

## Capítulo III

# Primera infancia e infancia

*Cecilia Rossel*  
*María Nieves Rico*  
*Fernando Filgueira*<sup>1</sup>

## Introducción

La confluencia de tres factores ha contribuido a llevar el tema de la infancia paulatinamente hacia el centro de la cuestión social en América Latina. En primer lugar, existen, como se expondrá a continuación, suficientes constataciones sobre lo que se ha denominado la infantilización de la pobreza en la región, reflejada en la clara sobrerrepresentación del segmento infantil dentro de la población que se encuentra en situaciones de pobreza extrema, pobreza y vulnerabilidad social. En segundo lugar, los estudios en neurociencia muestran el profundo impacto que las condiciones de partida tienen sobre las posibilidades de desarrollo futuro de las personas. En este mismo sentido, los estudios en el campo de las ciencias sociales demuestran al menos dos cosas: i) que el combate de la desigualdad debe iniciarse en las etapas tempranas de la vida, ya que una vez que las desiguales oportunidades cristalizan en desiguales capacidades, se torna muy complejo revertir dichos

---

<sup>1</sup> Cecilia Rossel es profesora asistente del Departamento de Ciencias Sociales y Políticas de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Católica del Uruguay; María Nieves Rico es Directora de la División de Asuntos de Género de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), y Fernando Filgueira es Subsecretario de Educación y Cultura del Uruguay. Cecilia Rossel y Fernando Filgueira han sido consultores de la División de Desarrollo Social de la CEPAL.

procesos (Esping-Andersen, 1999; Heckman, 2012), y ii) que en términos de eficiencia económica, la inversión social en la primera infancia y la infancia posee efectos mucho más marcados sobre la formación de capacidades que similares esfuerzos en las etapas subsiguientes de la vida (Heckman, 2012). En tercer lugar, el avance del enfoque de derechos (véase el capítulo IX) ha permitido que los niños y niñas dejen de ser percibidos como una categoría pasiva, dependiente de la familia, pasando a ser considerados sujetos de derechos, ante los cuales el Estado, y no la familia, es el garante último<sup>2</sup>.

De alguna manera, el proceso secular de privatización del bienestar infantil (Furstemberg, 1997), en que las familias eran en última instancia las responsables de ese bienestar, ha sido socavado por los tres factores descritos. Ellos han puesto en evidencia: i) que la pobreza infantil y sus magnitudes no son un atributo de los hogares, sino un rasgo estructural de nuestras sociedades; ii) que dejar el bienestar infantil librado a las fuerzas del mercado y a las estructuras familiares y sus capacidades es ineficaz desde el punto de vista social e ineficiente desde una perspectiva estrictamente económica, y iii) que no es posible —lógica, institucional ni normativamente— separar las responsabilidades del Estado y de las familias en la vulneración —o, por el contrario, en la promoción— de los derechos de la infancia. Se requiere, por tanto, de un Estado garante que vele por las capacidades de las familias y regule las acciones de sus miembros en este ámbito.

En este capítulo se describen las principales políticas con que cuentan los sistemas de protección social latinoamericanos para proteger a la primera infancia y la infancia, poniendo el foco en los dispositivos y regulaciones desplegados en los últimos 15 años. Para ello, en la sección A se recorren los principales riesgos de vulneración de derechos en esta etapa del ciclo de vida y se describen los procesos estructurales que más afectan la posibilidad de los países de la región de avanzar hacia sistemas de protección social que contribuyan a un mayor bienestar de la primera infancia y la infancia.

En la sección B, se sintetizan las políticas e instrumentos concretos que han probado ser más efectivos o que, aun cuando no se cuente con evaluaciones sobre sus impactos, se perfilan como apuestas innovadoras. Esta revisión está guiada por la identificación de buenas prácticas, pero con ella también se busca analizar los principales cambios ocurridos en el campo de las políticas de protección social para la primera infancia y la infancia en términos de ampliación de la cobertura, segmentación del acceso y el tipo

---

<sup>2</sup> El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) sostiene que la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989 establece los derechos que es preciso convertir en realidad para que los niños y niñas desarrollen su pleno potencial y no sufran a causa del hambre, la necesidad, el abandono y los malos tratos, y que refleja una nueva visión en relación con la infancia, que plantea que los niños y niñas no son propiedad de sus familias ni objetos de caridad. Véase un mayor detalle en UNICEF [en línea] [http://www.unicef.org/spanish/crc/index\\_protecting.html](http://www.unicef.org/spanish/crc/index_protecting.html).

de beneficios, suficiencia y calidad, así como también desde la perspectiva del financiamiento.

El capítulo concluye con una breve sección en que se sintetizan las apuestas y logros de la región a partir de estos ejes, planteando al mismo tiempo algunas opciones a través de las cuales los países podrían avanzar para profundizar los cambios y potenciar los efectos de las políticas desplegadas.

## **A. Vulneraciones de derechos vinculadas a la primera infancia y la infancia**

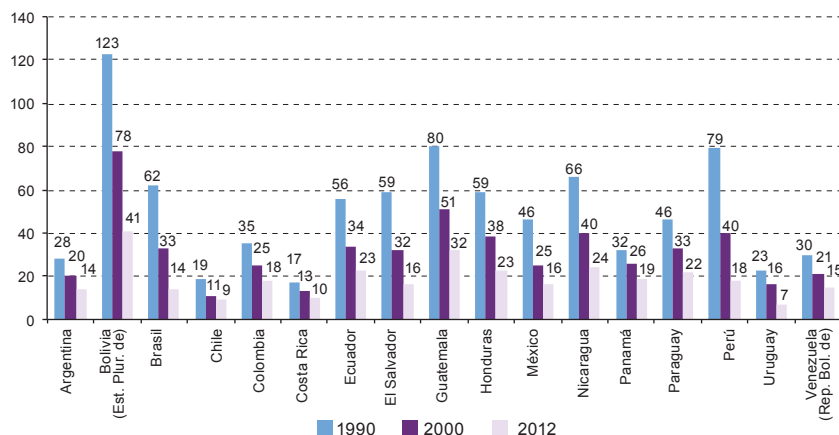
La infancia constituye una etapa del ciclo vital en que confluyen dimensiones particulares de riesgo. Por un lado, los niños dependen en buena medida de otros para su bienestar, lo que implica una alta dependencia del contexto de origen y/o de la familia. En segundo lugar, los riesgos que se convierten en daños en esta etapa temprana e inicial de la vida ejercen efectos duraderos sobre las chances de bienestar e integración futura de la población. Por ello, el papel del Estado en esta etapa se despliega esencialmente de tres maneras: i) la protección directa de bienes y servicios a la infancia, ii) la protección de las familias para que puedan proteger a sus niños y iii) la regulación de las acciones que los adultos en el contexto familiar pueden, deben y no pueden realizar respecto a los menores.

La vulneración de derechos centrales en la infancia tiene lugar en distintos momentos de la vida de los niños y sus familias, y se pone de relieve solo con observar algunos indicadores clave. Una muestra clara de esta vulneración ocurre en el momento del nacimiento y se refleja en los indicadores de mortalidad. En la región, la mortalidad neonatal presenta tasas persistentes y, pese a haberse reducido en los últimos 20 años (de 22 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 1990 a 10 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2012), hoy representa una porción mayor del conjunto de muertes de niños menores de 5 años que en 1990 (el aumento fue del 41% en 1990 al 51% en 2012) (UNICEF, 2013). Salvo en unos pocos países (Colombia, Ecuador y Nicaragua), la proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer no se ha reducido significativamente en la última década e incluso en varios casos (Argentina, Brasil, Costa Rica, El Salvador, México y Uruguay) se observa una leve tendencia al alza. Ello responde, sin embargo, a avances sociales y técnicos, y no a deterioros en la gestación y el nacimiento, pues lo que sucede es que de manera creciente se definen como viables niños prematuros de muy bajo peso al nacer.

En las últimas dos décadas se registra un avance significativo en la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años, que entre 1990 y 2012 pasó de 54 a 19 muertes por cada 1.000 nacidos vivos como promedio de América Latina (UNICEF, 2013). Este logro, sin embargo, se distribuye en

forma heterogénea entre los distintos países (véase el gráfico III.1)<sup>3</sup>. También dentro de cada país se observan disparidades elevadas por etnia, zona de residencia y clase (CEPAL/UNICEF, 2008).

**Gráfico III.1**  
**América Latina (17 países): tasa de mortalidad de niños menores de 5 años,**  
**1990, 2000 y 2012**  
*(En números de muertes por cada 1.000 nacidos vivos)*



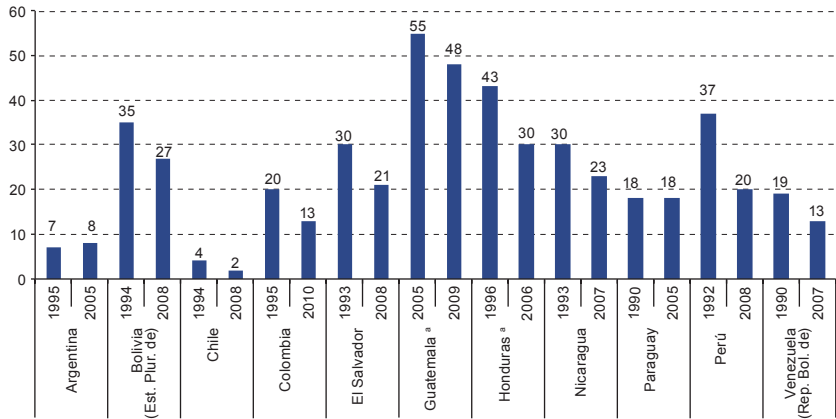
**Fuente:** Elaboración propia, sobre la base de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Committing to Child Survival: A Promise Renewed. Progress Report 2013*, Nueva York, 2013.

Otro dato relevante es la proporción de niños menores de 5 años que sufren de desnutrición crónica (retraso en el crecimiento). La mayoría de los países de la región para los que se cuenta con información histórica han presentado una reducción significativa de este indicador (es el caso, por ejemplo, de Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, El Salvador, Honduras o el Perú). Sin embargo, en países como la Argentina o el Paraguay, el indicador ha aumentado o ha permanecido estable (véase el gráfico III.2).

Finalmente, la vulneración de derechos en la etapa de la infancia se expresa en la permanencia de los niños en la educación primaria. La evidencia muestra que, si bien en varios países la tasa de permanencia hasta el último año de la enseñanza primaria está cerca de la universalización, en otros todavía está relativamente lejos de alcanzar ese nivel (son en especial preocupantes los casos de Nicaragua, Guatemala, Honduras, el Perú, el Paraguay, El Salvador y el Estado Plurinacional de Bolivia) (véase el gráfico III.3).

<sup>3</sup> Algunos países, como el Brasil, El Salvador y el Perú, lograron en este período reducciones significativas de la mortalidad infantil.

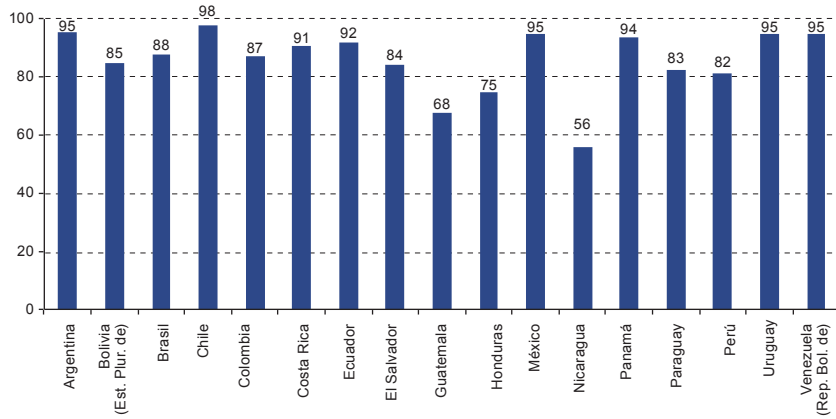
**Gráfico III.2**  
**América Latina (11 países): evolución de la desnutrición crónica (retraso en el crecimiento) en niños menores de 5 años, medición disponible del período 1990-1995 y última medición disponible**  
(En porcentajes)



**Fuente:** Elaboración propia sobre la base de Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), *Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe Hambre en América Latina y el Caribe: acercándose a los Objetivos del Milenio*, 2014.

<sup>a</sup> En los casos de Guatemala y Honduras, las mediciones disponibles más cercanas al período 1990-1995 son de 2005 y 2009, respectivamente.

**Gráfico III.3**  
**América Latina (17 países): tasa de permanencia hasta el último grado de la enseñanza primaria**  
(En porcentajes)

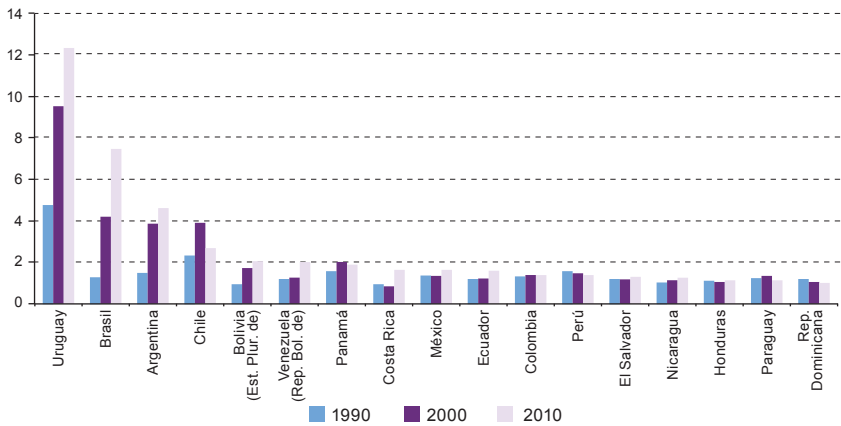


**Fuente:** Elaboración propia, sobre la base de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Estado Mundial de la Infancia 2014. Todos los niños y las niñas cuentan*, Nueva York, 2014.

Es importante señalar, además, que estas vulneraciones de derechos tienen lugar en el marco de un conjunto de transformaciones estructurales —de tipo social y demográfico— que la región está procesando y que impactan al mismo tiempo sobre los indicadores y sobre los márgenes que los gobiernos tienen para operar sobre estas variables.

