condiciones que influyen en la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños en los primeros años de vida.

Condiciones al nacer y determinantes sociales

El análisis de las condiciones al nacer, basado en los datos del Anuario de Estadísticas Vitales 2023 del Ministerio de Salud (2024), permite identificar patrones relevantes en la salud perinatal y sus principales determinantes sociales.

A nivel nacional, el 7,81% de los nacidos vivos presenta bajo peso al nacer (<2.500 gramos). Sin embargo, esta cifra oculta importantes brechas: la CABA, Chubut y Jujuy registran las tasas más bajas (6,5%, 6,7% y 6,8%, respectivamente), mientras que las más altas se observan en Chaco (9,3%), San Luis (9,3%) y Santa Fe (8,8%) (Ministerio de Salud, 2024). Estas diferencias podrían deberse a variaciones en el acceso, la calidad y la continuidad del control prenatal, así como condiciones socioeconómicas maternas.

En cuanto a la duración de la gestación, el 9,5% de los nacimientos son prematuros (antes de las 37 semanas). Las tasas más altas se registran en Formosa (12,7%), Tucumán (12,6%) y La Rioja

(10,9%), posiblemente vinculadas a déficits en el seguimiento prenatal y al contexto socioeconómico. Las más bajas se observan en San Juan (7,8%), CABA (7,8%) y Mendoza (8,1%).

Respecto a la edad materna, el 8,9% de los nacimientos corresponden a madres menores de 20 años, con picos superiores al 14% en Formosa y Misiones, y 13,1% en Chaco. En el extremo opuesto, CABA (2,6%) y Tierra del Fuego (4,6%) muestran los valores más bajos, lo que sugiere brechas en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, educación sexual integral y planificación familiar.

El nivel educativo materno también se asocia al riesgo de resultados adversos en salud infantil. A nivel nacional, el 2,5% de los nacimientos provienen de madres con bajo nivel educativo, aunque esta proporción se eleva notablemente en Misiones (10,8%), Formosa (9,2%) y Chaco (6,9%). Los menores valores se registran en Tierra del Fuego (0,98%), Chubut (1%) y San Luis (1,1%).

Un dato central es la cobertura materna de salud: el 55,5% de los nacimientos se registran en madres no afiliadas a ningún subsistema formal de salud. Formosa (87,7%) y Santiago del Estero (87,3%) muestran los mayores niveles de no afiliación, mientras que Corrientes (26,9%) y Santa Cruz (28,7%) presentan los mejores indicadores. Estas cifras revelan barreras en el acceso al sistema privado de salud, que pueden impactar directamente en la calidad del control prenatal recibido.

El análisis conjunto de los indicadores disponibles muestra asociaciones consistentes entre las condiciones sociales y los resultados de salud perinatal. Los datos sugieren que la falta de cobertura sanitaria, el menor nivel educativo materno y la maternidad adolescente tienden a concentrarse en las jurisdicciones con mayores tasas de bajo peso al nacer y partos prematuros. No obstante, estos patrones no son uniformes entre provincias, lo que indica la influencia de factores institucionales y contextuales en los resultados neonatales.

TABLA 2

Indicadores seleccionados de nacimientos en Argentina por provincia, año 2023.

JURISDICCIÓN	Porcentaje de nacidos vivos						
	Ocurrido en establecimientos de:		De madres menores de 20 años	De madres s/ instrucción o con bajo nivel de instrucción	De madres no asociadas a sis. de atención de salud	Con bajo peso al nacer	Prétermino (menos de 37 semanas de gestación)
	Todos los sectores	Sector oficial					
TOTAL PAÍS	99,7	63,23	8,88	2,5	55,52	7,81	9,47
Ciudad Autónoma de Bs As	99,52	37,29	2,58	1,5	32,09	6,53	7,84
Buenos Aires	99,92	68,5	8,48	1,15	60,08	7,47	9,43
Catamarca	99,71	64,12	8,33	1,49	60,39	7,51	9,02
Córdoba	99,52	54,13	8,22	2,34	51,7	7,82	8,52
Corrientes	99,77	77,36	11,2	3,28	26,94	8,64	8,98
Chaco	99,68	71,74	13,13	6,89	43,54	9,35	8,79
Chubut	99,63	44,95	6,11	1,01	37,96	6,68	8,45
Entre Ríos	99,81	61,33	9,15	1,36	53,81	8,5	8,74
Formosa	99,31	77,7	14,36	9,18	87,7	8,18	12,68
Jujuy	99,69	75,91	6,53	1,7	47,73	6,84	8,61
La Pampa	99,9	59,21	6,64	1,18	46,25	8,52	9,91
La Rioja	99,88	68,41	7,39	1,25	59,9	7,46	10,9
Mendoza	99,96	59,01	7,73	2,82	57,66	7,43	8,09
Misiones	98,23	69,71	14,1	10,76	59,96	8,46	8,8
Neuquén	99,82	53,78	6,54	1,65	44,89	6,94	9,27
Río Negro	99,54	65,9	6,9	1,25	51,53	7,09	10,47
Salta	99,44	76,3	11,32	4,06	68,73	8,04	10,4
San Juan	99,87	63,17	10,35	2,33	64,8	8,42	7,79
San Luis	99,84	62,09	7,37	1,1	56,98	9,31	10,52
Santa Cruz	99,84	83,28	8,03	3,48	28,67	6,98	9,78
Santa Fe	99,78	54,7	9,55	2,05	52,33	8,79	10,74
Santiago del Estero	99,95	91,15	11,29	3,78	87,26	7,29	10,85
Tucumán	99,89	64,91	8,78	2,23	50,14	8,32	12,56
Tierra del Fuego	99,58	52,69	4,58	0,98	33,99	7,15	9,04

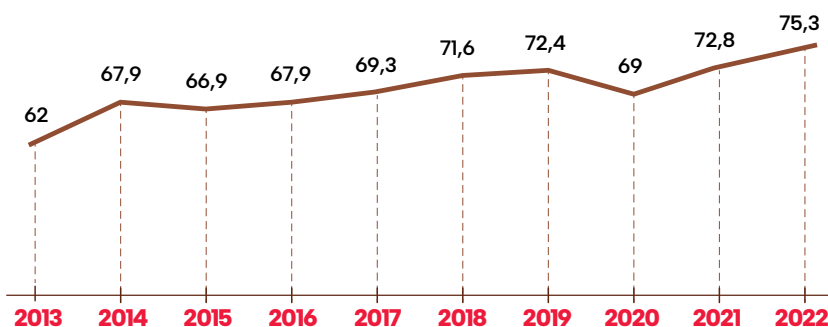
Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2024), Estadísticas Vitales – Información Básica. Argentina, año 2023, tabla 10, p. 60.

Acceso al cuidado prenatal

En relación con el cuidado prenatal, los datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) muestran una tendencia positiva en el acceso durante la última década. Entre 2013 y 2022, el porcentaje de personas gestantes que asistieron al menos a cuatro consultas prenatales pasó del 62% al 75,3%, lo que representa una mejora sostenida en la cobertura. Aunque se registraron leves fluctuaciones anuales, como la disminución en 2020 –probablemente asociada al impacto de la pandemia de COVID-19–, la trayectoria general indica un avance progresivo hacia el cumplimiento de los estándares básicos de atención materna. No obstante, los promedios nacionales pueden ocultar variaciones significativas entre jurisdicciones, tal como se observó en los apartados anteriores.

FIGURA 8

Cobertura de cuidado prenatal: porcentaje de personas gestantes que realizaron al menos cuatro consultas, Argentina, años 2013 a 2022



Fuente: Elaboración propia en base a Organización Panamericana de la Salud. (s.f.).
Indicadores Básicos: Datos Abiertos.

Cobertura de vacunación

La vacunación de rutina es una herramienta clave para prevenir enfermedades infantiles graves. Sin embargo, en los últimos años, Argentina ha experimentado un estancamiento, e incluso un retroceso, en los niveles de cobertura. Mientras que a comienzos de los años 2000 la mayoría de las vacunas superaba el umbral del 90%, los datos de 2023 muestran descensos generalizados que ponen en riesgo la inmunidad comunitaria.

En 2023, ninguna de las vacunas principales alcanzó los niveles de cobertura recomendados internacionalmente. La vacuna BCG tuvo una cobertura de 69%, la DTP3 (difteria, tétanos y tos convulsa) alcanzó el 66%, y vacunas esenciales como Polio 3, Hepatitis B y la antineumocócica conjugada (PCV3) se mantuvieron por debajo del 72%. La vacuna triple viral (sarampión, paperas y rubéola, MMR1), que había alcanzado el 94% en 2016, cayó al 80% en 2023, aumentando el riesgo de reaparición de enfermedades como el sarampión.

Este deterioro se acentuó a partir de 2018 y se profundizó durante la pandemia de COVID-19, afectando tanto la oferta como la demanda de los servicios de inmunización. A ello se suma el avance de discursos de desconfianza hacia la vacunación y la fragmentación del sistema sanitario. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, compilados por La Nación (2024), Argentina se encuentra entre los países de América Latina con el descenso más sostenido en la cobertura de vacunación infantil en la última década.

TABLA 3

Evolución de la Cobertura de Vacunación. Argentina, años 2000 - 2023

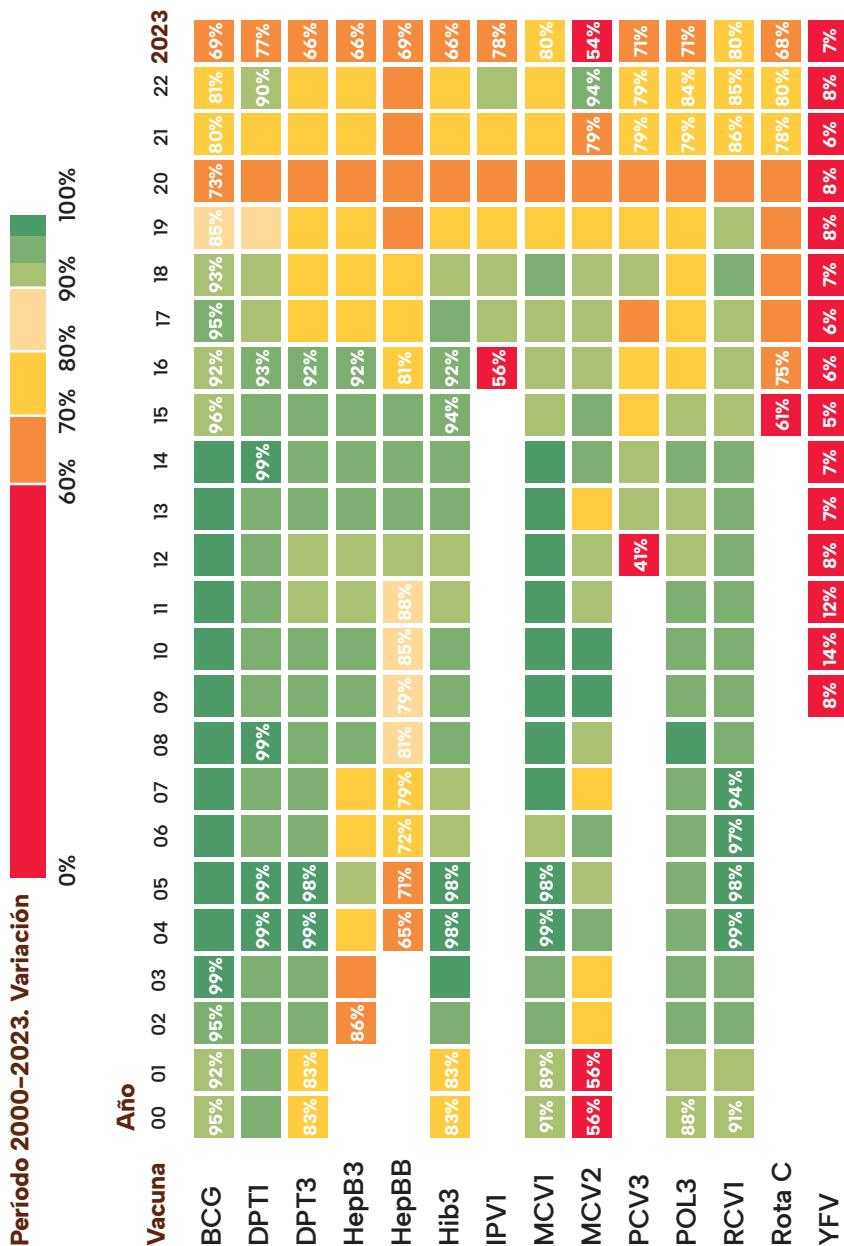


TABLA 3 – CONTINUACIÓN

Nota técnica

Las abreviaciones utilizadas en el cuadro corresponden a los siguientes esquemas de inmunización del Programa Nacional de Inmunizaciones:

BCG: Vacuna Bacillus Calmette–Guérin contra la tuberculosis.

DTP1 / DTP3: Primera y tercera dosis de la vacuna pentavalente (difteria, tétanos, tos convulsa).

HepB3 / HepBB: Tercera dosis de la vacuna contra la hepatitis B / dosis neonatal dentro de las primeras 24 horas de vida.

Hib3: Tercera dosis de la vacuna contra Haemophilus influenzae tipo b.

IPV1 / IPV2: Primera y segunda dosis de la vacuna antipoliomielítica inactivada.

MCV1 / MCV2: Primera y segunda dosis de la vacuna triple viral (sarampión, paperas y rubéola – SPR).

PCV3: Tercera dosis de la vacuna antineumocócica conjugada.

POL3: Tercera dosis de la vacuna oral contra la poliomielitis.

RCV1: Dosis de la vacuna contra sarampión y rubéola.

Rota C: Esquema completo de la vacuna contra el rotavirus.

YFV: Vacuna contra la fiebre amarilla (en regiones endémicas).

Fuente: La Nación. (16 de julio de 2024). Preocupación: un informe internacional reveló que la cobertura de vacunación infantil se estancó en la Argentina. <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/preocupacion-un-informe-internacional-reve-lo-que-la-cobertura-de-vacunacion-infantil-se-estanco-en-nid16072024/>

Prácticas de alimentación infantil y lactancia materna

En Argentina, los datos representativos sobre las prácticas de alimentación infantil en menores de 2 años provienen principalmente de las Encuestas Nacionales de Nutrición y Salud (ENNyS) realizadas en 2005 y 2018. Estas encuestas revelaron brechas significativas entre las prácticas observadas y las recomendaciones internacionales. Para actualizar esta información, UNICEF y el Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI) realizaron una encuesta nacional en 2024, que incluyó a 1.002 madres y padres.

El estudio evidenció que el 94,7% de los niños había recibido lactancia materna en algún momento; sin embargo, la continuidad disminuye con la edad: del 92,6% entre los menores de 6 meses al 56,5% entre los 18 y 23 meses. La causa más frecuente de abandono fue el regreso de las madres al trabajo, especialmente entre mujeres asalariadas. La lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses se registró en un 47,6%, con marcados contrastes según el nivel socioeconómico. Además, el 68,5% de los niños había recibido fórmula infantil en algún momento, principalmente por indicación médica o razones laborales.

En cuanto a la alimentación complementaria, el 85,7% de los niños entre 6 y 8 meses había consumido alimentos sólidos o semisólidos, y el 67,8% cumplía con la diversidad alimentaria recomendada. Un 75,3% cumplía con la frecuencia mínima diaria de comidas, con mejores resultados en hogares con madres con mayor nivel educativo y empleo formal. Asimismo, el 52,9% logró una dieta mínimamente aceptable (combinando frecuencia y diversidad), nuevamente con indicadores más favorables entre madres con educación secundaria completa o trabajo formal. El consumo de proteínas animales fue alto (81,1%), aunque también condicionado por el nivel educativo y laboral del hogar.

No obstante, se identificaron varias prácticas alimentarias no saludables. Un 55,6% de los niños había consumido bebidas azucaradas y un 54,3% alimentos ultra procesados, especialmente entre poblaciones más vulnerables. Además, el 15,8% no había consumido frutas ni verduras el día anterior a la encuesta, y se reportó un alto uso de sal (38,5%) y azúcar (20,8%) en las comidas infantiles, lo cual implica riesgos nutricionales a largo plazo.

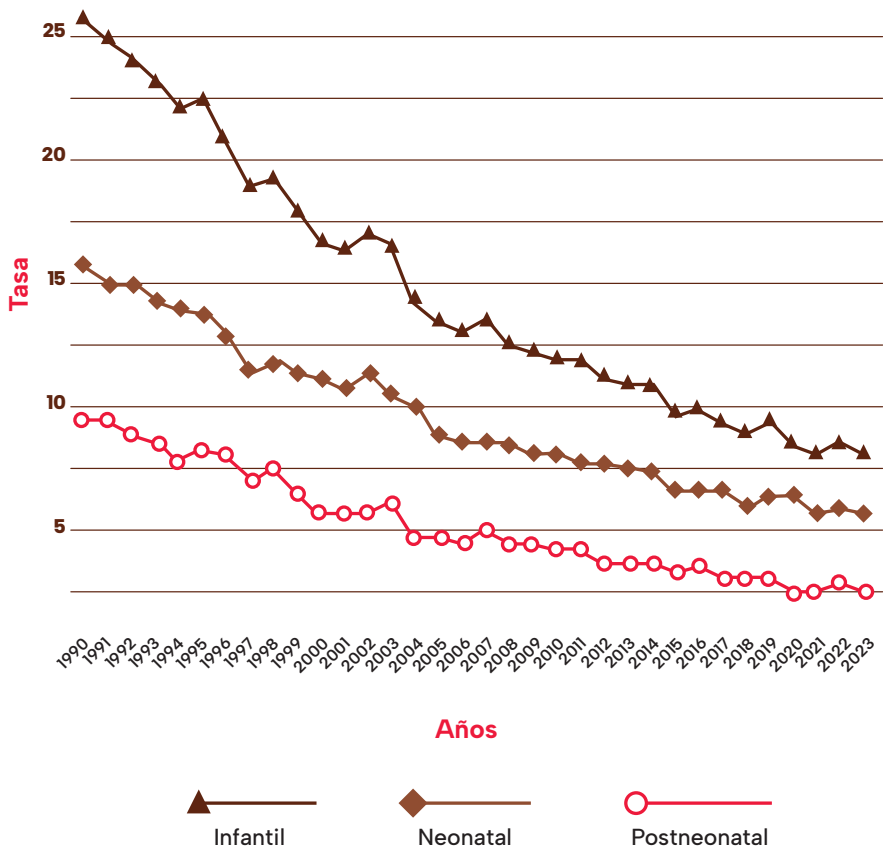
En conjunto, los hallazgos muestran avances en las prácticas de lactancia y alimentación complementaria en el país, aunque revelan diferencias persistentes vinculadas a las condiciones socioeconómicas, educativas y laborales de las madres. (UNICEF y CESNI, 2024).

Mortalidad infantil y causas de muerte

La mortalidad infantil es uno de los indicadores más sensibles del bienestar infantil y de las condiciones de vida de una sociedad. Según datos del Ministerio de Salud de la Nación (2024), la tasa de mortalidad infantil en Argentina fue de 8,0 por cada 1.000 nacidos vivos en 2023, mientras que para niños de 1 a 4 años fue de 0,28 por cada 1.000. Ambas se ubican por debajo del promedio de los países de ingresos medios (Chao *et al.*, 2018) y demuestran un descenso sostenido desde 1990, cuando la tasa superaba los 25 por mil. Las reducciones más pronunciadas se observan en la mortalidad infantil total, seguidas por la neonatal y, en menor medida, la posneonatal.

FIGURA 9

Tasa de mortalidad infantil: neonatal y posneonatal (por cada 1.000 nacidos vivos), Argentina, años 1990–2023



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2024), Estadísticas Vitales – Información Básica. Argentina. año 2023, p. 150.

Aun con esta tendencia favorable, se registran diferencias entre provincias. Jurisdicciones como Corrientes (11,6%), Santa Cruz (11,5%) y La Rioja (10,3%) presentan tasas de mortalidad infantil por encima del promedio nacional, mientras que Chubut (5,1%), la CABA (5,5%) y Mendoza (5,8%) registran valores considerablemente más bajos.

TABLA 4 - PÁGINA 50.

Tasa de mortalidad específica por edad (por cada 1.000 habitantes de 0 a 4 años), según jurisdicción de residencia del fallecido, Argentina, año 2023

FUNDACIÓN LIBERTAD Y PROGRESO

JURISDICCION DE RESIDENCIA	GRUPO DE EDAD	
	MENORES DE 1	1 A 4
TOTAL PAÍS	8	0,28
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	5,46	0,16
Buenos Aires	7,59	0,26
Catamarca	8,71	0,37
Córdoba	7,48	0,25
Corrientes	11,65	0,36
Chaco	9,48	0,46
Chubut	5,15	0,24
Entre Ríos	9,45	0,14
Formosa	10,18	0,29
Jujuy	7,2	0,28
La Pampa	8,96	0,18
La Rioja	10,28	0,26
Mendoza	5,84	0,13
Misiones	8,77	0,44
Neuquén	6,97	0,27
Río Negro	7,05	0,19
Salta	9,78	0,54
San Juan	8,88	0,26
San Luis	6,04	0,21
Santa Cruz	11,47	0,22
Santa Fe	8,56	0,33
Santiago del Estero	8,26	0,37
Tucumán	8,85	0,28
Tierra del Fuego	8,33	0,42

Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Salud de la Nación (2024), Estadísticas Vitales – Información Básica. Argentina, año 2023, Tabla 22, p. 68.

En relación con las causas de muerte en niños de 0 a 4 años, se reporta un total de 4.511 fallecimientos en 2023. De ellos, el 44,6% correspondió a afecciones perinatales (52,4 por cada 100.000 habitantes), seguidos por malformaciones congénitas (27,6%), causas externas como accidentes (5,3%) y enfermedades respiratorias como neumonía e influenza (2,9%).

TABLA 5

Principales causas de muerte en niños de 0 a 4 años, Argentina, año 2023

AGRUPAMIENTO DE CASUAS DE DEFUNCIÓN	CANTIDAD DE MUERTES	MORTALIDAD PROPORCIONAL (%)	TASA DE MORTALIDAD (C/100.000)
TODAS LAS CAUSAS	4.511		123
Todas las causas bien definidas	4.309	100,0	118
Afecciones perinatales	1.922	44,6	52
Malformaciones congénitas	1.189	27,6	32
Accidentes	229	5,3	6
Neumonía e influenza	125	2,9	3
Tumores malignos	97	2,3	3

Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Salud de la Nación (2024), Estadísticas Vitales – Información Básica. Argentina, Año 2023, Tabla 24, p. 87.

El análisis desagregado por edad revela que, entre los niños menores de 1 año, las principales causas de muerte fueron los trastornos respiratorios y cardiovasculares (866 muertes), las afecciones perinatales (679) y las malformaciones congénitas, con 553 muertes por anomalías cromosómicas y 474 por malformaciones del sistema circulatorio. También se observa una alta carga de mortalidad asociada a la gestación corta y al bajo peso al nacer (377 casos), lo que evidencia la incidencia de factores vinculados a la salud materna y al seguimiento prenatal.

