

POLITICAS PARA EL COMIENZO DE LA VIDA

JORGE ENRIQUE VARGAS GONZÁLEZ

DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES. NIÑEZ Y JUVENTUD
CENTRO DE ESTUDIOS AVANZADOS EN NIÑEZ Y JUVENTUD
UNIVERSIDAD DE MANIZALES – CINDE

ENTIDADES COOPERANTES:
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES, UNIVERSIDAD DE
CALDAS, UNICEF, UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA,
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL, UNIVERSIDAD CENTRAL,
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

MANIZALES
2013

POLITICAS PARA EL COMIENZO DE LA VIDA

JORGE ENRIQUE VARGAS GONZÁLEZ

Tutor

Dr. JORGE IVAN GONZALEZ BORRERO

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de
Doctor en Ciencias Sociales. Niñez y Juventud

DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES. NIÑEZ Y JUVENTUD
CENTRO DE ESTUDIOS AVANZADOS EN NIÑEZ Y JUVENTUD
UNIVERSIDAD DE MANIZALES – CINDE

ENTIDADES COOPERANTES:
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES, UNIVERSIDAD DE
CALDAS, UNICEF, UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA,
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL, UNIVERSIDAD CENTRAL,
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

MANIZALES
2013

Nota de aceptación

Presidente

Jurado

Jurado

Manizales, mayo de 2013

Mis sinceros agradecimientos a Sara Victoria Alvarado por convencerme de hacer este trabajo, a Jorge Iván González y María Cristina García por su acompañamiento, a Carlos Sojo, Fernando Peñaranda y Alejandro Acosta por sus valiosos comentarios, a Juan José

Botero por sus luces, a Daniel Gómez, María Atuesta y María Camila Pacheco por su apoyo en la recolección de información, a mis compañeros de Doctorado y a los colegas del CINDE por su afecto y su inteligencia, a mis alumnos por sus inquietudes y críticas, a los colegas y amigos del Banco Mundial, UNICEF, la Mesa Colombiana de Infancia y Adolescencia, el Programa de Cero a Siempre, la Fundación Corona, la Fundación

Empresarios por la Educación y la Fundación Éxito, por el diálogo siempre enriquecedor y siempre abierto, y a Nancy Forero por su apoyo logístico. Todo mi corazón a mi compañera Gladys y a mis hijos Juan Fernando, Jorge Iván y Anamaría, que están presentes en cada línea de este texto.

A Malena y a todos los que como ella comienzan la vida

Resumen - Abstract

Este trabajo analiza las principales tendencias de las políticas públicas de primera infancia en 10 países avanzados en este campo. Usa como criterios de análisis el estado de los conocimientos sobre la primera infancia de diferentes disciplinas científicas y una visión sobre las implicaciones del enfoque de derechos humanos para la formulación de políticas públicas sociales. Muestra que los avances científicos ponen de relieve el rol de la familia en el desarrollo inicial y que los derechos humanos exigen políticas de garantías universales para lograr que la sociedad sea más justa e integrada. Con esas bases encuentra que en los países examinados las principales tendencias de las políticas de primera infancia están alineadas con el saber científico, especialmente por su énfasis en fortalecer el rol de la familia como el escenario básico de aprendizaje y desarrollo inicial y en promover la participación de las comunidades locales en torno a esos mismos objetivos. Concluye también que el modelo de garantía predominante en esos países es cercano al enfoque de derechos humanos porque enfatiza la universalidad de los servicios y la unicidad de los mecanismos de prestación. Estas políticas están respaldadas por un marco institucional que generalmente tiene un nivel central con funciones de rectoría, fijación de estándares y monitoreo personalizado de resultados, responsabilidades de atención con cargo al nivel local y políticas fiscales muy progresivas en el recaudo.

Palabras claves: primera infancia, políticas públicas, derechos humanos, familia, ciudadanía.

This paper analyzes the main trends of early childhood policies in 10 countries advanced in this field. The analysis criteria is the state of knowledge on early childhood from different scientific disciplines and a vision of the implications of the human rights approach to the formulation of social policies. It shows that scientific knowledge highlight the role of the family in the initial development and human rights require universal guarantees policies to make the society more just and integrated. With these

bases it finds that in the examined countries the major trends in early childhood policies are aligned with scientific knowledge, especially in its emphasis on strengthening the role of the family as the basic scenario of early development and learning and its promotion of local communities' participation around those same goals. It also concludes that the predominant security model in these countries is close to the human rights approach because it emphasizes the universality of services and the uniqueness of the lending mechanisms. These policies are supported by an institutional framework which generally has a central level with governing body functions, setting and monitoring standards, personalized results monitoring, care responsibilities under the local level and very progressive tax collection.

Keywords: early childhood, public policy, human rights, family, citizenship.

Contenido

| | |
|--|------|
| Resumen - Abstract | i |
| Contenido | viii |
| 1. Introducción | 1 |
| 1.1. Importancia de la primera infancia | 1 |
| 1.2. La primera infancia apenas emerge en el ámbito del conocimiento científico y de la política pública | 2 |
| 1.3. La pregunta que guía este trabajo | 2 |
| 1.4. Nota metodológica | 4 |
| 2. El saber científico sobre la primera infancia | 10 |
| 2.1. El camino de los descubrimientos científicos sobre la primera infancia | 10 |
| 2.2. Lo animal y lo humano | 11 |
| 2.3. Neurociencias: la primera infancia es la etapa de los desarrollos neuronales para toda la vida | 13 |
| 2.4. Pediatría y psicología: la etapa de la formación del carácter | 25 |
| 2.5. Sociología y psicología social: La etapa de adquisición de capacidades para la vida social | 32 |
| 2.6. Filosofía y neurociencia: el “acoplamiento armonioso” y la construcción de la identidad ética | 36 |
| 2.7. Medicina: La etapa determinante de una buena salud | 40 |
| 2.8. Economía: La etapa donde se reproduce o se elimina la desigualdad social | 42 |
| 2.9. Economía: la etapa en que el beneficio de la inversión de la sociedad es mayor | 47 |
| 2.10. Ética: la atención a la primera infancia nos hace mejor sociedad | 54 |
| 3. Los derechos humanos y la primera infancia..... | 59 |
| 3.1. Por qué los derechos humanos | 59 |
| 3.2. ¡Los más pequeños tienen derechos! | 62 |
| 3.3. Los derechos humanos aplicados a la primera infancia..... | 64 |
| 3.4. La garantía estatal de los derechos humanos | 64 |