Un proceso estructural que vale la pena mencionar es la profundización del desbalance etario del bienestar en detrimento de la primera infancia y la infancia, que se evidencia en un incremento de la sobrerrepresentación de los niños más pequeños en la pobreza, cuando se compara con otros grupos etarios (Rossel, 2013a). Este fenómeno —que tiene lugar en un contexto generalizado de reducción de la pobreza en los países de la región, al menos en la última década— queda de manifiesto al comparar los niveles de pobreza en la infancia y la adolescencia con los de la población total, o con los de la población en etapa activa. También se observa un incremento de la distancia entre los niveles de pobreza de la población infantil y de la población adulta mayor. Esta tendencia, sin embargo, no se observa en todos los países por igual: es especialmente marcada en países como el Uruguay, el Brasil, la Argentina y, en menor medida, Chile (véase el gráfico III.4). Ello indicaría que, al avanzar las naciones en la transición demográfica y en el desarrollo económico-social, los riesgos tienden, de no mediar acciones explícitas que operen sobre estas tendencias, a concentrarse en las edades más tempranas.

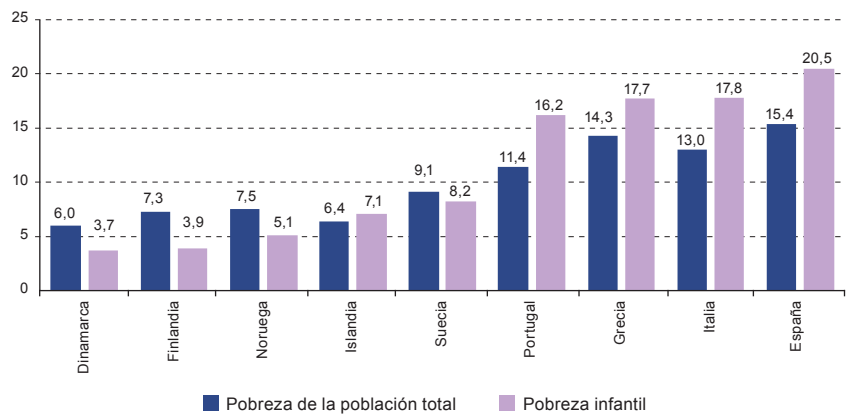
Gráfico III.4  
**América Latina (17 países): evolución de la razón entre la pobreza en los niños y en la población de 65 años y más, alrededor de 1990, 2000 y 2010**  
(En razones de porcentajes)



**Fuente:** C. Rossel, “Desbalance etario del bienestar. El lugar de la infancia en la protección social en América Latina”, serie *Políticas Sociales*, N° 176 (LC/L.3574), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2013.

Es importante en este sentido observar, en el gráfico III.5, que la situación presente en todos los países de la región en materia de infantilización de la pobreza no es un destino ineludible de las naciones. Mientras que algunos países industrializados exhiben una pauta de infantilización de la pobreza clara —aunque menos marcada que en la región—, en otros dicha relación se invierte, puesto que se protege en forma más robusta a la infancia que a la población en general.

Gráfico III.5  
Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE)  
(países seleccionados): proporción de personas en situación  
de pobreza relativa<sup>a</sup>, 2010  
(En porcentajes)

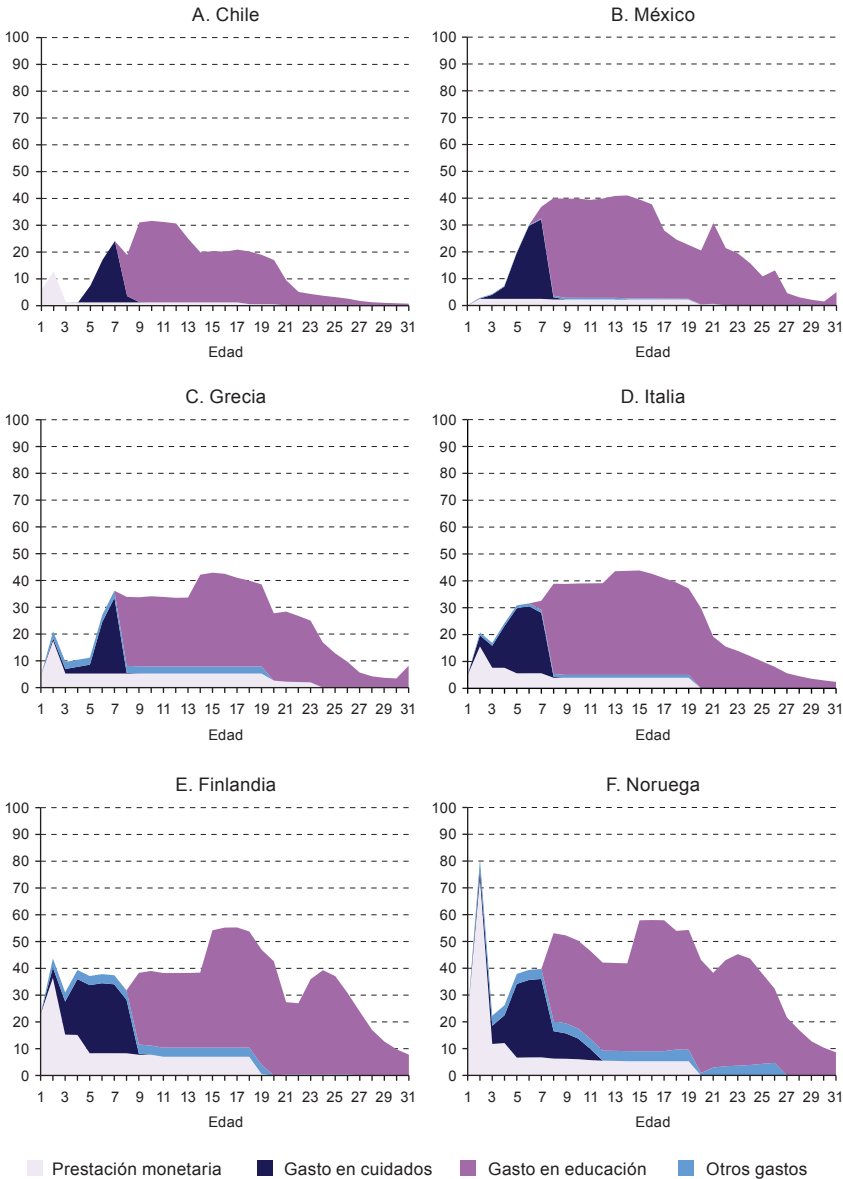


**Fuente:** Elaboración propia, sobre la base de Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), Social Data Base, 2014.

<sup>a</sup> Las personas en pobreza relativa se definen como aquellas que viven en hogares con ingresos per cápita inferiores a la mitad de la mediana de los ingresos per cápita de los hogares.

Por otra parte, en el gráfico III.6 se observa el esfuerzo que diferentes países de transición demográfica avanzada realizan en materia de prestaciones monetarias (asignaciones familiares y licencias maternas y parentales), sistemas de cuidado y aprestamiento temprano y educación, dirigido a las distintas etapas a lo largo de la infancia. Mientras que en los dos países de América Latina de los que se tienen datos (Chile y México) los montos son bajos en relación con el ingreso mediano de los hogares y están concentrados en las etapas infantiles más tardías y en los países del sur de Europa el énfasis en materia fiscal se centra también en las etapas escolares, en los países nórdicos el esfuerzo es mayor y se distribuye más homogéneamente desde la primera infancia hasta la edad escolar. En el caso de Noruega, incluso, es claro el sesgo en la inversión hacia los primeros años de vida.

**Gráfico III.6**  
**Países seleccionados: promedio de inversión social por niño o adolescente, según tipo de intervención<sup>a</sup>, por edades simples, 2007**  
*(En porcentajes de la mediana de ingresos de los hogares con miembros en edad activa)*



**Fuente:** Elaboración propia, sobre la base de Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), Social Data Base, 2014.

<sup>a</sup> No se incluye la inversión en salud.

La región atraviesa por una etapa en que precisamente lo que está en debate es el aumento del esfuerzo fiscal en la infancia y, dentro de ese esfuerzo, en particular, el incremento de las proporciones destinadas a la primera infancia y la infancia temprana<sup>4</sup>. En suma, los países de la región muestran una baja inversión relativa y, por ende, poca fuerza redistributiva en las edades más tempranas.

## **B. Panorama de las políticas y los programas: logros y desafíos pendientes**

Más allá de la relativa modestia de los esfuerzos fiscales de la región, los países latinoamericanos cuentan con distintos dispositivos e instrumentos de política pública para atender y prevenir la vulneración de derechos en la primera infancia y la infancia. Algunos de ellos tienen ya una larga tradición en los sistemas de protección social de la región. Otros, en cambio, son recientes y están empezando a ganar terreno en la agenda de políticas sociales, con el consiguiente aumento de los esfuerzos fiscales.

Tres áreas merecen especial análisis entre las políticas de atención a la primera infancia y la infancia: las políticas de salud infantil, las transferencias monetarias y en especie, y las políticas de cuidado, aprestamiento temprano y escolares.

### **1. Salud infantil: prestaciones garantizadas**

Las políticas de salud infantil comienzan a intervenir desde el embarazo<sup>5</sup> y, una vez que el niño nace, también en la primera etapa de su vida. En principio, es posible identificar tres tipos de políticas en este campo: las políticas de captación temprana del embarazo, las políticas de acogida y la expansión de derechos de salud a la infancia y la primera infancia.

---

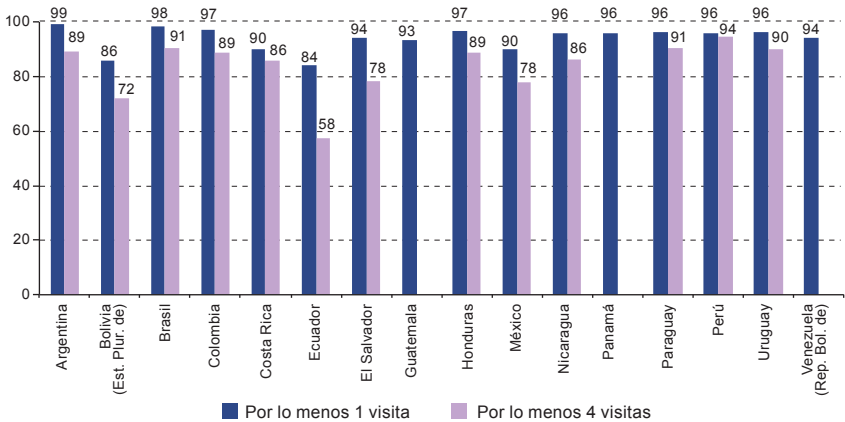
<sup>4</sup> Nótese que en la medida en que los valores se expresan respecto a la mediana de ingresos de los hogares con miembros en edad de trabajar, si bien la diferencia de niveles de riqueza de los países pesa, lo que se expresa es el esfuerzo fiscal de los países relativo a sus ingresos y nivel de desigualdad. Cuanto más desigual es un país, menor es su mediana respecto a su media. Por lo tanto, para los países latinoamericanos el parámetro —o, si se quiere, el denominador— es relativamente más modesto respecto a su media que para los países más igualitarios.

<sup>5</sup> Existe una etapa que antecede a la gestación, que se refiere al control del calendario reproductivo por parte de las mujeres, tema que se trata en detalle en el capítulo IV, sobre ciclo de vida correspondiente a la adolescencia y juventud. La región viene transitando, aunque no al ritmo requerido, por un proceso positivo en que se procura incrementar dicho control por parte de la mujer. Las políticas de acceso a la anticoncepción, la expansión de la educación sexual en el currículo de la educación primaria y secundaria, y los avances en la legislación respecto a la legalidad de la interrupción voluntaria del embarazo —esta última con fuertes claroscuros— han permitido avanzar en los derechos reproductivos de las mujeres, lo que a su vez impacta en la salud y las condiciones familiares de los niños.

a) Políticas de captación temprana del embarazo, seguimiento y atención al parto

La captación temprana y atención del embarazo es un eje clave que suele ser el primer eslabón en la cadena de dispositivos para la prevención de riesgos y de la vulneración de derechos en la salud infantil. En la actualidad, la proporción de mujeres en edades reproductivas que durante el embarazo fueron atendidas al menos una vez por personal especializado es prácticamente del 100% en la mayoría de los países de la región (un 94% como promedio regional). Sin embargo, todavía hay países (Bolivia (Estado Plurinacional de), Ecuador, El Salvador y México) en que una proporción considerable de embarazadas no reciben la atención adecuada y en varios casos la cantidad de visitas está lejos de ser óptima (véase el gráfico III.7).

Gráfico III.7  
América Latina (16 países): proporción de mujeres embarazadas que recibieron atención de salud, según número de visitas <sup>a</sup>, 2008-2012  
(En porcentajes)



**Fuente:** Elaboración propia, sobre la base de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Estado Mundial de la Infancia 2014. Todos los niños y las niñas cuentan*, Nueva York, 2014.

<sup>a</sup> Porcentajes de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que durante el embarazo fueron atendidas por personal de salud especializado (médicos, enfermeras o parteras) por lo menos una vez y por lo menos cuatro veces.

Además, casi nueve de cada diez partos en América Latina son atendidos por personal especializado, pero todavía existen países y zonas geográficas —especialmente rurales— en que esto no ocurre. En Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala y México, más del 30% de los partos no son atendidos por personal especializado (UNICEF, 2014).

Distintos países han apostado en los últimos años por modificar este escenario, mediante herramientas de diferente naturaleza. Desde la perspectiva de la oferta, se pueden detectar tres ejes de acción fundamentales:

- i) los esfuerzos se producen desde el propio Estado y sus sistemas de atención públicos; se incrementan los servicios ginecológicos en las policlínicas o las horas disponibles para tales servicios en los hospitales públicos;
- ii) el Estado incentiva mediante cápit<sup>6</sup> o metas de prestaciones a los prestadores privados que integran los sistemas de salud para incrementar la captación temprana y las visitas periódicas, y
- iii) el Estado subsidia los costos de los prestadores públicos y privados, suprimiendo los costos de bolsillo que pueden implicar las visitas y los medicamentos o exámenes asociados a estas.

Desde la perspectiva de la demanda, los principales ejes de acción son:

- i) campañas de información y concientización sobre la importancia de estos controles y sobre los derechos de las mujeres y los niños en materia de atención al parto y apoyo a la crianza;
- ii) mecanismos de condicionalidad respecto a las transferencias monetarias, y
- iii) modelos de trabajo socioasistencial en cercanía, con base territorial, para inducir y apoyar la realización de los controles pertinentes.