TABLA 6

Causas específicas de muerte en niños menores de 0 a 4 años, según grupo etario, Argentina, año 2023

CAUSA DE DEFUNCIÓN	MUERTES MENORES DE 1 AÑO	MUERTES ENTRE 1 Y 4 AÑOS	TOTAL
Trastornos respiratorios y cardiovasculares	866	0	866
Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	679	0	679
Resto de malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	553	53	606
Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	474	58	532
Trastornos relacionados con la gestación corta y bajo peso al nacer	377	0	377
Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	118	36	154
Otras enfermedades del sistema respiratorio	106	45	151
Otras	516	630	1.146
TOTAL GENERAL	3.689	822	4.511

Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Salud de la Nación (2024), Estadísticas Vitales – Información Básica. Argentina, Año 2023, Tabla 24, pp. 89–96.

En cuanto al lugar de ocurrencia, el 94,7% de los fallecimientos de niños menores de 1 año (3.493 casos) tuvieron lugar en establecimientos de salud, lo que sugiere un alto nivel de cobertura institucional. No obstante, 1.071 casos (31%) no estuvieron registrados en ningún sistema de salud formal, y 176 muertes (4,8%) ocurrieron fuera del sistema de salud (149 en domicilios particulares, 19 en “otros” lugares y 8 en lugares no especificados). Estos casos podrían reflejar limitaciones en la trazabilidad y en el acceso a los servicios sanitarios.

TABLA 7

Defunciones según lugar de ocurrencia y afiliación a un sistema de salud, en niños menores de 4 años. Argentina, año 2023

Grupo de edad	Total de defunc.	Subtotal de defunciones en establec. de salud	Tipo de establecimiento de salud y asociación a sistemas de atención de la salud							
			Oficial				No oficial			
			Subto.	Asoc.	No asoci.	Sin especific.	Subto.	Asoc.	No asoci.	Sin especific.
Total general	353.428	249.603	99.112	42.340	15.528	41.244	150.491	117.005	5.974	27.512
Menos de 1 año	3.869	3.493	2.639	276	1.292	1.071	854	660	111	83
1 a 4 años	822	651	537	90	191	256	114	93	4	17

Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Salud de la Nación (2024), Estadísticas Vitales – Información Básica. Argentina, Año 2023, Tabla 30, p. 118.

En conjunto, los indicadores de mortalidad infantil en Argentina confirman una reducción sostenida y un nivel elevado de cobertura institucional, aunque persisten diferencias entre provincias y desafíos asociados a la calidad y oportunidad de la atención perinatal.

ESTIMULACIÓN TEMPRANA Y ENTORNOS DE APRENDIZAJE

Apoyo al aprendizaje

La participación de adultos en actividades de estimulación temprana desempeña un papel fundamental en el desarrollo cognitivo, emocional y social de los niños pequeños. Según la *Encuesta Nacional de Niñez y Adolescencia (ENNyA)*, realizada en Argentina entre 2019 y 2020, el 85,3% de los niños de entre 2 y 4 años participaron en al menos cuatro actividades de aprendizaje con un adulto del hogar durante los tres días previos a la encuesta. Estas actividades incluyeron leer cuentos, contar números, cantar, dibujar o jugar con objetos que favorecen el desarrollo de habilidades básicas (*UNICEF e INDEC, 2021*).

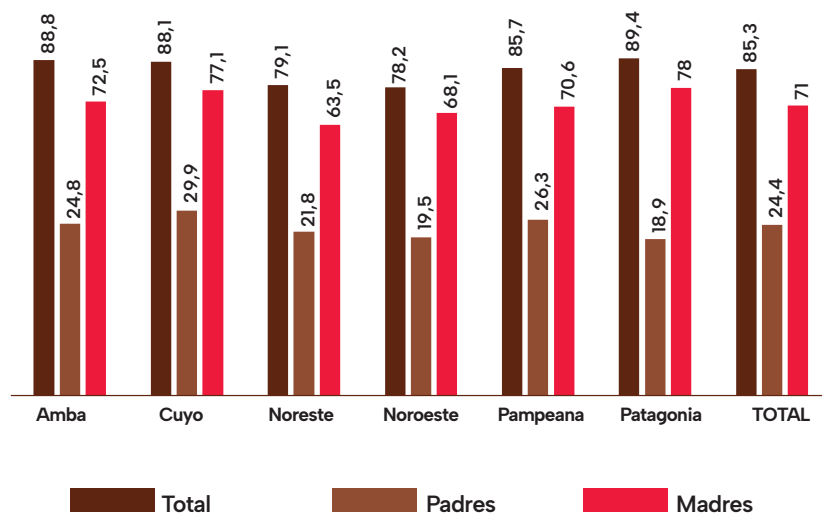
En promedio, los niños realizaron cinco actividades distintas, y solo el 0,8% no recibió ningún tipo de estimulación. Estos resultados reflejan un alto nivel de interacción entre adultos y niños dentro del hogar. Sin embargo, según la figura parental se observa una marcada asimetría en las responsabilidades de cuidado: mientras que el 71,0% de los niños recibió apoyo de sus madres en al menos cuatro actividades (promedio de 4,4), solo el 24,4% contó con una participación equivalente por parte de sus padres (promedio de 2,0).

También se observan variaciones regionales en los niveles de estimulación. Las regiones del NOA y NEA reportaron los niveles más bajos de estimulación: solo el 79,1% y el 78,2% de los

niños, respectivamente, participaron en cuatro o más actividades de aprendizaje con adultos en el hogar, frente al 89,4% en la Patagonia, el 88,8% en el AMBA y el 88,1% en Cuyo.

FIGURA 10

Participación en actividades de estimulación temprana por región: porcentaje de niños de 2 a 4 años que realizaron al menos cuatro actividades con personas adultas del hogar, madres y padres. Argentina, años 2019–2020

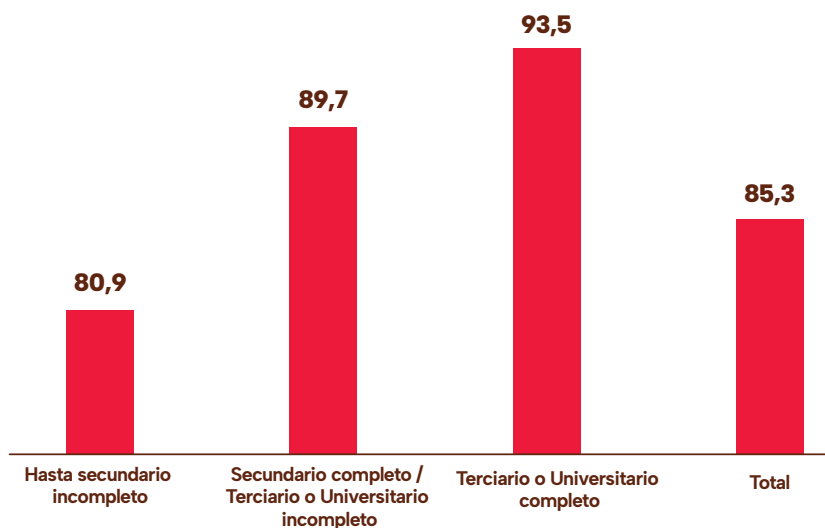


Fuente: Elaboración propia en base a UNICEF & INDEC (2021). Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes (ENNyA), cuadro TC.10.1.

Por otro lado, los datos evidencian una asociación entre el nivel educativo del jefe del hogar y la frecuencia de las actividades de estimulación temprana. En los hogares donde la persona a cargo no completó la educación secundaria, el 80,9% de los niños participaron en al menos cuatro actividades de aprendizaje. Esta cifra asciende al 89,7% el hogares con educación secundaria completa o postsecundaria, y alcanza el 93,5% aquellos donde la persona a cargo tiene un título de educación superior. La participación materna y paterna en estas actividades también mejora a medida que aumenta el nivel educativo de los adultos.

FIGURA 11

Participación en actividades de estimulación temprana según nivel educativo del jefe o jefa del hogar. Niños de 2 a 4 años que realizaron al menos cuatro actividades con adultos del hogar. Argentina, años 2019–2020

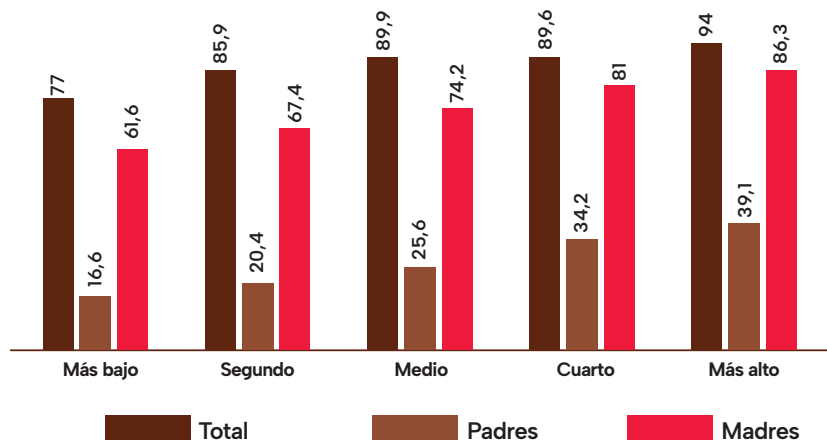


Fuente: Elaboración propia en base a UNICEF e INDEC (2021). Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes (ENNyA), cuadro TC.10.1.

De manera similar, el nivel socioeconómico del hogar tiene un impacto directo en la calidad del entorno de aprendizaje. En el quintil de mayores ingresos, el 94% de los niños realizaron al menos cuatro actividades de estimulación con adultos del hogar, en comparación con el 77% en el quintil más bajo. La participación parental también presenta marcadas diferencias: en los hogares con mayores ingresos, el 86,3% de las madres y el 39,1% de los padres participaron activamente, mientras que en los hogares más pobres estas cifras descienden al 61,6% y 16,6%, respectivamente. La proporción de niños que no realizaron ninguna actividad se concentra en los hogares de menores ingresos (1,6%) y tiende a desaparecer en los quintiles superiores.

FIGURA 12

Participación en actividades de estimulación temprana según quintil del índice de riqueza. Niños de 2 a 4 años que realizaron al menos cuatro actividades con adultos del hogar, madres y padres. Argentina, años 2019–2020



Fuente: Elaboración propia en base a UNICEF e INDEC (2021). Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes (ENNyA), cuadro TC.10.1.

Materiales para el aprendizaje

El entorno del hogar cumple un papel fundamental en la estimulación temprana, y la disponibilidad de materiales, como libros y juguetes, constituye un componente clave para favorecer experiencias de aprendizaje significativas. La Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes (ENNyA) aporta información detallada sobre el acceso a estos recursos entre niños menores de 5 años, revelando disparidades sustanciales vinculadas a condiciones socioeconómicas, educativas y regionales.

A nivel nacional, el 47,9% de los hogares con niños menores de 5 años posee al menos tres libros infantiles, pero solo el 22,3% tiene diez o más. En cuanto a materiales de juego, el 93,5% de los niños accede a juguetes manufacturados y el 71,9% a juguetes caseros. Además, el 88,2% dispone de al menos dos tipos diferentes de objetos, un indicador comúnmente utilizado como aproximación a la diversidad de estímulos para el desarrollo.

TABLA 8- PÁGINA 59.

Materiales para el aprendizaje: porcentaje de niños menores de 5 años por el número de libros para niños presentes en el hogar y por cosas para jugar que utilizan, según región, nivel educativo del jefe del hogar, quintil de riqueza y edad del niño. Argentina, años 2019–2020

Fuente: Elaboración propia en base a UNICEF e INDEC (2021). Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes (ENNyA), Cuadro TC.10.2.

	Porcentaje de niños viviendo en hogares que tienen para el niño:		Porcentaje de niños que juegan con:				Número de niños
	3 libros infantiles o más	10 libros infantiles o más	Juguetes caseros	Juguetes manufacturados	Objetos del hogar/ encontrados fuera	2 o más tipos de cosas para jugar	
Región							
AMBA	52,9	27,3	73,2	93,9	83,3	88,8	1907
Cuyo	49,6	19,9	72,4	92,6	84,5	87	450
NEA	26,4	8,8	65,4	89,2	75,7	83,1	611
NOA	41,4	17	60,9	91,1	75,7	83,8	831
Pampeana	51,8	24,1	78,7	95,2	83	91,4	2060
Patagonia	49,6	23,1	59,3	95,4	83,4	86,7	297
Educación del jefe del Hogar							
Hasta secundario Incompleto	37,1	13,1	71,7	92,6	80,7	87,3	3362
Secundario completo/Terciario o Universitario incompleto	56,1	26,3	73,2	94,5	82,4	89,9	2041
Terciario o Universitario Completo	75,1	53,3	69,4	94,6	82,9	87,7	724
No responde	(51,8)	(36)	(62,7)	(98,1)	(78,2)	(80,5)	30
Quintil de índice de riqueza							
Más bajo	30,8	9,4	70,7	91,4	80,9	86,4	1936
Segundo	43,4	19,5	72,7	93,3	78,6	88,2	1547
Medio	52,6	24,1	72,2	94,6	83	88,9	1138
Cuarto	65,4	32,9	68,9	94,8	81,9	88,4	776
Más alto	76,3	47,1	75,8	96,2	86,2	91,4	759
EDAD							
0-1	26,4	10,7	60,9	85,1	65,7	75,4	2233
2-4	60,2	28,9	78,1	98,2	90,5	95,5	3924

Las diferencias regionales son marcadas. En la región Pampeana, más del 91% de los niños acceden al menos a dos tipos de materiales de juego, mientras que en el NEA esta proporción asciende al 83,1%. En esa misma región, solo el 26,4% de los niños tienen acceso a tres o más libros infantiles, y apenas un 8,8% cuenta con una biblioteca doméstica más extensa (diez libros o más). La región NOA exhibe indicadores igualmente bajos, mientras que la región Pampeana y el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) superan el 50% de hogares con al menos tres libros infantiles.

El nivel educativo del jefe del hogar aparece como uno de los principales determinantes del acceso a libros infantiles. En los hogares donde no completó el nivel secundario, solo el 37,1% de los niños acceden a tres libros o más, y apenas el 13,1% a diez o más. En cambio, cuando el jefe del hogar posee un título terciario o universitario completo, estos valores ascienden al 75,1% y 53,3%, respectivamente.

La situación socioeconómica del hogar, también se relaciona con la disponibilidad de materiales de aprendizaje. Entre los hogares del quintil más bajo, solo el 30,8% posee al menos tres libros infantiles y el 9,4% tiene diez o más. En el extremo opuesto, los hogares del quintil más alto superan el 76% y 47%, respectivamente.

Asimismo, las diferencias según edad también son notorias: solo el 26,4% de los niños de 0 a 1 año acceden a tres libros o más, frente al 60,2% entre los de 2 a 4 años. Esto sugiere una mejora progresiva en la disponibilidad de materiales a medida que el niño crece, posiblemente en relación con la percepción de utilidad según la etapa del desarrollo.

Si bien la mayoría de los niños accede a actividades de estimulación y dispone de materiales para el juego y el aprendizaje, los niveles de disponibilidad varían según la región, la educación de los adultos y la situación económica de los hogares.

Cap.

2

Evidencia Internacional: análisis de casos

ACOMPañAMIENTO PRENATAL Y CRIANZA TEMPRANA: EL PROGRAMA DE VISITAS DOMICILIARIAS DE ENFERMERAS A MADRES PRIMERIZAS (*Nurse–Family Partnership, Estados Unidos*)

Descripción general

El Nurse–Family Partnership (NFP) es un programa de salud pública de carácter preventivo, diseñado para mejorar los resultados maternos e infantiles en familias en situación de vulnerabilidad. Fue concebido por el investigador David L. Olds a fines de la década de 1970 en la ciudad de Elmira, Nueva York, como un ensayo clínico aleatorizado orientado a evaluar el impacto de la intervención temprana de enfermeras profesionales sobre la vida de madres primerizas de bajos recursos y sus hijos (Olds *et al.*, 1986; Olds, 2006). Con el tiempo, se consolidó como un modelo de intervención basado en evidencia, reconocido por el Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios

Humanos de EE. UU., HHS) e incorporado al programa federal Maternal, Infant, and Early Childhood Home Visiting (Programa de Visitas Domiciliarias para Madres, Infantes y Niños Pequeños, MIECHV), administrado por la Health Resources and Services Administration (Administración de Recursos y Servicios de Salud de EE. UU., HRSA) (HRSA, s. f.). Actualmente se encuentra vigente en más de 40 estados y territorios, alcanzando decenas de miles de familias cada año, con estándares homogéneos de calidad asegurados por el National Service Office (Oficina Nacional de Servicios, NSO) (Nurse-Family Partnership, s. f.). A partir de la década de 2000, el modelo NFP comenzó a transferirse a otros países bajo la coordinación de NFP International, a través de un proceso estructurado de adaptación cultural y técnica. En este marco, se implementó en Reino Unido, así como en Países Bajos, Canadá y Australia, confirmando la capacidad del programa para sostener sus principios esenciales en contextos institucionales y culturales diversos (NFP International, s. f.; National Institute for Health and Care Excellence, 2013; Olds, 2006).

La hipótesis fundacional del NFP es que una intervención intensiva, personalizada y sostenida desde el embarazo hasta los primeros años de vida del niño puede modificar positivamente trayectorias de alto riesgo, reduciendo la incidencia de bajo peso al nacer, maltrato infantil, accidentes domésticos y futuros problemas de desarrollo, al mismo tiempo que fortalece las capacidades parentales y promueve la autosuficiencia materna. Sus objetivos se resumen en tres metas principales: mejorar los resultados del embarazo mediante cuidados prenatales adecuados, favorecer la salud y el desarrollo infantil mediante prácticas de crianza sensibles y entornos seguros, y promover la autonomía a largo plazo de las madres a través de la planificación familiar, la educación y la inserción laboral (Olds, 2006).

Diseño e implementación del programa

El diseño del NFP establece como población objetivo a mujeres que están embarazadas por primera vez, que residen en contextos de pobreza (frecuentemente adolescentes o jóvenes solteras) que carecen de redes de apoyo sólidas. La elegibilidad busca focalizar en familias de alto riesgo, donde la intervención tiene mayor potencial preventivo. Las madres ingresan de manera voluntaria, idealmente antes de la semana 28 de gestación, y permanecen vinculadas al programa hasta que el niño cumple 2 años.

Cada participante es asignada a una enfermera titulada en salud pública que recibe un entrenamiento específico en el modelo. Las visitas domiciliarias se estructuran en un cronograma intensivo y progresivo: durante el embarazo suelen ser semanales o quincenales, en el posparto inmediato se intensifican con visitas semanales, y luego se van espaciando hasta llegar a una frecuencia mensual hacia el final del segundo año de vida del niño. En total, una familia que completa el programa recibe entre 50 y 60 visitas domiciliarias en el transcurso de aproximadamente 2 años y medio (Nurse-Family Partnership, s. f.).

El contenido de las visitas combina tres dimensiones. En primer lugar, se realiza un acompañamiento en salud física y mental de la madre, incluyendo controles prenatales básicos, promoción de una dieta adecuada, cesación del tabaco o consumo de alcohol, y derivaciones al sistema de salud cuando es necesario. En segundo lugar, se trabaja en la crianza y el desarrollo infantil, promoviendo la lactancia materna, el cumplimiento del calendario de vacunación, la estimulación temprana y la construcción de rutinas seguras, lo que se traduce en una reducción de accidentes y consultas a emergencias médicas en los primeros años de vida. Finalmente, se aborda la trayectoria personal de la madre, orientándola en la planificación familiar, en la continuidad educativa y en el acceso al empleo, lo cual busca evitar embarazos subsecuentes no

planificados y promover la autosuficiencia económica (Nurse-Family Partnership, s. f.).

La efectividad del programa depende de la adherencia a 19 elementos esenciales que definen la fidelidad al modelo. Estos incluyen la participación voluntaria, el requisito de que las beneficiarias sean madres primerizas de bajos ingresos, la inscripción temprana y la continuidad hasta los 2 años del niño, las visitas presenciales en el hogar, la asignación individualizada de una enfermera por familia, el cumplimiento de la pauta de frecuencia de visitas, y la exigencia de que las enfermeras y supervisoras sean profesionales registradas con título universitario. Asimismo, contempla la capacitación obligatoria del personal, el uso de guías estandarizadas (E-Guidelines) junto con el juicio clínico, la aplicación de las teorías de autoeficacia, ecología humana y apego, el mantenimiento de cargas de trabajo adecuadas (25 casos activos por enfermera), la existencia permanente de una supervisora, la supervisión clínica reflexiva y en terreno, la recolección y carga de datos en el sistema centralizado (DCS), y el uso de la información para evaluar calidad y resultados. Por último, requiere que las agencias operen dentro de organizaciones reconocidas en la comunidad, que convoquen un consejo asesor comunitario de largo plazo y que cuenten con estructuras organizacionales sólidas que sostengan a las enfermeras y supervisoras en la implementación (Alameda County Health Care Services Agency, 2020).

Para sostener estos estándares, el NFP se organiza en distintos niveles. A nivel local, el programa es implementado por departamentos de salud pública, hospitales comunitarios y organizaciones sin fines de lucro, que contratan al personal, coordinan las visitas y articulan con los servicios sociales del territorio. A nivel nacional, el NSO provee la capacitación, los manuales de implementación, la asistencia técnica, la supervisión clínica y el sistema centralizado de datos que permite monitorear la fidelidad del modelo. Asimismo, el programa cuenta con financiamiento estable a

través del MIECHV del HHS, que respalda su implementación (HRSA, s.f.).

Actores involucrados

El desarrollo del NFP ha sido posible gracias a una amplia red de actores. En el plano académico, las universidades de Cornell, Rochester y Colorado fueron centrales en la investigación inicial y en los ensayos clínicos controlados que validaron el modelo. David L. Olds y su equipo llevaron adelante las primeras investigaciones que documentaron rigurosamente los impactos del programa a lo largo de décadas (Olds, 2006; Olds *et al.*, 1997). A nivel gubernamental, los departamentos locales de salud desempeñaron un papel crucial en las primeras implementaciones. Más tarde, el HHS incorporó al NFP dentro del programa MIECHV en 2010, lo que aseguró su financiamiento estable y su expansión a nivel nacional (HRSA, s. f.). En el plano filantrópico, distintas fundaciones privadas tuvieron un papel central al impulsar los primeros ensayos y facilitar la expansión del modelo. Su apoyo permitió sostener la investigación de largo plazo, financiar la capacitación de enfermeras y respaldar la creación de organizaciones intermedias como Invest in Kids en Colorado, que funcionaron como catalizadores estatales (Taylor & Thayer, 2016; The Colorado Trust, s. f.). Hoy en día, la organización Nurse-Family Partnership, Inc. funciona como la entidad rectora y brinda asistencia a los estados y condados donde se implementa el programa, y a nivel internacional, NFP International, con sede en la Universidad de Colorado, coordina la transferencia del modelo, consolidando su expansión global y confirmando su carácter de programa de salud pública basado en evidencia y adaptado a múltiples contextos (Nurse-Family Partnership, s. f.; NFP International, s. f.).

Financiamiento

El financiamiento del NFP proviene de una combinación de recursos públicos y privados. A nivel estatal y local, los gobiernos destinan fondos directos para la contratación de enfermeras y la organización de las visitas domiciliarias, complementados con aportes federales a través del MIECHV y, en algunos casos, reembolsos de Medicaid para determinados servicios (HRSA, s. f.). Desde sus orígenes, el programa también ha contado con aportes privados de fundaciones filantrópicas. La Robert Wood Johnson Foundation fue el principal financiador de los primeros ensayos en Elmira y en Memphis, aportando recursos durante décadas para sostener la investigación. Fundaciones como The Colorado Trust y la W.K. Kellogg Foundation también tuvieron un rol destacado en la expansión del modelo, apoyando la capacitación de enfermeras y el establecimiento de organizaciones intermedias como Invest in Kids en Colorado, que actuaron como catalizadores estatales (Taylor & Thayer, 2016).