| | |
|--|-----|
| 3.5. Principios de los derechos humanos | 68 |
| 4. Tendencias de las políticas públicas de primera infancia en 10 países | 84 |
| 4.1. Las políticas de primera infancia son apenas nacientes | 84 |
| 4.2. Una mirada sobre 10 países | 85 |
| 4.3. Políticas públicas de apoyo a las familias en torno al cuidado de la primera infancia | 87 |
| 4.3.1.Tiempo: políticas para facilitar la permanencia de las madres y padres con sus hijos | 88 |
| 4.3.2.Dinero: Políticas de provisión de apoyos monetarios para la primera infancia | 107 |
| 4.3.3.Conocimiento: Políticas de formación y acompañamiento a las familias para la crianza | 125 |
| 4.4. Políticas públicas de movilización de las comunidades frente a la primera infancia | 130 |
| 4.4.1.Políticas de fomento de las actividades comunitarias para la protección y desarrollo de la primera infancia..... | 131 |
| 4.4.2.Políticas de creación de espacios comunitarios para la protección y desarrollo de la primera infancia | 133 |
| 4.5. Políticas de provisión de servicios estatales de atención directa a los niños y niñas | 134 |
| 4.5.1.Servicios de registro civil y monitoreo de la primera infancia | 135 |
| 4.5.2.Servicios de guardería y de educación inicial | 151 |
| 4.5.3.Protección social de la primera infancia | 163 |
| 4.5.4.Atención a niños y niñas en condiciones especiales | 167 |
| 4.5.5.Atención especial a niños y niñas en situación de emergencia | 172 |
| 4.6. Marco de garantías y modelos organizacionales..... | 177 |
| 4.6.1.Marco legal de garantías | 177 |
| 4.6.2.Dirección del sistema de atención a la primera infancia | 182 |

| | |
|---|------------|
| 4.7. Modelos de relaciones interterritoriales, atención de la primera infancia, aseguramiento de calidad y financiamiento | 192 |
| 5. Conclusión y análisis final | 198 |
| 6. Bibliografía | 207 |
| 6.1. Trabajos citados | 207 |
| 6.2. Fuentes de los estudios nacionales | 214 |
| Anexo 1: Proceso de selección de la muestra de países..... | 225 |
| Anexo 2: Síntesis de los Sistemas Nacionales de Atención a la Primera Infancia | 237 |
| Anexo 3. Modelos nacionales | 381 |

1. Introducción

1.1. Importancia de la primera infancia

Hasta la segunda mitad del siglo XX se pensó que la primera infancia era una etapa de acumulación de capacidades físicas y de adiestramiento simple que permitía prepararse para el verdadero desarrollo de los individuos que comenzaría a partir del “uso de razón” y con el acceso a los aprendizajes escolares.

Fue una gran equivocación. Hoy se sabe que la primera infancia es la etapa principal del desarrollo de cada ser humano pues en ella tienen curso los procesos que determinan sus capacidades afectivas y emocionales, cognitivas e intelectuales, relaciones, físicas y sensoriales. Lo que ocurre –o lo que no ocurre– durante la primera infancia determina las posibilidades de crecer con bienestar y de tener una vida adulta saludable, a la vez que desarrolla en cada quien sus particulares capacidades de aprendizaje e innovación, sus habilidades de interacción social y cooperación y sus dinámicas para ser productivo.

No hay una definición científica interdisciplinar de primera infancia. El término alude de manera más o menos arbitraria a una etapa del ciclo de vida, pero hay divergencias sobre su comienzo y finalización. Para algunos se inicia con la gestación, para otros empieza a los 4 meses de vida fetal cuando comienza el desarrollo del sistema neuronal, para otros arranca en el nacimiento y para otros tras el primer año de vida (después de los períodos de gestación y lactancia). Su finalización suele trazarse en el momento en que comienza la etapa escolar vinculada a la educación básica, la cual, según normas de distintos países, comienza tras cumplir 6 o 7 años (el preescolar y la transición al período escolar se incluyen en la primera infancia).

Este trabajo tiene como referentes diferentes disciplinas que se ocupan de la primera infancia, las cuales plantean que ésta abarca procesos biológicos, afectivos y

sociales que se inician durante el proceso de gestación y tienen sus puntos culminantes antes de cumplir los 7 años de vida.

1.2. La primera infancia apenas emerge en el ámbito del conocimiento científico y de la política pública

Los *descubrimientos científicos* sobre la primera infancia están cambiando la concepción que teníamos sobre esta etapa de la vida, pero están aún en fase incipiente, les falta articulación interdisciplinar y han tenido relativamente poca divulgación, de tal modo que su conocimiento por gran parte de la población, incluidos los gestores de políticas públicas, suele ser fragmentario y superficial.

Las *políticas públicas* de primera infancia han comenzado a desarrollarse en diferentes países después del reconocimiento expreso de que los niños y niñas que comienzan la vida tienen derechos que implican garantía estatal. Los derechos de los niños fueron explícitamente promulgados por primera vez por las Naciones Unidas en 1959 y tan solo en 1989 fueron desarrollados en detalle por la Convención Universal de los Derechos del Niño. Por tanto, la primera infancia comienza a ser objeto de política pública apenas en la segunda mitad del siglo XX, inicialmente en muy pocos países, y de manera generalizada a partir de la última década del siglo XX y la primera del XXI.

La novedad de los descubrimientos de la ciencia sobre primera infancia, el reciente reconocimiento de los derechos de los niños y niñas y el todavía más novedoso abordaje de políticas públicas para la primera infancia en las naciones del mundo hablan de un ámbito que apenas comienza, en el que las políticas no siempre son acordes con los derechos y con los avances científicos.

1.3. La pregunta que guía este trabajo

La presente investigación busca determinar *que características tienen en el mundo contemporáneo las mejores políticas públicas por la primera infancia.*

Los esfuerzos por mover la frontera del conocimiento y la preocupación por mejorar las políticas públicas para la primera infancia son muy amplios en todo el mundo. Se está expandiendo rápidamente la conciencia de que el desarrollo adecuado de la primera infancia es decisivo para lograr una sociedad equitativa y justa, con bienestar colectivo y capacidad productiva, es decir con desarrollo humano y prosperidad sostenibles.

Para cada país resulta esencial alinear sus políticas públicas con los avances científicos y aprender de la experiencia de las intervenciones de política existentes en otras naciones. De hecho, en cada país las políticas de primera infancia son explícitas en sus fundamentos teóricos y los funcionarios gubernamentales que las orientan suelen tener como referentes modelos de otros países. Pero, esos referentes ¿serán óptimos y suficientes?