Un esfuerzo reciente en que se combinan varios de estos instrumentos y que vale la pena destacar es el realizado por la Argentina a través del Plan Nacer, una política iniciada en 2005 con que se buscaba reforzar la atención sanitaria del embarazo y de los recién nacidos mediante la protocolización de controles básicos y especializados para ambos (Repetto y Potenza Dal Masetto, 2012). El plan funciona como un seguro para servicios médicos y opera a partir de transferencias que realiza el gobierno nacional a las provincias. Con las transferencias, que están sujetas a metas alcanzadas y población atendida, se intenta reforzar la inversión en equipamiento, infraestructura y recursos humanos para la atención temprana del embarazo, el parto y el puerperio, el apoyo en la lactancia y el monitoreo de prácticas de alimentación y crianza en los primeros meses de vida (Repetto y Tedeschi, 2013). En 2012, el gobierno nacional impulsó el Programa SUMAR, con el objetivo de profundizar y ampliar el alcance del Plan Nacer<sup>7</sup>.

Otra iniciativa de interés surge de la reciente reforma de salud en el Uruguay, en que se suprimió íntegramente el costo de los *tickets* moderadores (es decir, los copagos de los sistemas de salud) para las prestaciones materno-infantiles

<sup>6</sup> Se refiere a los valores que se asignan para cubrir el costo de atención de salud y que el Estado traslada a los hospitales y centros de salud (tienen distinto valor, por ejemplo, según el perfil de sexo y edad de cada persona).

<sup>7</sup> Entre otros aspectos, el programa incorpora al sistema de salud a los niños y adolescentes de entre 6 y 19 años y a las mujeres hasta los 64 años, en este último caso promoviendo activamente los controles preventivos vinculados al cáncer cervicouterino y al cáncer de mama.

y se generó un sistema de información y seguimiento integrado de gestación, parto y primeros años de vida. Por otra parte, a partir de 2012 se desarrolla una política focalizada de base territorial y socioasistencial dirigida a población en situación de alta vulnerabilidad para favorecer los controles adecuados en el período de gestación, así como el apoyo al parto, postparto y crianza (UCC/OPP, 2014).

Otro ejemplo es el programa Embarazo Saludable, desarrollado en México, que está orientado a reducir la mortalidad materna en zonas alejadas. Este programa se puso en práctica en 2009, con el objetivo de reducir la incidencia de la mortalidad materna en zonas aisladas del país (Valencia Lomelí, Foust Rodríguez y Tetreault Weber, 2013) y se perfiló como un mecanismo de afiliación directa al Seguro Popular, para que las embarazadas tuvieran acceso en forma gratuita a la atención prenatal y obstétrica (CNEGSR, 2009). Con la iniciativa se busca garantizar la cobertura en materia de servicios médicos que atienden complicaciones que pueden ocurrir antes, durante o después del parto. Su implementación muestra avances significativos, pero también problemas a nivel de los gobiernos estatales, entre ellos, distintos obstáculos y restricciones para la afiliación al seguro (CNEGSR, 2009). Vinculado a esta política, se instaló también el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida (APV), dirigido a unificar, sistematizar y coordinar acciones en todos los servicios de salud, en un contexto de alta descentralización, para garantizar el derecho de todas las madres a gozar de salud durante el ciclo del embarazo y en el parto, y el derecho de los niños a gozar de salud desde el nacimiento. El APV establece una serie de pautas estratégicas para la mejora de la atención en el parto, así como un conjunto de herramientas para mejorar los servicios a través de capacitación al personal, renovación y reabastecimiento de equipamiento adecuado y mejora de los servicios de traslado para los casos críticos (Secretaría de Salud de México, 2008).

Aunque en forma más moderada, otros países también han llevado a cabo esfuerzos destacados para garantizar la gratuidad de la atención prenatal y obstétrica en el embarazo, así como para mejorar la captación de las embarazadas en el sistema de salud. Tal es el caso de Haití, por ejemplo, con el proyecto de cuidados obstétricos gratuitos (*Soins obstétricaux gratuits* (SOG)), mediante el cual se interviene sobre las barreras financieras, geográficas y culturales que obstaculizan el acceso y el uso de los servicios de salud durante el embarazo. El proyecto logró un incremento significativo de la cobertura de atención prenatal y un aumento del 66% de la proporción de partos asistidos en servicios de salud (Lamaute-Brisson, 2013).

Dada la naturaleza de las brechas en materia de captación del embarazo y controles pediátricos, las acciones tienden a presentar componentes de tipo focalizado en el trabajo en relación con la demanda y en la expansión de la oferta. La razón de ello es que, en lo referente a los indicadores básicos

—captación del embarazo, seguimiento y atención al parto—, los niveles de cobertura son cercanos a la universalidad. Se está, por tanto, ante un caso de focalización para completar la universalidad. Ello no inhibe que por otras consideraciones —de eficiencia, equidad o externalidades consideradas positivas— tengan lugar acciones de tipo universal o masivo. A modo de ejemplo, en el caso de la eliminación de los costos de acceso a las prestaciones, medicamentos y exámenes, pueden aplicarse estrategias universales (oferta pública y/o subsidio pleno en prestadores privados) o focalizadas (expansión de la oferta pública en zonas de alta vulnerabilidad o subsidio parcial y con copagos, según capacidad económica). También en lo que se refiere a información y concientización sobre los cuidados gestacionales se pueden aplicar estrategias focalizadas de cercanía y apoyo socioasistencial y/o campañas masivas de comunicación y educación sexual universal.

El financiamiento de este tipo de iniciativas casi siempre procede de rentas generales (la expansión rara vez proviene del aseguramiento contributivo<sup>8</sup> o de incentivos individuales al aseguramiento privado) y su costo puede ser muy variable, dependiendo de las prestaciones que se garantizan, la cobertura (ya sea del subsidio o de la expansión de la oferta pública) y la calidad.

Este último es un problema clave. No solo importa la calidad de la expansión de la cobertura respecto de las modalidades ya existentes, sino también la segmentación de calidad existente en la población cubierta. Los sistemas de salud fuertemente segmentados en oferta pública y privada tienden a reflejar la misma segmentación en calidad y, aun en los sistemas menos segmentados institucionalmente y por proveedores, es muy común encontrar diferencias importantes de calidad entre áreas urbanas y rurales, así como entre subregiones y provincias. El trabajo en protocolos de calidad básicos y la expansión de infraestructura y personal calificado —ya no solo parteras u obstetras, sino también anestesiólogos y cirujanos en servicios de urgencia— es un buen ejemplo de los esfuerzos que se han venido desarrollando en la región en lo referente a la atención del parto.

Por último, cabe destacar que en materia de salud materna e infantil se viene produciendo un debate relevante entre la expansión en cobertura y calidad de las dimensiones propiamente clínicas y médicas, y la mejora

---

<sup>8</sup> Esta afirmación debe ser matizada. Como se verá más adelante, el aumento de la cobertura contributiva en los sistemas de salud ha permitido un mayor acceso y, especialmente, mejor calidad en materia de prestaciones maternas e infantiles. Es cierto que una parte de este incremento de la cobertura contributiva no se produce por un aumento neto de contribuyentes mediante los montepíos o carga sobre la nómina salarial de los modelos contributivos, sino por mecanismos de flexibilización o incorporación de población no contribuyente a los formatos contributivos. En dichos casos, en rigor, la ampliación se produce por un subsidio desde rentas generales, que es lo que permite el acceso a los prestadores de base contributiva. En otros casos, es dentro del mismo sistema contributivo que se aumentan las cargas sobre las nóminas de los que ya contribuyen y, con ello, se financia la expansión solidaria a sectores sin capacidad de contribución.

de las condiciones de vida e inclusión social de madres e infantes. En la literatura especializada se demuestra con relativa claridad que la expansión del rango y sofisticación de las tecnologías médicas presenta un impacto marginal decreciente pasado un cierto umbral de consultas periódicas, personal calificado e infraestructura básica. Por el contrario, parece existir mucho espacio para avanzar, con eficiencia en términos de costos, en el esfuerzo por mejorar las condiciones de alimentación de madres e hijos, las condiciones para la lactancia, la atención social y psicológica de postparto y el apoyo socioeconómico a las poblaciones más vulnerables.

## **b) Políticas de acogida**

Las políticas de acogida abarcan una gran diversidad de dispositivos orientados a promover prácticas de crianza y estimulación al niño en el primer año de vida, combinando intervenciones que operan en la región desde hace varias décadas con políticas más recientes mediante las cuales se busca introducir una mirada integral a la atención en esta etapa de la vida.

Un ejemplo atractivo es el programa sobre desarrollo cognitivo de Jamaica, en que se conjugan visitas semanales, trabajo en torno a libros y juguetes en cada visita y asesoría en materia de salud y nutrición (Walker y otros, 2005). Las evaluaciones de esta intervención muestran efectos positivos en el desempeño escolar de sus destinatarios, incluso mucho tiempo después de que han participado en el programa (Walker y otros, 2005).

Otro esfuerzo interesante es el Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN), en el contexto del sistema Chile Crece Contigo<sup>9</sup>, que tiene como objetivo apoyar con elementos prácticos y educativos la acogida del recién nacido (Staab, 2013). En el marco del programa, se entrega a cada familia destinataria un ajuar que incluye un paquete de apego y vestuario, un paquete de cuidados básicos y estimulación, y un paquete de cuna de tipo corral equipada. Además, se otorga atención integral a los recién nacidos que se encuentren hospitalizados y se ejecuta un protocolo de atención del niño sano, que abarca apoyo en la lactancia, visitas domiciliarias, seguimiento de factores de vulnerabilidad y entrega de material educativo y de estimulación para las distintas etapas de desarrollo del niño. El programa también establece evaluaciones periódicas del desarrollo integral del niño, que se combinan con intervenciones grupales y/o individuales para el desarrollo de pautas de crianza y competencias parentales.

Las evaluaciones sobre la implementación y los logros del PARN de Chile Crece Contigo muestran niveles de satisfacción relativamente altos por parte de los padres y madres de las familias destinatarias. Sin embargo, aunque se observa un aprendizaje razonable en relación con la implementación del ajuar, muy pocos entienden cómo funciona. También parece haber cierta

---

<sup>9</sup> Véase [en línea] <http://www.crececontigo.gob.cl/sobre-chile-crece-contigo/que-ofrece>.

disociación entre los aspectos que son priorizados por el programa y aquellos a los que las madres dedican más tiempo y prestan más atención (Grupo Nous, 2013). Un ejemplo claro de ello es el desarrollo cognitivo y la estimulación de los recién nacidos, que no parece ocupar un lugar preponderante en las actividades de las madres destinatarias del programa (Grupo Nous, 2013). Por otro lado, se identifican desafíos relevantes vinculados al funcionamiento del programa en lo referente al personal de salud.

En el Uruguay, en el marco de un programa inspirado en esta política y de semejante denominación (Uruguay Crece Contigo), se han desarrollado desde 2012 un conjunto de actividades altamente focalizadas, similares a las de Chile Crece Contigo, destinadas a población en situación de alta vulnerabilidad, con muy interesantes impactos. Entre las acciones del programa se incluyen la entrega universal de un set de bienvenida y el trabajo focalizado socioasistencial en materia de alimentación, inclusión en las redes de protección social (asignaciones familiares, pago por prenatal, salud y programas de vivienda), construcción y apoyo a la construcción de sistemas de información y acción sobre las políticas de carácter universal para incrementar su capacidad de captación y su calidad en la atención a la población más vulnerable. Mediante un trabajo socioasistencial intensivo de aproximadamente diez meses con cada familia o mujer gestante, se logró disminuir en forma marcada los niveles de anemia infantil (del 32% al 9%), depresión de madres y mujeres embarazadas (del 31% al 16%) y alteraciones de talla, peso y motricidad de la población menor de 24 meses (del 44% al 22%) (UCC/OPP, 2014). Si bien se requiere y se está realizando una evaluación rigurosa de tipo cuasiexperimental, es difícil que estos descensos se reviertan por efectos de maduración, historia o selectividad.

El financiamiento de estas nuevas políticas de acogida proviene enteramente de rentas generales —con apoyos de la cooperación internacional en algunos casos— y el proveedor es, en general, el Estado, aunque en algunas prestaciones las organizaciones no gubernamentales pueden desempeñar un rol importante como aliados en el terreno. Por su propia naturaleza, las acciones en materia socioasistencial tienden a ser focalizadas y temporales, de modo que con ellas se brinda apoyo a las familias durante la gestación y los primeros meses o años de vida del infante. Por otra parte, las prestaciones de carácter universal —como la entrega de ajueres de acogida en el Uruguay— son viables en países de muy baja natalidad, donde el costo de la universalización es menor respecto a las ganancias simbólicas que la acción representa en términos de cohesión social e imagen de equidad. En países con números de nacimientos muy grandes, los costos de las modalidades universales pueden ser altos.

Finalmente, también se han fortalecido políticas de larga data en la región. Las más importantes en esta etapa de la vida infantil son las políticas de vacunación. En los últimos quince años, han sido tres los ejes de

actuación de los países, con fuerte apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS): proteger los logros, completar las agendas inconclusas y enfrentar nuevos retos. Ello ha incluido la inoculación masiva y focalizada contra enfermedades ya erradicadas pero cuya importación presenta un alto riesgo, debido a la movilidad interregional (en particular, sarampión, rubeola y poliomielitis), en más de 18 países de la región. Respecto al objetivo de completar las agendas inconclusas (eliminación del tétanos neonatal, fiebre amarilla e influenza estacional), se pasó de solo tres países que habían dado inicio a dichas campañas en 2004 a casi la totalidad de los países de la región. En materia de nuevos retos, se han abordado fundamentalmente las vacunas antineumocócicas conjugadas y decavalentes —por la duración de la validez de la inoculación— en países que no tenían dichas opciones integradas a sus esquemas de vacunación (OPS, 2012).

### **c) Expansión de derechos de salud a la infancia y la primera infancia**

Tan importante como el desarrollo de intervenciones específicas para la atención de la salud en la primera infancia es la flexibilización de las condiciones de acceso a los servicios de salud que varios países de la región han llevado a cabo, con el consiguiente impacto en la expansión de la cobertura y un avance significativo hacia una distribución menos regresiva del acceso (Cecchini, Filgueira y Robles, 2014).

Frente a los déficits en el acceso y la alta segmentación de los servicios, países como el Uruguay y la Argentina han implementado reformas que han mejorado el nivel de aseguramiento de salud de la primera infancia y la infancia.

El Uruguay impulsó una reforma de su sistema de salud en virtud de la cual, con la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), se extendieron los beneficios de la cobertura mutual de los hijos de los trabajadores asalariados, incorporando a los prestadores públicos y privados en un sistema nacional integrado de salud (SNIS).

Los esfuerzos realizados por la Argentina a través del Plan Nacer, ya mencionados, también han tenido un impacto significativo en la expansión de la cobertura, que permitió que aproximadamente un millón de mujeres embarazadas y niños que no tenían seguro médico accedieran a un seguro básico de salud (Gertler, Martínez y Celhay, 2011).