Los análisis económicos del NFP han mostrado de manera consistente que, aunque el programa requiere una inversión inicial considerable, los beneficios sociales y fiscales obtenidos a lo largo del tiempo superan con amplitud sus costos. En uno de los estudios más influyentes, realizado por la RAND Corporation, se estimó que el costo por participante se ubicaba entre 7.271 y 9.118 dólares norteamericanos por niño en valores de 2003, considerando la duración total de la intervención (aproximadamente 2 años y medio). A partir de este cálculo, RAND documentó importantes diferencias en función del perfil de riesgo de las familias. En la muestra compuesta por madres de alto riesgo, el programa generó beneficios netos de 34.148 dólares norteamericanos por niño y alcanzó una relación beneficio–costo de 5,70, lo que significa que por cada dólar invertido se obtuvieron casi 6 en beneficios medibles para la sociedad. En contraste, en la

muestra de menor riesgo, los beneficios netos fueron de apenas 1.880 dólares norteamericanos por niño, con una relación beneficio–costo de 1,26, cercana al punto de equilibrio. En el total de la muestra, los beneficios netos promediaron 17.180 dólares norteamericanos por niño, con una razón beneficio–costo de 2,88, lo que demuestra que, aun cuando el retorno es positivo en términos generales, la focalización del programa en poblaciones altamente vulnerables es la que maximiza la rentabilidad social y fiscal de la inversión pública (Karoly, Kilburn, & Cannon, 2005).

Evaluaciones más recientes han corroborado estas tendencias en contextos ampliados y con metodologías de análisis más actuales. El Washington State Institute for Public Policy (WSIPP) calculó que el gasto neto del programa ascendió a 14.459 dólares norteamericanos por familia, mientras que los beneficios totales alcanzaron 21.379 por participante, lo que representó un retorno neto de 6.920 por familia atendida. Según este estudio, la razón beneficio–costo fue de 1,48, lo que implicó que por cada dólar invertido el programa devolvía alrededor de un dólar y medio en beneficios económicos y sociales. Además, el análisis estadístico mostró que existía una probabilidad del 65% de que los beneficios superaran a los costos, lo cual reforzó la robustez de los resultados. Estos beneficios se componen de ahorros en el gasto público en salud, justicia y asistencia social, junto con mejoras en los ingresos laborales de las madres y en las trayectorias de vida de sus hijos a lo largo del ciclo vital (WSIPP, 2023).

En conjunto, la evidencia disponible permite concluir que el NFP es un programa intensivo en recursos que requiere una inversión superior a la de otras intervenciones comunitarias, pero cuyos beneficios a mediano y largo plazo justifican con creces su financiamiento sostenido. Tanto los cálculos de RAND como los de WSIPP coinciden en que el retorno de la inversión es claramente positivo y que la rentabilidad social del programa aumenta de manera notable cuando se focaliza en familias de alto riesgo,

confirmando su valor como política pública preventiva basada en evidencia.

Ventajas e impacto de la implementación

Las evaluaciones del NFP, desarrolladas mediante ensayos clínicos aleatorizados y seguimientos de largo plazo, mostraron impactos consistentes y significativos. En términos de salud prenatal, los resultados del ensayo de Memphis indicaron que las madres participantes tuvieron una probabilidad significativamente mayor de iniciar controles prenatales antes de la semana 28 de gestación (82% frente a 65% en el grupo de control) y redujeron de forma sustancial el consumo de tabaco durante el tercer trimestre (14% frente a 56% en el grupo de control) (Olds *et al.*, 2002). Estos cambios se tradujeron en mejores resultados neonatales, incluyendo menores tasas de partos prematuros y de bajo peso al nacer. En Elmira, por ejemplo, se documentó una disminución marcada en la incidencia de nacimientos con menos de 2.500 gramos entre los hijos de madres del grupo de intervención (Olds *et al.*, 1997). Además, informes posteriores, como el de RAND Corporation, confirmaron la reducción del tabaquismo materno, la mejora en la atención prenatal y la disminución de resultados adversos al nacer en las evaluaciones originales de Olds (Karoly, Kilburn & Cannon, 2005).

En cuanto a los resultados infantiles tempranos, los ensayos clínicos evidenciaron que los niños de familias NFP crecieron en entornos más seguros y presentaron menos accidentes domésticos. En Elmira y Memphis, por ejemplo, se registró una reducción significativa en las visitas a emergencias y hospitalizaciones por traumatismos o ingesta accidental de sustancias, en comparación con los grupos de control (Olds, 2006). Estos hallazgos fueron corroborados en síntesis posteriores: el NSO del NFP informó que

los participantes presentaban menos consultas médicas por lesiones e ingestas, mientras que la revisión de National Institute for Health and Care Excellence (NICE) reforzó que la intervención disminuye el riesgo de accidentes en la infancia temprana (Nurse-Family Partnership, s. f.; NICE, 2013).

El acompañamiento de las enfermeras también favoreció la construcción de un vínculo más sensible entre madre e hijo. Las madres participantes registraron mayor capacidad de respuesta a las señales de sus bebés y una crianza menos coercitiva, lo cual se tradujo en relaciones de apego más seguras. Este tipo de interacciones tempranas se asoció con un mejor desarrollo socioemocional en los niños, incluyendo mayor autocontrol, empatía y habilidades sociales, aspectos confirmados por revisiones de organismos internacionales como NICE (2013).

Aunque más modestos que en el área de salud, se observaron efectos positivos en el rendimiento educativo de los hijos. Los seguimientos evidenciaron que los niños NFP tuvieron menor necesidad de educación especial, menores tasas de repitencia y mejores puntajes en lenguaje temprano (Karoly, Kilburn & Cannon, 2005; NICE, 2013). Asimismo, los estudios de Elmira con adolescentes revelaron que los hijos de madres participantes presentaban menos conductas de riesgo, incluyendo consumo de alcohol y drogas, así como una reducción en comportamientos sexuales de alto riesgo (Olds *et al.*, 1997; Olds, 2006). Estos resultados sugieren que el programa no solo impactó en la primera infancia, sino que contribuyó a romper ciclos intergeneracionales de vulnerabilidad.

En el área de protección infantil, los resultados del NFP son particularmente sólidos. El seguimiento del ensayo de Elmira, realizado cuando los hijos alcanzaron los 15 años, mostró que los niños de madres que habían recibido visitas domiciliarias presentaron 0,29 casos verificados de abuso o negligencia por madre, frente a 0,54 en el grupo de control, lo que equivale a una reducción cercana al 50% (Olds *et al.*, 1997). Además, los varones del

grupo intervenido tuvieron una reducción de más de la mitad en el número de arrestos en la adolescencia, lo que constituye evidencia robusta del impacto del programa en la disminución de conductas antisociales y en la construcción de trayectorias de vida más seguras.

Los beneficios del NFP también se extienden a las trayectorias maternas. Durante los primeros 2 años posteriores al parto, las participantes tuvieron menos embarazos no planificados y mayores intervalos entre nacimientos, lo que favoreció que un número significativamente mayor pudiera retomar sus estudios o ingresar al mercado laboral en comparación con las madres del grupo de control (Olds, 2006). A más largo plazo, el seguimiento a 10 años del ensayo de Elmira mostró que las madres del programa habían pasado más tiempo empleadas, menos tiempo dependiendo de programas de asistencia social y presentaban menores niveles de depresión, lo que evidencia un impacto sostenido en su bienestar económico y psicológico (Olds, 2006; Karoly, Kilburn & Cannon, 2005).

Finalmente, un aspecto igualmente relevante es la salud mental de las madres participantes. Las visitas domiciliarias proporcionaron apoyo emocional constante y fomentaron la autoconfianza en el rol parental. Los ensayos documentaron menores niveles de depresión posparto y menos estrés parental en las mujeres del grupo de intervención, en comparación con el grupo de control, especialmente durante los 2 primeros años de vida del niño (Olds, 2006). Estos beneficios contribuyeron a un entorno familiar más estable, reduciendo factores de riesgo que suelen comprometer el desarrollo temprano.

Recursos disponibles

La posibilidad de expandir el NFP en nuevos territorios se sostiene sobre una infraestructura organizacional robusta y altamente estandarizada, provista por el NSO: manuales de implementación y guías “visit-by-visit”, que detallan los contenidos que deben abordarse en cada encuentro, desde el ingreso temprano de la madre al programa hasta el egreso del niño a los 2 años. Además, las E-Guidelines, una plataforma digital que organiza las recomendaciones clínicas, pedagógicas y de desarrollo infantil en función del momento del embarazo o la edad del niño, y que se actualiza de manera continua con base en la evidencia científica más reciente. Por otro lado, el Data Collection System (Sistema de Recolección de Datos, DCS), un sistema nacional de información en línea en el que las enfermeras registran datos estandarizados de cada visita domiciliaria y que cumple una doble función: permite a las enfermeras y supervisoras monitorear el progreso individual de cada familia, y provee al NSO insumos agregados para evaluar la fidelidad al modelo, la calidad del servicio y los resultados a escala nacional. Por último, programas de formación inicial intensiva y continua¹, que combinan módulos virtuales, talleres presenciales, tutorías, y supervisión clínica reflexiva, destinados a las enfermeras y supervisoras. (Nurse-Family Partnership, s. f.).

Para apoyar la expansión territorial, el NFP ha desarrollado una red de centros de asistencia técnica a nivel estatal y regional, que orientan a los gobiernos locales y organizaciones implementadoras en aspectos de planificación, financiamiento, evaluación y adaptación cultural. Ejemplos de este apoyo son las organiza-

1 La formación inicial se complementa con actividades de educación continua y con instancias de actualización periódica, de modo de mantener alineados a todos los equipos con los últimos avances en teorías de autoeficacia, apego y ecología del desarrollo humano que fundamentan el modelo.

ciones estatales asociadas (como Invest in Kids en Colorado) que han servido como catalizadores de la implementación, ofreciendo acompañamiento técnico y asegurando la sostenibilidad política y financiera del programa (Colorado Trust, s. f.). A nivel internacional, la oficina NFP International coordina los procesos de transferencia del modelo a otros países, mediante un esquema en fases que contempla evaluación de necesidades, adaptación cultural, prueba piloto, ensayo controlado aleatorizado y, finalmente, expansión sostenida (NFP International, s. f.).

En suma, las organizaciones interesadas en el NFP pueden recurrir al NSO y a la NFP International. Estas estructuras garantizan que los esfuerzos de implementación en nuevos contextos se desarrollen con calidad, consistencia y capacidad de generar impactos positivos en madres, niños y comunidades.

Consideraciones para el uso de la evidencia

La evidencia acumulada en más de 4 décadas demuestra que el NFP es una intervención eficaz y costo-efectiva. Sin embargo, su implementación ha enfrentado diversos desafíos que deben considerarse al analizar su transferibilidad.

En primer lugar, el requisito de que las visitas sean realizadas por enfermeras tituladas garantiza calidad y credibilidad, pero al mismo tiempo supone costos más elevados y dificultades en contextos donde existe escasez de personal calificado. Esta tensión se evidenció en el ensayo de Denver, donde se compararon visitas realizadas por para profesionales frente a las efectuadas por enfermeras, demostrando que únicamente estas últimas lograban impactos consistentes y sostenidos en el bienestar materno e infantil (Olds *et al.*, 2002). Para los países de ingresos medios, este requisito plantea un dilema entre garantizar la fidelidad al modelo y adaptar los recursos humanos disponibles.

En segundo lugar, la retención de las familias a lo largo de 2 años y medio constituye un reto. Muchas madres participantes enfrentan inestabilidad habitacional, violencia doméstica, desconfianza inicial hacia agentes externos o exigencias laborales y familiares que dificultan la continuidad. La experiencia demostró que establecer contacto temprano durante la gestación, ofrecer flexibilidad horaria y personalizar los contenidos según las circunstancias individuales son estrategias fundamentales para reducir la deserción y sostener el vínculo de confianza entre enfermera y madre (Olds, 2006; Nurse-Family Partnership, s. f.).

En tercer lugar, la articulación con sistemas fragmentados de salud y asistencia social ha requerido un esfuerzo sostenido de coordinación interinstitucional. El modelo requiere que las enfermeras no solo desempeñen funciones clínicas y educativas, sino que también actúen como puente hacia otros servicios, incluyendo pediatras, nutricionistas, consejeros de empleo y servicios de protección infantil. El éxito del programa depende en gran medida de la capacidad del territorio para sostener redes interinstitucionales estables, lo cual no siempre está garantizado en sistemas públicos con problemas de coordinación y financiamiento (NICE, 2013).

Finalmente, la evidencia también muestra que los impactos del NFP no son homogéneos en todos los contextos. En el ensayo de Denver, realizado en una población étnicamente diversa, no se observaron mejoras significativas en peso al nacer ni en tabaquismo materno, aunque sí se registraron efectos positivos en la reducción de embarazos subsecuentes y en la prevención de muertes infantiles por causas evitables (Olds *et al.*, 2002). De manera similar, la adaptación del modelo en el Reino Unido a través del Family Nurse Partnership evidenció que, en un sistema de salud universal, los efectos sobre resultados obstétricos fueron nulos, pero se observaron beneficios en la calidad de la crianza y en la interacción madre-hijo (Robling *et al.*, 2016). Estos hallazgos confirman que la magnitud y el tipo de impacto dependen de factores

contextuales, lo que obliga a realizar adaptaciones culturales y organizacionales al aplicar el modelo en nuevos entornos.

ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN CONTEXTOS DE POBREZA: EL PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL DE JAMAICA *(Jamaica Early Childhood Development Program)*

Descripción general

El Programa de Desarrollo de la Primera Infancia en Jamaica se implementó a fines de la década de 1980, y constituyó un estudio pionero que evidenció los efectos a largo plazo de las intervenciones tempranas en el desarrollo infantil. Desarrollado en barrios de escasos recursos de Kingston, tuvo el propósito de mejorar las capacidades cognitivas, lingüísticas, sociales y motoras de bebés y niños pequeños con desnutrición crónica (Grantham-McGregor *et al.*, 1991).

El estudio utilizó un enfoque de visitas domiciliarias estructuradas a cargo de trabajadoras comunitarias capacitadas, combinando acompañamiento a las familias con un componente de apoyo nutricional y cuidados básicos de salud (Grantham-McGregor *et al.*, 1991; Banco Mundial, 2014)

Los resultados fueron notables: los niños participantes redujeron sustancialmente la brecha de desarrollo respecto de sus pares más privilegiados, mostrando beneficios que persistieron hasta la edad adulta en términos de educación, salud mental, comportamiento e ingresos laborales (Walker *et al.*, 2011; Gertler *et al.*, 2014).

Con el paso de los años, esta experiencia se consolidó como un referente internacional, demostrando que incluso en condi-

ciones de pobreza severa es posible generar cambios profundos mediante intervenciones tempranas. Sus hallazgos marcaron un punto de inflexión en la investigación sobre primera infancia y abrieron el camino para la expansión y adaptación del modelo jamaicano en distintos países y regiones, convirtiéndose en una fuente clave de lecciones para las políticas públicas en desarrollo infantil temprano.

Diseño e implementación del programa

El programa se llevó a cabo entre 1986 y 1987 como un ensayo controlado aleatorizado en Kingston, Jamaica (Gertler *et al.*, 2014). Se seleccionaron 129 niños de 9 a 24 meses de edad que presentaban retraso en el crecimiento (baja talla para la edad, un indicador de desnutrición crónica) y residían en zonas urbanas marginales (Grantham-McGregor *et al.*, 1991). Estos niños, que iniciaban la vida con desventajas nutricionales y de estimulación, fueron asignados aleatoriamente a diferentes grupos durante los 2 años de intervención. Paralelamente, se identificó un grupo de comparación de 84 niños de la misma comunidad que no sufrían desnutrición, con el fin de contrastar su desarrollo con el de los participantes del programa (Gertler, Heckman, Pinto, Chang-López, Grantham-McGregor, Vermeersch, Walker, & Wright, 2021).

La intervención contó con evaluaciones de impacto inmediatamente al concluir el programa y seguimientos posteriores cuando los niños alcanzaron los 7, 11, 17, aproximadamente 22 y 31 años (Walker *et al.*, 2006; Walker *et al.*, 2011, Gertler *et al.*, 2021). Se trató del primer estudio experimental en un país en desarrollo que analizó los efectos de una intervención temprana en resultados de largo plazo, aportando evidencia novedosa más allá de los contextos de países industrializados (Gertler *et al.*, 2014, Gertler *et al.*, 2021).

El diseño experimental incluyó cuatro grupos de tratamiento diferenciados (J-PAL, 2014). Un primer grupo recibió estimulación psicosocial, consistente en visitas domiciliarias semanales durante 2 años por parte de visitadores entrenados (trabajadoras de salud comunitarias). Cada visita, de aproximadamente una hora, se centraba en enseñar a la madre técnicas de juego educativo e interacción verbal con sus hijos, utilizando juguetes caseros de bajo costo (Berlinski & Schady, 2015). Las visitadoras enfatizaban la importancia de hablarle, cantarle y responder al niño, y se introducían conceptos básicos (como colores, formas, tamaños, y números.) a través del juego y cuentos (Grantham-McGregor *et al.*, 1991). Al finalizar cada sesión, se dejaba un juguete didáctico en el hogar, confeccionado con materiales reciclados, que eran intercambiados por uno nuevo en la visita siguiente, conformando así una biblioteca rotativa de recursos didácticos (Grantham-McGregor *et al.*, 1991). Las madres eran alentadas a continuar las actividades todos los días hasta el próximo encuentro, reforzando así la estimulación de manera constante en el entorno familiar. Este componente de visitas semanales a domicilio constituyó el núcleo de la intervención y se convirtió, décadas más tarde, en la base del modelo “Reach Up and Learn” de crianza activa (Walker *et al.*, 2011).

El segundo grupo fue beneficiario de la suplementación nutricional. En este caso, los niños recibían semanalmente un kilogramo de fórmula enriquecida a base de leche en polvo, entregado por las mismas trabajadoras en las visitas semanales (Grantham-McGregor *et al.*, 1991). Adicionalmente, para evitar que la familia consumiera el suplemento destinado al niño, se proveía una ración de cereal (harina de maíz o polenta) para el hogar. Esta provisión aportaba el 66% de los requerimientos calóricos recomendados para la edad, para mejorar la nutrición del menor (Gertler *et al.*, 2021). La estrategia buscaba mitigar el déficit nutricional responsable del retraso en el crecimiento y potenciar, en combinación con la estimulación cognitiva, el desarrollo integral del niño.

Un tercer grupo recibió simultáneamente ambas intervenciones, estimulación psicosocial y nutrición, siguiendo el mismo protocolo descrito. Por su parte, el grupo de control no fue objeto de visitas ni suplementos, aunque todos los participantes tenían acceso a servicios de salud gratuitos disponibles en la zona, lo que permitió aislar el efecto específico de la estimulación temprana y de la nutrición adicional al comparar resultados entre grupos.

La implementación del programa se realizó con especial rigurosidad. Las visitadoras fueron capacitadas extensivamente para seguir un currículo estructurado semanal, mientras que un equipo de supervisión garantizaba el cumplimiento del protocolo y la calidad de las interacciones (Walker *et al.*, 2011). Inicialmente, en la fase piloto, las visitas fueron realizadas por personal de salud profesional, como enfermeras y médicos, pero pronto se demostró que las trabajadoras comunitarias entrenadas podían ejecutar las visitas con igual eficacia, lo que permitió reducir costos sin sacrificar calidad (Graham, 2018).

Actores involucrados

Los principales actores del programa se articularon en distintos niveles de responsabilidad y acción. Por un lado, el equipo de investigación y diseño, liderado por investigadores de la Universidad de las Indias Occidentales (UWI) en Kingston, Jamaica. Entre ellos sobresalieron especialistas en nutrición pediátrica y desarrollo infantil, como Sally Grantham-McGregor, Susan Walker y Christine Powell, junto con otros colaboradores, quienes diseñaron la intervención y los instrumentos de evaluación (Grantham-McGregor *et al.*, 1991). Este equipo condujo el ensayo piloto, supervisó a las visitadoras y realizó las evaluaciones periódicas de los niños. Asimismo, contaron con la asesoría de expertos internacionales en nutrición infantil y desarrollo, entre los cuales

destacó J. Himes, especialista en crecimiento infantil, lo cual aportó rigor científico al programa.

Por otro lado, las visitadoras domiciliarias, que realizaron las sesiones de juego y aprendizaje con madres e hijos, entregaron los suplementos nutricionales cuando correspondía, y registraron el progreso en cada caso. En el transcurso del estudio, recibieron supervisión semanal del equipo de investigación, lo que permitió reforzar técnicas, ofrecer retroalimentación y garantizar la fidelidad al currículo (Powell, Baker-Henningham, Walker, Gernay, & Grantham-McGregor, 2004). El éxito de la intervención dependió en gran medida de la capacidad de estas trabajadoras para establecer una relación de confianza con las familias y motivar a las madres a sostener cotidianamente las actividades sugeridas.

Un tercer actor decisivo lo constituyeron las propias familias participantes. En particular, las madres, principales cuidadoras, fueron al mismo tiempo beneficiarias y ejecutoras directas de la intervención. El programa se centró en transmitirles habilidades de crianza y estimulación que ellas aplicaban diariamente con sus hijos. Su compromiso, expresado en la asistencia a las visitas, la apropiación de técnicas de juego, la elaboración de juguetes caseros y la dedicación de tiempo constante al niño, resultó determinante para lograr los efectos deseados. Dado que muchas de estas familias vivían en condiciones de pobreza, el apoyo brindado por el programa ya fuera en forma de orientación, recursos lúdicos o suplemento alimenticio, también actuó como alivio en contextos de alta vulnerabilidad.

Por último, aunque el programa tuvo origen académico, contó con el respaldo de instituciones nacionales e internacionales que aportaron recursos financieros y técnicos para la evaluación de largo plazo, reafirmando la importancia global de los hallazgos del programa jamaicano (Gertler *et al.*, 2014).

En conjunto, la alianza entre academia, personal comunitario de salud, familias locales y organizaciones nacionales e internacio-

nales permitió la exitosa ejecución del programa y la generación de evidencia robusta sobre su impacto.

Financiamiento

El programa original en Kingston se implementó a pequeña escala, con costos operativos relativamente modestos en términos absolutos. Los principales rubros de gasto se concentraron en la remuneración del personal de campo (visitadoras y supervisoras), insumos para la fabricación de materiales lúdicos, suministros de fórmula láctea y alimento suplementario, el transporte necesario para garantizar la regularidad de las visitas domiciliarias y los costos asociados a capacitación y supervisión permanente del personal (Grantham-McGregor & Desai, 1975, Gertler *et al.*, 2021).

El financiamiento inicial provino fundamentalmente de fondos de investigación gestionados por la UWI, a los que se sumaron aportes de agencias internacionales interesadas en la nutrición infantil, aunque los detalles exactos sobre las fuentes de esos recursos en la fase de 1986–1988 no han sido publicados de manera exhaustiva.