Para aprender del conocimiento y la experiencia disponibles es necesario sistematizar y valorar. Este trabajo pretende precisamente eso. Su objetivo es incidir en las políticas públicas de primera infancia. Para ello, se orienta a lograr una mejor comprensión por los ciudadanos comunes sobre lo que la ciencia nos enseña respecto de la primera infancia y sobre las características de las estrategias gubernamentales mejor concebidas para contribuir al desarrollo de la primera infancia. ¿Por qué dirigir este trabajo a los ciudadanos comunes? Porque son sus demandas las que promueven políticas públicas sólidas, porque es su conocimiento el que puede hacer una mejor vigilancia ciudadana de la acción gubernamental y porque su movilización es la que puede lograr las mejores condiciones de atención gubernamental al buen comienzo de la vida. Con el reto de no apartarse del rigor científico, este trabajo busca situarse en lo que Kant, Habermas y Rawls han llamado el “compromiso público de la razón”: apoyo al entendimiento y a la vez motivación de la sensibilidad para la acción, y por esta vía contribución al avance de la virtud cívica.

1.4. Nota metodológica

Enfoque

¿Cómo saber cuáles son las mejores políticas públicas? Esta pregunta se ha convertido en el problema central del análisis de la gestión pública, particularmente en los últimos años, porque alude al alcance de la evaluación requerida para mejorar la calidad de la política (Baltazar, 2008) (Roth, 2009a) (Roth, 2009b).

En principio parecería que la mejor evaluación sería la que examina los *resultados* de diversas políticas, como es usual en la investigación social tradicional. Pero, para este caso, tal enfoque es inadecuado porque las políticas públicas de primera infancia son recientes y sus resultados finales –que suelen definirse como ganancias en calidad de vida y cohesión social y como inserción social y productiva– no están disponibles porque la primera generación cubierta con tales políticas apenas comienza la vida adulta. La primera infancia implica además a muy distintos saberes que aún no están suficientemente articulados, lo cual hace que la evaluación de impacto de su desarrollo y por ende de las políticas que la asisten no sea aún posible.

Tampoco resultan adecuadas las evaluaciones de política pública de tipo “gerencial” que observan el costo-efectividad de las acciones emprendidas. Esto se debe a dificultades para estimar tanto la efecto como costo. No existen aún suficientes criterios para valorar *de manera integral* la efectividad en el corto y largo plazos del conjunto de las estrategias de protección y desarrollo propias de una política pública de primera infancia, por lo cual suelen usarse aproximaciones muy parciales, como rendimiento escolar en la adolescencia, ingresos y patrimonio obtenidos en la edad adulta o ausencia de comportamientos violatorios de la ley que impliquen gastos públicos en correctivos. Tampoco son satisfactorias aún las metodologías para el cálculo de los costos fiscales de la atención a la primera infancia, pues pueden establecerse las magnitudes de inversión directa pero no las de inversión indirecta que tienen alto impacto en su protección y desarrollo, como el costo por niño en primera infancia de

gastos públicos en agua potable, vivienda y hábitat, movilidad o calidad del entorno ambiental.

Optaremos por una evaluación que mirará la *pertinencia conceptual y de filosofía política de los programas*. Se ha optado por el “enfoque de diseño” (Bobrow, D. y J. Drysek, 1987). Su propuesta parte de la base de que las políticas públicas tienen por objetivo consolidar valores y darles condición de posibilidad y permanencia. La elaboración, legitimidad y aplicación de tales políticas se realiza en escenarios de intereses y finalidades diversas y en pugna, y por ello son cambiantes y se adecúan a los significados que sus propios actores imponen sobre la marcha, más allá de la formulación inicial. Ante esta realidad, la neutralidad del analista político es un mito, pues el científico social no puede acercarse a ellas con una mirada carente de valores. El examen de la política no puede evitar tomar partido ante los hechos que trata de explicar. En consecuencia, lo esencial en el análisis de políticas públicas es identificar los valores que ellas logran propiciar y los valores con los cuales el analista realiza su examen.

La investigación comenzará por crear su marco de análisis. Éste considera que las políticas públicas de primera infancia deben alinearse con el conocimiento científico disponible sobre el desarrollo infantil inicial para poder impactarlo y ser consecuentes con el enfoque de derechos humanos porque éste recoge los valores que la humanidad ha determinado que deben gobernar sus políticas y son por tanto el soporte de su validez ética. En consecuencia, la investigación realizará en el primer capítulo una sistematización del estado actual del conocimiento científico sobre la primera infancia identificando las implicaciones de política derivadas de él, y en el segundo capítulo hará una formulación de los principios de los derechos humanos aplicados a la primera infancia que son fundamento de las políticas públicas respectivas.

El tercer capítulo se ocupará de identificar mediante una amplia consulta documental las principales tendencias de enfoque y gestión observadas en 10 países destacados por la solidez de sus políticas públicas de primera infancia. Las conclusiones

plantearán las tendencias observadas en ese conjunto de países que son compatibles con el conocimiento científico y el enfoque de derechos humanos. Las conclusiones plantearán la pertinencia conceptual y de filosofía política de las tendencias observadas, destacando las que son más cercanas a los hallazgos científicos y el enfoque de derechos humanos.

De este modo el trabajo seguirá la propuesta de Bobrow y Dryzek de hacer explícito el enfoque valorativo del análisis y luego ocuparse en determinar qué buscan propiciar efectivamente las políticas públicas analizadas. El resultado no pretende ser “la verdad” sino una mirada desde una perspectiva explícita que es entregada al debate y espera que éste sea enriquecido con otras miradas de perspectivas dispares.

Metodología del análisis

De acuerdo con el enfoque descrito, la investigación es un *análisis de las tendencias* de las políticas públicas de primera infancia en un grupo seleccionado de países, buscando identificar las estrategias predominantes de política (alcance de las garantías) y los mecanismos institucionales establecidos para materializarlas (provisión de las garantías).

El análisis de las tendencias de la política pública de primera infancia es evaluativo, buscando identificar aquellas que sean más consistentes con el conocimiento científico disponible sobre la primera infancia y más alineadas con el enfoque de garantía a los derechos humanos que debe guiar las políticas públicas.

El análisis de las tendencias en cuanto a los **mecanismos institucionales** busca tipificar modelos predominantes en materia de marco legal de garantías, mecanismos de dirección, relaciones interterritoriales, carácter oficial o privado de la prestación, modos de rendición de cuentas y fuentes de financiamiento

Se trata por tanto de un análisis interpretativo interdisciplinario desde la filosofía política, la ciencia política y las disciplinas que se ocupan de la primera infancia, como neurociencia, psicología, sociología, pediatría, medicina y economía, buscando la comprensión integral del contexto de las tendencias en las políticas públicas analizadas (Parsons, 2007).