También es preciso destacar los avances que han mostrado países como Chile y México en el establecimiento de regímenes de garantías básicas de salud que aseguran el acceso a sectores no cubiertos por la dinámica contributiva de aseguramiento, a través del Plan Auge (Acceso Universal a Garantías Explícitas), en el primer caso, y del Seguro Popular, en el segundo, este último con un impacto muy significativo en la cobertura, que hoy es cercana a 41 millones de personas.

## 2. Transferencias monetarias y en especie a familias con hijos

### a) Programas de transferencias condicionadas

Los programas de transferencias condicionadas (PTC) que se vienen implementando en América Latina desde hace ya casi 20 años han permitido avanzar hacia la reorientación de los sistemas de protección social en favor de la primera infancia y la infancia (Rossel, 2013b). En la medida en que todos están orientados a la atención de familias con niños y adolescentes en situación de pobreza o indigencia<sup>10</sup>, los PTC constituyen un dispositivo clave de las políticas de protección a las generaciones más jóvenes. A pesar de su peso relativamente bajo en términos fiscales, pues representan una inversión del 0,4% del PIB (Cecchini y Madariaga, 2011), los impactos de estos programas en aspectos centrales para el cumplimiento de los derechos de la infancia son notorios.

Desde el surgimiento de los primeros programas de transferencias a mediados y fines de la década de 1990 —Progresá en México (luego Oportunidades y en la actualidad Prospera) y programas en las ciudades de Campinas y Ribeirão Preto y en el Distrito Federal en el Brasil—, prácticamente todos los países de la región han desplegado programas de esta naturaleza, mediante los cuales se transfiere dinero en efectivo a las familias en situación de pobreza extrema (Cecchini y Martínez, 2011). Además, en todos los programas esas transferencias están condicionadas al cumplimiento de ciertas conductas, como asistencia a controles médicos, matrícula y asistencia educativa (Cecchini y Madariaga, 2011)<sup>11</sup>.

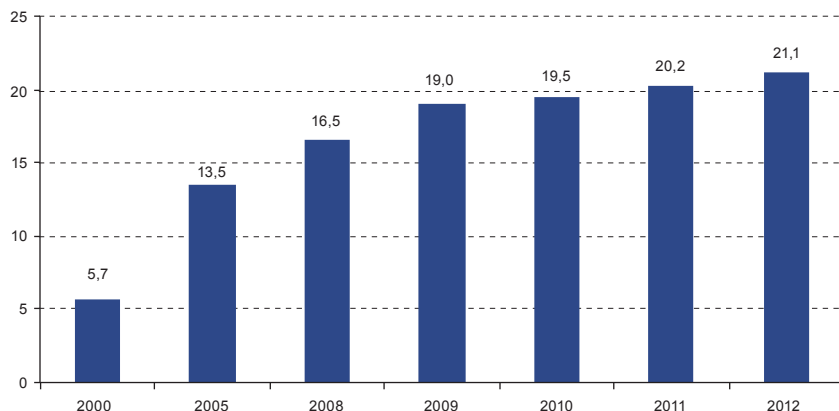
En los gráficos III.8 y III.9 se muestra la expansión sostenida de estas nuevas políticas de protección social. La continuidad de los avances en cobertura e inversión se ha traducido en proporciones de cobertura cercanas a un cuarto de la población regional y niveles de inversión equivalentes a medio punto del PIB.

Tras estos promedios subyacen importantes variaciones entre países, tanto del esfuerzo fiscal como de los niveles de cobertura poblacional. En los gráficos III.10 y III.11 se ilustran los diferentes niveles de logro de dichos esfuerzos. En lugar de la cobertura respecto del total de la población, en el gráfico III.11 se presenta la cobertura respecto de la población pobre, tomando como supuesto que existe una perfecta focalización hacia esa población de los beneficios y prestaciones.

<sup>10</sup> Sin embargo, cabe destacar que en la actualidad programas como *Bolsa Família* del Brasil incorporan también a familias sin niños.

<sup>11</sup> De todas formas, hay que mencionar que hoy algunos programas —como *Bolsa Família* en el Brasil y el Ingreso Ético Familiar en Chile— incluyen también transferencias no condicionadas.

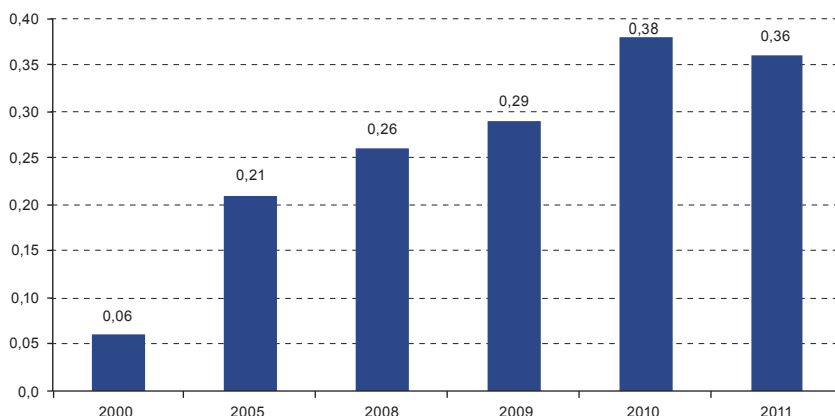
**Gráfico III.8**  
**América Latina<sup>a</sup>: evolución de la cobertura de los programas de transferencias condicionadas, 2000-2012**  
*(En porcentajes del total de la población)*



**Fuente:** Elaboración propia, sobre la base de Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/ Organización Internacional del Trabajo (OIT), "Los programas de transferencias condicionadas y el mercado laboral", *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe*, N° 10, Santiago de Chile, 2014.

<sup>a</sup> Promedio ponderado de 18 países.

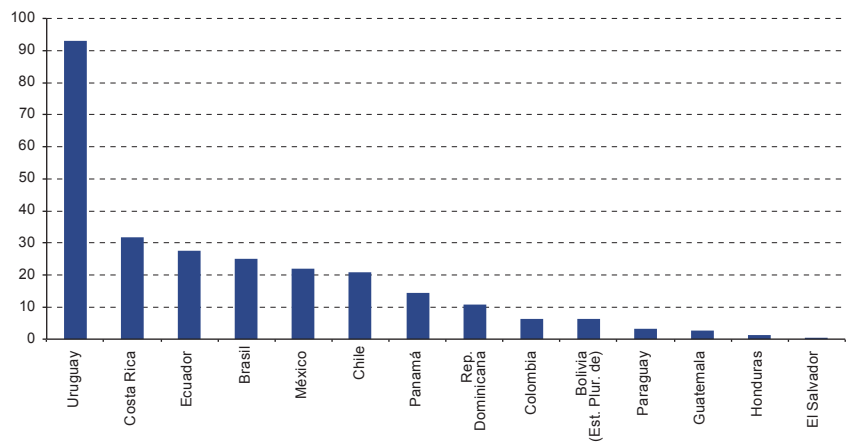
**Gráfico III.9**  
**América Latina<sup>a</sup>: evolución de la inversión en programas de transferencias condicionadas, 2000-2011**  
*(En porcentajes del PIB)*



**Fuente:** Elaboración propia, sobre la base de Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/ Organización Internacional del Trabajo (OIT), "Los programas de transferencias condicionadas y el mercado laboral", *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe*, N° 10, Santiago de Chile, 2014.

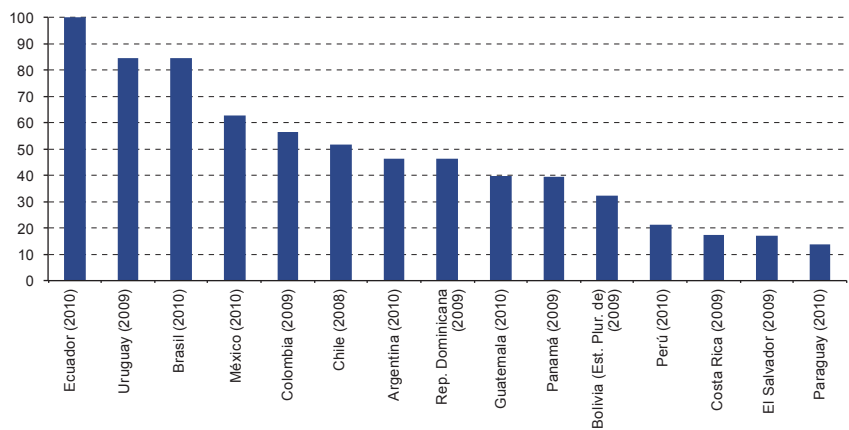
<sup>a</sup> Promedio ponderado de 18 países.

**Gráfico III.10**  
**América Latina (14 países): inversión en programas de transferencias condicionadas sobre el déficit agregado anual de recursos de la población pobre, 2009**  
(En porcentajes)



**Fuente:** S. Cecchini y A. Madariaga, *Programas de transferencias condicionadas. Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe*, Cuadernos de la CEPAL, N° 95 (LC/G.2497-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2011.

**Gráfico III.11**  
**América Latina (15 países): cobertura de los programas de transferencias condicionadas, alrededor de 2010**  
(En porcentajes de la población pobre)



**Fuente:** S. Cecchini y A. Madariaga, *Programas de transferencias condicionadas. Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe*, Cuadernos de la CEPAL, N° 95 (LC/G.2497-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2011.

Uno de los debates centrales respecto a estos programas se refiere a su carácter condicional: ¿deben las transferencias estar condicionadas a la concurrencia de los niños a controles de salud y a su asistencia a la educación?

Quienes abogan por esta modalidad la fundamentan en el propósito de favorecer la inversión en capital humano y combinar derechos con deberes ciudadanos (Fiszbein y Schady, 2009). Así, las transferencias no son meramente un dispositivo redistributivo y de alivio de la pobreza, sino que son por sobre todo lo demás una herramienta para modificar el comportamiento —considerado inadecuado— de las familias pobres o indigentes con sus hijos. Por otro lado, se consideran un mecanismo relevante para romper las barreras de acceso a los servicios de educación y salud. La existencia de las condicionalidades ha fomentado la búsqueda de soluciones multisectoriales a la pobreza (Cecchini y Martínez, 2011) y ha promovido la coordinación de distintos ministerios alrededor del objetivo de combate a la pobreza.

Quienes consideran que la condicionalidad es negativa insisten en que se trata de una violación del derecho que se busca erigir (véase el capítulo IX). Si la garantía de ingresos básicos constituye un pilar normativo de las nuevas prestaciones, condicionarlas es incompatible con su propósito (Standing, 2007a y 2007b). Por otra parte, señalan al menos tres críticas adicionales. Primero, en muchos casos el hecho de que los niños no concurren a servicios educativos o de salud no es responsabilidad de las familias, sino que se deriva de la ausencia de oferta disponible (Schüring, 2010). Segundo, la condicionalidad conjugada con el énfasis en el rol de la mujer como perceptora de los ingresos y responsable de cumplir con las condiciones refuerza la tradicional división del trabajo de tipo patriarcal, imponiendo cargas adicionales de tareas no remuneradas sobre la mujer. Tercero, en muchos países existen exoneraciones impositivas para familias de ingresos altos por el mero hecho de tener hijos y este crédito fiscal, que es en rigor una forma de transferencia, no posee condicionalidad alguna; frente a ello, las transferencias condicionadas reflejan una estigmatización y discriminación hacia las familias pobres con hijos.

Es importante señalar que las condicionalidades no tienen el mismo significado ni se han aplicado de la misma forma en todos los países. Las principales variaciones están relacionadas con el grado en que se explicitan los destinatarios, con el monitoreo y la verificación de su cumplimiento y, finalmente, con el grado en que se sanciona su incumplimiento.

En algunos programas las condicionalidades ocupan un lugar central. En estos casos de condicionalidad fuerte (Fiszbein y Schady, 2009; Cecchini y Martínez, 2011), se identifica un déficit de activos en los destinatarios, pero también barreras para el acceso a los servicios sociales.

Las condicionalidades operan aquí como un instrumento para reducir esas barreras. Dentro de este grupo (programas Oportunidades en México y Familias en Acción o Más Familias en Colombia), el incumplimiento es monitoreado y sancionado con la suspensión de los pagos (Cecchini y Martínez, 2011).

En otros programas, en cambio, las condicionalidades se plantean como un instrumento central y son monitoreadas en forma sistemática, pero las sanciones por incumplimiento son blandas y en el marco de la política pública se trabaja explícitamente con las familias que no están cumpliendo para despejar los motivos y ayudarlas a incorporarse a los servicios (Cecchini y Martínez, 2011, pág. 102; Cecchini, 2014).

Las numerosas evaluaciones realizadas sobre los programas de transferencias condicionadas revelan impactos contundentes pero, al mismo tiempo, desafíos muy claros.

La evidencia indica que se ha logrado focalizar los programas de transferencias en las familias más pobres (Cecchini y Madariaga, 2011; CEPAL, 2010b), que las transferencias representan una porción atendible del ingreso de las familias más pobres y que han tenido impactos en la suavización del consumo de los hogares en situación de pobreza extrema (Soares, 2004; Escobar y González de la Rocha, 2005; De la Torre García, 2005; Adato y Bassett, 2009). A su vez, en varios países estos programas parecen haber contribuido a reducir la pobreza y la pobreza extrema (si bien el impacto ha sido más fuerte en los indicadores de brecha y severidad que en el índice de recuento), en especial aquella concentrada en áreas rurales (Veras Soares, Perez Ribas y Guerreiro Osório, 2007; Fiszbein y Schady, 2009; Carneiro, Galasso y Ginja, 2009).

Pero más allá de estas tendencias generales, las transferencias han impactado específicamente sobre dimensiones de derechos básicos de la primera infancia y la infancia. En particular, los programas de transferencias han probado tener efectos positivos en la matrícula y la asistencia escolar primaria (De la Torre García, 2005; Amarante, Vigorito y Ferrando, 2008); en la transición entre la educación primaria y la educación media (Fiszbein y Schady, 2009; Schultz, 2004; Behrman, Sengupta y Todd, 2005; De Janvry y otros, 2005); en la disminución de los problemas de conducta (Arroyo Ortiz y otros, 2008), y en la mejora de los resultados en pruebas de aprendizaje (De la Torre García, 2005; Gertler y Fernald, 2005). Las evaluaciones revelan a su vez impactos claros en la asistencia a la escuela: en el Brasil, la probabilidad de ausentismo escolar es 3,6 puntos porcentuales menor en los niños destinatarios, y su probabilidad de desertar del sistema educativo es 1,6 puntos porcentuales menor que la de sus pares del grupo de control (Veras Soares, Perez Ribas y Guerreiro Osório, 2007).