En cambio, la fase de evaluación de largo plazo contó con un respaldo institucional más explícito. El Banco Mundial, a través del Fondo Fiduciario de Evaluación de Impacto Estratégico (SIEF), cofinanció la recolección de datos y el análisis de impacto a 20 años, mientras que los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos, en particular el National Institute of Child Health and Human Development, aportaron financiamiento para la investigación a través de subvenciones competitivas (Gertler *et al.*, 2021).

En términos de costos unitarios, las estimaciones disponibles sugieren que hacia la década de 2010 el costo aproximado de un año de intervención con visitas semanales ascendía a 245 dólares norteamericanos por niño (Graham, 2018), incluyendo materiales y salarios del personal local. Esta cifra resulta considerablemente

más baja que los costos de provisión de programas preescolares formales. A su vez, los análisis de costo-beneficio muestran que los beneficios económicos futuros (medidos en mayores ingresos laborales y productividad) superan ampliamente la inversión inicial. Un estudio calculó que el valor presente de los beneficios futuros equivalía a aproximadamente 928 dólares norteamericanos por niño, es decir, una relación beneficio-costo cercana a *3,8 a 1* (Graham, 2018). En otras palabras, por cada dólar norteamericano invertido en el programa se generaron casi 4 de retorno económico y social. Estos resultados coinciden con la evidencia más amplia sobre el desarrollo humano que subraya que las intervenciones en la primera infancia pueden ofrecer retornos mayores que remediaciones posteriores (Heckman, 2006).

En síntesis, el programa jamaiquino combinó un esquema de financiamiento inicial modesto, apoyado en fondos de investigación y en la optimización de recursos comunitarios, con un respaldo internacional decisivo en las fases de evaluación de largo plazo. La solidez de los resultados, sumada a la alta rentabilidad social estimada, explica por qué este caso se convirtió en un referente internacional en materia de inversión en la primera infancia.

Ventajas e impacto de la implementación

El programa jamaiquino produjo beneficios sustanciales en el desarrollo infantil, tanto en el corto como en el largo plazo, constituyéndose en evidencia sólida a favor de las intervenciones en la primera infancia.

En primer lugar, al cabo de los 24 meses de intervención, los niños que recibieron estimulación (con o sin suplemento nutricional) mostraron avances significativos en múltiples áreas de desarrollo en comparación con el grupo de control (sin intervención). En particular, su desarrollo cognitivo promedio superó en alrededor

de 0,8 desviaciones estándar al de los niños no estimulados, según las pruebas aplicadas al final del programa (Grantham-McGregor *et al.*, 1991). Esta es una ganancia de gran magnitud en términos de investigación educativa, y se acompañó de mejoras en lenguaje, coeficiente de desarrollo motor y comportamiento social reportadas por las madres (Berlinski & Schady, 2015). Dicho de manera sencilla, los niños estimulados aprendieron más y más rápido, reduciendo marcadamente su retraso inicial con respecto a los patrones normales de desarrollo. Por su parte, el suplemento nutricional por sí solo tuvo efectos positivos modestos en el desarrollo. En cambio, la combinación de nutrición más estimulación no mostró efectos adicionales por encima de la estimulación sola en el corto plazo (Grantham-McGregor *et al.*, 1991), lo que sugirió que la estimulación temprana fue el componente decisivo para impulsar el desarrollo mental.

En segundo lugar, un hallazgo notable es que los beneficios de la estimulación demostraron una notable persistencia a lo largo de la niñez y la adolescencia. En evaluaciones de seguimiento realizadas años más tarde, se observó que los niños que habían participado seguían por delante de los del grupo de control. A los 7-8 años (ingreso a la educación primaria), mantenían mejor desempeño cognitivo y escolar básico que sus pares no estimulados (Walker *et al.*, 2006). Hacia los 11-12 años (inicio de la adolescencia), todavía presentaban un nivel cognitivo promedio 0,4 desviaciones estándar superior al del grupo de control (Berlinski & Schady, 2015). Si bien esta ventaja es menor que la observada inmediatamente tras el programa (indicando cierta atenuación con el tiempo), sigue siendo significativa y se reflejaba en mejores puntajes de cociente intelectual y habilidades lectoras (Walker *et al.*, 2006). En otras palabras, la intervención temprana otorgó a estos niños una base más sólida que les permitió rendir mejor en la escuela primaria, traducándose en menores tasas de rezago escolar frente a los chicos que no recibieron la estimulación.

En tercer lugar, la característica más revolucionaria del estudio jamaicano fue demostrar efectos que perduran hasta la adultez joven. Cerca de 20 años después de finalizado el programa, los investigadores localizaron y evaluaron a la mayoría de los participantes (ya de aproximadamente 22 años) para medir resultados en su vida adulta (Gertler *et al.*, 2014; Walker *et al.*, 2011). Los jóvenes que en su infancia temprana habían recibido estimulación presentaban, en promedio, mayor coeficiente intelectual, mayor nivel educativo alcanzado, y mejor salud mental que los del grupo de control (que tuvieron características iniciales similares de desnutrición) (Berlinski & Schady, 2015). Por ejemplo, tenían más años de escolaridad aprobados, un desempeño notablemente superior en pruebas de lenguaje y matemáticas, y reportaban menos síntomas de depresión, ansiedad e inhibición social en evaluaciones psicológicas (Walker *et al.*, 2011). Asimismo, mostraban menores tasas de conducta antisocial y violenta: la probabilidad de haber participado en peleas o actos violentos era significativamente menor entre quienes recibieron estimulación, en comparación con aquellos que no la recibieron (Walker *et al.*, 2011). Quizás el resultado más llamativo desde una perspectiva socioeconómica fue que los jóvenes del grupo de estimulación lograron ingresos laborales promedio 25% más altos que los del grupo de control, equiparándose prácticamente con los ingresos de un grupo de individuos no desnutridos de origen (es decir, cerraron completamente la brecha económica atribuible a la pobreza inicial) (Gertler *et al.*, 2014). Este incremento en ganancias sugiere que la intervención elevó su productividad y competencias de manera sostenida. En suma, la estimulación temprana compensó los retrasos iniciales por la desnutrición y redujo la disparidad en resultados de adultos, ofreciendo evidencia contundente de que invertir en los primeros años puede alterar positivamente el curso de la vida de poblaciones vulnerables (Banco Interamericano de Desarrollo, 2021).

Evaluaciones posteriores confirmaron que estos efectos se mantuvieron e incluso se profundizaron con el paso del tiempo. A los 31 años, los participantes que habían recibido estimulación en su primera infancia mostraban ingresos anuales 37% más altos y salarios diarios 43% mayores que los del grupo de control, además de una mayor probabilidad de estar empleados en trabajos formales y de mayor productividad (Gertler *et al.*, 2021). Estos hallazgos refuerzan la conclusión de que los beneficios de la intervención no solo mejoraron el capital humano, sino que también se tradujeron en retornos económicos sostenidos en la adultez, consolidando el carácter transformador del programa en la reducción de brechas de origen.

Más allá de las métricas cuantitativas, se documentaron beneficios cualitativos. Evaluaciones adicionales mostraron que las madres participantes reportaron sentirse más seguras en sus prácticas de crianza y que, tras la intervención, dedicaban más tiempo a hablar, cantar y jugar con sus hijos, fortaleciendo de ese modo la relación afectiva madre-hijo (Walker & Chang-Lopez, 2020).

En resumen, las ventajas de la implementación fueron evidentes: el programa logró mejorar el desarrollo inicial de niños altamente vulnerables, y esos avances se tradujeron en mejores oportunidades educativas y económicas en la vida adulta, contribuyendo a romper el ciclo intergeneracional de pobreza. Pocos programas sociales muestran evidencia tan sólida de impacto perdurable.

Recursos disponibles

La trayectoria de más de 30 años de esta iniciativa ha dado lugar a numerosos recursos para facilitar la adaptación del modelo jamaicano en otros entornos. Consciente de la influencia global de su trabajo, el equipo original de Jamaica consolidó toda la metodología en un paquete estandarizado de materiales denominado “Reach Up: Early Childhood Parenting Program”², lanzado internacionalmente en 2015 para libre adopción (Reach Up and Learn, s.f.). Este paquete integra diversos instrumentos complementarios.

El currículum de visitas domiciliarias ofrece una guía detallada semana a semana con sesiones de juego y aprendizaje con niños desde los 6 meses hasta los 3 años y medio de edad, adaptable a formatos quincenales. El currículum incluye actividades para cada visita, objetivos de desarrollo (como promover coordinación ojo-mano, estimular balbuceo, enseñar concepto de colores) y cómo utilizar los materiales de acuerdo con la edad del niño.

El manual del visitador o facilitador orienta a las personas que realizarán las visitas a domicilio. Incluye técnicas de comunicación con los padres, estrategias para involucrar al niño, consejos para manejar situaciones difíciles (por ejemplo, cuando el niño está distraído o la madre retraída) y ejemplos ilustrativos. También contiene una colección de canciones, cuentos y juegos tradicionales que se pueden incorporar, con espacio para agregar contenido local.

El manual del supervisor por su parte, establece las responsabilidades del personal supervisor y provee herramientas para la observación estandarizada de las visitas. Detalla cómo evaluar la

² Sitio web oficial de *Reach Up and Learn*, que contiene los manuales y materiales del programa (versión en inglés): www.reachupandlearn.com.

calidad de la interacción, dar retroalimentación a las visitadoras y apoyar su desarrollo continuo. Esto ayuda a las organizaciones a mantener la fidelidad al modelo y resolver problemas de implementación en campo.

El manual de capacitación y material audiovisual es utilizado para formar a las nuevas visitadoras mediante talleres interactivos. Incluye módulos teóricos sobre desarrollo infantil, prácticas con demostraciones filmadas, y materiales audiovisuales pedagógicos grabados en contextos diversos (como Jamaica, Perú y Bangladesh) que muestran sesiones reales del programa, sirviendo como ejemplo visual para las personas en entrenamiento. Todo el material está concebido para que los futuros formadores locales puedan utilizarlo y así escalar la preparación del recurso humano.

El manual de adaptación y planificación, guía el proceso de adaptación cultural y contextual del programa en un nuevo país o región. Este documento propone pasos para recopilar juegos y canciones autóctonas, ajustar ilustraciones y lenguaje de los materiales impresos, y definir la estructura institucional más adecuada (por ejemplo, si se integrará al sistema de salud, educación o desarrollo social). También describe requisitos mínimos para poner en marcha el programa: criterios para seleccionar visitadores, proporción recomendada de supervisores por visitador, tamaño ideal de la cohorte inicial, entre otros.

El manual de juguetes caseros proporciona instrucciones paso a paso para confeccionar juguetes de estimulación con materiales reciclados o de bajo costo disponibles localmente. Por ejemplo, cómo hacer rompecabezas sencillos de cartón, bloques con cajas, sonajeros con botellas plásticas, libros artesanales con recortes, entre otros. Esto permite que incluso comunidades de bajos recursos puedan dotarse de materiales lúdicos adecuados, y promueve la sostenibilidad del programa al no depender de juguetes comerciales.

Es importante destacar que el equipo jamaiquino recomienda acompañar el uso de los manuales con asistencia técnica inicial

experta en el programa. De hecho, se creó una red de consultores y formadores maestros (muchos provenientes del propio equipo original) que han apoyado la implementación en distintos países para garantizar que la adaptación local respete los componentes críticos.

En la actualidad, el modelo de Jamaica ya ha sido implementando y evaluado en diversos países. En América Latina y el Caribe, se han realizado ensayos o implementaciones en Colombia, Perú, Brasil, Antigua y Barbuda y otros, siempre con impactos positivos en desarrollo infantil (aunque generalmente menores cuando la escala es mayor o la intensidad menor) (Berlinski & Schady, 2015; Rubio-Codina *et al.*, 2015). *Reach Up* también se ha adaptado en entornos de Asia y África (por ejemplo, Bangladesh, India, Etiopía, Madagascar, China), demostrando su flexibilidad cultural (Graham, 2018).

Estos antecedentes brindan un cúmulo de lecciones para nuevos adoptantes. Las autoridades interesadas pueden acceder a informes de evaluación, manuales traducidos a varios idiomas, e incluso visitar programas en funcionamiento para observar las prácticas en terreno. Además, la Red de Desarrollo Infantil Temprano del Banco Interamericano de Desarrollo y otras plataformas regionales facilitan intercambios entre equipos implementadores.

Consideraciones para el uso de la evidencia

Tanto la experiencia original como las adaptaciones internacionales ofrecen consideraciones clave a tener presente al momento de promover el programa en otros contextos.

En primer término, en cuanto al financiamiento, dado que los costos por niño disminuyen al aprovechar estructuras existentes, se aconseja integrar las visitas de estimulación en redes de salud o desarrollo infantil ya operativas (como centros de atención pri-

maria o programas de visita neonatal), lo cual maximiza la eficiencia del gasto. No obstante, especialistas enfatizan que la reducción de costos no debe comprometer la calidad, ya que la efectividad depende de mantener estándares mínimos, por ejemplo, en torno a la frecuencia de las visitas y en la capacitación del personal (Walker *et al.*, 2011).

Otro aspecto decisivo es la intensidad de la intervención. El programa original en Jamaica requería visitas semanales durante 2 años por familia participante. Esta alta frecuencia permitió asegurar efectos positivos sostenidos en el desarrollo cognitivo, lingüístico y social de los niños, pero al mismo tiempo implicó un desafío considerable en términos logísticos y de recursos. Sin embargo, es importante considerar que la tentación de reducir la periodicidad para disminuir costos puede resultar contraproducente. Estudios comparativos demostraron que visitas quincenales o mensuales se asociaron con impactos notablemente menores e, incluso, con la pérdida de efectos a largo plazo (Powell & Grantham-McGregor, 1989; Gardner *et al.*, 2003). La literatura muestra, en este sentido, una clara relación dosis–respuesta: mientras mayor es la frecuencia y la intensidad de la estimulación, mayores son los beneficios para los niños (Grantham-McGregor *et al.*, 1991).

En tercer lugar, debe destacarse la relevancia de la calidad del recurso humano. El desempeño de las visitadoras (su capacidad para modelar conductas, enseñar a las madres y activar la participación lúdica de los niños) depende de una formación inicial intensiva, pero además de un sistema de supervisión continuo. En el ensayo original, las supervisoras acompañaban a las visitadoras de manera muy frecuente, observando sus prácticas, corrigiendo desvíos y reforzando fortalezas (Walker *et al.*, 2011). La literatura especializada coincide en señalar que, además, la supervisión es clave para mantener la fidelidad del programa al escalarlo a nuevas localidades (Graham, 2018). Por ejemplo, en Colombia se reportó que al reducir drásticamente la supervisión (pasando de

semanal a cada 9 semanas) los impactos positivos se atenuaron significativamente (Walker & Chang-Lopez, 2020). Esto ilustra que el programa sólo funciona plenamente si el personal está bien entrenado y continuamente monitoreado. Por lo tanto, la inversión en recursos humanos debe incluir no sólo la capacitación inicial, sino también mecanismos sistemáticos de seguimiento y retroalimentación que aseguren consistencia en la calidad a lo largo del tiempo.

En cuarto lugar, la adaptación cultural del modelo constituye otro componente esencial. Aunque los principios de la intervención (promoción del juego, estimulación del lenguaje y responsividad parental) son universales, su implementación debe reflejar las prácticas culturales y los recursos de cada comunidad. En Jamaica, por ejemplo, se utilizaron canciones infantiles locales y juguetes fabricados con materiales disponibles en los hogares, como muñecas de trapo, pelotas de calcetín o sonajas hechas con semillas. Mientras que en las réplicas internacionales se constató que la relevancia cultural de los materiales y actividades es determinante para la apropiación del programa. Por ejemplo, en Perú el equipo consultó a la comunidad local y añadió historias familiares nocturnas y prácticas propias (como llevar al bebé en la espalda) al currículo (Banco Interamericano de Desarrollo, 2018). En consecuencia, se recomienda elaborar guías de adaptación cultural y contar con expertos locales en desarrollo infantil y representantes comunitarios al diseñar el contenido de las visitas y los materiales lúdicos. Este proceso de contextualización refuerza la pertinencia del programa para las familias destinatarias.

Finalmente, el paso de un proyecto piloto controlado a un programa implementado a gran escala plantea desafíos administrativos y políticos significativos. En Jamaica, el piloto fue gestionado por un pequeño equipo de investigadores y visitadoras, lo que facilitaba mantener estándares homogéneos. Al crecer, a medida que se incorporan más niveles jerárquicos y se multiplican los ac-

tores, se complejiza la tarea de garantizar una calidad uniforme. Las experiencias de Cuna Más en Perú ilustran esto: la estructura organizativa pasó a incluir un equipo central en Lima, oficinas regionales, supervisores y visitadores, lo que “mientras más niveles de gestión había, más difícil resultaba asegurar la calidad” (Banco Interamericano de Desarrollo, 2018). Además, los objetivos políticos de cobertura (por ejemplo, objetivos anuales de expansión) pueden tensionar la calidad del servicio; los cambios en las prioridades gubernamentales tienden a introducir inestabilidad (Banco Interamericano de Desarrollo, 2018). Para mitigar estos riesgos, se aconseja un escalamiento gradual y por etapas, con evaluaciones sistemáticas al pasar de cada fase. También es clave fortalecer los sistemas de gestión de calidad a todos los niveles y establecer una unidad de coordinación técnica con lineamientos claros y permanentes, que funcione más allá de los ciclos políticos.

En síntesis, las adaptaciones latinoamericanas y otras réplicas internacionales del modelo jamaicano destacan la importancia de integrar el programa en redes existentes, mantener la intensidad adecuada de las visitas, asegurar recursos humanos altamente capacitados con supervisión continua, contextualizar culturalmente los materiales y planificar la expansión de forma gradual y gestionada. Estas consideraciones, todas documentadas en la evidencia, son recomendaciones clave para quien desee implementar o escalar el modelo Reach Up sin perder sus beneficios demostrados.

EDUCACIÓN INICIAL DE ALTA CALIDAD: EL PROYECTO PREESCOLAR PERRY (*Perry Preschool Project, Estados Unidos*)

Descripción general

El Proyecto Preescolar Perry, conocido internacionalmente por el enfoque HighScope³, fue un experimento pionero de educación inicial realizado en Estados Unidos a comienzos de la década de 1960. Este proyecto se diseñó para niños en situación de pobreza y en alto riesgo de rezago educativo, con el objetivo de determinar si una intervención preescolar de alta calidad podía mejorar sus capacidades intelectuales y académicas a largo plazo (Weikart *et al.*, 1978). Los hallazgos del estudio demostraron efectos positivos perdurables en la vida de los participantes (por ejemplo, en su desempeño educativo, inserción laboral y conductas sociales) constituyéndose en una referencia obligada sobre los beneficios de la educación temprana (Schweinhart *et al.*, 2005).

Diseño e implementación del programa

El estudio se llevó a cabo en Ypsilanti, Michigan (Estados Unidos), entre 1962 y 1967 (Weikart *et al.*, 1978). Durante ese período, un equipo liderado por David P. Weikart identificó una muestra de 123 niños afroamericanos de 3 y 4 años, provenientes de hogares de bajos ingresos y con alto riesgo de fracaso escolar

3 Para una descripción completa del enfoque HighScope y su implementación en contextos educativos contemporáneos, véase *The HighScope Approach: A Comprehensive Guide*, TeachKloud: <https://teachkloud.com/play-pedagogy-and-curriculum/the-highscope-approach-a-comprehensive-guide/>

(Weikart *et al.*, 1978; Schweinhart *et al.*, 2005). A cada niño se le asignó aleatoriamente a uno de dos grupos: un grupo del programa (que recibió educación preescolar de alta calidad) y un grupo de control (que no asistió al preescolar). En total, 58 niños conformaron el grupo que accedió a la formación temprana, mientras que 65 niños quedaron en el grupo de control sin intervención (HighScope, 2024). Esta asignación aleatoria permitió establecer comparaciones válidas sobre el impacto causal de la experiencia educativa, al suponer que ambos grupos eran equivalentes en sus características iniciales.

El proyecto Perry implementó un riguroso seguimiento longitudinal. Los investigadores recopilaron datos de ambos grupos de niños mediante evaluaciones anuales durante la infancia (entre los 3 y 11 años) y evaluaciones posteriores en la adolescencia (14–15 años) y adultez temprana (19 y 27 años) (Schweinhart *et al.*, 1993). Este seguimiento prolongado permitió medir una amplia gama de resultados educativos, cognitivos y socioeconómicos a lo largo del ciclo de vida. Adicionalmente, se realizaron evaluaciones en la adultez media de los participantes, incluyendo entrevistas y registros a los 40 años (Schweinhart *et al.*, 2005). Gracias a este extenso trabajo de campo, que logró retener la gran mayoría de la muestra original durante décadas, el estudio pudo identificar efectos de muy largo plazo atribuibles a la educación inicial recibida.

La iniciativa fue diseñada con estándares de alta calidad educativa, basados en el enfoque pedagógico activo que luego tomaría el nombre de currículo HighScope. Este enfoque, inspirado en las teorías de desarrollo cognitivo de Jean Piaget, ponía énfasis en el aprendizaje activo y la participación directa del niño en experiencias de juego y exploración que fomentan sus habilidades (Weikart *et al.*, 1978). En la práctica, el programa consistía en clases de nivel inicial de media jornada (aproximadamente 2,5 horas por la mañana), impartidas 5 días a la semana, durante 7 meses y medio, a lo largo del ciclo escolar, por un período de 2 años (cuando los

niños tenían 3 y 4 años). Las aulas mantenían una baja proporción adulto-niño, típicamente un docente cada 5 o 6 niños, garantizando atención individualizada y un ambiente rico en interacción (Weikart *et al.*, 1978).

Además de la experiencia en el aula, el diseño del proyecto incluyó visitas domiciliarias semanales. Cada docente dedicaba alrededor de 90 minutos por semana a visitar el hogar de cada niño, con el propósito de asesorar a las madres y familias sobre cómo extender las actividades de aprendizaje en el entorno del hogar (Weikart *et al.*, 1978). Estas visitas fomentaban la participación de los padres en la educación de sus hijos, reforzando las prácticas pedagógicas del aula y adaptándolas a la rutina familiar. Asimismo, el programa promovía la realización de reuniones grupales mensuales con padres, creando un espacio de intercambio y formación para las familias (Weikart *et al.*, 1978). En conjunto, estos componentes (clases de calidad, currículo activo, baja razón alumno-docente, visitas familiares y participación parental) conformaron un modelo integral orientado a potenciar el desarrollo cognitivo, lingüístico y socioemocional de niños en situación de riesgo, sentando las bases para su éxito escolar posterior.

Actores involucrados

El Proyecto Perry fue concebido y liderado por el psicólogo David P. Weikart, quien en ese entonces se desempeñaba como supervisor escolar en Ypsilanti (Weikart *et al.*, 1978). Weikart impulsó la iniciativa ante la necesidad de mejorar las oportunidades educativas de niños vulnerables que presentaban bajas puntuaciones intelectuales en la evaluación escolar inicial. Para implementar el programa, Weikart conformó un equipo interdisciplinario dentro del distrito escolar de Ypsilanti, contando con la colaboración clave de Charles E. Beatty, director de la escuela primaria

Perry (HighScope, 2024). Junto a docentes de educación infantil especialmente formados, establecieron el aula dentro de las instalaciones de la escuela. Las familias de los niños participantes también fueron actores centrales: tanto madres como padres se involucraron activamente a través de las visitas domiciliarias y reuniones, asumiendo un rol protagónico en el refuerzo del aprendizaje en el hogar.