Países seleccionados como muestra¹

La muestra está constituida por 10 países representativos de las tendencias de punta en políticas de primera infancia. Dado que no existen análisis comparados de políticas de primera infancia ni una batería de indicadores de impacto de largo plazo, se utilizó el Estado Mundial de Infancia de UNICEF, que hace un ranking de países en mortalidad de menores de 5 años, considerado el mejor indicador actualmente disponible internacionalmente para medir el bienestar de los niños y niñas.

El análisis del índice mostró que no era conveniente escoger directamente los países que figuran en los primeros lugares porque algunos de ellos tienen poblaciones mínimas y sus políticas son de carácter local (como Liechtenstein y San Marino que figuran en la primera posición) y otros tienen políticas de primera infancia muy similares entre sí, lo cual afectaba la diversidad de tendencias esperada de la muestra (como Finlandia, Noruega y Suecia, que están en la segunda posición).

Con el propósito de hacer una muestra de 10 países rica en diversidad, se tomaron como base los que están en las primeras 5 posiciones del ranking, que son en total 40, y se decidió aplicar tres filtros para identificar características que maximizaran la relevancia del análisis.

El primer filtro fue cobertura poblacional y por ende complejidad de la política de primera infancia, por el cual se excluyeron los países con menos de 500 mil niños y

¹ El Anexo No. 1 contiene una descripción detallada de la formación de la muestra.

niñas en primera infancia. El segundo fue diversidad de regiones y modelos que buscó representatividad de diversas regiones del mundo y exclusión de los que tenían similitudes con otros de mayor complejidad. El tercero fue disponibilidad y acceso a toda la información requerida, que prescindió de 3 que presentaron restricciones de acceso a la información y otros tres que en el momento del análisis estaban realizando ajustes aún no claramente determinados de sus políticas de primera infancia. Finalmente se adicionó Chile, que está en la posición 8 del ranking mundial, con el propósito de tener las características de un tercer país de América Latina, que se ha distinguido por sus avances en política de infancia y adolescencia desde la segunda década del 2000 y ha servido como modelo a otros países de la región y se vio necesario, en el caso del Reino Unido (formado por 4 países), mirar por separado a Inglaterra e Irlanda del Norte.

Como resultado, la muestra quedó configurada por 10 países considerados como los de mayor avance en el ámbito de las políticas públicas de infancia, y que además tienen estrategias diferentes para realizarlas. Son los siguientes:

- **Australia:** junto con Nueva Zelanda, el más avanzado en garantías para la primera infancia en el Pacífico Sur y Oceanía.
- **Canadá:** el más avanzado de Norte América en el índice Mundial de Infancia. Tiene un sistema atípico de atención a la primera infancia, con alta participación privada y gran pluralidad de políticas subnacionales.
- **Chile:** con los mejores resultados de Sur América en primera infancia. Ha hecho en los últimos años grandes cambios en su política de primera infancia y suele ser propuesto por los Bancos Multilaterales y algunos organismos de cooperación como el modelo para América Latina.

- **Cuba:** es reconocido como el país de América con mayores avances en garantías para el desarrollo de la primera infancia y es comúnmente citado como el de los más grandes avances en indicadores de impacto.
- **Dinamarca:** se destaca por sus garantías a la primera infancia mediante un modelo diferente a los otros tres países nórdicos.
- **Francia:** su sistema de garantías a la primera infancia es considerado como el de mayor peso en la operación directa estatal en Europa Occidental.
- **Inglaterra:** su sistema de garantías a la primera infancia ha sido transformado varias veces durante los últimos años en busca de un modelo adecuado a nuevos y más ambiciosos objetivos de política.
- **Holanda:** su sistema de garantías públicas para la primera infancia es de alto impacto y se destaca, al contrario de Francia, por ser el de mayor participación privada en Europa.
- **Irlanda del Norte:** tiene un sistema similar al británico, pero con adaptaciones a una nación con menor nivel de desarrollo relativo que hizo de la atención de la primera infancia un factor de integración social post-conflicto.
- **Suecia:** tiene el alto nivel de garantías a los derechos de la primera infancia propio de los países nórdicos, con un modelo sustancialmente diferente del danés.

2. El saber científico sobre la primera infancia

2.1. El camino de los descubrimientos científicos sobre la primera infancia

Por muchos años los niños y niñas no fueron objeto de investigación científica. De ellos comenzó a ocuparse tímidamente la pedagogía apenas hacia finales del siglo XIX, cuando a su tradicional perspectiva centrada en qué y cómo enseñar –los objetos de enseñanza– sumó preguntas sobre quién es el que aprende –el sujeto del aprendizaje–. Pero estas primeras preocupaciones apenas tocaban marginalmente a la primera infancia.

Una de las primeras aproximaciones investigativas a la primera infancia puede atribuirse a Sigmund Freud, quien mostró en la primera década del siglo XX que los niños viven un proceso particular de desarrollo *influido de manera determinante por su círculo de afectos* y que *la estructura básica de la psiquis de las personas se forma durante los primeros 6 años de vida* (Freud, 1905) (Freud, 1909).

A partir de la década de los 20, Jean Piaget se ocupó de la génesis del pensar humano y el desarrollo de las capacidades cognitivas en los niños y niñas, y demostró que *el proceso de desarrollo del pensamiento comienza en los primeros años*. La primera infancia se afianzó como etapa de vida con interés científico cuando Piaget descubrió que había diferencias esenciales en el modo de pensar y aprender en diferentes momentos de la vida infantil. Su teoría psicogenética tuvo alto impacto en el pensamiento filosófico y en las perspectivas de la biología y la psicología, especialmente a partir de los años 50 (Piaget, 1950).

También fueron paradigmáticos los descubrimientos científicos hechos desde la década del 20 por Lev Vygotsky, con énfasis en la relación entre el lenguaje y el pensamiento, la formación de conceptos en la primera infancia y los vínculos *entre el aprendizaje inicial y el desarrollo de los seres humanos durante toda su vida* (Vygotsky,

1939). Por efecto de la censura soviética, su obra, extraordinariamente precoz, apenas comenzó a conocerse en occidente a partir de los años 60.

La comprensión de la primera infancia también proviene de avances recientes de la pediatría. Desde los años 70, Terry Brazelton y su equipo de investigadores han puesto de presente que la primera infancia es un proceso de *creación de capacidades esenciales para la vida*. Sus experimentos muestran que los niños nacen con un organismo complejo y avanzado que tiene grandes potencialidades y requiere estimulación para su desarrollo (Brazelton T., 1974).