También se encuentran efectos modestos pero significativos de algunos programas en indicadores de desarrollo infantil temprano. Concretamente, Paxson y Schady (2007) encontraron efectos sobre el desarrollo cognitivo de los niños de las familias destinatarias del Bono de Desarrollo Humano en el Ecuador. Por otro lado, Macours, Schady y Vakis (2008), analizando el caso de Nicaragua, encontraron efectos sobre el desarrollo del lenguaje, aunque estos no parecen estar concentrados en la primera infancia. Asimismo, el programa Oportunidades parece haber contribuido a una reducción de problemas conductuales y a mejoras en el desarrollo lingüístico de niños que tenían menos de 36 meses al momento de ingresar al programa (Arroyo Ortiz y otros, 2008).

En materia de salud, se constatan impactos positivos en varios indicadores, como los niveles de hemoglobina (Paxson y Schady, 2007; Henderson, 2011), la mortalidad infantil, el crecimiento (Henderson, 2011), la nutrición (SEDESOL, 2008) y la probabilidad de partos atendidos por personal calificado (De Brauw y Peterman, 2011). También se han encontrado efectos sobre los controles de salud y la inmunización, aunque con resultados mixtos en relación con indicadores antropométricos y nutricionales (Cecchini y Veras Soares, 2014).

Finalmente, los programas de transferencias condicionadas han probado ser instrumentos valiosos para intervenir sobre la calidad de la alimentación (Romero, Pineda y Ventura, 2009; Henderson, 2011) y, en particular, sobre el consumo de alimentos con mayor valor nutricional (Hoddinott, Skoufias y Washburn, 2000; Skoufias, 2005; Perova y Vakis, 2010) (véase el detalle de las evaluaciones en el cuadro III.1).

Son muchos los desafíos que se enfrentan en materia de los programas de transferencias, derivados de los obstáculos que se han presentado en estos años de implementación. En relación con los efectos de estos programas sobre el cumplimiento de los derechos de la primera infancia y la infancia, el desafío más relevante se asocia a las tensiones que surgen por las barreras y obstáculos (a veces incluso territoriales) que dificultan el acceso a los servicios básicos de educación y salud. A esto se han sumado los déficits de infraestructura de estos servicios, que en algunos casos han bloqueado la posibilidad de cumplir con las condicionalidades (González de la Rocha, 2008; Escobar y González de la Rocha, 2009; Rodríguez Mojica, 2010; Ribe, Robalino y Walker, 2010; Cecchini y Madariaga, 2011).

Cuadro III.1  
América Latina (10 países): principales evaluaciones y resultados constatados de los programas de transferencias en derechos de la primera infancia y la infancia

| País y programa                                           | Autores                                                           | Hallazgos                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Educación</b>                                          |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                             |
| Brasil - <i>Bolsa Familia</i>                             | Silveira Neto (2010); De Brauw y otros (2010).                    | Aumento de la asistencia a la escuela de niños de entre 7 y 14 años (Silveira Neto, 2010) y de niños de entre 6 y 17 años (De Brauw y otros, 2010).                                                                         |
| México - Oportunidades                                    | Schultz (2004); Behrman y otros (2005); De Janvry y otros (2005). | Mejoras en el flujo de transición de la educación primaria (matriculación) a la secundaria (solo en zonas rurales).                                                                                                         |
| México - Oportunidades                                    | Todd y Wolpin (2006).                                             | Mayor asistencia educativa en los destinatarios del programa Oportunidades (solo en zonas rurales).                                                                                                                         |
| México - Oportunidades                                    | De la Torre García (2005).                                        | Aumento en inscripción, logros educativos, pruebas de lectura, escritura y matemática y aumento de expectativas educativas (solo en zonas rurales) y reducción de la deserción de los adolescentes (solo en zonas urbanas). |
| México - Oportunidades                                    | De Brauw y Hoddinot (2011).                                       | Aumento de la matrícula de niños de entre 8 y 16 años.                                                                                                                                                                      |
| Chile - Chile Solidario                                   | Matrano y Sanfilippo (2012).                                      | Aumento de la matrícula escolar de niños y niñas de entre 6 y 14 años.                                                                                                                                                      |
| Chile - Chile Solidario                                   | Galasso (2006).                                                   | Aumento de la matrícula preescolar y primaria y de la alfabetización de adultos.                                                                                                                                            |
| Uruguay - Plan de Atención a la Emergencia Social (PANES) | Amarante y otros (2008).                                          | Aumento de la asistencia a centros educativos en la etapa escolar.                                                                                                                                                          |
| Colombia - Familias en Acción                             | Baez y Camacho (2011).                                            | Mayor probabilidad de completar la educación secundaria.                                                                                                                                                                    |
| Ecuador - Bono de Desarrollo Humano                       | Paxson y Schady (2007).                                           | Mejoras en el desarrollo cognitivo (niños de entre 3 y 6 años) (sin efectos diferenciales claros entre zonas urbanas y rurales).                                                                                            |
| <b>Desarrollo infantil</b>                                |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                             |
| Colombia - Familias en Acción                             | IFS, Econometría y SEI (2006).                                    | Impacto positivo en el cumplimiento de controles de crecimiento y desarrollo.                                                                                                                                               |
| México - Oportunidades                                    | Griller y Fernald (2005).                                         | Aumento del peso en relación con la talla (solo en zonas rurales).                                                                                                                                                          |
| Ecuador - Bono de Desarrollo Humano                       | Paxson y Schady (2008).                                           | Efectos modestos pero significativos en el desarrollo infantil: desarrollo motor, memoria de largo plazo e indicadores de desarrollo cognitivo.                                                                             |
| Nicaragua - Red de Protección Social                      | Macours, Schady y Vakis (2008).                                   | Efectos concentrados en el lenguaje y en los niños de más edad.                                                                                                                                                             |
| <b>Salud y nutrición</b>                                  |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                             |
| Brasil - <i>Bolsa Familia</i>                             | De Brauw, Gilligan, Hoddinot, Roy (2010).                         | Mejoras en el índice de masa corporal y en la inmunización.                                                                                                                                                                 |
| Colombia - Familias en Acción                             | Attanasio (2005).                                                 | Menor incidencia de diarrea (especialmente en destinatarios rurales) en niños de menos de 48 meses.                                                                                                                         |

Cuadro III.1 (conclusión)

| País y programa                                             | Autores                                                   | Hallazgos                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Salud y nutrición                                           |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Colombia - Familias en Acción                               | Acción Social (2010).                                     | Disminución de la proporción de niños de zonas rurales menores de 3 años afectados por enfermedades diarreicas.                                                                                                                                                           |
| Colombia - Familias en Acción                               | Vera-Hernández, Attanasio, Gómez, Heredia, Romero (2010). | Aumento del número de controles de crecimiento en el último año (en niños de entre 24 y 48 meses).                                                                                                                                                                        |
| Chile - Chile Solidario                                     | Matorano y Sanfilippo (2012).                             | Mayor asistencia de los menores a los servicios de la salud pública.                                                                                                                                                                                                      |
| Chile - Chile Solidario                                     | Galasso (2006).                                           | Aumento de las consultas médicas preventivas de niños y mujeres.                                                                                                                                                                                                          |
| Chile - Chile Solidario                                     | Galasso (2011).                                           | Mayor asistencia al sistema público de salud.                                                                                                                                                                                                                             |
| Chile - Chile Solidario                                     | Matorano y Sanfilippo (2012).                             | Mayor asistencia al sistema público de salud.                                                                                                                                                                                                                             |
| Uruguay - Plan de Atención a la Emergencia Social (PANES)   | Amarante y otros (2008).                                  | Aumento de los controles de salud de los niños menores de 5 años e incremento de los controles dentales realizados por las mujeres adultas.                                                                                                                               |
| México - Oportunidades                                      | De la Torre García (2005).                                | Aumento del uso de los servicios de salud, reducción de las ausencias escolares por enfermedad, reducción de la prevalencia de obesidad, hipertensión y diabetes, aumento de la realización del examen de Papanicolaou (Pap) y atención prenatal (solo en zonas rurales). |
| El Salvador - Red Solidaria/ Comunidades Solidarias Rurales | De Brauw y Peterman (2011).                               | Mayor proporción de partos atendidos por personal capacitado.                                                                                                                                                                                                             |
| Perú - Juntos                                               | Sánchez y Jaramillo (2011).                               | Aumento del número de vacunas recibidas durante la vida del niño (promedio).                                                                                                                                                                                              |
| Ecuador - Bono de Desarrollo Humano                         | Paxson y Schady (2008).                                   | Mayores niveles de hemoglobina en niños (solo en zonas rurales).                                                                                                                                                                                                          |
| Acceso a los alimentos                                      |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| El Salvador                                                 | Henderson (2011).                                         | Uso del bono mayormente en la educación de los niños y las niñas, alimentación y compra de medicinas.                                                                                                                                                                     |
| Perú - Juntos                                               | Perova y Vakis (2010).                                    | Menor consumo de alcohol y mayor consumo de leche, queso y huevos (cuatro veces mayor en los hogares que han estado en el programa por más de un año).                                                                                                                    |
| Colombia - Familias en Acción                               | IFS, Econometría y SEI (2006).                            | Mayor duración de la lactancia materna en niños de zonas rurales menores de 2 años.                                                                                                                                                                                       |
| Guatemala                                                   | Romero, Pineda y Ventura (2009).                          | Uso mayoritario de la transferencia en productos alimenticios (azúcar, huevos, arroz, aceite, maíz y leche), percepción de cambio positivo de hábitos alimenticios.                                                                                                       |
| México - Oportunidades                                      | Hoddinott y otros(2000); Skoufias (2005).                 | Aumento del consumo de alimentos; mayor consumo de frutas, verduras y productos de origen animal; aumento del consumo calórico y diversidad de la dieta (frutas, verduras y carne).                                                                                       |

**Fuente:** Elaboración propia, sobre la base de las evaluaciones y recopilaciones de distintos programas de transferencias; y S. Cecchini y F. Veras Soares, "Conditional cash transfers and health in Latin America", The Lancet, vol. 385, N° 9975, 2014. Versiones anteriores de este cuadro fueron publicadas en Rosell (2013b).

## **b) Vincular transferencias con garantías y servicios básicos**

Un objetivo claro de los programas de transferencias en varios países ha sido la promoción del uso de servicios básicos a los que, por motivos diversos, una parte de la población más pobre no estaba accediendo. Varios estudios muestran impactos de los programas en el incremento de la conciencia de la población destinataria respecto a las redes de servicios básicos disponibles en sus comunidades (Galasso, 2006) y un aumento de la demanda por acceder a esos servicios (Veras Soares, Perez Ribas y Guerreiro Osório, 2007; Carneiro, Galasso y Ginja, 2009). Hay también evidencia que muestra que los PTC han estimulado mejoras en la oferta de servicios (Cecchini y Martínez, 2011).

Pero la evidencia recogida hasta el momento sobre los programas de transferencias revela que los impactos de estos instrumentos tienden a ser menos relevantes si no están acompañados de mejoras significativas en la provisión y el acceso a servicios básicos (agua, saneamiento, transporte y vivienda) y del reforzamiento de la oferta de servicios de salud y educación allí donde estos programas están operando (Mokomane, 2012).

Algunos países han comenzado a avanzar en esta dirección. Un ejemplo de ello es el *Programa Brasil Carinhoso*, creado en 2012, que tiene por objetivo promover la asistencia educativa en la primera infancia (Robles y Mirosevic, 2013). El programa establece la obligatoriedad de transferencias —considerando el número de alumnos y el mínimo anual de alumnos definido— a los municipios y al Distrito Federal para que puedan ampliar la oferta de educación infantil<sup>12</sup> y acoger, en un primer momento, a los niños de entre 0 y 48 meses de edad que forman parte de la población destinataria de Bolsa Família en jardines infantiles y salas cuna. Además de los aportes a las instituciones, el programa provee una transferencia adicional —automática para quienes cumplen el requisito— de beneficio para la superación de la extrema pobreza en la primera infancia (BSP)<sup>13</sup>. Otro ejemplo, en la Argentina, es la vinculación de las transferencias de la Asignación Universal por Hijo con el Plan Nacer (hoy SUMAR), ya que la inscripción de los menores de 6 años en el Plan es requisito para el cobro de la transferencia (Repetto y Potenza Dal Masetto, 2012; Repetto y Tedeschi, 2013).

## **c) Programas alimentarios y nutricionales**

Las políticas alimentarias y nutricionales tienen ya cierta tradición en América Latina, y en varios países se cuenta con evaluaciones de impacto que muestran efectos positivos sobre indicadores de nutrición, así como en términos de la presencia de micronutrientes. Tal es el caso, por ejemplo,

<sup>12</sup> Se considera solo a los establecimientos públicos o privados sin fines de lucro que estén incluidos en el catastro, que atiendan a niños no incluidos en otros registros y que hayan firmado convenio con la Secretaría Municipal de Educación.

<sup>13</sup> Véase [en línea] <http://www.mds.gov.br/brasilsemmiseria/brasil-carinhoso>.

del Programa de Abasto Social de Leche en México, que parece haber contribuido a reducir la anemia entre los destinatarios (Villapando y otros, 2006; Shamah y otros, 2007). Otros programas —como la intervención de salud y nutricional en Guatemala, a cargo del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)— han mostrado incluso efectos positivos sobre los resultados educativos de los niños destinatarios (Maluccio y otros, 2006; Hoddinott y Bassett, 2008).

Aunque existe menos evidencia respecto a resultados e impactos, es interesante destacar los avances que se han realizado en varios países de la región para ampliar la cobertura y quebrar cierta segmentación en el acceso en materia de políticas de alimentación. Tal es el caso, por ejemplo, del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SISAN), creado en el Brasil en 2006, que coordina distintos programas orientados a reducir la inseguridad alimentaria (Robles y Mirosevic, 2013). Haití también ha dado pasos en materia de alimentación, con el Plan nacional de seguridad alimentaria y nutricional y el Plan nacional de comedores escolares, ambos —y en especial el último— con una expansión considerable de cobertura, que permitió pasar de 150.000 alumnos destinatarios en el período comprendido entre 2007 y 2008 a 1,1 millones de alumnos en 2012 (Lamaute-Brisson, 2013). Otro ejemplo, en el Perú, son los esfuerzos realizados para combatir el hambre y aumentar la seguridad alimentaria —en especial de la infancia— en las zonas más pobres, en el marco del Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA)<sup>14</sup>, reemplazado a partir de 2013 por el Programa Nacional de Alimentación Escolar QaliWarma (Lavigne, 2013). Finalmente, es importante destacar el despliegue de componentes específicamente orientados a la alimentación incluidos dentro de los programas de transferencias condicionadas, antes descritos, como el programa “Comer es Primero” en el marco del programa Solidaridad —hoy Progresando con Solidaridad— de la República Dominicana.