Tras el éxito inicial del experimento, los investigadores continuaron acompañando a los participantes por décadas. Varios profesionales destacados emergieron entre los actores vinculados al proyecto, incluyendo a Lawrence J. Schweinhart, quien colaboró en las evaluaciones longitudinales y más tarde presidió la Fundación HighScope, y W. Steven Barnett, economista focalizado en educación que analizó el costo-beneficio del programa. Fruto de la experiencia Perry, en 1970 David Weikart fundó la HighScope Educational Research Foundation, institución dedicada a la investigación educativa y formación docente que permitió ampliar y extender el enfoque HighScope más allá de Ypsilanti (Schweinhart *et al.*, 2005). Esta fundación se convirtió en guardiana y promotora del legado del proyecto, difundiendo sus resultados e implementando programas similares en otros lugares.

Financiamiento

El Proyecto Preescolar Perry fue financiado principalmente con fondos públicos locales del sistema educativo de Michigan, aprovechando recursos del distrito escolar de Ypsilanti para cubrir los costos de personal, materiales y operación del programa. En la práctica, se trató de una inversión considerable para una iniciativa educativa de pequeña escala: el costo total promedio por niño durante los 2 años de intervención se estimó en alrededor de 12.884 dólares norteamericanos por participante, en valores de 1992

(Barnett, 1996)⁴. Este monto reflejaba la intensidad de recursos del programa, que incluía docentes especializados a tiempo parcial, visitas domiciliarias y suministro de materiales didácticos de calidad.

No obstante, los análisis a largo plazo indican que dicha inversión inicial generó altos retornos sociales. El mismo estudio de costo-beneficio estimó que hasta los 27 años cada dólar invertido en el programa ahorró aproximadamente 7,1 dólares norteamericanos en gastos futuros, gracias a la reducción de costos en educación compensatoria, justicia penal y asistencia social, junto con mayores contribuciones productivas de los participantes (Barnett, 1996). Evaluaciones posteriores sugirieron que el retorno social continuó aumentando con el tiempo: al proyectar los resultados hasta los 40 años, se calcularon beneficios equivalentes a alrededor de 12 dólares norteamericanos por cada dólar invertido, considerando principalmente los ahorros públicos derivados de menores tasas de criminalidad y mayor ingreso de los individuos tratados (Schweinhart *et al.*, 2005). Estas cifras evidenciaron que el programa no solo produjo mejoras humanas significativas, sino que también resultó económicamente eficiente a largo plazo, un aspecto crucial al considerar su posible réplica mediante políticas públicas.

Ventajas e impacto de la implementación

El Proyecto Perry Preschool constituye uno de los experimentos más influyentes en la historia de la investigación en primera infancia. Su implementación estableció un precedente sobre cómo este tipo de intervenciones puede generar beneficios duraderos a lo largo del ciclo de vida. A diferencia de otros programas

⁴ La estimación de costos por participante se basó en registros presupuestarios de los años de operación del programa, expresados en dólares norteamericanos ajustados a valor presente de inicios de la década de 1990 (Barnett, 1996).

contemporáneos, este se caracterizó por su diseño intensivo, su énfasis en la calidad docente y su integración con las familias, lo que explica en gran medida la magnitud y persistencia de los resultados observados (Schweinhart *et al.*, 2005).

Una de las principales ventajas fue el impacto educativo sostenido. Los participantes mostraron tasas más altas de graduación de secundaria (65% frente a 45% en el grupo de control) y un menor número de repeticiones y asignaciones a educación especial (Schweinhart *et al.*, 2005). La intervención generó mejoras significativas en el compromiso escolar y el rendimiento académico, lo que facilitó trayectorias educativas más sólidas (Heckman, Moon, Pinto, Savelyev, & Yavitz, 2010).

En el ámbito económico, el programa produjo incrementos sostenidos en el empleo y los ingresos. A los 40 años, una proporción significativamente mayor del grupo experimental estaba empleada (76% frente a 62%), siguiendo la misma tendencia observada a los 27 años (69% frente a 56%). Asimismo, los participantes registraron ingresos anuales medianos de 20.800 dólares norteamericanos frente a 15.300 en el grupo de control, además de ingresos mensuales más altos (1.856 vs. 1.308 dólares norteamericanos) (Schweinhart *et al.*, 2005).

Otro de los aportes más relevantes fue la reducción de conductas delictivas. Los adultos que participaron en el programa registraron tasas considerablemente menores de arrestos por delitos violentos, de drogas y contra la propiedad. A los 40 años, solo el 36% de los individuos del grupo experimental había sido arrestado cinco o más veces, frente al 55% del grupo de control.

En términos sociales y familiares, se observaron efectos positivos en la estabilidad de las relaciones y en la crianza. Un mayor porcentaje de hombres del grupo experimental asumió la responsabilidad directa en la crianza de sus hijos en comparación con el grupo de control, y las mujeres lograron trayectorias educativas más prolongadas, lo que sugiere un impacto diferencial en las

dinámicas familiares. Asimismo, se documentaron menores niveles de consumo problemático de sustancias en la adultez, reforzando el carácter integral de los beneficios (Schweinhart *et al.*, 2005).

Además, debe subrayarse que el Proyecto Perry generó efectos intergeneracionales. Investigaciones recientes muestran que los hijos de los participantes también exhiben mejores resultados en escolarización y menor propensión a conductas problemáticas, lo que confirma la capacidad de este tipo de intervenciones para romper ciclos de pobreza y exclusión (Heckman *et al.*, 2022).

En conjunto, las ventajas e impactos del proyecto demuestran que la inversión en educación temprana de calidad, particularmente en poblaciones vulnerables, ofrece beneficios que trascienden a los individuos participantes y se extienden a la sociedad en su conjunto. La solidez metodológica del experimento y la consistencia de los hallazgos a lo largo de cuatro décadas constituyen una de las evidencias más robustas disponibles en el campo de la política educativa y social.

Recursos disponibles

Existen diversos recursos que respaldan el modelo Perry/HighScope para su aplicación en nuevos ámbitos. En primer lugar, la experiencia completa del proyecto ha sido ampliamente documentada en publicaciones técnicas y académicas. Los informes originales y monografías del estudio Perry describen con detalle el diseño curricular, la metodología de implementación, los datos recolectados y los resultados obtenidos en cada etapa del seguimiento (Weikart *et al.*, 1978; Schweinhart *et al.*, 2005).

Más específicamente, la HighScope Educational Research Foundation⁵, organización creada a partir del Proyecto Perry, ofrece currículos estandarizados para nivel inicial, manuales pedagógicos, materiales didácticos y programas de formación docente basados en el enfoque de aprendizaje activo. Además, esta fundación y su red global de afiliados proporcionan asistencia técnica y capacitación a comunidades y gobiernos que deseen implementar programas similares. En la actualidad, educadores de distintos países pueden acceder a entrenamientos y recursos de HighScope, lo que facilita la transferencia del modelo con adaptaciones locales.

Asimismo, se han publicado análisis independientes (por ejemplo, en el campo de la economía de la educación) que ofrecen perspectivas sobre el impacto del proyecto y consideraciones para su escalamiento, entre los que se pueden mencionar los estudios de Barnett (1996), Heckman et al. (2010) y Heckman, Karapakula y Zheng (2022). En conjunto, esta literatura conforma un cuerpo de conocimiento sólido al cual acudir al diseñar intervenciones de primera infancia inspiradas en Perry.

Adicionalmente, organizaciones internacionales y regionales han destacado el caso Perry como ejemplo de buena práctica en primera infancia. A modo de ejemplo, la Organización de los Estados Americanos (OEA) difundió un resumen en español en el que se subrayan los resultados obtenidos y sus implicancias para el diseño de políticas públicas (OEA, 2005). Gracias a ello, existe material introductorio en español –desde artículos de divulgación hasta estudios comparados– que puede orientar a tomadores de decisión locales sobre cómo aplicar las lecciones de Perry en contextos latinoamericanos.

5 ¹ HighScope Educational Research Foundation. (s.f.). *HighScope*. <https://highscope.org/>

En síntesis, quienes busquen adaptar el modelo del Proyecto Preescolar Perry cuentan hoy con un amplio legado de evidencia, herramientas pedagógicas y soporte institucional que viabiliza su puesta en práctica.

Consideraciones para el uso de la evidencia

El estudio Perry evidenció efectos significativos de una iniciativa educativa de alta calidad dirigida a niños de bajos ingresos. Sin embargo, trasladar esos beneficios a otros contextos requiere considerar ciertos desafíos operativos.

Un aspecto central es el financiamiento. El programa requirió personal altamente capacitado, grupos reducidos y seguimiento familiar constante, lo que implicó costos elevados por niño. Por ello, es fundamental planificar un esquema de financiamiento sostenible (por ejemplo, combinando fondos públicos con asistencia internacional) y aprovechar la infraestructura existente (escuelas, centros comunitarios, servicios de salud) para reducir los costos unitarios. Además, según Larry Schweinhart (director del estudio Perry), la experiencia “no es tan difícil de replicar” siempre que se mantengan estándares razonables de calidad, tales como docentes calificados, un currículo probado, colaboración con las familias y evaluación continua (Schweinhart, 2013). En otras palabras, cualquier intento de lograr eficiencia debería resguardar los componentes sustantivos del modelo.

Otro elemento clave fue la intensidad de la intervención. En la versión original, la mayoría de los niños asistió al programa durante 2 años, 7 meses y medio al año, 5 días a la semana y 2,5 horas diarias, con visitas semanales al hogar por parte de los profesores y reuniones mensuales grupales con los padres (Weikart *et al.*, 1978). Este alto nivel de intensidad fue determinante para alcanzar los efectos positivos y sostenidos observados. Intentar re-

ducir la frecuencia o duración del programa para ahorrar costos puede ser contraproducente, pues la evidencia sugiere que existe una relación dosis–respuesta: en general, a menor intensidad se obtienen beneficios sustancialmente menores a largo plazo. Por ello, cualquier adaptación del modelo debería procurar acercarse al nivel original de sesiones y visitas domiciliarias para no diluir los resultados positivos.

En tercer lugar, la calidad del recurso humano es fundamental. El programa se implementó con docentes certificados y especializados en el enfoque HighScope (metodología de Perry), quienes recibieron capacitación inicial intensiva y supervisión continua (HighScope Educational Research Foundation, 2005). Schweinhart destaca la necesidad de “docentes calificados usando un currículo probado” y evaluación regular para llevar adelante con éxito la iniciativa (Schweinhart, 2013). Además, la proporción maestro–niño era muy baja (alrededor de 1 docente cada 5–6 niños) (HighScope Educational Research Foundation, 2005), lo que permitía atención personalizada. En decir, para su aplicación será esencial invertir tanto en una formación inicial rigurosa del personal como en sistemas de supervisión y retroalimentación continuos, de modo que se garantice que los educadores dominen las prácticas activas y la participación familiar características de la experiencia Perry.

En cuarto lugar, la adaptación cultural del modelo es esencial. Aunque los principios pedagógicos del esquema Perry (aprendizaje activo, juego intencional, participación de cuidadores) son universales, la forma de implementarlos debe reflejar la cultura local. Por ejemplo, redefiniendo actividades, lenguaje y referencias para que las familias se identifiquen con el contenido. De hecho, los lineamientos de Head Start destacan que un currículo culturalmente receptivo “indica a los maestros que aprendan acerca de las fortalezas, habilidades, experiencias e intereses de cada niño según se desarrollan en la familia y la cultura del niño” y orien-

ta sobre cómo incorporar esa cultura en el aula (Office of Head Start, s.f.). Para implementar esta propuesta sería recomendable elaborar guías adaptadas, consultar expertos locales y colaborar con las comunidades destinatarias, de modo que los materiales y dinámicas resuenen con la experiencia cotidiana de las familias.

Por último, el escalamiento administrativo y político plantea sus propios desafíos. El Perry original fue un estudio de tamaño pequeño, con un equipo reducido, lo que facilitaba mantener estándares homogéneos. Al expandirlo, crece el número de actores involucrados, lo que puede complicar la coordinación y la calidad uniforme. Para minimizar estos riesgos se recomienda un crecimiento gradual del programa con evaluaciones periódicas en cada etapa; el fortalecimiento de sistemas de gestión de calidad (indicadores claros, capacitación de formadores internos, seguimiento de resultados); y la garantía de una coordinación estable que trascienda los ciclos electorales.

ENFOQUE INTERGENERACIONAL EN EDUCACIÓN Y CRIANZA: LOS PROGRAMAS DE ALFABETIZACIÓN FAMILIAR (*Family Literacy Programs, Turquía*)

Descripción general

El caso de Turquía constituye una de las experiencias más relevantes en el diseño de políticas educativas basadas en evidencia, con un enfoque explícitamente intergeneracional que combina educación inicial, alfabetización de adultos y fortalecimiento de las competencias parentales. Los orígenes de esta iniciativa se remontan a comienzos de la década de 1980, cuando las brechas educativas en el país eran pronunciadas. En aquel momento, la cobertura

de la educación preescolar era extremadamente baja: apenas un 9% de los niños recibía algún tipo de educación temprana, y la mayoría de ellos pertenecía a familias de ingresos altos residentes en los grandes centros urbanos. Esto significaba que los niños de hogares pobres, tanto en áreas urbanas periféricas como en zonas rurales, carecían de oportunidades de estimulación temprana y llegaban a la educación primaria con desventajas sustantivas en su desarrollo cognitivo, lingüístico y socioemocional (Sirali, 2015).

En ese contexto, entre 1982 y 1986 un grupo de académicos de la Universidad del Bósforo puso en marcha el Proyecto de Enriquecimiento Temprano en Turquía (Turkish Early Enrichment Project, TEEP). Se trató de un estudio experimental de gran envergadura cuyo propósito era evaluar modelos alternativos de educación inicial dirigidos a familias de bajos ingresos. Dentro de este proyecto se diseñó y probó el Programa de Educación Madre-Hijo (Mother-Child Education Programme, MOCEP), concebido como una modalidad domiciliaria y de bajo costo en la cual se capacitaba a las madres para convertirse en las primeras educadoras de sus hijos. Este diseño respondía a una necesidad concreta: en ausencia de jardines infantiles accesibles, la única alternativa viable para miles de familias era fortalecer el rol educativo de los padres, especialmente de las madres, combinando estrategias de alfabetización adulta con contenidos de estimulación cognitiva y socioemocional para los niños en edad preescolar.

Los resultados del TEEP demostraron que tanto la capacitación parental como las intervenciones de educación temprana podían generar efectos positivos y duraderos en el rendimiento escolar de los niños y en las prácticas educativas familiares, sentando las bases conceptuales y metodológicas de lo que posteriormente sería el modelo turco de alfabetización familiar (Kagıtcıbası, Sunar, & Bekman, 2001; Kagıtcıbası, Sunar, Bekman, Baydar, & Cemalcılar, 2009). A partir de esta experiencia, en 1993 se creó la Fundación de Educación Madre-Niño (AÇEV, por sus siglas en

turco), con el propósito de llevar a escala las lecciones aprendidas en el TEEP y ofrecer una respuesta sostenida a las carencias estructurales en educación temprana y alfabetización.

La fundación estructuró un conjunto de programas integrados conocidos como Programas de Alfabetización Familiar (PAF, por sus siglas en inglés Family Literacy Programmes, FLPs), concebidos como intervenciones intergeneracionales que articulaban la educación infantil con la alfabetización y la formación parental de adultos. Desde sus inicios, los PAF se apoyaron en la premisa de que la implicación activa de la familia en el proceso de aprendizaje es decisiva para potenciar el éxito escolar de los niños y promover su desarrollo social. En consecuencia, los PAF se organizaron en dos componentes principales.

El primero, orientado a la educación infantil temprana, incluyó tres programas complementarios: el MOCEP, dirigido a hogares con niños de 5 a 6 años sin acceso a educación preescolar formal y centrado en la capacitación de las madres; el Programa de Educación Preescolar Intensiva (Pre-school Education Programme, PEP), implementado desde 1993 como una estrategia intensiva destinada a niños de comunidades altamente desfavorecidas; y el Programa Preescolar de Educación Padre-Hijo (Pre-school Parent-Child Education Programme, PCPEP), iniciado en 1999, destinado a reforzar el currículo de los jardines estatales mediante materiales didácticos y talleres para las familias con el fin de estrechar los vínculos entre escuela y hogar (UNESCO Institute for Lifelong Learning [UIL], 2015).

El segundo componente, orientado a la educación de adultos, incorporó programas diseñados para fortalecer las capacidades educativas y sociales de madres y padres en contextos vulnerables. Entre ellos se destacó el Programa de Alfabetización Funcional y Apoyo a la Mujer (Functional Adult Literacy and Women's Support Programme, FALP), creado en 1995. En 1996 se puso en marcha el Programa de Apoyo a Padres (Father Support Pro-

gramme, FSP), en respuesta a la demanda de las propias comunidades de involucrar a los varones en la crianza y la educación de los hijos. En 2003 se incorporó el Programa de Apoyo a Madres (Mother Support Programme, MSP), orientado a promover la crianza positiva, la salud reproductiva, la creación de entornos de aprendizaje y la importancia del juego en el desarrollo infantil.

A estos programas se añadieron iniciativas de incidencia pública y campañas de comunicación masiva, como “7 Is Too Late” y “Raising Women: Reducing Gender Disparity in Education”, así como producciones televisivas y radiales que llevaron mensajes educativos y de sensibilización a millones de hogares (UIL, 2015; Sirali, 2015).

La expansión de los PAF se dio en paralelo a los avances del país en materia educativa. Para 2006, Turquía registraba una tasa de asistencia a la primaria del 91% y niveles de alfabetización del 90% en varones y del 70% en mujeres. Sin embargo, persistían graves diferenciales en la educación de la primera infancia: apenas un 23% de los niños de 3 a 6 años, un 33,4% de los de 4 a 6 años y un 51% de los de 5 a 6 años accedían a programas preescolares, según datos de 2006 (UIL, 2015). Estas cifras eran aún más bajas en las comunidades rurales y marginalizadas, donde prácticamente no existían servicios de educación inicial, y las brechas de género persistían, asociadas a prácticas culturales como el matrimonio precoz o la preferencia por educar a los varones.

La existencia de los rezagos mencionados reafirmaba la pertinencia de los PAF como alternativa de bajo costo para cubrir necesidades insatisfechas y complementar la oferta estatal. Con el paso del tiempo, la magnitud del impacto se hizo evidente, a medida que sus programas se expandían a nivel nacional.

Los logros alcanzados, sumados a las evaluaciones de impacto científico y a los reconocimientos internacionales, consolidaron a los PAF como un modelo innovador de alfabetización familiar. Además, su difusión trascendió las fronteras de Turquía.

Diseño e implementación del programa

Los PAF se apoyaron en la evidencia acumuladas en los estudios experimentales iniciales y se diseñaron con un criterio de bajo costo, pertinencia cultural y escalabilidad. El eje transversal fue la noción de que el hogar y la familia son entornos privilegiados para el aprendizaje, y que empoderar a madres y padres como educadores constituye la estrategia más efectiva en contextos de limitada cobertura institucional (Bekman, 1998; UIL, 2015).

El programa MOCEP, núcleo de los PAF, contaba con una duración de 25 semanas, con sesiones grupales semanales complementadas por actividades en el hogar, y en sus primeras fases incluyó visitas domiciliarias que luego se redujeron al priorizar el trabajo colectivo (Bekman, 1998). El programa combinaba un componente cognitivo para los niños, con materiales diseñados para reforzar lenguaje, razonamiento y habilidades socioemocionales, y un componente de formación materna, centrado en alfabetización funcional, planificación del aprendizaje en casa y crianza positiva. Un rasgo distintivo incluía la promoción de actividades conjuntas madre-hijo, como la lectura compartida de cuentos y juegos educativos, que trasladaban el aprendizaje al ámbito doméstico y fortalecían el vínculo afectivo (Bekman, 1998; UIL, 2015).

De forma paralela, AÇEV implementó programas complementarios que ampliaron el alcance intergeneracional de la intervención. El FALP integró la enseñanza de lectura, escritura y cálculo con contenidos de salud, crianza y derechos de la mujer, empleando ejercicios prácticos relacionados con situaciones de la vida diaria (UIL, 2015). El FSP se estructuró en sesiones grupales para padres, con dinámicas orientadas a reforzar su rol educativo y promover prácticas de crianza positiva. El MSP adoptó un formato modular de ocho semanas, con contenidos sobre crianza positiva, salud reproductiva, ambientes de aprendizaje y el valor del juego. En el

plano infantil, el PEP ofreció experiencias intensivas de nueve semanas para niños de comunidades desfavorecidas, mientras que el PCPEP reforzó el currículo estatal mediante materiales didácticos y seminarios mensuales para familias (UIL, 2015).

La implementación del modelo turco se distinguió por una sólida colaboración entre el sector público y una organización no gubernamental. Mientras que AÇEV fue responsable de diseñar los contenidos pedagógicos, formar instructores y coordinar el seguimiento de calidad, el Ministerio de Educación Nacional de Turquía (MoNE, Dirección General de Aprendizaje y Educación no Formal) aportó infraestructura educativa y personal docente. Los programas se impartieron en espacios educativos comunitarios con apoyo estatal, lo que permitió llegar a un número creciente de familias en todo el país (Bekman, 1998; UIL, 2015). AÇEV entrenaba a los facilitadores (en su mayoría educadores de adultos y orientadores en educación preescolar), quienes recibían capacitación inicial y formación continua, además de supervisión pedagógica en coordinación con el MoNE, lo que garantizaba la fidelidad del modelo y su eficacia sostenida (UIL, 2015).

En el plano metodológico, los programas incorporaron un enfoque participativo y funcional. Las clases de alfabetización de adultos, por ejemplo, se basaban en ejercicios prácticos aplicados a situaciones reales de la vida cotidiana, como leer carteles de transporte, completar formularios médicos o calcular gastos del hogar. Además, incluían espacios de diálogo sobre salud, crianza y derechos, fomentando tanto la adquisición de habilidades básicas como la confianza y autonomía de las participantes (UIL, 2015). Del mismo modo, el MOCEP promovía actividades conjuntas madre-hijo, como la lectura compartida de cuentos y juegos educativos en el hogar, fortaleciendo el vínculo afectivo y estimulando el desarrollo cognitivo infantil (Bekman, 1998).

En síntesis, el diseño y la implementación de los PAF articularon tres dimensiones clave: educación preescolar temprana, al-

fabetización de adultos y formación parental. Esta combinación estratégica, sustentada en investigación rigurosa y en un esquema de cooperación entre una ONG y el Estado, fue determinante para el éxito y la perdurabilidad del modelo turco.

Actores involucrados

La puesta en marcha y consolidación de los PAF en Turquía fue posible gracias a una compleja red de actores nacionales e internacionales que aportaron recursos, capacidades y legitimidad al proceso.

En primer lugar, AÇEV, creada en 1993 como organización no gubernamental sin fines de lucro, desempeñó un papel central como entidad ejecutora. Fue responsable del diseño curricular, la elaboración de materiales pedagógicos, la capacitación de instructores y la supervisión de calidad, trasladando a la práctica la evidencia generada por el TEEP, que había mostrado impactos positivos tanto en el desarrollo infantil como en la capacitación parental (Bekman, 1998; Kagitcibasi, Sunar, & Bekman, 2001; UIL, 2015).