Tras aquellos planteamientos pioneros, los mayores avances del conocimiento científico sobre la primera infancia comenzaron a finales de los años 80 con el boom de las neurociencias. Las modernas tecnologías de escaneo permitieron observar en pleno funcionamiento el comportamiento de las neuronas y el intercambio entre ellas. Los hallazgos permearon de manera paradigmática a diversas disciplinas, dando lugar a vertientes conceptuales como la neurociencia cognitiva, la lingüística cognitiva, la neuropsicología del desarrollo y la teoría del pensamiento racional, que han evolucionado en íntima conexión con la filosofía de la mente. Sus descubrimientos, que se analizan más adelante, transforman radicalmente la comprensión de la primera infancia².

2.2. Lo animal y lo humano

En esencia, los descubrimientos nos muestran que para nosotros, los animales humanos, lo animal data de hace al menos 180 millones de años (la época de los primeros mamíferos) y por eso está en nuestro ADN, mientras que lo humano comenzó a definirse hace apenas unos pocos miles de años y sigue desarrollándose día a día.

² Este capítulo tiene elementos de un trabajo previo publicado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (Vargas, J.E., 2011).

Lo humano alude a nuestra manera de existir en el mundo como criaturas inteligentes. Es por excelencia un proceso de construcción continua y aprendizaje colectivo. Hace tan solo 40 mil años comenzó el lenguaje, hace 10 mil se plantaron los primeros cultivos, hace 5 mil comenzó el uso de la rueda y de la escritura, hace 250 años nació la democracia política, hace un poco más de 50 años comenzaron a reconocerse universalmente los derechos de las personas y tan solo las últimas dos generaciones comienzan a tener sensibilidad activa en materia de equidad de género, multiculturalidad o sostenibilidad ambiental. Por su antigüedad, nuestra vieja esencia animal nos viene dada genéticamente, pero nuestras características humanas, en cambio, deben ser aprendidas y desarrolladas por cada generación y cada individuo. La primera infancia es, por excelencia, el período de la vida en que cada uno de los seres humanos recibe e incorpora las capacidades, conocimientos, habilidades, sensibilidades, y comportamientos de los seres humanos. Esta transferencia de la herencia humana puede ser generosa o avara, equitativa o discriminante, con aprendizajes disímiles según el contexto.

Vamos a mostrar los tres aspectos transversales de estos descubrimientos científicos: que durante la primera infancia se logran los aprendizajes básicos para toda la vida y el desarrollo de la identidad ética, que este aprendizaje se basa en la experiencia propia y que el actor decisivo para propiciarlo es la familia³. Ello nos permitirá concluir que las políticas públicas de primera infancia deben tener como ejes centrales propiciar la experiencia básica de la vida humana que se basa en el “movimiento propio” y apoyar a las familias para que puedan acompañar de la mejor manera posible el desarrollo de los niños y niñas durante la primera infancia. Para realizar esta demostración con una perspectiva interdisciplinaria examinaremos los

³ El concepto de familia es cultural, social y jurídico y por eso mismo históricamente determinado. En este trabajo **familia** alude al círculo más cercano de relaciones estables y permanentes del niño o niña, con el cuál éste establece –o busca establecer– sus más intensas relaciones de afecto. Por extensión, los términos padre y madre aluden a roles de crianza y no necesariamente a vínculos de consanguinidad. Tales conceptos se usan acá sin distinción de familias nucleares o extensas, con estructuras biparentales, monoparentales u homoparentales, familias adoptivas o roles compartidos.

planteamientos de diversas vertientes del pensamiento: neurociencias, pediatría, psicología, sociología, biología y medicina, filosofía y economía.

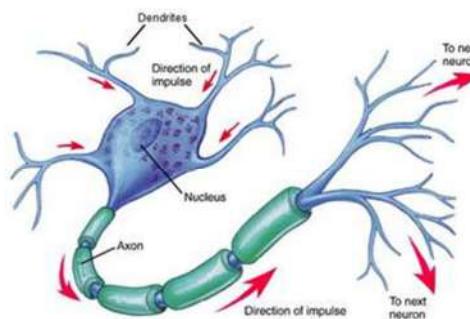
2.3. Neurociencias: la primera infancia es la etapa de los desarrollos neuronales para toda la vida

El sistema neuronal humano se construye con experiencias

El sistema neuronal gobierna y opera nuestro cuerpo, orienta nuestras percepciones y comportamientos, define el autocontrol y nos permite pensar y aprender. Sus unidades primarias son las **neuronas**, que están distribuidas en todo el organismo.

Gráfica No. 1

Neurona

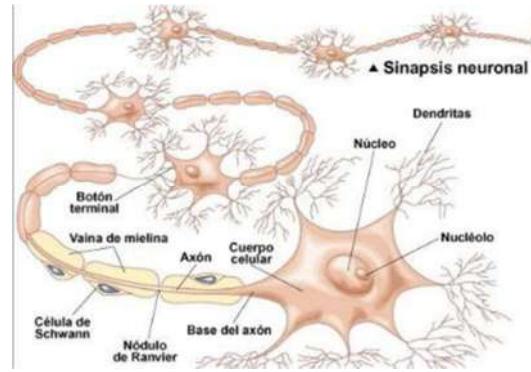


Fuente: (Wikisaber, 2012)

Las neuronas son esencialmente trasmisoras y distribuidoras de impulsos electroquímicos. Cuando nacemos, la mayoría está desconectada. Aisladas tienen poca o ninguna utilidad, pero está latente su capacidad para conectarse. Una neurona se conecta utilizando el axón, que es la prolongación con capacidad de conducción eléctrica que tiene cada una y se extiende hacia otra para conectarse a través de las dendritas de ésta última (Ver Gráfica No. 1).

La creación de estos enlaces que permiten conexiones electroquímicas entre las neuronas se llama **sinapsis**. Las conexiones sinápticas se refuerzan mediante la **mielinización**, que es el proceso de recubrimiento con una capa de mielina que protege los axones y aumenta la transmisión eléctrica en las vías interneuronales que se van creando (Ver Gráfica No. 2).

Gráfica No. 2
Sinapsis Neuronal y Mielinización



Fuente: (Neuroanatomía-UFRO, 2012)

Para que las neuronas se conecten es necesario que haya estímulos. Sin éstos, no se conectan. Los estímulos llegan a través de los órganos sensoriales: la vista, el oído, el olfato, el gusto y el tacto. Esos estímulos inducen a las neuronas a conectarse con otras. En la medida en que se conectan conforman un sistema de intercambios, el **sistema neuronal** (también conocido como sistema nervioso), cuyo centro decisor es el cerebro.

Esto quiere decir que *el desarrollo del sistema neuronal se basa en las experiencias a las que está expuesto el niño o niña y llegan por sus sentidos*. Esas experiencias determinan el desarrollo cerebral.

A mayor cantidad y diversidad de estímulos, mayor número y complejidad de la red de conexiones neuronales que son las que nos dan capacidades para sentir,

comprender y actuar, para procesar el mundo, y por supuesto, para adquirir y producir conocimiento.