### **3. Sistemas de cuidado y aprestamiento temprano y escolares**

Un tercer aspecto en que se están comenzando a producir cambios de envergadura vinculados a la protección social de la primera infancia y la infancia se refiere a los servicios de cuidado y enseñanza preescolar y los esfuerzos por extender la jornada escolar. De acuerdo con la literatura internacional, estos tres aspectos tienen un impacto potencial importante sobre el bienestar infantil, pero también contribuyen —como las licencias, que

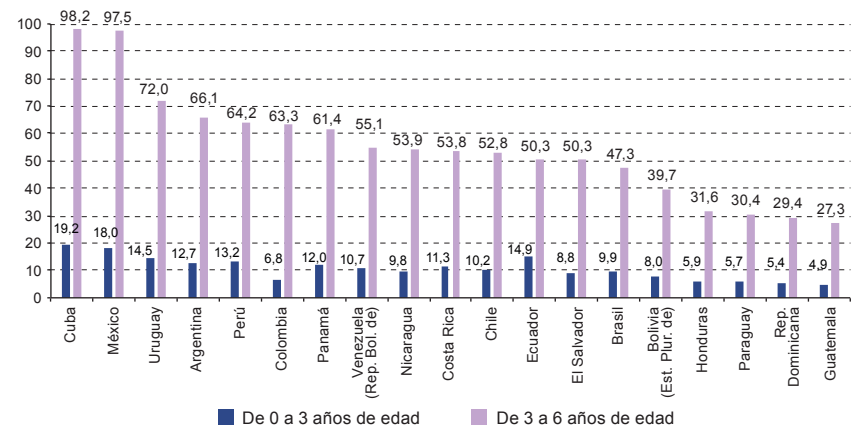
---

<sup>14</sup> A través de sus dos programas, Programa Integral de Nutrición (PIN) y Programa de Complementación Alimentaria (PCA), ambos focalizados en la infancia y las mujeres embarazadas y en etapa de lactancia.

se abordan en el capítulo V— a la inserción femenina en el mercado laboral (Rossel, 2013b). De hecho, parte de la explicación de las bajas tasas de pobreza de la población infantil en los países nórdicos se vincula precisamente a las altas tasas de participación de las madres. En América Latina, una parte de la mejora en relación con los niveles de pobreza en la última década está asociada también a una mayor incorporación laboral remunerada de las mujeres de los dos primeros quintiles de ingresos.

El punto de partida de la cobertura de educación preescolar (niños de entre 0 y 3 años de edad) no es alentador: oscila entre el 5% (Guatemala, Honduras, Paraguay y República Dominicana) y el 20% (Cuba y México). En cambio, la tasa de asistencia (neta) para el tramo de entre 3 y 6 años de edad es bastante mayor, aunque solo en los casos de Cuba y México se encuentra cerca de la universalización. En la Argentina, Colombia, Panamá, el Perú y el Uruguay, se ubica entre el 60% y el 75%. En el extremo inferior se encuentran, nuevamente, Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Honduras, el Paraguay y la República Dominicana (CEPAL, 2011) (véase el gráfico III.12). En ambos casos, la cobertura de servicios está fuertemente estratificada por nivel socioeconómico, tendiendo a aumentar en los quintiles superiores (véase el gráfico III.13).

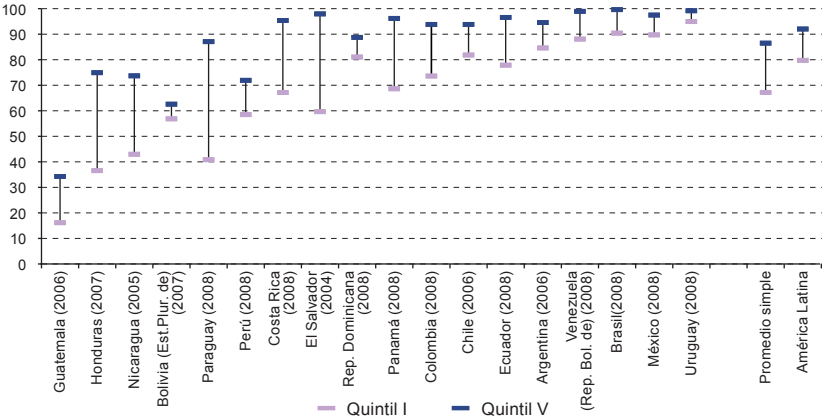
Gráfico III.12  
América Latina (19 países): tasas de matrícula neta en el nivel preescolar (de 3 a 6 años) y estimación de la tasa de matrícula en educación inicial (de 0 a 3 años), alrededor de 2008<sup>a</sup>  
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama Social de América Latina 2010* (C/G.2481-P), Santiago de Chile, 2011.

<sup>a</sup> La tasa de matrícula en la educación inicial se estima sobre la base de modelos exponenciales basados en encuestas de hogares de los países con información disponible (véase CEPAL/OEI, 2010). Los grupos de edad varían dependiendo de los ciclos oficiales de los países.

**Gráfico III.13**  
**América Latina (18 países): tasas de asistencia al nivel preescolar de los niños que tienen un año menos que la edad oficial para entrar a la educación primaria, del primer quintil y del quinto quintil, alrededor de 2008**  
(En porcentajes)



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama Social de América Latina 2010* (C/G.2481-P), Santiago de Chile, 2011.

En este contexto, buena parte de los países de la región han impulsado la creación o la expansión de la cobertura de servicios de cuidado infantil para niños de entre 0 y 3 años de edad, así como de educación preescolar para el tramo de 3 a 6 años (Cecchini, Filgueira y Robles, 2014) (véase el cuadro III.2). En México, se expandió la oferta de servicios de guarderías y educación preescolar que provee el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a través de las estancias familiares, subsidiando a personas u organizaciones para la prestación de servicios, básicamente destinados a madres trabajadoras de bajos ingresos que estaban excluidas de la red<sup>15</sup>. Aunque la medida significó un incremento notorio de cobertura —de 59.000 niños en 1996 a casi 215.000 niños en 2007 (Staab y Gerhard, 2010)—, los estudios disponibles indican que no contribuyó a reducir la segmentación del sistema en términos de calidad (Staab y Gerhard, 2010; Staab, 2010).

Otro ejemplo interesante es el de Chile, donde a través de la combinación de los servicios provistos por la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) y los servicios prestados en el marco del programa Chile Crece Contigo se ha logrado una expansión notoria de la oferta de servicios públicos de cuidado para los tramos de 0 a 2 años de edad (salas cuna) y de 2 a 3 años de edad, entre los sectores más pobres de la población, en general en modalidad de jornada completa. Pese a esto, el modelo todavía presenta desigualdades notorias (Staab y Gerhard, 2010; Staab, 2010).

<sup>15</sup> Véase más información en [en línea] <http://www.imss.gob.mx/guarderías/Pages/index.aspx> y [http://www.sedesol.gob.mx/en/SEDESOL/Programa\\_estancias\\_infantiles](http://www.sedesol.gob.mx/en/SEDESOL/Programa_estancias_infantiles).

### Cuadro III.2

#### América Latina (6 países): oferta de servicios de cuidado de niños y niñas

| País      | Oferta pública                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Oferta privada                                                                                                                                             |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Argentina | <ul style="list-style-type: none"> <li>Niños de entre 0 y 2 años: guarderías o jardines maternos (que no forman parte del sistema educativo, sino que tienen una función asistencial).</li> <li>Niños de entre 3 y 5 años: jardín de infantes integrado al sistema educativo.</li> <li>Hay organizaciones sociales que brindan servicios a la población más pobre (en los años noventa, prácticamente se triplicó el número de guarderías y jardines comunitarios gestionados por estas organizaciones).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Guarderías, jardines de infantes y nivel preescolar.                                                                                                       |
| Brasil    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Niños de hasta 6 años: nivel preescolar en escuelas públicas.</li> <li>Guarderías.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Guarderías o nivel preescolar.                                                                                                                             |
| Chile     | <ul style="list-style-type: none"> <li>La oferta pública para niños de entre 0 y 5 años se incrementó en el período comprendido entre 1990 y 2002.</li> <li>Hay establecimientos que funcionan bajo administración directa (de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) y de la Fundación Integra) o en convenio con organizaciones de la sociedad civil, dirigidos a la población más pobre de entre 0 y 6 años. Se priorizan los casos de mujeres que trabajan o que buscan trabajo, jefas de hogar o madres adolescentes. Atienden también a hijos e hijas de trabajadoras temporales del sector agroindustrial (niños de entre 2 y 12 años en jornadas diarias de 11 horas) y de zonas turísticas.</li> <li>Nivel medio (niños de entre 2 y 3 años) y salas cunas (niños de entre 84 días y 2 años).</li> <li>La oferta pública está concentrada en la JUNJI y la Fundación Integra (52%).</li> </ul> | Particulares subvencionados y particulares.                                                                                                                |
| Colombia  | <ul style="list-style-type: none"> <li>El nivel preescolar de la educación formal está compuesto por tres grados: prejardín, jardín y transición.</li> <li>El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) brinda a nivel nacional servicios para la población más pobre (hogares o jardines comunitarios de medio tiempo o de tiempo completo). En Bogotá existe un servicio similar.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Preescolar, en sus tres niveles. Organizaciones de la sociedad civil y cajas de compensación familiar (jardines infantiles y establecimientos educativos). |
| México    | <ul style="list-style-type: none"> <li>La enseñanza preescolar está orientada a la población de entre 3 y 5 años (Secretaría de Educación Pública).</li> <li>El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ofrece el servicio de guarderías para los hijos de mujeres trabajadoras o de hombres trabajadores viudos, divorciados o que tengan la custodia (niños de entre 43 días y 4 años). Estancias Infantiles para apoyar a madres trabajadoras de hogares con bajos ingresos y empleo informal (Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)), donde se brinda atención a niños de entre 11 meses y 4 años.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Se brinda enseñanza preescolar en escuelas privadas, para niños de entre 3 y 5 años.                                                                       |
| Uruguay   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Jardines de infantes para niños de entre 3 y 5 años, y escuelas para niños de 4 y 5 años.</li> <li>Guarderías de empresas y organismos del Estado (para niños de 45 días o año y medio hasta 4 o 5 años).</li> <li>Programas públicos ejecutados por organizaciones de la sociedad civil (centros de atención a la infancia y la familia (CAIF) y municipales), para atender la pobreza infantil. La atención en los CAIF pasó de niños de 4 y 5 años, a niños de 2 y 3 años. El programa municipal atiende a niños de entre 6 meses y 3 años en zonas afectadas por carencias.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Guarderías, jardines de infantes y enseñanza preescolar en colegios privados. Guarderías sindicales (muy pocas).                                           |

**Fuente:** C. Rossel, "Políticas para las familias en América Latina: Panorama de políticas de reducción de pobreza y conciliación entre trabajo-familia", 2013 [en línea] <http://www.un.org/esa/socdev/family/docs/FAMILYPOLICIESINLATINAMERICA.pdf>; S. Salvador, *Comercio, género y equidad en América Latina: generando conocimiento para la acción política. Estudio comparativo de la "economía del cuidado" en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay*, Red Internacional de Género y Comercio - Capítulo Latinoamericano, 2007; y E. Vegas y L. Santibáñez, *La promesa del desarrollo en la primera infancia en América Latina y el Caribe*, Washington, D.C., Banco Mundial, 2010.

También en el Uruguay se ha logrado una expansión significativa de la cobertura en los servicios de cuidado infantil a través del fortalecimiento del Plan CAIF (centros de atención a la infancia y la familia). El Plan es un modelo de servicios gestionados por organizaciones sociales, pero es financiado en su totalidad por el Estado. Está dirigido a familias de bajos recursos y opera, en general, a través de centros ubicados en zonas de alta vulnerabilidad social. Esta oferta se combina con la obligatoriedad de la educación preescolar desde los 4 años y el esfuerzo de ampliación de cupos en el sistema público, que en la última década ha permitido una importante expansión de la asistencia educativa en ese tramo etario (Rico, 2011). En la actualidad, el Plan CAIF atiende a más de 45.000 niños de entre 0 y 3 años en todo el país<sup>16</sup>.

En Costa Rica, el sistema educativo brinda servicios de nivel preescolar para niños menores de 6 años y 3 meses. El país cuenta con una oferta en que se combinan servicios públicos y privados. Entre los primeros, destacan dos modelos, los abiertos al público y los cerrados (es decir, asociados a instituciones públicas y que atienden solamente a los hijos de sus funcionarios). Dentro del primer modelo, destaca el programa CEN-CINAI, a cargo de la Dirección General de Nutrición y Desarrollo Infantil del Ministerio de Salud, que incluye los Centros de Educación y Nutrición (CEN), en que se ofrece atención a niños de entre 0 y 7 años, en dos jornadas (de 7 a 11 horas en la mañana y de 11 a 15 horas en la tarde) y los Centros Infantiles de Nutrición y Atención Integral (CINAI), en que se brinda atención durante 12 horas diarias (de 6 de la mañana a 6 de la tarde) a niños de las mismas edades (Sauma, 2012).

Finalmente, vale la pena mencionar los esfuerzos de algunos países por avanzar en la construcción de sistemas de cuidado —incluidos servicios de cuidado infantil— como piezas clave de la nueva arquitectura de protección social (CEPAL, 2013). Tal es el caso del Uruguay (Sistema Nacional de Cuidados) y de Costa Rica (Red de Cuido y fortalecimiento del programa CEN-CINAI) (Sauma, 2012), países que han avanzado en la construcción de sistemas de cuidado con redes de servicios que permitan ampliar la cobertura de cuidados externos de los niños de entre 0 y 3 años (Rico, 2011), lo que, entre otros objetivos, permitirá la ampliación de cupos para ese tramo etario.

Asimismo, varios países han avanzado en relación con la extensión de la jornada escolar. En Chile, la jornada escolar completa impulsada a partir de 1997 se ha extendido en forma gradual hasta alcanzar casi la totalidad de la matrícula (Staab, 2012). La Argentina tiene también un modelo de jornada escolar completa desde hace ya muchos años y en la actualidad coexisten distintas modalidades: jornada simple (que concentra la mayoría de la matrícula), jornada completa o doble y jornada extendida, con una alta matrícula en las provincias de Mendoza y Córdoba, así como en la ciudad de Buenos

<sup>16</sup> Véase [en línea] <http://www.presidencia.gub.uy/Comunicacion/comunicacionNoticias/plan-caif-susana-mara-ninos-familias-poblacion-vulnerable>.