El Gobierno de Turquía, a través del MoNE, constituyó el segundo actor fundamental. Desde mediados de la década de 1990, facilitó la utilización de los Centros Públicos de Educación de Adultos, proporcionando espacios físicos y personal docente que, tras ser capacitado por AÇEV, asumió funciones de facilitador en los programas. Esta colaboración además incluyó la certificación oficial de los cursos, un aspecto clave para legitimar socialmente las credenciales obtenidas por las madres alfabetizadas y garantizar la continuidad del programa en el marco de la política pública (UIL, 2015). Otros ministerios, como el de Salud, Agricultura y Servicios Familiares, se sumaron en determinados componentes, particularmente en la integración de contenidos relacionados

con nutrición, salud comunitaria y desarrollo rural (UIL, 2015). La articulación con el aparato estatal permitió que una iniciativa originalmente impulsada por la sociedad civil alcanzara progresivamente cobertura nacional.

En el plano internacional, el programa recibió apoyo de UNESCO y UNICEF, que brindaron asistencia técnica en el marco de sus estrategias de educación y primera infancia, mientras que el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) apoyó iniciativas locales de fortalecimiento comunitario asociadas al programa (UIL, 2015). Asimismo, organismos financieros como el Banco Mundial y la Unión Europea aportaron recursos clave para la expansión del modelo (UIL, 2015; Sirali, 2015).

El entramado de actores incluyó también a los medios de comunicación nacionales y locales, que jugaron un papel estratégico en la difusión. Cadenas de televisión como TRT, NTV y Kanal D, junto a radios comunitarias, emitieron programas educativos y campañas de sensibilización producidos por AÇEV, alcanzando a millones de espectadores y oyentes y contribuyendo a generar conciencia pública sobre la importancia de la alfabetización familiar y la educación temprana (UIL, 2015). Asimismo, múltiples organizaciones no gubernamentales locales colaboraron en la identificación y movilización de beneficiarios, reforzando la presencia territorial y la credibilidad del programa en las comunidades más vulnerables.

En suma, el caso turco se caracteriza por una concertación multisectorial en la que convergieron esfuerzos del sector público, el sector no gubernamental, los organismos multilaterales, los medios de comunicación y las comunidades locales. Esta articulación explica en gran medida la capacidad del modelo para trascender de un proyecto piloto a una política social de alcance nacional, reconocida internacionalmente como una práctica innovadora en educación y alfabetización.

Financiamiento

El financiamiento de los PAF siguió una trayectoria progresiva que acompañó la consolidación del modelo. En sus primeras etapas, tras la creación de la AÇEV, el sostenimiento del MOCEP dependió de aportes filantrópicos provenientes de académicos y empresarios locales que permitieron su desarrollo y primeras aplicaciones piloto en comunidades de Estambul (Bekman, 1998).

Con la validación de los primeros resultados, AÇEV estableció alianzas con el Estado y con organismos internacionales. Un punto de inflexión se produjo en 1995, cuando la fundación y el MoNE gestionaron un préstamo del Banco Mundial, que permitió la expansión del MOCEP a nivel nacional. El Estado turco aportó recursos en especie —espacios educativos, servicios logísticos y personal docente reubicado como facilitadores—, lo que redujo significativamente los costos operativos y favoreció la apropiación institucional del programa (UIL, 2015).

Luego, los PAF recibieron cooperación internacional no reembolsable. La Unión Europea financió proyectos específicos como *Raising Women: Reducing Gender Disparity in Education*, mientras que UNESCO, UNICEF y el PNUD ofrecieron asistencia técnica y apoyo para la capacitación y producción de materiales (UIL, 2015). Gobiernos locales y organizaciones comunitarias también colaboraron en aspectos logísticos y de difusión.

En términos de costo-efectividad, el MOCEP fue más económico que los programas de educación preescolar basados en centros, al aprovechar la infraestructura existente y trasladar parte del aprendizaje al hogar (Bekman, 1998). Se destacó además que los niños participantes llegaban mejor preparados a la primaria, lo que reducía las tasas de repetición y la necesidad de educación remedial, generando ahorros inmediatos al sistema escolar (Bekman, 1998). Aunque no existen estimaciones monetarias de retorno de la inversión comparables a las calculadas para programas

como Perry Preschool en Estados Unidos, los seguimientos longitudinales muestran que los beneficios educativos y sociales del MOCEP se sostuvieron en la adolescencia y adultez temprana, lo que refuerza la interpretación de que se trató de una intervención con alta rentabilidad social (Kagitcibasi, Sunar, & Bekman, 2001; Kagitcibasi, Sunar, Bekman, Baydar, & Cemalcilar, 2009).

En síntesis, el financiamiento de los PAF combinó filantropía inicial, préstamos multilaterales, cooperación internacional y recursos estatales. La evidencia respalda que el modelo fue financieramente sustentable y costo-efectivo en comparación con la expansión de jardines de infantes formales, gracias a sus costos unitarios más bajos y a los ahorros inmediatos generados en el sistema escolar.

Ventajas e impacto de la implementación

Un antecedente central de los PAF fue el TEEP, que dio origen al MOCEP, como se mencionó en las secciones anteriores. El TEEP constituye uno de los estudios longitudinales más sólidos en el ámbito de la primera infancia y la alfabetización familiar, ya que sus resultados fueron evaluados en tres momentos: inmediatamente después de la intervención, a los 7 años y a los 19 años de concluido el programa. La evidencia mostró beneficios sostenidos de las intervenciones de enriquecimiento temprano, tanto en entornos institucionales como familiares, aunque con un efecto especialmente significativo en el caso del entrenamiento materno (Kagitcibasi, Sunar, Bekman, Baydar, & Cemalcilar, 2009).

En el corto plazo, los niños que participaron (especialmente aquellos cuyas madres recibieron capacitación) obtuvieron mejores resultados en pruebas de coeficiente intelectual, calificaciones escolares y habilidades cognitivas. También presentaron un ajuste escolar más positivo, mayor autoestima y menor agresividad. Estos resultados se complementaron con cambios observados en

las madres capacitadas, que interactuaban con mayor frecuencia en actividades cognitivas con sus hijos, expresaban aspiraciones educativas más altas y aplicaban estrategias de disciplina positiva en contraste con las no capacitadas (Kagitcibasi *et al.*, 2009). El seguimiento a 7 años confirmó que los hijos de madres entrenadas mantenían un desempeño escolar superior y actitudes más favorables hacia la educación, incluso en la adolescencia, mientras que los efectos de la educación en centros resultaban menos duraderos. Por último, el seguimiento a 19 años evidenció que los beneficios se extendían a la adultez temprana, con trayectorias educativas más largas, mayor persistencia escolar y relaciones familiares más adaptativas, consolidando el valor del entrenamiento parental en contextos de desventaja (Kagitcibasi *et al.*, 2009).

Sobre esta base se diseñó el MOCEP, núcleo de los PAF, que fue sometido a evaluaciones rigurosas en la década de 1990. Los resultados mostraron efectos consistentes en niños y madres. En los niños, se registraron mejoras significativas en habilidades preacadémicas: quienes participaron alcanzaron puntajes mucho más altos en pruebas de prelectoescritura y prenumeracia en comparación con el grupo de control. Estas ventajas se mantuvieron un año más tarde en el primer grado de primaria, cuando los participantes lograron mejores resultados en lectura, escritura y matemáticas básicas, además de promedios escolares superiores. Incluso comenzaron a leer antes que los niños del grupo de control, confirmando que el programa cumplía su objetivo de preparar a los niños para la escolaridad formal (Bekman, 1998).

Otro hallazgo relevante fue la capacidad del MOCEP para reducir heterogeneidades asociadas al origen familiar. Mientras que en el grupo de control el rendimiento dependía de la calidad del entorno doméstico, en el grupo intervenido estas diferencias desaparecieron: aun los niños de hogares poco estimulantes alcanzaron niveles de desempeño similares a los de contextos más favorecidos (Bekman, 1998).

En cuanto a las madres, se observaron transformaciones profundas en sus prácticas de crianza. Disminuyó el uso de métodos de disciplina negativos y aumentó la utilización de estrategias positivas, como explicar reglas o promover actividades constructivas. Se fortaleció, además, el vínculo afectivo y el interés por la vida escolar de los hijos, lo que derivó en hogares más estimulantes y saludables (Bekman, 1998). Los docentes confirmaron estas percepciones, describiendo a los niños del programa como más atentos, creativos y curiosos, y a sus madres como más activas en la escuela.

En conjunto, la evidencia empírica demuestra que el MOCEP logró impactos duraderos en el rendimiento académico infantil y en las prácticas parentales, lo que confirma su carácter intergeneracional: al fortalecer simultáneamente el aprendizaje de los niños y las competencias educativas de las madres, el programa generó beneficios compartidos y sostenibles en el tiempo (Bekman, 1998; Kagitcibasi et al., 2009).

A nivel agregado, los PAF alcanzaron una expansión notable. Hasta mediados de la década de 2010, AÇEV había formado a más de 5.000 educadores, atendido presencialmente a 411.000 niños y sus familias, y llegado a aproximadamente 36 millones de personas mediante programas radiales, televisivos y materiales impresos (UIL, 2015). En el caso específico del MOCEP, se habían formado 900 docentes y beneficiado a 237.000 madres y niños, con metas anuales cercanas a 45.000 participantes (UIL, 2015). Estos logros se tradujeron en legitimidad institucional: los resultados favorecieron la aceptación de modelos no formales costo-efectivos de educación preescolar y su inclusión en políticas nacionales de apoyo a la familia (UIL, 2015).

Finalmente, el prestigio internacional de AÇEV facilitó la transferencia del modelo a más de diez países de Europa y Medio Oriente (entre ellos Bélgica, Francia, Alemania, Jordania, Palestina y Bahreín), consolidando a Turquía como un referente global en alfabetización familiar y educación intergeneracional (UIL, 2015).

Recursos disponibles

La experiencia turca cuenta con un conjunto de recursos documentales e institucionales que constituyen insumos clave para su adaptación en otros contextos.

En primer lugar, la propia fundación AÇEV mantiene un repositorio digital de informes, publicaciones y materiales de los programas, disponible en su portal institucional. Allí se encuentran reportes anuales que, además de datos de cobertura y actividades desarrolladas, incluyen información sobre procesos de formación de facilitadores, producción de materiales y experiencias de adaptación a distintos territorios⁶. Estos informes aportan evidencias sobre la escala operativa y las estrategias de gestión que pueden orientar a quienes planifican adaptaciones del modelo. El portal de recursos de AÇEV ofrece además materiales complementarios y publicaciones especializadas que documentan tanto los fundamentos pedagógicos como las modalidades de intervención de los programas y las evaluaciones y monitoreos que se realizan⁷.

De manera complementaria, el informe del Banco Mundial *Expanding and Improving Early Childhood Education in Turkey* (2013)⁸ presenta un conjunto de recomendaciones de política orientadas a expandir y mejorar la educación inicial mediante una estrategia dual que articula la ampliación de la oferta formal con programas alternativos de base comunitaria, promoviendo a su vez la cooperación con organizaciones no gubernamentales. Estas

6 AÇEV. (s.f.). *Annual Reports*. <https://www.acev.org/en/who-we-are/about-us/annual-reports/>

7 AÇEV. (s.f.). *Resources*. <https://www.acev.org/en/resources/>

8 World Bank. (2013). *Expanding and improving early childhood education in Turkey*. Washington, DC: World Bank. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/987251468110675594/pdf/777230ENGLISHOE-CEOENOjuly03.pdf>

propuestas constituyen un insumo valioso para jurisdicciones interesadas en diseñar programas de alfabetización familiar inspirados en la experiencia turca.

Asimismo, la publicación de la UNESCO Learning Families – Intergenerational Approaches to Literacy Teaching and Learning (2015)⁹ incluye una ficha descriptiva de los programas de alfabetización familiar impulsados por AÇEV en Turquía. Esta síntesis presenta la estructura institucional, los principales componentes programáticos y los resultados más destacados en términos de cobertura, evaluación e internacionalización, constituyendo un recurso de referencia ágil para quienes busquen una visión panorámica del modelo.

Otro recurso relevante es la compilación *The Mother-Child Education Program in Five Countries* publicada por AÇEV (2009)¹⁰ que presenta de manera sistemática la transferencia internacional pero específicamente del programa MOCEP, y ofrece detalles sobre los componentes pedagógicos, la adaptación cultural y lingüística, así como las lecciones aprendidas en procesos de implementación en distintos países. Este documento resulta especialmente útil para equipos técnicos que busquen reproducir el modelo manteniendo su lógica original, pero ajustándolo a realidades locales.

En conjunto, estos recursos conforman una base sólida de documentación para la aplicación del modelo.

9 UNESCO Institute for Lifelong Learning. (2015). *Learning families: Intergenerational approaches to literacy teaching and learning*. Hamburg: UNESCO Institute for Lifelong Learning. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000234252>

10 AÇEV. (2009). *The Mother-Child Education Program in Five Countries*. Istanbul: Mother Child Education Foundation.

Consideraciones para el uso de la evidencia

Al considerar el núcleo de las PAF, es decir, el programa de MOCEP, y su transferencia fuera de Turquía, se evidencia que los resultados dependen críticamente de la asistencia sostenida de las familias y de servicios complementarios. En el piloto aleatorizado con refugiados en Beirut (Líbano), por ejemplo, el programa mejoró las prácticas disciplinarias y redujo el estrés parental, pero los efectos más amplios sobre resultados maternos e infantiles fueron condicionales a la regularidad de asistencia y a la disponibilidad de otros servicios, y la deserción elevada limitó el impacto agregado y la evaluación a más largo plazo. Esto indica que, al implementar, es necesario prever apoyos logísticos (como horarios flexibles, transporte o cuidado de otros hijos) e integración con servicios de salud y acompañamiento psicosocial para sostener la participación y facilitar efectos en el desarrollo infantil (Ponguta et al., 2020).

En las implementaciones en múltiples países, como Bélgica, Suiza, Bahrein y Arabia Saudita, las evaluaciones cualitativas con madres participantes muestran que es imprescindible atender a factores socioculturales y educativos que condicionan la magnitud y el tipo de efectos percibidos. La estructura familiar y las dinámicas domésticas pueden facilitar o dificultar la práctica de las actividades, y el proceso grupal junto con el rol del facilitador resultan determinantes para sostener el compromiso emocional y la apropiación de aprendizajes. Asimismo, la inclusión de actividades conjuntas madre-hijo aparece como elemento clave para reforzar la autoconfianza materna y fortalecer el vínculo afectivo. En términos de transferencia, los resultados difieren según se opte por adopción, adaptación o ensamblaje del modelo, siendo decisiva la capacidad de las instituciones locales responsables de su implementación (Bekman & Atmaca Koçak, 2010, 2013).

Por su parte, los documentos operativos del Banco Mundial para Turquía, elaborados en colaboración con AÇEV, recomien-

dan avanzar en estrategias duales que combinen la expansión de la oferta formal con alternativas comunitarias, además de establecer mecanismos claros de monitoreo y control de calidad al escalar. Al utilizar la evidencia turca en otros países, conviene evitar sustituir la educación inicial formal por modalidades domiciliarias, y en cambio combinarlas según las brechas territoriales y la capacidad estatal existente (World Bank, 2013).

Cap.

3

Fortalecimiento del desarrollo de la primera infancia en las provincias argentinas

El diagnóstico de la primera infancia en Argentina reveló un panorama de avances normativos coexistiendo con brechas estructurales persistentes: millones de niños de 0 a 5 años viven en condiciones que restringen gravemente sus oportunidades de desarrollo, y esta realidad se acentúa en las provincias más rezagadas. En general se observan altos niveles de pobreza infantil, déficits habitacionales, falta de servicios básicos, limitada cobertura y calidad de servicios educativos y de cuidados especialmente para menores de 3 años, marcadas disparidades en el acceso a estimulación en el hogar en base al nivel socioeconómico y educativo de las familias, en las condiciones al nacer, retrocesos en la cobertura de vacunación y patrones alimentarios inadecuados. Al mismo tiempo, las tendencias demográficas ofrecen una ventana de oportunidad para la acción. En este contexto, la evidencia internacional recopilada demuestra que invertir tempranamente en la infancia es una de las intervenciones más efectivas para promover el desarrollo humano y reducir la transmisión intergeneracional de la pobreza. En este sentido, a continuación se presentan recomendaciones fundamentadas en la evidencia internacional analizada, dirigidas a los tomadores de decisión de las provincias

argentinas, con el fin de promover el desarrollo integral de la primera infancia en cada etapa temprana de la vida.

Apoyo desde el embarazo e infancia (0 a 2 años): establecer bases sólidas desde los primeros días

Los primeros 1.000 días de vida (desde la gestación hasta aproximadamente los 2 años) son críticos para el desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño. En Argentina, persisten desafíos significativos en esta etapa inicial: muchas madres jóvenes, a menudo adolescentes, carecen de redes de apoyo y acceso pleno a cuidados prenatales, lo que contribuye a disparidades en las condiciones al nacer (por ejemplo, mayor riesgo de bajo peso) y a prácticas de crianza temprana poco consistentes en los sectores más vulnerables. Para enfrentar estos retos, podría priorizarse el fortalecimiento de las intervenciones desde el embarazo, garantizando una cobertura amplia y de calidad de la atención prenatal y neonatal. Esto supone asegurar que cada mujer embarazada, sin importar su lugar de residencia, reciba controles prenatales regulares, apoyo nutricional y orientación sobre cuidados en el embarazo, en línea con la Ley Nacional de los 1000 Días que establece la atención materno-infantil como un eje central en esa etapa.

Adicionalmente, se recomienda implementar y escalar programas de acompañamiento domiciliario a madres en situación de mayor riesgo durante el embarazo y la primera infancia, inspirados en modelos exitosos como el *Nurse-Family Partnership (NFP)* de Estados Unidos. Este programa, ampliamente reconocido por su eficacia, demostró que la visita periódica de personal capacitado (en su caso, enfermeras) a madres primerizas desde la gestación hasta los 2 años mejora la salud materno-infantil, reduce la incidencia de maltrato infantil y favorece la autonomía de las madres. Adaptado al contexto provincial argentino, un programa

de visitas domiciliarias podría ser llevado a cabo por enfermeras de salud pública o agentes sanitarios especialmente formados, focalizado en hogares de alto riesgo (madres adolescentes, en situación de pobreza, sin redes de apoyo). Es fundamental que dichas visitas comiencen tempranamente en el embarazo y continúen con frecuencia periódica hasta los 24 meses del niño, brindando un acompañamiento integral. Cada visita debería abarcar orientación en cuidados de la salud de la madre y del niño (controles prenatales, promoción de lactancia, vacunación, nutrición adecuada), asesoramiento en prácticas de crianza y estimulación temprana, y orientación en relación con la planificación familiar o la reinserción educativa y laboral de la madre.

Al implementar estos programas, los implementadores deberán considerar lecciones de la evidencia internacional para garantizar su efectividad. En primer lugar, asegurar la calidad del personal es crucial: se deberá formar a los visitantes domiciliarios con estándares altos, ya que los estudios muestran que solo las visitas realizadas por profesionales bien capacitados logran impactos consistentes en el bienestar materno-infantil. En segundo lugar, se necesita sostener la participación de las familias durante todo el programa; muchas madres en contextos vulnerables enfrentan inestabilidad o desconfianza que pueden llevar al abandono. Estrategias como establecer el vínculo durante el embarazo, ofrecer horarios flexibles de visita y adaptar los contenidos a las necesidades individuales han demostrado ser eficaces para reducir la deserción y mantener el compromiso de la madre con el programa. Asimismo, será necesario un trabajo intersectorial sólido: el personal domiciliario debe actuar como nexo entre la familia y otros servicios (pediatras, nutricionistas, programas sociales), de forma que el programa funcione como puerta de entrada a la red de protección existente. Finalmente, se deberá adaptar el modelo a la realidad local: por ejemplo, en zonas con escasez de enfermeras, podría capacitarse a referentes comunitarios, pero siempre man-

teniendo elementos esenciales del modelo y monitoreando cuidadosamente los resultados para no comprometer la efectividad.

De manera complementaria, se podrían intensificar políticas de salud preventiva y nutricional en esta etapa. Es prioritario revertir los retrocesos en vacunación infantil detectados en los últimos años, mediante campañas que garanticen la aplicación completa del calendario obligatorio, incluso en comunidades aisladas. También se recomienda asegurar la provisión de suplementos nutricionales y alimentos fortificados a embarazadas y niños pequeños en contextos de pobreza, aprovechando programas nacionales vigentes y apoyando el trabajo que muchas organizaciones no gubernamentales ya realizan. Estas intervenciones tempranas, de probada rentabilidad social, salvan vidas y además previenen condiciones crónicas que generan mayores costos a futuro. En síntesis, al priorizar el período prenatal y la primera infancia, se estarían sentando las bases para que cada niño nazca y crezca en sus primeros años con condiciones necesarias para desplegar su potencial.

Atención y estimulación temprana (0 a 3 años): superar brechas en el desarrollo inicial

Tras los primeros 2 años de vida, continúa una etapa crucial de desarrollo en la que el juego, el lenguaje y la interacción afectiva con adultos sientan las bases del aprendizaje futuro. Sin embargo, en Argentina la franja de 0 a 3 años presenta las limitaciones más críticas en cobertura y calidad de servicios de cuidado y educación. La mayoría de los niños pequeños permanece al cuidado exclusivo de sus familias, y si bien muchos reciben cierta estimulación en el hogar, persisten fuertes diferencias en la cantidad y calidad de esas experiencias según el nivel socioeconómico. Estas brechas tempranas tienden a ampliarse con el tiempo, afectando el rendimiento escolar posterior y las oportunidades futuras. Por

tanto, sería importante poner énfasis en expandir y mejorar las prácticas de atención y estimulación para la primera infancia, con especial atención a los hogares más vulnerables.

En este marco, una estrategia central consistiría en expandir la oferta de servicios de cuidado y desarrollo infantil de calidad destinados a menores de 3 años, cuando corresponda, considerando la heterogeneidad territorial y las tendencias demográficas recientes y proyectadas. Para ello, sería crucial analizar de manera estratégica espacios existentes que pudieran ser aprovechados y destinados a tal fin, entre ellos centros comunitarios, escuelas, clubes de barrio o centros de salud. Dada la limitación de recursos, resulta prioritario focalizar los esfuerzos en las zonas con mayores déficits, tales como barrios con alta concentración de pobreza, áreas rurales aisladas o territorios con mayor proporción de madres adolescentes. El objetivo último será el de proveer entornos seguros donde niños de hasta 4 años reciban cuidado, nutrición, estimulación cognitiva y socioemocional, a la vez que sus padres puedan trabajar o capacitarse. Será asimismo indispensable asegurar estándares de calidad consistentes, a través de adecuadas proporciones adulto-niño, personal con formación especializada en estimulación temprana, y materiales lúdicos apropiados. Finalmente, se recomienda promover alianzas con el sector privado y con organizaciones de la sociedad civil para cogestionar, fortalecer e impulsar el sostenimiento financiero y efectivo de estos espacios.