Además de los estímulos, la mielinización está condicionada por la **nutrición** y muy especialmente por la lactancia materna, puesto que ella es la mejor proveedora de los ácidos grasos que conforman la mielina y se realiza en un proceso de interacción afectiva que también estimula el avance sináptico.

Gráficas No. 3
Sistemas neuronales en operación



Fuentes: (La Neuropatía - blogspot, 2012)y (Biology Reference, 2012)

La interconexión neuronal delinea lo que es cada persona. Como veremos enseguida, la sinapsis comienza desde la época intrauterina y está esencialmente concluida a los dos años. Por tanto, el proceso de interconexión neuronal se desarrolla casi totalmente durante la primera infancia, así que durante ella se establecen los rasgos esenciales de la personalidad y se crean las principales capacidades o limitaciones en materia de desarrollo físico y emocional, aptitudes de convivencia y destrezas cognitivas.

Desarrollos neuronales durante la gestación

Hacia los cuatro meses de gestación comienza el desarrollo del andamiaje neuronal propicio para las **funciones cognitivas superiores** que son las que permiten pensar y crear. Poco antes de los cinco meses se inicia el desarrollo de los **circuitos sensoriales y del lenguaje**, que son los sistemas neuronales dedicados a los sentidos (especialmente la visión, la audición y el tacto) y los que permiten la comunicación verbal (capacidad de escucha y de habla). Estos dos circuitos neuronales, que están interrelacionados, tienen sus estructuras básicas a los tres o cuatro meses después del parto y están casi totalmente culminados dos años después del nacimiento. Su desarrollo depende desde la etapa intrauterina de estímulos externos (como voces, caricias, movimientos, luces y sombras). Como se verá más adelante, las fortalezas o limitaciones en el desarrollo de estos circuitos impactan decisivamente y para toda la vida las habilidades de lenguaje y cognición.

Durante la gestación se desarrolla también el **circuito de control del estrés**, que tiene su eje en la amígdala, que es la parte del cerebro que controla las emociones y el miedo. El estrés prenatal aumenta los niveles de la hormona reguladora de la duración del embarazo y la maduración del feto, incrementando así los riesgos del embarazo. Las situaciones de estrés inducen al hipotálamo para activar en la hipófisis la producción de ACTH que a su vez estimula a la glándula suprarrenal para producir cortisol, el cual tiene efectos negativos sobre diversos órganos del feto, incluidos el cerebro, el sistema nervioso autónomo (respiración, presión arterial), el sistema inmunológico y diversos procesos metabólicos (McEwen, 2002). La madre, las personas cercanas y el entorno pueden inducir condiciones de alto estrés en el sistema neuronal del bebé, y también pueden proveerle de capacidades para controlar el estrés, trazando un patrón para el resto de la vida.

El desarrollo de los tejidos y estructuras del feto –y por tanto de los sistemas neuronales– requiere de una adecuada **nutrición** de la madre. Por encima de la dieta normal pregestacional, durante la gestación la madre requiere alrededor de 13% más de

calorías, 12% más de proteínas, 50% más de hierro (que por lo general exige suplementación con medicamentos) y hasta 100% más de algunas vitaminas como ácido fólico (Krasovec, K and M.A. Anderson editors, 1991).

El estrés de la madre durante la gestación, el consumo de alcohol, psicoactivos y, en general drogas, y las deficiencias nutricionales son las dos principales causas del bajo peso al nacer. Estos factores están asociados además con bajas capacidades cognitivas, bajo desarrollo del lenguaje y dificultades de aprendizaje (Pugh, 1995), y con la incidencia de enfermedades cardíacas, respiratorias y metabólicas durante la vida posterior (Mustard, 2006).

Se concluye entonces que *durante la gestación los determinantes del desarrollo neuronal del bebé están relacionados con la salud y nutrición de la madre, con la estimulación adecuada que le sea brindado por la madre y por personas cercanas, y por la ausencia de estrés en la madre y el entorno.*

Desarrollo neuronal después del nacimiento

Los animales nacen con el cerebro cercano a su tamaño definitivo y la mayoría de las conexiones neuronales básicas, de modo que ya desde el nacimiento tienen casi toda la información que necesitan y usan durante toda su vida. Es por eso que suelen poder defenderse solos desde muy recién nacidos y que durante su existencia son y actúan como sus padres.

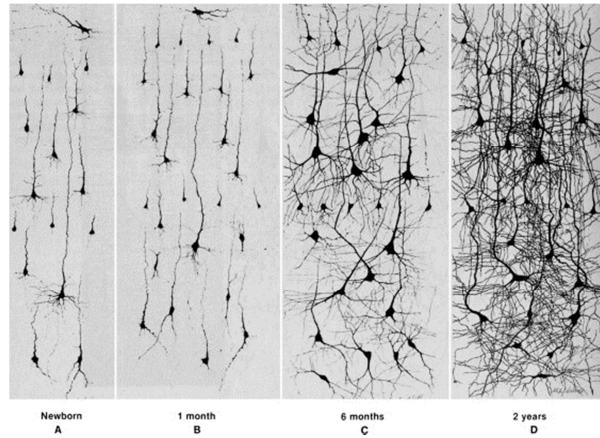
Los humanos, en cambio, nacemos con un cerebro que es sólo un tercio del definitivo. En el momento del nacimiento, el cerebro de un niño o niña tiene cerca de 100 mil millones de neuronas, pero **apenas 5% de ellas están interconectadas** y en funcionamiento. La información que poseen es mínima, y predominantemente relacionada con el funcionamiento básico del organismo (sistema nervioso autónomo) y las estructuras adquiridas durante la gestación en los sistemas cognitivo, sensorial, de lenguaje y de control de estrés.

El cerebro llega al 90 o 95% de su tamaño a los tres años y a su tamaño final a los seis. Durante esta etapa, el cerebro y el sistema neuronal, además de crecer, reciben del entorno los estímulos que inducirán la configuración de sus estructuras para el resto de la vida. Los humanos requerimos acompañamiento durante varios años al inicio de la vida, no solamente para protegernos porque no podemos valernos solos, sino para facilitar y orientar las condiciones que dan lugar a los procesos de desarrollo neuronal.

La aparente debilidad de un ser dependiente por muchos años es en realidad la mayor fortaleza humana. Es una oportunidad única de adaptación a cualquier tipo de condiciones ambientales y sociales (positivas o negativas). También es una oportunidad de progreso humano, porque cada uno puede llegar a tener mejores condiciones de desarrollo neuronal que sus padres. Una oportunidad que puede ser aprovechada o desaprovechada. Esta es la responsabilidad de la generación preexistente, que es la que guía la entrega o decide la negación de dotaciones a quienes comienzan su vida.