Aires<sup>17</sup> (Tenti, Meo y Gunturiz, 2010). Por otra parte, desde hace más de 20 años el Uruguay viene impulsando un modelo de escuelas de tiempo completo (ETC) para establecimientos situados en contextos críticos, que en la actualidad cubre a 171 escuelas de todo el país. Sumadas a la extensión del tiempo pedagógico, las ETC trabajan fuertemente en la capacitación docente y en la construcción de un modelo novedoso de gestión de centros. Otro ejemplo es el de México, que impulsó, a partir del ciclo escolar 2007-2008 un modelo de escuelas de tiempo completo que beneficiaba a cerca de 130.000 niños en 500 escuelas de todo el país. En la actualidad, el modelo de tiempo completo opera en 4.751 establecimientos y cubre a más de 935.000 estudiantes de los tres niveles de la educación básica. En el modelo se hace un reconocimiento explícito a las necesidades sociales que conlleva el incremento de las madres trabajadoras (en México, más de 6 millones de hogares) y las familias monoparentales.

## C. Opciones realizadas y perspectivas futuras

El surgimiento y consolidación del tema de la infancia y la primera infancia, así como de las políticas públicas para ese grupo etario en la región, obliga a los países a repensar la batería de instrumentos y la arquitectura de protección y promoción social para esta población. Las magnitudes y las formas del financiamiento, los modelos de servicio, los riesgos y apoyos que se definen, los criterios de elegibilidad y las segmentaciones de dichas protecciones están delineando tanto la orientación general de las políticas como las herramientas concretas que se diseñan para tales fines.

En los cuadros III.3, sobre el modelo pasado de protección social, y III.4, sobre el modelo emergente, se muestra el avance del rol del Estado en las políticas públicas y la consiguiente pérdida de centralidad de las familias, el mercado y la comunidad en la creación de accesos a prestaciones y servicios de protección a la infancia para los sectores medios bajos, vulnerables y pobres.

La información presentada en los cuadros debe ser observada con cautela. No captura adecuadamente el movimiento de estas esferas y su carácter central (o no central) en los sectores medios altos y altos, en los que —a pesar del avance de la oferta pública— se produce un aumento paralelo de la “salida” de dichos bienes públicos o preferentes por parte de los grupos que cuentan con poder de compra para acceder a opciones de mercado. Por

<sup>17</sup> En la jurisdicción de la ciudad de Buenos Aires —donde más avance han tenido las políticas de jornada completa— las escuelas de jornada completa concentraban en 2007 un 43,8% de la matrícula y representaban el 55% de los establecimientos primarios, con un modelo iniciado en la década de 1950 pero que ha tenido, a lo largo de la historia, distintas modificaciones. Asimismo, en 2002 se introdujo el programa de extensión horaria, en virtud del cual se amplió provisoriamente el tiempo escolar en una hora y media en algunas escuelas de jornada simple. En 2003, varias escuelas de jornada completa se transformaron en escuelas intensificadas, lo que implicó la incorporación de distintos programas pedagógicos, incluida la enseñanza de idiomas y de tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC).

otra parte, en los cuadros se identifican tendencias emergentes, no realidades consolidadas. Si bien en algunos países es posible constatar en indicadores concretos el aumento del peso del Estado en materia de cobertura, calidad y combate a la segmentación de la protección social de la infancia, en otros países los datos reflejan innovaciones normativas y programas de corto alcance que, aunque apuntan en la dirección sintéticamente descrita, carecen aún de impacto sobre indicadores generales de cobertura de población y de riesgos, y cierre de las brechas de acceso y calidad. Además, en relación con este último punto, la información recogida en los cuadros permite mostrar mejor las tendencias y realidades de los países que tienen brechas de bienestar modestas; refleja en menor medida dichas tendencias en el caso de los países que presentan brechas moderadas, y es solamente indicativa de voluntades y tendencias embrionarias en los países donde existen brechas severas de bienestar<sup>18</sup>. Aun así, es preciso tener en cuenta que pueden existir variaciones importantes en el despliegue de ciertas políticas dentro de los países, lo que se traduce en diferencias, por ejemplo, entre zonas urbanas y rurales.

**Cuadro III.3**  
**Infancia y primera infancia: modelo pasado de protección social (con especial énfasis en sectores vulnerables), década de 1990 hasta mediados de la década de 2000**

| Ámbitos de la promoción y protección a la infancia      | Roles de los distintos actores                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                         | Familia                                                                                                                                         | Mercado                                                                                      | Estado                                                                                                                                                                                                                  | Comunidad                                                                                         |
| Acceso a consumo/ ingresos                              | Central. Sus recursos determinan el consumo familiar y de la infancia. La familia determina los usos de los ingresos.                           | Inserción de hombres y mujeres con hijos en el mercado laboral.                              | Pocas o nulas transferencias monetarias a las familias con hijos. Peso relevante de los subsidios y de la regulación de precios de bienes y servicios de consumo infantil (especialmente, alimentación básica y salud). | Apoyos monetarios, préstamos de redes sociales y crédito informal en bienes de consumo cotidiano. |
| Cuidados y estimulación temprana en la primera infancia | Dependiente casi enteramente de la familia.                                                                                                     | Poca o nula oferta de mercado en estos aspectos.                                             | Poca o nula oferta estatal.                                                                                                                                                                                             | Apoyo comunitario y de la familia extendida a los cuidados en la temprana infancia.               |
| Protección a la salud                                   | Dependiente del nivel de ingreso familiar y de las pautas sanitarias y de alimentación familiares. Cuidado de enfermos y acceso a medicamentos. | Dependiente de la capacidad de pago y de los precios de los medicamentos y de los servicios. | Importancia de los servicios de salud y acceso a vacunación y medicamentos.                                                                                                                                             | Acceso a cuidados de enfermos en redes comunitarias y familia extendida.                          |

<sup>18</sup> Véase mayor información sobre los países de América Latina con brechas severas, moderadas y modestas y los indicadores utilizados para definir esta tipología de regímenes de bienestar en Cecchini, Filgueira y Robles (2014).

Cuadro III.3 (conclusión)

| Ámbitos de la promoción y protección a la infancia | Roles de los distintos actores                                      |                                           |                                        |                                                 |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------|
|                                                    | Familia                                                             | Mercado                                   | Estado                                 | Comunidad                                       |
| Educación inicial y preescolar                     | Predominantemente dependiente de la familia.                        | Incipiente oferta de mercado.             | Incipiente oferta gratuita del Estado. | Cuidados comunitarios.                          |
| Educación primaria                                 | Importante como acompañamiento a una oferta estatal casi universal. | Escaso peso del mercado en oferta básica. | Central. Oferta pública extendida.     | Apoyo al sistema público desde redes de padres. |

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro III.4

Infancia y primera infancia: modelo emergente de protección social (con especial énfasis en sectores vulnerables), segunda mitad de la década de 2000 en adelante

| Ámbitos de la promoción y protección a la infancia                      | Roles de los distintos actores                                                                                                                  |                                                                                    |                                                                                                                         |                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                         | Familia                                                                                                                                         | Mercado                                                                            | Estado                                                                                                                  | Comunidad                                                                           |
| Acceso a consumo/ ingresos                                              | Central. Sus recursos determinan los consumos familiares y de la infancia. La familia determina los usos de los ingresos.                       | Inserción de hombres y mujeres con hijos en el mercado laboral.                    | Oferta consolidada de transferencias monetarias a familias con hijos.                                                   | Residual.                                                                           |
| Cuidados y estimulación temprana en la primera infancia (de 0 a 3 años) | Rol protagónico de la familia en el cuidado.                                                                                                    | Creciente oferta de servicios de cuidado infantil diario.                          | Incipiente oferta de servicios de cuidado infantil para la primera infancia.                                            | Apoyo comunitario y de la familia extendida a los cuidados en la temprana infancia. |
| Protección a la salud                                                   | Dependiente del nivel de ingreso familiar y de las pautas sanitarias y de alimentación familiares. Cuidado de enfermos y acceso a medicamentos. | Mecanismos de regulación de precios de medicamentos y servicios.                   | Garantías básicas de atención a la salud.                                                                               | Acceso a cuidados de enfermos en redes comunitarias y familia extendida.            |
| Educación inicial y preescolar                                          | Importante como acompañamiento a la oferta estatal en expansión y complemento a la oferta privada.                                              | Peso relativo del mercado en la oferta, costo relativamente alto de los servicios. | Central. Oferta pública consolidada para niños de 5 años y en proceso de extensión para la atención de niños de 4 años. | Cuidados comunitarios.                                                              |
| Educación primaria (de 6 a 12 años)                                     | Importante como acompañamiento a una oferta estatal casi universal.                                                                             | Poco peso del mercado en oferta básica.                                            | Central. Oferta pública extendida.                                                                                      | Apoyo al sistema público desde redes de padres.                                     |

Fuente: Elaboración propia.

El panorama presentado en el capítulo y sintetizado en los cuadros muestra los avances de la región en el esfuerzo por lograr una expansión creciente de la cobertura en algunas áreas clave para la protección social de la primera infancia y la infancia, como son las áreas de atención de salud en el embarazo y del recién nacido.

Esta expansión de la cobertura es resultado de la combinación de distintos dispositivos. Por un lado, se basa en la flexibilización de los criterios de elegibilidad y acceso a la red de prestaciones contributivas (seguros y sistemas de salud), pero también en la focalización explícita de ciertos beneficios en la población que estaba quedando excluida de la protección de salud por la vía contributiva. Los esfuerzos de varios países por protocolizar la atención sanitaria en esta etapa del ciclo de vida están redundando en sistemas de protección social que, al menos en esta dimensión, hoy se acercan más a un universalismo básico.

En otro plano, el pilar no contributivo de protección social vía transferencias, aunque aún insuficiente en términos de cobertura, ha dado suficientes muestras de su impacto a nivel general, y la primera infancia y la infancia es la etapa en que recoge la mayor parte de sus frutos. La entrada en escena de una oferta cada vez más consolidada de transferencias para las familias con hijos es una de las señales distintivas del modelo emergente de protección social para la primera infancia y la infancia. Es también una de las dimensiones en que el cambio ha sido más notorio, tanto en los países con brechas modestas de bienestar como en aquellos con brechas moderadas y severas.

Finalmente, la expansión de la cobertura y el desarrollo de políticas para reforzar el cuidado, la estimulación temprana y el desarrollo infantil comienzan a perfilarse como un camino que reporta beneficios claros tanto para el bienestar infantil como para el empleo femenino. Aunque aún incipiente, el ingreso del Estado como actor relevante en la provisión de cuidado para niños de entre 0 y 3 años es una señal alentadora respecto a las orientaciones del modelo emergente de protección social para la primera infancia.

Junto con los avances, sin embargo, persisten importantes desafíos a los que la región debe hacer frente para consolidar sistemas de protección social que permitan avanzar en la corrección de los sesgos que hoy existen en detrimento de los primeros años de vida.

En primer lugar, la síntesis presentada en este capítulo permite apreciar con claridad la relevancia de expandir las transferencias a las familias con hijos en la primera infancia y la infancia. De acuerdo con las estimaciones disponibles, este objetivo es financieramente viable para varios países de la región (CEPAL, 2011) cuando se considera exclusivamente a la población vulnerable, pero también cuando se plantea el objetivo de universalizar transferencias a todos los niños menores de 5 años.

En segundo lugar, la creación o expansión de servicios de cuidado externo para la primera infancia constituye un objetivo central de las apuestas de la protección social latinoamericana de las próximas décadas. Este objetivo también parece ser financieramente viable: según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2011), los costos adicionales de incorporar a todos los niños de entre 0 y 6 años a la educación inicial o a la educación preescolar representan erogaciones abordables para todos los países de la región<sup>19</sup>.

Un tercer desafío se refiere a la modificación de ciertos mecanismos de financiamiento, a fin de desvincular prestaciones y derechos todavía atados a aportes contributivos, para asentar el financiamiento del paquete básico de políticas para la protección a la infancia en las rentas generales.

Finalmente, especial consideración merece la necesidad de avanzar en la vinculación de los distintos dispositivos para la atención de la población más vulnerable. Pese a sus limitaciones, políticas como Chile Crece Contigo y *Brasil Carinhoso* destacan por su orientación hacia la construcción de sistemas intersectoriales dirigidos a la protección social integral de la primera infancia. Aunque aún dista de estar plasmada en la mayor parte de las políticas destinadas a la primera infancia, la preocupación por la construcción de sistemas de protección social —más que de políticas aisladas— constituye uno de los desafíos más relevantes para la protección social de la primera infancia y la infancia en América Latina en las próximas décadas.

---

<sup>19</sup> En 15 de los 18 países considerados el costo es inferior al 0,3% del PIB y solo en un caso (Honduras) supera el 0,5% del PIB (CEPAL, 2011).