No obstante los esfuerzos que pudieran realizarse, muchos niños podrían permanecer fuera del alcance de estos servicios por razones geográficas, de accesibilidad o culturales. En este sentido, se aconseja complementar la oferta institucional con programas de visitas domiciliarias o comunitarias de estimulación temprana, tomando como referencia la exitosa experiencia del Programa de Desarrollo Infantil de Jamaica. Este modelo pionero demostró que intervenciones de estimulación cognitiva y afectiva dirigidas a niños pequeños en contextos de pobreza y desnutrición pueden

cerrar brechas de desarrollo y generar beneficios persistentes en la educación, la salud mental e incluso los ingresos en la edad adulta. En la práctica, aplicar un programa de estas características (conocido internacionalmente como *Reach Up and Learn*) implica entrenar a visitadores o facilitadores para que enseñen a las madres, padres u otros cuidadores técnicas de juego, lectura e interacción positiva con el niño, utilizando materiales caseros sencillos. Las visitas podrían ser semanales en el hogar o mediante sesiones grupales en centros comunitarios, orientadas a demostrar actividades lúdicas educativas y a reforzar prácticas de crianza activa.

A fin de implementar con éxito estas acciones de estimulación temprana, se deberían tener en cuenta varios factores según la evidencia acumulada. En primer lugar, integrar el programa en las redes existentes de salud o desarrollo infantil puede mejorar su alcance y eficiencia. Por ejemplo, los agentes sanitarios de atención primaria podrían incorporar la visita de estimulación durante las rondas sanitarias, o los centros de atención familiar podrían ofrecer talleres de juego para padres e hijos. Esto permitiría aprovechar infraestructura y personal ya disponible, reduciendo costos por niño, aunque siempre garantizando que la búsqueda de eficiencia no comprometa la calidad del programa.

En segundo lugar, es necesario mantener una frecuencia adecuada de la intervención. La experiencia jamaicana original logró impactos notables con visitas semanales durante 2 años, mientras que intentos con frecuencia quincenal o mensual mostraron reducciones drásticas en los beneficios e incluso pérdida de efectos a largo plazo. La lección es clara: existe una relación dosis-respuesta en la estimulación temprana, donde menor intensidad conlleva menores beneficios sostenidos. Por ende, al adaptar el modelo, debería procurarse el mayor acercamiento posible a la periodicidad semanal de contacto con cada familia, o al menos combinar visitas domiciliarias frecuentes con actividades grupales de refuerzo, en lugar de diluir la intervención por reducir costos.

En tercer lugar, la calidad del recurso humano y su supervisión continua son determinantes. Los facilitadores necesitan una capacitación inicial intensiva para saber modelar conductas de juego y promover el aprendizaje parental, pero además requieren supervisión y acompañamiento periódico por parte de personal experto. La evidencia muestra que sin un sistema de supervisión que corrija desvíos y sostenga la motivación de los visitadores, será difícil mantener la fidelidad del programa a medida que se expande. Por eso, es aconsejable que, al escalar estos programas, se invierta no solo en la contratación y formación inicial de facilitadores, sino en un esquema permanente de mentoría, monitoreo y retroalimentación para el personal en terreno.

Otro aspecto clave es la adecuación cultural del contenido. Las actividades de estimulación deben adaptarse a las tradiciones, idioma y recursos de cada comunidad para resultar atractivas y significativas. Siguiendo el ejemplo jamaiquino, donde se emplearon canciones locales y juguetes hechos con materiales del hogar, se deberían elaborar materiales lúdicos que reflejen la cultura regional (por ejemplo, juegos con música folclórica, cuentos e historias locales, juguetes artesanales) e involucrar a referentes comunitarios en el diseño del programa. Un proceso participativo de adaptación cultural aumentará la apropiación y el impacto de estas intervenciones.

Finalmente, dado que el pasaje de un programa piloto a la escala masiva conlleva riesgos, se sugiere avanzar con un escalamiento gradual acompañado de evaluaciones en cada etapa. Iniciar con proyectos piloto en algunas localidades, medir resultados y lecciones, y luego extender progresivamente el alcance permite realizar ajustes a tiempo. La expansión apresurada bajo presiones políticas puede tensionar la calidad, como advirtió la experiencia de programas similares al crecer rápidamente. Para evitarlo, se deberían establecer metas de cobertura realistas, acompañadas de sistemas de control de calidad en todos los niveles, como el seguimiento

de indicadores de desarrollo infantil, la observación de sesiones, y la evaluación de satisfacción parental, junto con una coordinación técnica estable que trascienda los ciclos electorales. De este modo, podrían sostenerse los estándares del modelo a medida que se beneficia a más niños, sin perder los efectos demostrados por la evidencia.

Educación preescolar (3 a 5 años): garantizar acceso con estándares de calidad

La etapa de educación inicial preescolar (de 3 a 5 años) representa el puente hacia la escolaridad formal y una oportunidad crucial para reducir brechas de aprendizaje. Argentina ha avanzado en hacer obligatoria la sala de 4 y 5 años, con el mandato legal de universalizar también la sala de 3 años. Sin embargo, aún subsisten desafíos importantes. Si bien la mayoría de los niños de 4 y 5 años asiste al jardín de infantes, existen brechas de acceso en la sala de 3 años y zonas donde la cobertura preescolar es insuficiente. Más preocupante aún, el diagnóstico señala que la educación preescolar en el país carece de mecanismos robustos para evaluar su calidad y pertinencia. Esto implica que la mera asistencia no garantiza aprendizajes significativos: factores como la formación docente, el currículo, el ambiente pedagógico y la participación familiar varían ampliamente. Por ello, se podrían trabajar en un doble frente: avanzar hacia la cobertura universal, asegurando que ningún niño quede fuera del nivel inicial, y elevar y evaluar la calidad educativa de los servicios para que realmente potencien el desarrollo infantil.

En términos de acceso, será prioritario identificar las poblaciones de 3 a 5 años actualmente desatendidas, y analizar estrategias para expandir la oferta de jardines de infantes o secciones preescolares en las áreas donde se ubiquen esas comunidades. Esto

podría implicar el aprovechamiento de espacios existentes como se sugirió en la sección anterior para el caso de centros de cuidado infantil, el establecimiento de jardines itinerantes o móviles para parajes rurales dispersos, y la implementación de incentivos para la matrícula de niños de grupos vulnerables, como la provisión de transporte escolar desde zonas aisladas y la entrega de kits escolares. Al mismo tiempo, resulta clave articular con las familias y comunidades para estimular la inscripción temprana. En este sentido, campañas de concientización sobre la importancia del jardín de infantes podrían contribuir a superar barreras culturales o de información que aún hacen que algunos padres no envíen a sus hijos de 3 o 4 años al jardín. Afortunadamente la primera infancia cuenta con una creciente valoración social, por lo que capitalizar esta conciencia facilitará la demanda de servicios preescolares.

No obstante, lograr que los niños asistan a los establecimientos es solo el primer paso. Para que la educación inicial cumpla su promesa de impacto a largo plazo, la evidencia demuestra que debe ser de alta calidad. En este sentido, es ilustrativa la experiencia del *Perry Preschool Project* en Estados Unidos, quizás la intervención preescolar más influyente evaluada hasta hoy: un programa de preescolar de calidad, con docentes capacitados, grupos reducidos y fuerte participación familiar, logró cambiar las trayectorias de vida de niños vulnerables, aumentando sus logros educativos y empleabilidad y reduciendo conductas problemáticas incluso décadas después. Los resultados del modelo Perry (y de otros estudios longitudinales) indican que las ganancias de una educación inicial deficiente tienden a desvanecerse, mientras que las de una educación inicial de calidad perduran, generando elevados retornos sociales.

En cuanto a la calidad, un primer aspecto clave será fortalecer la formación docente en educación inicial. Será necesario asegurar que las maestras jardineras cuenten con títulos especializados y acceso a capacitación continua en pedagogías de primera infancia. Podría implementarse, por ejemplo, capacitación en servicio

sobre enfoques activos de aprendizaje, gestión de aula con niños pequeños y trabajo con familias. Modelos curriculares probados internacionalmente, como *HighScope* utilizado en el Proyecto Perry, pueden servir de guía adaptada al contexto local en cuanto a promover el juego intencionado y el aprendizaje activo.

Asimismo, otro elemento fundamental consiste en mantener grupos pequeños y atención personalizada. Siempre que sea posible, resulta conveniente reducir la relación alumno-docente. El caso Perry operaba con una proporción aproximada de 1 docente cada 5 niños, lo cual permitía un seguimiento individualizado. Si bien aplicar esa ratio a gran escala es complejo, se deberían establecer estándares razonables. Por su parte, promover la figura de tutores o acompañantes pedagógicos en salas con niños que presenten rezagos podría brindar apoyo adicional.

Un tercer componente incluye el diseño de currículos pertinentes y evaluaciones formativas. Esto supone desarrollar o adoptar un currículo de nivel inicial que sea integral, culturalmente relevante y centrado en el juego. Las actividades diarias deberían incluir exploración, arte, música, juego al aire libre y fomento del lenguaje, adaptándose a la realidad cultural de cada zona. Al mismo tiempo, introducir herramientas de evaluación formativa del desarrollo infantil, como listas de cotejo y observaciones sistemáticas, que permitan a las docentes identificar necesidades particulares y retroalimentar a las familias. La carencia actual de mecanismos de evaluación de calidad debe suplirse con sistemas que midan, por ejemplo, el ambiente en sala, las prácticas pedagógicas y el progreso en habilidades básicas, para asegurar que toda institución esté brindando una experiencia enriquecedora.

Otro punto central consiste en involucrar activamente a las familias. Los programas más efectivos de preescolar integran a padres y madres en el proceso educativo. Siguiendo el modelo Perry, donde las docentes realizaban visitas semanales al hogar y organizaban reuniones grupales mensuales con padres, se podrían

fomentar distintas modalidades de participación familiar. Entre ellas, se encuentran la invitación a talleres mensuales en la escuela para compartir estrategias de crianza, la lectura en el hogar y el seguimiento del aprendizaje; las visitas domiciliarias esporádicas para conocer el contexto del niño; o el desarrollo de cuadernillos viajeros hogar-escuela donde padres y docentes se comuniquen sobre el niño. La meta es construir una alianza hogar-escuela que refuerce en casa lo aprendido en el jardín, potencie las prácticas de crianza y genere confianza de las familias en la institución. Esto reviste especial importancia en contextos de mayor vulnerabilidad, donde en muchas ocasiones las familias no tuvieron experiencias educativas positivas.

Además, asegurar apoyos y servicios complementarios en el ámbito escolar también es de importancia. Siempre que sea posible, debería integrarse en los jardines prestaciones de salud y nutrición (controles de crecimiento, vacunación al día, alimentación escolar saludable) para atender integralmente al niño. Un niño de 3 a 5 años que está sano y bien nutrido podrá aprovechar mejor las oportunidades educativas. Por ello, la coordinación con los sistemas de salud locales, por ejemplo, para visitas periódicas de médicos o nutricionistas al jardín, enriquecería la propuesta de la educación inicial con un abordaje holístico del bienestar infantil.

Por último, para consolidar la calidad en el nivel inicial, es necesario institucionalizar mecanismos de monitoreo y mejora a nivel de sistema. Se podrían promover unidades específicas externas, aprovechar los Consejos de Educación para que, con participación de especialistas, se evalúen periódicamente indicadores de la educación inicial, tales como tasas de cobertura, resultados de evaluaciones de desarrollo, formación docente, condiciones edilicias, y se emitan recomendaciones. Asimismo, un crecimiento de la oferta debe asegurar recursos suficientes: planificar un financiamiento sostenible es clave. La experiencia internacional sugiere que si bien los programas de alta calidad requieren inversión significativa por

niño, es posible buscar esquemas de cofinanciamiento, combinando fondos públicos, apoyo de la cooperación internacional, del sector privado y/o de organizaciones de la sociedad civil, sin sacrificar los componentes esenciales. Cualquier intento de expansión con costo reducido debe evaluarse cuidadosamente para no socavar la efectividad: la eficiencia no debe lograrse a expensas de la calidad, sino mediante innovación y buena gestión. Con voluntad política, coordinación técnica y participación comunitaria, la educación inicial en todas las provincias puede convertirse en la piedra angular que garantice que, al ingresar a la escuela primaria, todos los niños tengan un desarrollo acorde a su edad y posibilidades de éxito futuro.

Enfoque intergeneracional y participación comunitaria: educar a la niñez fortaleciendo a las familias

Las políticas de primera infancia más efectivas no se limitan al niño aislado, sino que involucran activamente a su familia y entorno local. Dado que la crianza ocurre principalmente en el hogar, cualquier estrategia de desarrollo infantil temprano debe reconocer a madres, padres y cuidadores como actores centrales. En Argentina, muchas familias en situación de vulnerabilidad enfrentan limitaciones múltiples: padres con bajo nivel educativo, estrés económico y falta de redes de apoyo, todo lo cual dificulta prácticas adecuadas de crianza. Por ello, resulta recomendable que se promuevan programas con enfoque intergeneracional, dirigidos a mejorar las capacidades parentales e incluso ampliar las oportunidades formativas de los propios adultos, sabiendo que ello redundará en el bienestar de los niños.

Una referencia valiosa es el modelo de Programas de Alfabetización Familiar desarrollado en Turquía (MOCEP y derivados),

que integran en una misma intervención la educación inicial de los niños con la educación de sus madres y padres. Este enfoque dual ha mostrado ser eficaz para ampliar las oportunidades de toda la familia: mientras los niños reciben preparación para la escuela a través de actividades en el hogar, los adultos refuerzan sus habilidades de lectoescritura, aprenden sobre desarrollo infantil y mejoran sus prácticas de cuidado. La evidencia internacional destaca que dichos programas lograron mejoras en las prácticas disciplinarias, reducción del estrés parental y fortalecimiento del vínculo afectivo madre-hijo, especialmente cuando los padres asistían regularmente y contaban con apoyos complementarios. Inspiradas en este modelo, se podrían implementar talleres de crianza y alfabetización para familias en contextos de mayor riesgo, a través de centros comunitarios, escuelas para adultos o plataformas de educación no formal ya existentes.

Para el éxito de un enfoque intergeneracional, es importante considerar varios puntos. En una primera instancia, se requiere facilitar la asistencia sostenida de las familias eliminando obstáculos prácticos: ofrecer horarios flexibles de reunión (por ejemplo, encuentros durante la tarde-noche para organizar horarios laborales), brindar servicios de cuidado para los hijos durante las sesiones de padres, e incluso apoyo de transporte o viáticos cuando sea necesario, especialmente en zonas rurales. Si se espera que padres y madres asistan semanalmente a un taller, deben darse condiciones para que puedan hacerlo sin poner en riesgo su sustento o la seguridad de sus niños.

Por otro lado, los contenidos y la metodología de estos programas deberían ser pertinentes al contexto social y cultural. Las evaluaciones cualitativas en distintos países han mostrado que factores como la estructura familiar, las dinámicas de género y las costumbres locales influyen en qué tanto se aprovechan los programas de educación familiar. Por ello, se debería adaptar el currículum: por ejemplo, utilizando casos de la vida cotidiana local,

y atendiendo a realidades diversas (no es equivalente trabajar con familias nucleares urbanas que con familias extensas rurales). Además, incorporar actividades conjuntas madre/padre-hijo dentro de la dinámica del programa es sumamente beneficioso. Se ha observado que cuando en las sesiones se promueve que el adulto practique con su niño lo aprendido (ya sea lectura de cuentos, juegos o ejercicios de comunicación) se refuerza la autoconfianza del padre/madre en su rol educativo y se fortalece el lazo afectivo, algo fundamental para el desarrollo socioemocional infantil.

Otro componente es la calidad de la facilitación: el rol del facilitador o educador de padres es crítico para motivar, crear un ambiente de confianza y lograr compromiso sostenido del grupo de madres y padres. Capacitar a estos facilitadores en técnicas participativas, consejería y dinámicas grupales hará la diferencia en mantener a las familias comprometidas y abiertas al cambio. Al aplicar programas de alfabetización familiar, se deberían por tanto invertir en la selección y entrenamiento de facilitadores empáticos, preferentemente miembros de la comunidad o referentes con conocimiento del territorio, que puedan generar cercanía con los participantes.

Finalmente, en la adopción de programas intergeneracionales conviene complementar y no reemplazar la oferta formal de educación inicial. Es decir, estas intervenciones con familias deben ir de la mano de la expansión de jardines de infantes u otras opciones preescolares. La experiencia turca y recomendaciones del Banco Mundial señalan que lo óptimo es un enfoque dual: ampliar la cobertura de educación inicial formal al mismo tiempo que se ofrecen programas comunitarios para padres e hijos, de manera de llegar a quienes aún no están en la escuela y reforzar a quienes ya asisten. Bajo esta lógica, se podría, por ejemplo, implementar talleres de alfabetización familiar en un barrio donde aún no hay jardín cercano, mientras gestiona la apertura de uno; o bien ofrecer estos talleres por la tarde en un jardín de infantes al

que los niños asisten por la mañana, involucrando así a las familias en el proceso educativo formal. La clave está en coordinar esfuerzos: alinear mensajes y objetivos entre lo que se enseña en el taller a los padres y lo que vivencian los niños en sus salas, generando sinergias. Si se lograra articular la escuela, la familia y la comunidad en torno al desarrollo infantil, se estaría multiplicando el impacto de cada política aislada.

Hacia una implementación efectiva: coordinación, monitoreo y resultados

Las recomendaciones anteriores abarcan intervenciones desde la gestación hasta la etapa preescolar e involucran a múltiples sectores (salud, educación, desarrollo social). Para materializarlas exitosamente, es necesario fortalecer capacidades institucionales y marcos de gestión que aseguren la continuidad, la coordinación intersectorial y la focalización en las poblaciones con mayores necesidades.

En primer lugar, resulta fundamental avanzar hacia una coordinación intersectorial más sólida. La creación de mesas de primera infancia o la activación de consejos ya previstos por la Ley 26.061 puede facilitar la articulación entre instituciones. La complejidad de la problemática exige superar la fragmentación. Un mecanismo formal donde autoridades de salud, educación, desarrollo social y economía planifiquen conjuntamente las acciones de primera infancia ayudará a alinear objetivos, presupuestos y esfuerzos. Experiencias locales como la estrategia “Primera Infancia Primero”, que articula diversos organismos y niveles de gobierno en torno a ejes comunes, pueden servir de inspiración. Asimismo, se recomienda involucrar activamente en esta coordinación institucional no solo a los municipios y organizaciones comunitarias, sino también al sector privado y a la academia, actores que apor-

tan capacidades adicionales para la implementación territorial.

Otro aspecto central tiene que ver con la asignación eficiente de recursos. Dado que la situación de la primera infancia es heterogénea a lo largo del país, con zonas que concentran mayores índices de pobreza y privaciones, resulta estratégico dirigir los esfuerzos hacia los territorios donde las brechas son más amplias. Se deberían utilizar datos existentes, y generar nuevos cuando corresponda (como aquellos asociados a pobreza infantil, desnutrición, acceso a servicios), para priorizar geográficamente la implementación de las recomendaciones. Así, las primeras unidades de visita domiciliaria, los nuevos CDI, las capacitaciones docentes más intensivas, podrían concentrarse en barrios y localidades de mayor riesgo. Esto no implica descuidar las demás zonas, sino *escalar progresivamente* alcanzando primero a quienes más lo requieren.

De igual importancia es incorporar mecanismos de monitoreo y evaluación. Todas las iniciativas propuestas, ya se trate de programas domiciliarios, centros infantiles, talleres familiares o mejoras escolares, deberían incorporar desde su diseño componentes de monitoreo de procesos e indicadores de resultados. Establecer sistemas de información que registren cuántas visitas se realizan, cuántos niños asisten, qué progresos muestran en hitos de desarrollo, etc., permitirá detectar obstáculos a tiempo y realizar ajustes basados en evidencia. Igualmente, es aconsejable que se fomenten evaluaciones de impacto (idealmente con apoyo de universidades u organismos especializados) sobre los programas piloto antes de ampliar su alcance. Un aprendizaje clave de las experiencias internacionales analizadas es la importancia de las evaluaciones rigurosas de largo plazo para entender qué funciona y cómo adaptarlo. Quienes innoven en primera infancia podrían incluso liderar estudios longitudinales a nivel local, generando evidencia argentina que retroalimente las políticas nacionales. Este enfoque de “aprender haciendo” asegurará que las políticas

se mantengan efectivas y eficientes en el tiempo, ajustándose a las realidades cambiantes.

Finalmente, es imprescindible bregar por la sostenibilidad institucional y financiera de las políticas de primera infancia. Priorizar este sector requiere un compromiso de largo plazo. Para ello, será fundamental resguardar su financiamiento y continuidad institucional, aprovechando la oportunidad que brinda la tendencia demográfica. Asignar un presupuesto protegido para primera infancia, legislar su continuidad o crear fondos fiduciarios específicos podrían ser opciones a explorar. Además, garantizar la estabilidad de los equipos técnicos podría evitar la pérdida de capital humano capacitado con cada cambio de gestión. Una coordinación estrecha con el Gobierno Nacional (Ministerio de Desarrollo Social, de Salud y de Educación) también puede sumar recursos y asegurar alineamiento con programas federales existentes, evitando duplicaciones y maximizando sinergias.

En conclusión, invertir estratégicamente y prioritariamente en la primera infancia no solo es un imperativo ético y legal, sino también la decisión más costo-efectiva para el futuro de la sociedad. Cada peso destinado hoy a garantizar que un niño nazca sano, crezca estimulado y reciba educación inicial de calidad, se multiplicará en formación de capital humano, productividad y cohesión social a mediano y largo plazo. Las recomendaciones aquí presentadas, basadas en evidencia internacional y analizadas a la luz de la realidad argentina, ofrecen una hoja de ruta para orientar los esfuerzos hacia intervenciones con resultados comprobados.