Hacia los 3 años ya están hechas todas las conexiones neuronales básicas para el resto de la vida (ver Gráfica No. 4).

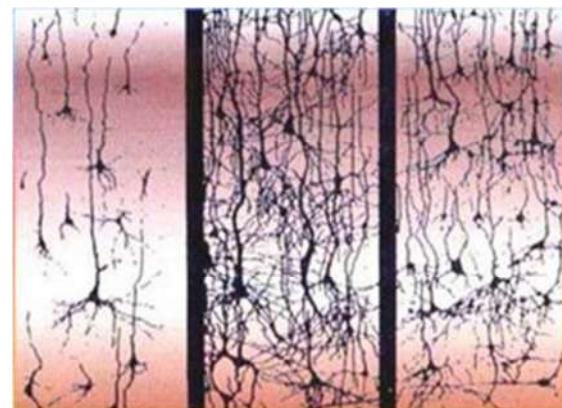
Gráficas No. 4
Conexiones neuronales humanas: 2 primeros años de vida



Fuente: (Science Direct, 2012)

A partir de los 6 años, comienza un proceso que se ha denominado **poda neuronal**, por el cual las conexiones neuronales que no se utilizan se retraen y desaparecen, de modo que no pueden utilizarse más tarde en la vida. De esta manera se llega a una especialización de las estructuras sinápticas. Esto implica que los seres humanos *tenemos las mayores potencialidades de aprendizaje durante los 6 primeros años de vida, que pueden ser aprovechadas o desaprovechadas*.

Gráficas No. 5



Nacimiento

6 años

14 años

Fuente: (Crees Ciencia y Tecnología, 2012)

Poco se hereda, casi todo se recibe y aprende durante la primera infancia

Del análisis anterior se deduce, contrariamente a lo que suponíamos hasta hace poco tiempo, que casi ningún comportamiento, percepción, gusto o habilidad viene predeterminado (Shonkoff J.P. and D. A. Phillips, 2002).

Por mucho tiempo se pensó que los genes imponían la esencia de las estructuras cerebrales y de los comportamientos. Hoy se sabe que las bases organizativas del sistema nervioso están gobernadas sólo parcialmente por los genes. Los genes portan un esquema básico de sistema neuronal, pero durante la primera infancia, los estímulos provistos por quienes nos rodean y por el ambiente depuran, regulan y modifican las interacciones celulares. Con base en la experiencia, en la estructura genética preexistente se desarrollan algunos genes y se apagan otros. Se desarrolla así una dinámica de ganancias y pérdidas que seleccionan las interacciones más eficientes para garantizar primero la supervivencia y luego opciones crecientemente complejas de acción, interacción y comportamiento

De este modo, los estímulos sensoriales crean una experiencia vital que adapta al individuo al contexto en el cual se desarrolla, definiendo las estructuras cerebrales. Aunque la genética reviste importancia, la experiencia de cada bebé influye significativamente sobre la activación y expresión de los genes, especialmente durante el período intrauterino y la primera infancia. Las condiciones existentes en la fase temprana de la vida pueden alterar permanentemente el modo como se expresan los genes.

Una gran cantidad de investigaciones de distinta índole concuerdan en que *la crianza tiene un papel mucho más relevante que la genética en el desarrollo cerebral* y por tanto en el aprendizaje, la salud y el comportamiento (Mustard, 2006), (Zuluaga, 2009).

Como hemos visto, las conexiones neuronales se desarrollan según los estímulos recibidos. Tales estímulos llegan por todos los sentidos y tienen que ver esencialmente con la interacción del niño o niña con quienes están a su alrededor y con su ambiente. Dependen, por tanto, del movimiento, del modo y las características de las conversaciones y sonidos percibidos, de las caricias y de todas las sensaciones del tacto, de los gestos, colores e imágenes, de los olores y sabores, de los modos de alimentación y, en fin, de todo el mundo de interacciones (LeDoux, 2002).

El cerebro adquiere capacidad para aprender, crear y desarrollar autocontrol (Plasticidad neuronal)

El cerebro no solamente se desarrolla gracias a los estímulos que llegan por los sentidos; también tiene capacidad de aprender. Esa capacidad de aprendizaje está asociada a lo que se ha denominado la **plasticidad neuronal**, que es la capacidad del cerebro y todo el sistema nervioso para moldearse con base en sus propios aprendizajes.

El cerebro está en permanente relación con el ambiente y, a la vez, con la estructura psíquica del sujeto. Mediante esta interacción y gracias a los procesos de

excitación e inhibición propios de las neuronas, el cerebro crea aprendizajes y desarrolla memorias que se convierten en capacidades nuevas para adaptarse, reaccionar ante nuevos estímulos y acumular experiencia. En palabras simples, la plasticidad neuronal es la capacidad para aprender y tener autocontrol, que es insospechadamente amplia en los seres humanos.

Múltiples investigaciones muestran que desde el nacimiento, el cerebro organiza las experiencias para convertirlas en sistemas de pensamiento lógico, desarrollando capacidad de abstraer, deducir e inferir. Sobre esta base, los niños y niñas se construyen desde la más temprana infancia como individuos con habilidades y aptitudes particulares, con pensamientos e ideas propios y con actitudes personales frente al mundo y las personas que los rodean (Shonkoff J.P. and D. A. Phillips, 2002).

Por tanto, la experiencia adquirida mediante los estímulos llegados por los sentidos no es simple programación, sino dotación al niño o niña de capacidades de aprendizaje. El aprendizaje, la memoria y la acumulación de experiencia permiten tener capacidad de autocontrol que, como veremos luego, será mayor en cuanto más amplios sean los aprendizajes basados en la experiencia.

La comunicación verbal temprana es decisiva para el desarrollo neuronal y las capacidades cognitivas

Se ha demostrado que la comunicación verbal tiene gran impacto en el desarrollo de capacidades durante la primera infancia. La primera investigación que llevó a esta conclusión se hizo con 42 familias a las cuales se les grabaron las conversaciones de los padres con sus hijos desde que nacieron hasta que cumplieron 3 años. La información recibida se sistematizó y clasificó, y luego se comparó con el desempeño académicos de esos niños y niñas a los 10 años (Hart, B. y Risley, T., 1995).