## Bibliografía

- Adato, M. y L. Bassett (2009), "Social protection to support vulnerable children and families: the potential of cash transfers to protect education, health and nutrition", *AIDS Care*, vol. 21, N° 1.
- Amarante, V., A. Vigorito y M. Ferrando (2008), *Informe final de la Evaluación intermedia del impacto del Panes*, Montevideo, Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)/ Universidad de la República (UDELAR).
- Arroyo Ortiz, J. P. y otros (2008), *A diez años de intervención en zonas rurales*, México, D.F., Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL).
- Baez, J. y A. Camacho (2011), "Assessing the Long-term Effects of Conditional Cash Transfers on Human Capital: Evidence from Colombia", *Policy Research Working Paper 5681*, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Behrman, J. R., P. Sengupta y P. Todd (2005), "Progressing through PROGRESA: An impact assessment of a school subsidy experiment in rural Mexico", *Economic Development and Cultural Change*, vol. 54, N° 1.
- Carneiro, P., E. Galasso y R. Ginja (2009), "El impacto de proveer apoyo psico-social a familias en extrema pobreza y aumentar su acceso a servicios sociales: evaluando Chile Solidario", Documento N° 4, Taller de Evaluación Chile Solidario, Santiago de Chile.
- Cecchini, S. (2014), "Educación, programas de transferencias condicionadas y protección social en América Latina y el Caribe", *Educación y políticas sociales: sinergias para la inclusión*, Carmen Feijoó y Margarita Poggi (coords.), Buenos Aires, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)/ Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación (IIPE).
- Cecchini, S. y A. Madariaga (2011), *Programas de transferencias condicionadas. Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe*, Cuadernos de la CEPAL, N° 95 (LC/G.2497-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Cecchini, S. y R. Martínez (2011), *Protección social inclusiva en América Latina: una mirada integral, un enfoque de derechos*, Libros de la CEPAL, N° 111 (LC/G.2488-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Cecchini, S., F. Filgueira y C. Robles (2014), "Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe. Una perspectiva comparada", *serie Políticas Sociales*, N° 202 (LC/L.3856), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Cecchini, S. y F. Veras Soares (2014), "Conditional cash transfers and health in Latin America", *The Lancet*, vol. 385, N° 9975.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2014), *Panorama Social de América Latina 2014* (LC/G.2635-P), Santiago de Chile.
- \_\_\_\_ (2013), *Panorama Social de América Latina 2012* (LC/G.2557-P), Santiago de Chile.
- \_\_\_\_ (2012), *Panorama Social de América Latina 2011* (LC/G.2514-P), Santiago de Chile.
- \_\_\_\_ (2011), *Panorama Social de América Latina 2010* (C/G.2481-P), Santiago de Chile.
- \_\_\_\_ (2010a), *La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir* (LC/G.2432 (SES.33/3)), Santiago de Chile.
- \_\_\_\_ (2010b), *Panorama Social de América Latina 2009* (LC/G.2423-P), Santiago de Chile.
- \_\_\_\_ (2009), *Panorama Social de América Latina 2008* (LC/G.2402-P), Santiago de Chile.
- \_\_\_\_ (2008), *Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe* (LC/G.2378(SES.32/14)), Santiago de Chile [en línea] <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/33220/2008-268-SES.32-CELADE-ESPANOL.pdf>.

- CEPAL/OEI (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura) (2010), "Metas educativas 2021: estudio de costos", *Documentos de Proyectos*, N° 327 (LC/W.327), Santiago de Chile, julio.
- CEPAL/OIT (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Internacional del Trabajo) (2014), "Los programas de transferencias condicionadas y el mercado laboral", *Coyuntura laboral en América Latina y el Caribe*, N° 10, Santiago de Chile.
- CEPAL/UNICEF (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2008), Boletín Desafíos, N° 6, Santiago de Chile.
- CNEGSR (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva) (2009), *Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México*, Gobierno Federal.
- De Brauw, A. y A. Peterman (2011), "Can conditional cash transfers improve maternal health and birth outcomes? Evidence from El Salvador's Comunidades Solidarias Rurales", *IFPRI Discussion Paper*, N° 01080, Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IFPRI).
- De Brauw, A. y otros (2010), *The Impact of Bolsa Familia on Child, Maternal, and Household Welfare*, Washington, D.C., Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IFPRI).
- De Janvry, A. y otros (2005), "Brazil's Bolsa Escola Program: The role of local governance in decentralized implementation", *Social Protection Discussion Paper*, N° 0542, Banco Mundial.
- De la Torre García, R. (2005), "Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades. Versión final" [en línea] <http://www.oportunidades.gob.mx/EVALUACION/es/docs/docs2005.php>.
- Escobar, A. y M. González de la Rocha (2009), "Girls, mothers and poverty reduction in Mexico: Evaluating ProgresA-Oportunidades", *The Gendered Impacts of Liberalisation*, Shahra Razavi (ed.), Nueva York, Routledge/Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD).
- (2005), *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades*, México, D.F., Instituto Nacional de Salud Pública.
- Esping-Andersen, Gøsta (1999), *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Nueva York, Oxford University Press.
- FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura) (2014), *Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe Hambre en América Latina y el Caribe: acercándose a los Objetivos del Milenio* [en línea] <http://www.fao.org/docrep/019/i3520s/i3520s.pdf>.
- Furstemberg, Frank (1997), "State-family alliances and children's welfare: A research agenda", *Childhood*, vol. 4, N° 2.
- Fiszbein, A. y N. Schady (2009), *Conditional Cash Transfers. Reducing Present and Future Poverty*, Washington D.C., Banco Mundial.
- Galasso, E. (2011), "Alleviating extreme poverty in Chile: the short term effects of Chile Solidario", *Estudios de Economía*, vol. 38, N° 1, Universidad de Chile.
- (2006), "Alleviating extreme poverty in Chile", Grupo de Investigación sobre Desarrollo Económico, Banco Mundial.
- Gertler, F. y L.C. Fernald (2005), "Impacto de mediano plazo del Programa Oportunidades sobre el desarrollo infantil en áreas rurales", *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004: Alimentación*, vol. 3, Cuernavaca.

- Gertler, P., S. Martínez y P. Celhay (2011), "Impact Evaluation of Maternal Child Provincial Health Investment Project in Argentina – Plan Nacer", Washington, D.C., Banco Mundial.
- González de la Rocha, M. (2008), "Programas de transferencias condicionadas. Sugerencias para mejorar su operación e impacto", *Futuro de las familias y desafíos para las políticas*, serie Seminarios y Conferencias, N° 52 (LC/L.2888-P), I. Arriagada (ed.), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Grupo Nous (2013), *Evaluación de las condiciones priorizadas en el Programa de Apoyo al Recién Nacido. Informe final de resultados*, Santiago de Chile [en línea] <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2014/11/Condiciones-priorizadas-PARN-MDS-2013.pdf>.
- Heckman, James (2012), *Giving Kids a Fair Chance*, Cambridge, MIT Press.
- Henderson, M. (2011), *Análisis de los efectos e impactos del programa Comunidades Solidarias Rurales, período 2005-2010*, San Salvador.
- Hoddinott, J. y L. Bassett (2008), *Conditional Cash Transfer Programs and Nutrition in Latin America: Assessment of Impacts and Strategies for Improvement*, Washington, D.C., Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias.
- Hoddinott, J., E. Skoufias y R. Washburn (2000), *The Impact of Progresa on Consumption: a Final Report*, Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias (IFPRI).
- Lamaute-Brisson, N. (2013), "Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Haití", *Documentos de Proyectos* (LC/W.523), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Lavigne, M. (2013), "Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Perú", *Documentos de Proyectos* (LC/W.522), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Macours, K., N. Schady y R. Vakis (2008), "Cash transfers, behavioral changes, and cognitive development in early childhood: evidence from a randomized experiment", *Policy Research Working Paper*, N° 4759, Banco Mundial.
- Maluccio, J. y otros (2006), "The impact of an experimental nutritional intervention in childhood on education among Guatemalan adults", *Documento de Discusión FCND*, N° 207, Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias, Washington, D.C.
- Martorano, B. y M. Sanfilippo (2012), "Innovative features in conditional cash transfers: an impact evaluation of Chile Solidario on households and children", *Unicef, Innocenti Working Paper* [en línea] [http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/iwp\\_2012\\_03.pdf](http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/iwp_2012_03.pdf).
- Mokomane, Z. (2012), *Anti-Poverty Family-Focused Policies in Developing Countries*, Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2012), *Informe Final: Vacunación. Semana de Vacunación de las Américas*, Washington, D.C.
- Paxson, C. y N. Schady (2007), "Does money matter? The effects of cash transfers on child health and development in rural Ecuador", *Policy Research Working Paper*, N° 4226, Banco Mundial.
- Perova, E., y R. Vakis (2010), "El impacto y potencial del programa Juntos en Perú: Evidencia de una evaluación no-experimental. Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres – Juntos", Banco Mundial.

- Repetto, F. y F. Potenza Dal Masetto (2012), "Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Argentina", *Documentos de Proyecto* (LC/W.508), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Repetto, F. y V. Tedeschi (2013), "Protección social para la infancia y la adolescencia en la Argentina. Retos críticos para un sistema integral", *serie Políticas Sociales*, N° 186 (LC/L.3698), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Ribe, H., D. Robalino e I. Walker (2010), *Hacia una protección social eficaz para todos en América Latina y el Caribe. De los derechos a la realidad*, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Rico, N. (coord.) (2011), "El desafío de un sistema nacional de cuidados para el Uruguay", *serie Seminarios y Conferencias*, N° 66 (LC/L.3359), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Robles, C. y V. Mirosevic (2013), "Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Brasil", *Documentos de Proyecto* (LC/W.532), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Rodríguez Mojica, A. (2010), "Programas de transferencias condicionadas, políticas sociales y combate a la pobreza en Panamá", *serie Políticas Sociales*, N° 162 (LC/L.3222-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Romero, W., S. Pineda y D. Ventura (2009), "Expandiendo oportunidades para grupos vulnerables en Guatemala", Universidad Rafael Landívar e Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales (Idies) [en línea] <http://www.url.edu.gt/PortalURL/Archivos/56/Archivos/banco-mundial-expandiendo-oportunidades-grupos-vulnerables-20090730.pdf>.
- Rossel, C. (2013a), "Desbalance etario del bienestar. El lugar de la infancia en la protección social en América Latina", *serie Políticas Sociales*, N° 176 (LC/L.3574), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- \_\_\_\_ (2013b), "Políticas para las familias en América Latina: Panorama de políticas de reducción de pobreza y conciliación entre trabajo-familia" [en línea] <http://www.un.org/esa/socdev/family/docs/FAMILYPOLICIESINLATINAMERICA.pdf>.
- Salvador, S. (2007), *Comercio, género y equidad en América Latina: generando conocimiento para la acción política. Estudio comparativo de la "economía del cuidado" en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay*, Red Internacional de Género y Comercio - Capítulo Latinoamericano.
- Sánchez, A. y M. Jaramillo (2012), "Impacto del programa Juntos sobre nutrición temprana", *Documentos de Trabajo*, N°2012-001, Lima, Banco Central de la Reserva del Perú [en línea] <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Documentos-de-Trabajo/2012/documento-de-trabajo-01-2012.pdf>.
- Sauma, P. (2012), "Protección social y trabajo no remunerado: redistribución de las responsabilidades y tareas del cuidado. Estudio de caso Costa Rica", *serie Mujer y Desarrollo*, No 116 (LC/L.3519), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Schultz, T. (2004), "School subsidies for the poor: Evaluating the Mexican PROGRESA poverty program", *Journal of Development Economics*, vol. 74, N° 1.
- Schüring, E. (2010), "Conditions, conditionality, conditionalities, responsibilities – finding common ground", Working Paper, N° WP014, Maastricht Graduate School of Governance.

- Secretaría de Salud de México (2008), *Programa de acción específico 2007-2012: Arranque Parejo en la Vida*, México, D.F.
- SEDESOL (Secretaría de Desarrollo Social de México) (2008), *Oportunidades, un programa de resultados*, México, D.F.
- Shamah, T. y otros (2007), "Lecciones aprendidas en la evaluación de Liconsa", *XII Congreso de Investigación en Salud Pública Edición Especial*, N° 49.
- Silveira Neto, R. M. (2010), "Impacto do programa Bolsa Família sobre a frequência à escola: Estimativas a partir de informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)", en J. Abrahão de Castro y L. Modesto (organizadores), *Bolsa Família 2003-2010: avanços e desafios*, Vol. 2, IPEA, Brasília.
- Skoufias, E. (2005), "Progresá and its impacts on the welfare of rural households in Mexico", *Research Report*, N° 139, Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias (IFPRI).
- Soares, F. (2004), "Conditional cash transfers: A vaccine against poverty and inequality?", *One Pager*, N° 3, International Poverty Centres, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Staab, S. (2013), "Protección social para la infancia y la adolescencia en Chile", *serie Políticas Sociales*, N° 180 (LC/L.3661), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- \_\_\_\_ (2012), "Análisis de la matriz de protección social a la infancia y la adolescencia en Chile. Informe final de consultoría", proyecto CEPAL/UNICEF, Santiago de Chile, inédito.
- \_\_\_\_ (2010), "Social investment policies in Chile and Latin America: Towards equal opportunities for women and children?", *Journal of Social Policy*, vol. 39, N° 4.
- Staab, S. y R. Gerhard (2010), "Childcare Service Expansion in Chile and Mexico For Women or Children or Both?", *Gender and Development Programme Paper*, N° 10, Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD).
- Standing, G. (2007a), "Conditional cash transfers: Why targeting and conditionalities could fail", *One Pager*, N° 47, International Poverty Centre, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- \_\_\_\_ (2007b), "How cash transfers boost work and economic security", *DESA Working Paper*, N° 58, Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas.
- Tenti, E., A. Meo y A. Gunturiz (2010), *Estado del arte: escolaridad primaria y jornada escolar en el contexto internacional. Estudio de casos en Europa y América Latina*, Buenos Aires, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)/Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación (IIPE).
- Todd, P.E. y K. Wolpin (2006), "Assessing the impact of a school subsidy program in Mexico: using a social experiment to validate a dynamic behavioral model of child schooling and fertility", *American Economic Review*, N° 96.
- UCC/OPP (Uruguay Crece Contigo/Oficina de Planeamiento y Presupuesto) (2014) "Uruguay Crece Contigo. Primeros resultados y alcance de las metas fijadas para el 2013 y proyecciones a diciembre de 2014", presentación realizada por el Director de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Montevideo, diciembre.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2014), *Estado Mundial de la Infancia 2014. Todos los niños y las niñas cuentan*, Nueva York [en línea] <http://www.unicef.org/spanish/sowc2014/numbers/>.

- \_\_\_\_ (2013), *Committing to Child Survival: A Promise Renewed. Progress Report 2013*, Nueva York.
- Valencia Lomelí, E., D. Foust Rodríguez y D. Tetreault Weber (2013), “Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: México”, *Documentos de Proyecto* (LC/W.512), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Vegas, E. y L. Santibáñez (2010), *La promesa del desarrollo en la primera infancia en América Latina y el Caribe*, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Vera-Hernández, M. y otros (2010), *Transferencias monetarias condicionadas y nutrición infantil*, EurosociAL [en línea] <http://biblioteca.programaeurosocial.eu/PDF/Fiscalidad/Fiscal15.pdf>.
- Veras Soares, F., R. Perez Ribas y R. Guerreiro Osório (2007), “Evaluating the impact of Brazil’s Bolsa Família: Cash transfer programmes in comparative perspective”, *IPC Evaluation Note*, N°1, International Poverty Centre, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Villapando, S. y otros (2006), “Fortifying milk with ferrous gluconate and zinc oxide in a public nutrition program reduced the prevalence of anemia in toddlers”, *Journal of Nutrition*, N° 136.
- Walker, S. y otros (2005), “The effects of growth restrictions in early childhood on growth, IQ, cognition at age 11 to 12 years and the benefits of nutritional supplementation and psychosocial stimulation”, *Journal of Pediatrics*, vol. 137, N° 1.