Anexo

1

Listado de figuras, tablas y referencias

FIGURAS

1. Estructura de la población por sexo y grupos quinquenales de edad en los censos nacionales, año 2022.
2. Número promedio de hijos nacidos vivos por mujer de 14 a 49 años en hogares particulares, por jurisdicción, año 2022.
3. Población de 0 a 5 años según condición de pobreza, segundo semestre del año 2016 a segundo semestre del año 2024.
4. Condiciones de vivienda: porcentaje de niños de 0 a 4 años, cuarto trimestre del año 2023, 31 aglomerados urbanos
5. Déficit en el acceso a servicios públicos: porcentaje de personas y niños de 0 a 4 años, cuarto trimestre del año 2023, 31 aglomerados urbanos
6. Población en hogares particulares que asiste a una institución educativa, según nivel de enseñanza, total nacional, año 2022
7. Población en hogares privados según condición de asisten-

- cia escolar y grupo de edad, total nacional, año 2022
8. Cobertura de cuidado prenatal: porcentaje de mujeres con al menos cuatro consultas, Argentina, años 2013–2022
 9. Tasa de mortalidad infantil: neonatal y posneonatal (por cada 1.000 nacidos vivos), Argentina, años 1990–2023
 10. Participación en actividades de estimulación temprana por región: porcentaje de niños de 2 a 4 años que realizaron al menos cuatro actividades con personas adultas del hogar, madres y padres. Argentina, años 2019–2020.
 11. Participación en actividades de estimulación temprana según nivel educativo del jefe o jefa del hogar. Niños de 2 a 4 años que realizaron al menos cuatro actividades con adultos del hogar. Argentina, años 2019–2020
 12. Participación en actividades de estimulación temprana según quintil del índice de riqueza. Niños de 2 a 4 años que realizaron al menos cuatro actividades con adultos del hogar, madres y padres. Argentina, años 2019–2020

TABLAS

1. Población en hogares particulares que asiste a una institución educativa, por grupo de edad, año 2022
2. Indicadores seleccionados de nacimientos en Argentina por provincia, año 2023.
3. Evolución de la Cobertura de Vacunación. Argentina, años 2000 - 2023
4. Tasa de mortalidad específica por edad (por cada 1.000 habitantes de 0 a 4 años), según jurisdicción de residencia del fallecido, Argentina, año 2023
5. Principales causas de muerte en niños de 0 a 4 años, Argentina, año 2023
6. Causas específicas de muerte en niños menores de 0 a 4

- años, según grupo etario, Argentina, año 2023
7. Defunciones según lugar de ocurrencia y afiliación a un sistema de salud, en niños menores de 4 años. Argentina, año 2023
 8. Materiales para el aprendizaje: porcentaje de niños menores de 5 años por el número de libros para niños presentes en el hogar y por cosas para jugar que utilizan, según región, nivel educativo del jefe del hogar, quintil de riqueza y edad del niño. Argentina, años 2019–2020

REFERENCIAS

Diagnóstico de la primera infancia en Argentina

Argentina. (1990). *Ley N.º 23.849 de aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño*. Boletín Oficial. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-23849-4609>

Argentina. (2003). *Ley N.º 25.724 de creación del Programa Nacional de Nutrición y Alimentación*. Boletín Oficial. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25724-78334>

Argentina. (2005). *Ley N.º 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*. Boletín Oficial. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26061-110689>

Argentina. (2006a). *Decreto N.º 415/2006 – Reglamentación de la Ley 26.061*. Boletín Oficial. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-415-2006-113253>

Argentina. (2006b). *Ley N.º 26.206 de Educación Nacional*. Boletín

Oficial. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26206-120745>

Argentina. (2007). *Ley N.º 26.233 sobre creación y regulación de Centros de Desarrollo Infantil*. *Boletín Oficial*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26233-128410>

Argentina. (2014). *Ley N.º 27.045 de universalización progresiva del nivel inicial para niñas y niños de 3 años*. *Boletín Oficial*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27045-238824>

Argentina. (2016). *Decreto N.º 574/2016 – Plan Nacional de Primera Infancia*. *Boletín Oficial*. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/145388/20160603>

Argentina. (2019). *Decreto N.º 750/2019 – Estrategia Nacional de Primera Infancia Primero (ENPIP)*. *Boletín Oficial*. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/214052/20191025>

Argentina. (2021). *Ley N.º 27.611 – Ley de los 1000 días*. *Boletín Oficial*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27611-347911>

Chao, F., You, D., Pedersen, J., Hug, L., & Alkema, L. (2018). National and regional under-5 mortality rate by economic status for low-income and middle-income countries: A systematic assessment. *The Lancet Global Health*, 6(5), e535–e547. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30059-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30059-7)

Colectivo Infancia en Deuda. (s.f.). *Aportes escritos al informe del Estado: 98º período de pre-sesiones, Comité de Derechos del Niño*. <https://infanciaendeuda.org>

Inter-American Dialogue. (2024). *Early childhood policies in Latin America: Second progress report on the implementation of the regional agenda*. Washington, D.C.: Inter-American Dialogue.

UNICEF. (2019). *Políticas públicas de primera infancia: Un camino prioritario* (1st ed.). Buenos Aires, Argentina: UNICEF.

González, M. S. (2024, Agosto). *Primera infancia en Argentina: Un análisis multidimensional de desafíos y oportunidades*. Observatorio del Desarrollo Humano y la Vulnerabilidad, Instituto de Ciencias para la Familia, Universidad Austral. <https://www.austral.edu.ar/familia>

Infancia en Deuda. (2023). *Informe al Comité de Derechos del Niño: Presentado en el marco del 6º y 7º informe periódico de Argentina*. <https://infanciaendeuda.org/informes>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2024). *Condiciones de vida en 31 aglomerados urbanos: Incidencia de la pobreza y la indigencia. Segundo semestre de 2023. Condiciones de Vida, 8(7)*. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel3-Tema-4-46>

INDEC. (2025a). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022: Resultados provisionales*. Buenos Aires. <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2022-sintesis-resultados-definitivos.pdf>

INDEC. (2025b). *Condiciones de vida en 31 aglomerados urbanos: Incidencia de la pobreza y la indigencia. Segundo semestre de 2024. Condiciones de Vida, 8(7)*. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel3-Tema-4-46>

López, N., Konterllnik, I., Duer, C., & Urosevich, F. (2012). *La*

situación de la primera infancia en la Argentina: A dos décadas de la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño. Córdoba: Fundación Arcor.

Ministerio de Salud de la Nación. (2024, diciembre). *Estadísticas vitales: Información básica. Argentina – Año 2023* (Serie N.º 67). Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s.f.). *Indicadores básicos: Datos abiertos.* <https://opendata.paho.org/en/basic-indicators>

Singh, S. D., George, T., Ndugwa, R., Röbbel, N., Triche, R., Pritts, J., & Cargile, H. (2022, Mayo). *Children, cities and housing: Rights and priorities* (Documento de debate). Habitat for Humanity, UN-Habitat, & UNICEF.

SITEAL, IPE–UNESCO, UNICEF & Fundación Arcor. (s.f.). Perfil de país: Argentina – Primera infancia. Sistema de Información sobre la Primera Infancia en América Latina (SITEAL). <https://www.siteal.org/primer-infancia/perfil-de-pais/argentina>

Tuñón, I. (s.f.). *Derechos, sistemas de protección e infancia temprana: Apuntes sobre el caso de la Argentina en el contexto de la región.* Observatorio de la Deuda Social Argentina, Universidad Católica Argentina.

UNESCO & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2025). *Informe mundial sobre atención y educación de la primera infancia: El derecho a una base sólida* (1.ª ed., 161 págs.). <https://doi.org/10.54675/GDBY9726>

UNICEF. (2013). *Instrumento de Autoevaluación de la Calidad Educativa: Nivel Inicial.*

UNICEF Argentina. <https://www.unicef.org/argentina/media/506/file/IACE-inicial.pdf>

UNICEF. (2021). *Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) 2019–2020*. UNICEF Argentina.

UNICEF & CESNI. (2024). *Prácticas de lactancia y alimentación complementaria en niñas y niños menores de 2 años en Argentina*. Buenos Aires: UNICEF & Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI). <https://www.unicef.org/argentina/media/22276/file/Pr%C3%A1cticas%20de%20lactancia%20NNyA.pdf.pdf>

UNICEF, Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF), & Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (CNCPS). (2020). *Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) 2019–2020: Informe final*. Gobierno de la República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/09/unicef-senaf-cncps-mics-2019-2020.pdf>

UNICEF, SENNAF & Grupo Pharos. (2019, noviembre). *Políticas públicas de primera infancia: Un camino prioritario*. UNICEF Argentina.

Evidencia Internacional

AÇEV. (2009). *The Mother-Child Education Program in Five Countries*. Mother Child Education Foundation.

AÇEV. (s.f.). *Annual reports*. <https://www.acev.org/en/who-we-are/about-us/annual-reports/>

AÇEV. (s.f.). *Resources*. <https://www.acev.org/en/resources/>

Alameda County Health Care Services Agency. (2020). *Exhibit A: Essential elements of the Nurse-Family Partnership model*. https://www.acgov.org/board/bos_calendar/documents/DocsAgenda-Reg_12_15_20/HEALTH%20CARE%20SERVICES/Regular%20Calendar/PUBHLTH_305186.pdf

Banco Interamericano de Desarrollo. (2015, 24 de septiembre). *Presentación mundial del material del programa jamaicano para la crianza Early Childhood Parenting Programme* [Entrada de blog]. Primera Infancia. <https://blogs.iadb.org/desarrollo-infantil/es/crianza/>

Banco Interamericano de Desarrollo. (2018, 24 de mayo). *Reach Up: Una intervención para la primera infancia en Jamaica que causa sensación en el mundo (Parte I)* [Entrada de blog]. Desarrollo Infantil. <https://blogs.iadb.org/desarrollo-infantil/es/intervencion-para-la-primera-infancia/>

Banco Interamericano de Desarrollo. (2018, 28 de mayo). *Reach Up: Una intervención para la primera infancia en Jamaica que causa sensación en el mundo (Parte I)* [Entrada de blog]. Desarrollo Infantil. <https://blogs.iadb.org/desarrollo-infantil/es/reach-up-jamaica/>

Banco Interamericano de Desarrollo. (2021). *La primera infancia: una inversión con los mayores retornos*. Social Digital. <https://socialdigital.iadb.org/es/node/10416>

Banco Interamericano de Desarrollo. (s.f.). *Evaluación de la implementación, impacto y procesos de escalamiento de Reach Up* [Informe institucional]. https://desarrollo-infantil.iadb.org/es/innovaciones/region_lac/evaluacion-de-procesos-de-implementacion-impactos-y-costos-de-escalar-reach

Banco Interamericano de Desarrollo. (s. f.). *Método HighScope de educación preescolar: Experimento de la Preescuela Perry*. Plataforma de Evidencias BID. <https://plataformadeevidencias.iadb.org/es/casos-avaliados/metodo-highscope-de-educacion-preescolar-experimento-de-la-preescuela-perry>

Banco Mundial. (2014). *Jamaica: Desarrollo de la primera infancia – Promoción de la estimulación temprana y la nutrición adecuada para niños menores de tres años*. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/362921467995665663/txt/77086-SPANISH-Box393202B-PUBLIC-28-SP-E2P-Jamaica-Read.txt>

Barnett, W. S. (1996). *Lives in the balance: Benefit–cost analysis of the Perry Preschool Program through age 27* (Monographs of the HighScope Educational Research Foundation, N° 11). HighScope Press.

Bekman, S. (1998). *An Evaluation of the Mother-Child Education Program*. İstanbul: Mother Child Education Foundation (AÇEV).

Bekman, S., & Atmaca Koçak, A. (2010). *Mothers reporting: The Mother–Child Education Program in five countries*. AÇEV. <https://www.acev.org/wp-content/uploads/2019/10/12.mothers-reporting.pdf>

Bekman, S., & Atmaca Koçak, A. (2013). *Mothers' experiences with a mother–child education programme in five countries*. *International Journal of Early Years Education*, 21(2-3), 223-243. <https://doi.org/10.1080/09669760.2013.832942>

Berlinski, S., & Schady, N. (2015). *Los primeros años: el bienestar infantil y el papel de las políticas públicas*. Banco Interamericano de Desarrollo.

Berlinski, S., & Schady, N. (2021). *The early years: Child well-being*

and the role of public policy (NBER Working Paper No. 29292). National Bureau of Economic Research. https://www.nber.org/system/files/working_papers/w29292/w29292.pdf

CooreHall, J. (2023). *Using lessons learnt from key stakeholders to increase support for scaling the Reach Up Early Childhood Parenting program*. *Frontiers in Public Health*, 11, 1192034 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10442950/>

Gardner, J. M. M., Walker, S. P., Powell, C. A., & Grantham-McGregor, S. (2003). A randomized controlled trial of a home-visiting intervention on cognition and behavior in term low birth weight infants. *The Journal of Pediatrics*, 143(5), 634–639. [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(03\)00455-4/pdf](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(03)00455-4/pdf)

Gertler, P. J., Heckman, J. J., Pinto, R., Zanolini, A., Vermeersch, C., Walker, S. P., Chang, S. M., & Grantham-McGregor, S. (2014). Labor market returns to an early childhood stimulation intervention in Jamaica. *Science*, 344(6187), 998-1001 <https://www.science.org/doi/10.1126/science.1251178>

Gertler, P., Heckman, J., Pinto, R., Chang-López, S., Grantham-McGregor, S., Vermeersch, C., Walker, S., & Wright, R. (2021). *Effect of the Jamaica Early Childhood Stimulation Intervention on labor market outcomes at age 31* (Policy Research Working Paper No. 9736). World Bank. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/105461633005046760/pdf/Effect-of-the-Jamaica-Early-Childhood-Stimulation-Intervention-on-Labor-Market-Outcomes-at-Age-31.pdf>

Grantham-McGregor, S. M., & Desai, P. (1975). *A home-visiting intervention programme with Jamaican mothers and children*. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 17(5), 605-613. <https://doi>

[org/10.1111/j.1469-8749.1975.tb03527.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1975.tb03527.x)

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. *The Lancet*, 338(8758), 1–5. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)92226-6](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)92226-6)

Grantham-McGregor, S., & 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), Article 4. <https://digitalcommons.library.tmc.edu/childrena-trisk/vol7/iss2/4>

Health Resources and Services Administration (HRSA). (s.f.). *Maternal, infant, and early childhood home visiting (MIECHV) program*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://mchb.hrsa.gov/programs-impact/maternal-infant-early-childhood-home-visiting-miechv-program>

Heckman, J. J. (2006). Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science*, 312(5782), 1900–1902. <https://doi.org/10.1126/science.1128898>

Heckman, J. J., Moon, S. H., Pinto, R., Savelyev, P. A., & Yavitz, A. (2010). The rate of return to the HighScope Perry Preschool Program. *Journal of Public Economics*, 94(1–2), 114–128. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2009.11.001>

Heckman, J. J., Gertler, P., Pinto, R., Zanolini, A., Vermeersch, C., Walker, S., Chang, S. M., & Grantham-McGregor, S. (2014). *The Jamaica study: Early childhood stimulation interventions*. The Heckman Equation. <https://heckmanequation.org/wp-content/>

uploads/2017/01/F_Heckman_Jamaicastudy_US_071714.pdf

Heckman, J. J., Karapakula, G., & Zheng, A. (2022). *Externalidades intergeneracionales e intrageneracionales del Proyecto Perry Preschool* (NBER Working Paper No. 30373). National Bureau of Economic Research. https://www.nber.org/system/files/working_papers/w30373/w30373.pdf

HighScope Educational Research Foundation. (2005). *The HighScope Perry Preschool Study through age 40: Summary*. HighScope Press. <https://highscope.org/wp-content/uploads/2024/07/perry-preschool-summary-40.pdf>

HighScope Educational Research Foundation. (2024). *Perry Preschool Study*. <https://highscope.org/project/perry-preschool-study/>

HighScope Educational Research Foundation. (s. f.). *HighScope*. <https://highscope.org/>

J-PAL. (2014). *20-year follow-up of the early childhood stimulation program in Jamaica*. Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab. <https://www.povertyactionlab.org/evaluation/20-year-follow-early-childhood-stimulation-program-jamaica>

Kagitcibasi, Ç., Sunar, D., & Bekman, S. (2001). Long-term effects of early intervention: Turkish low-income mothers and children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 22(4), 333–361. [https://doi.org/10.1016/S0193-3973\(01\)00071-5](https://doi.org/10.1016/S0193-3973(01)00071-5)

Kagitcibasi, Ç., Sunar, D., Bekman, S., Baydar, N., & Cemalcilar, Z. (2009). Continuing effects of early enrichment in adult life: The Turkish Early Enrichment Project 22 years later. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(6), 764–779. <https://doi.org/>

[org/10.1016/j.appdev.2009.05.003](https://doi.org/10.1016/j.appdev.2009.05.003)

Karoly, L. A., Kilburn, M. R., & Cannon, J. S. (2005). *Early childhood interventions: Proven results, future promise*. RAND Corporation. <https://www.rand.org/pubs/monographs/MG341.html>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2013). *The evidence base for Family Nurse Partnership – Expert evidence review of early years interventions (Expert Report 42)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph40/evidence/expert-report-42-evidence-review-of-early-years-interventions-430368989>

Nurse-Family Partnership. (s. f.). <https://www.nursefamilypartnership.org>

Nurse-Family Partnership International. (s. f.). *Global adaptations of the NFP model*. <https://nfpinternational.org/>

Office of Head Start. (s. f.). *Receptividad cultural*. U.S. Department of Health & Human Services. <https://headstart.gov/es/curriculo/informe-del-consumidor/criterio/receptividad-cultural-1>

Olds, D. L. (2006). The Nurse–Family Partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 5–25. <https://doi.org/10.1002/imhj.20077>

Olds, D. L., Henderson, C. R., Tatelbaum, R., & Chamberlin, R. (1986). Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 77(1), 16–28. <https://doi.org/10.1542/peds.77.1.16>

Olds, D. L., Henderson, C. R., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., ... & Powers, J. (1997). Long-term effects of nurse home

visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA*, 278(8), 637–643. <https://doi.org/10.1001/jama.1997.03550080047032>

Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., & Robinson, J. (2019). Theoretical foundations of the Nurse-Family Partnership program. *Journal of Primary Prevention*, 40(6), 579–601. <https://doi.org/10.1007/s10935-019-00567-9>

Olds, D. L., Robinson, J., Pettitt, L., Luckey, D., Holmberg, J., Ng, R., ... & Henderson, C. (2002). Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: Age 4 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 110(3), 486–496. <https://doi.org/10.1542/peds.110.3.486>

Organización de los Estados Americanos (OEA). (2005). *El Proyecto Preescolar de HighScope Perry* [Resumen en línea]. <https://www.oas.org/udse/dit2/por-que/longitudinales.aspx>

Ponguta, L. A., Arora, N., LeFevre, A., & Yousafzai, A. K. (2020). Effects of the Mother-Child Education Program on parenting stress and disciplinary practices among refugee and other marginalized communities in Lebanon: A pilot randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(3), 385–396. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.09.029>

Powell, C., & Grantham-McGregor, S. (1989). Home visiting of varying frequency and child development. *Pediatrics*, 84(1), 157–164. <https://doi.org/10.1542/peds.84.1.157>

Powell, C., Baker-Henningham, H., Walker, S., Gernay, J., & Grantham-McGregor, S. (2004). *Feasibility of integrating early stimulation into primary care for undernourished Jamaican children:*

Cluster randomised controlled trial. BMJ, 329(7457), 89. <https://doi.org/10.1136/bmj.38132.503472.7C>

Reach Up and Learn. (s.f.). *About Reach Up and Learn*. Reach Up. <https://reachupandlearn.com/about/>

Robling, M., Bekkers, M. J., Bell, K., Butler, C. C., Cannings-John, R., Channon, S., ... & Elwyn, G. (2016). Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (*Building Blocks*): A pragmatic randomised controlled trial. *The Lancet*, 387(10014), 146–155. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00392-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00392-X)

Rubio-Codina, M., Attanasio, O., Meghir, C., & Varela, N. (2015). The socioeconomic gradient of child development: Cross-sectional evidence from children 6–42 months in Bogotá. *Journal of Human Resources*, 50(2), 464–483. <https://doi.org/10.3368/jhr.50.2.464>

Schweinhart, L. (2013, marzo 8). *The Perry Preschool Study and Head Start*. National Institute for Early Education Research (NIEER). <https://nieer.org/research-library/perry-preschool-study-head-start>

Schweinhart, L. J., Barnes, H. V., & Weikart, D. P. (1993). *Significant benefits: The HighScope Perry Preschool Study through age 27* (Monographs of the HighScope Educational Research Foundation, No 10). HighScope Press.

Schweinhart, L. J., Montie, J., Xiang, Z., Barnett, W. S., Belfield, C. R., & Nores, M. (2005). *The HighScope Perry Preschool Study through age 40: Summary, conclusions, and frequently asked questions*. HighScope Press.

Sıralı, Y. (2015, Junio 29). *How a Turkey program became known to the world. Primeros Pasos – Inter-American Development Bank.* <https://blogs.iadb.org/desarrollo-infantil/en/acev-turkey/>

Taylor, L., & Thayer, L. (2016). *Nurse–Family Partnership. Philanthropy Roundtable Almanac.* <https://www.philanthropyroundtable.org/almanac/nurse-family-partnership/>

The Colorado Trust. (s. f.). *Nurse-Family Partnership and Invest in Kids.* <https://www.coloradotrust.org/initiatives/nurse-family-partnership-and-invest-in-kids/>

UNESCO Institute for Lifelong Learning (UIL). (2015). *Family Literacy Programmes, Türkiye.* <https://www.uil.unesco.org/en/litbase/family-literacy-programmes-turkiye>

UNESCO Institute for Lifelong Learning (2015). *Learning families: Intergenerational approaches to literacy teaching and learning.* <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000234252>

University of the West Indies. (s.f.). *Reach Up: An Early Childhood Parenting Programme.* <https://uwi.edu/caihr/research/pg-reachup.php>

Walker, S. P., Chang, S. M., Powell, C. A., Simonoff, E., & Grantham-McGregor, S. M. (2006). Effects of psychosocial stimulation and dietary supplementation in early childhood on psychosocial functioning in late adolescence: Follow-up of randomised controlled trial. *BMJ*, 333(7566), 472.

Walker, S. P., Chang, S. M., Vera-Hernández, M., & Grantham-McGregor, S. (2011). Early childhood stimulation benefits adult competence and reduces violent behavior. *Pediatrics*, 127(5),

849-857. <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/127/5/849/64930/Early-Childhood-Stimulation-Benefits-Adult?redirectedFrom=fulltext>

Walker, S., & Chang-Lopez, S. (2020, 27 de marzo). *Playful learning for families: the Jamaican home visiting model going to scale... in Jamaica!* Banco Interamericano de Desarrollo. <https://blogs.iadb.org/desarrollo-infantil/en/playful-learning-for-families-the-jamaican-home-visiting-model-going-to-scalein-jamaica/>

Washington State Institute for Public Policy (WSIPP). (2023). *Benefit-cost results: Nurse-Family Partnership*. <https://www.wsipp.wa.gov/BenefitCost/Program/81>

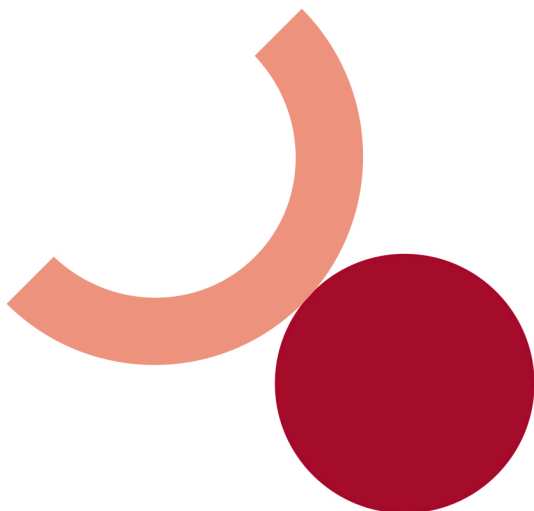
Weikart, D. P., Bond, J. T., & McNeil, J. T. (1978). *The Ypsilanti Perry Preschool Project: Preschool years and longitudinal results through fourth grade* (Monographs of the HighScope Educational Research Foundation, N° 3). HighScope Press.

World Bank. (2013). *Expanding and improving early childhood education in Turkey*. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/987251468110675594/pdf/777230ENGLISH0E0E0EN-0july03.pdf>

Este trabajo presenta un diagnóstico integral sobre la situación de la primera infancia en Argentina, basado en datos y evidencia empírica. Romano Boscarino analiza las principales dimensiones que inciden en el desarrollo infantil temprano —pobreza, condiciones de vida, salud, nutrición y acceso a servicios de cuidado y educación— y expone las brechas persistentes que afectan de manera desigual a los niños según su contexto socioeconómico y territorial.

El diagnóstico se complementa con el análisis de experiencias internacionales con resultados comprobados, a partir de las cuales se formulan recomendaciones de política pública orientadas a la eficiencia del gasto, la coordinación intersectorial y la focalización de recursos en intervenciones de bajo costo y alto impacto.

Invertir en la primera infancia es una estrategia de alto retorno social y económico, clave para fortalecer la toma de decisiones y mejorar las oportunidades de desarrollo desde los primeros años de vida.



ISBN 978-987-47163-8-5