El estudio demostró que:

- Los niño/as con mayor desarrollo tienen padres que les hablaron más durante los 3 primeros años de vida, mientras que los de menor desarrollo son hijos de padres que les hablaron menos.
- El cociente intelectual y las habilidades de lenguaje y comunicación están estrechamente relacionados con la intensidad de la comunicación verbal de los padres con sus hijos durante los primeros tres años de vida.
- También el desempeño académico de un niño de 10 años está altamente influido por la cantidad y variedad de palabras que escuchó cuando tenía de 0 a 3 años.
- La riqueza de la comunicación verbal está altamente correlacionada con el estrato socio-económico, pero no por el ingreso mismo sino porque los padres de estratos bajos suelen tener una comunicación menos rica en calidad e intensidad, lo cual contribuye directamente a que las habilidades cognitivas de sus hijos sean menores.

Varias investigaciones posteriores han demostrado que el lenguaje es neuronalmente muy complejo pues implica a diversas y extensas estructuras cerebrales. Entre los investigadores se destaca Kenneth Pugh, uno de los pioneros en el uso de imágenes del desarrollo neuronal. Pugh demuestra que la comunicación verbal con el niño o niña durante la gestación y los primeros años (principalmente el primero) incide decisivamente en el desarrollo de diversas zonas del cerebro y estimula la especialización de los dos hemisferios que lo componen. Por eso, la comunicación verbal provista por los padres y la familia es determinante del desarrollo del lenguaje y la interacción verbal durante toda la vida, así como de las capacidades de cognición, las emociones, la memoria, la creatividad, el desarrollo conceptual y las habilidades de aprender (Pugh, 1995).

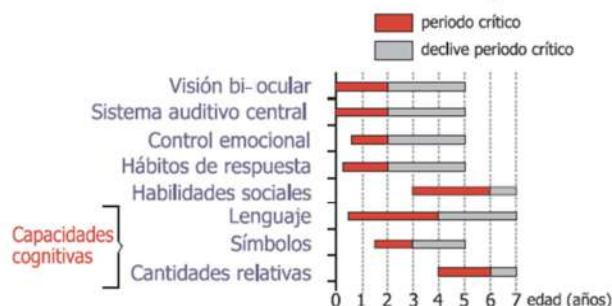
Las habilidades de lectura y escritura que tenga el niño una vez llegue a la etapa escolar dependen en gran medida de la comunicación en la primera infancia. Las estructuras del lenguaje hablado son esenciales para desarrollar el lenguaje escrito. Cabe tener en cuenta que el lenguaje oral es una especialización biológica de los seres humanos, mientras que el lenguaje escrito es una invención cultural. El aprendizaje de la

lectura y la escritura es un gran desafío para la plasticidad cerebral, pues exige modificar los sistemas cerebrales del lenguaje hablado para adecuarlos al procesamiento de la palabra escrita. Por eso en la vida escolar será crucial que el aprendizaje del lenguaje escrito se asocie con el lenguaje hablado para conectar debidamente las estructuras cerebrales que soportan la comunicación (Pugh, K.R. and P. McCardle, 2009).

La primera infancia es crítica para el desarrollo neuronal

La investigación ha demostrado que los períodos críticos en el desarrollo de algunas de las capacidades neuronales decisivas para toda la vida son anteriores a los 6 años y se concentran en gran medida en los tres primeros. Mustard los sintetiza de la manera siguiente:

Gráfica No. 6
Períodos críticos del desarrollo temprano



Fuente: (Mustard, 2003)

Se destaca en esta síntesis que las bases esenciales del control emocional se establecen antes de cumplir 2 años y también las capacidades básicas de interacción (hábitos de respuesta); que las habilidades sociales se adquieren antes de los 6 años; que las estructuras básicas de lenguaje ya han sido sustancialmente definidas hacia los 4

años y que de ellas dependerán en gran medida las capacidades de comunicación verbal y escrita en el futuro; y, que el desarrollo de las demás capacidades cognitivas para la comprensión del mundo también ha tenido su punto culminante antes de los 6 años (Mustard, 2002). Estas estructuras neuronales creadas durante la primera infancia son casi definitivas. Difícilmente pueden ser modificadas en las etapas posteriores de la vida y lograrlo exige procesos extraordinariamente intensos.

Como se diría en lenguaje informático⁴, la primera infancia es la etapa de desarrollo del “hardware” y del “software” operativo cerebral que cada uno tendrá durante toda su vida. La pediatría, la psicología y la sociología permitirán identificar quiénes son los agentes decisivos en el desarrollo neuronal durante la primera infancia.

2.4. Pediatría y psicología: la etapa de la formación del carácter

Todos los eventos de la primera infancia forman el carácter

Desde hace 5 décadas se demostró que en la primera infancia se crean las bases de las emociones, comportamientos y valores. Las experiencias de la primera infancia inciden decisivamente en el carácter, la forma de asumir la vida en sociedad y las relaciones interpersonales. Definen por tanto una persona pacífica o agresiva, creativa o pasiva, un buen o mal ciudadano (www.brazelton.org).

Los niños están preparados para expresar y recibir comunicación desde el momento del parto –o aún antes– mediante multiplicidad de mecanismos no verbales. Aunque los recién nacidos no pueden hablar hasta cumplir un año, llegan al mundo preparados para comunicarse con movimientos del cuerpo, diversos tipos de llanto e innumerables gestos y expresiones faciales. Cada bebé entabla una relación propia con las personas cercanas (su familia) y descifra poco a poco los ritos culturales para alimentarlo, cuidarlo, cambiarlo, arrullarlo y hablarle, convirtiéndolos en pensamiento y

⁴ El lenguaje informático no es pertinente para describir el sistema neuronal humano (Varela, 2003). No obstante, se usa acá la analogía por razones didácticas.

comunicación. A través de este proceso, se adapta al medio y se apropiá de su cultura, a la vez que la cuestiona y la enriquece. Utiliza las risas, las caricias, los juegos, los balbuceos y el llanto para expresar su comprensión de las acciones, intenciones y afectos de los demás y para comunicar sus propios pensamientos, emociones y deseos. De este modo se descubre a sí mismo como ser único, diferente de los demás y a la vez igual a ellos. Se plantea y formula preguntas, se da explicaciones, simboliza y otorga significado a los hechos, las personas y el medio en que habita.

En este contexto de interacciones crea su imagen de sí mismo y del significado de su relación con los demás. Un ejemplo entre muchos, aportado por Brazelton, puede ser ilustrativo. Es usual que los padres no acudan al llamado de los niños que lloran en la noche con el argumento de que ello sirve “para que se discipline y no se malcrie”. Diversos experimentos y análisis comparados demuestran que no responder a los llamados del niño le enseña que lo que él hace no tiene efecto en el mundo y en la sociedad, entregándole una experiencia que lo lleva a incubar sentimientos de impotencia y soledad, la cual puede conducirlo a conductas de apatía y resentimiento. En cambio, si los padres interpretan su llanto, descubriendo que es el medio mediante el cual el niño expresa que tiene miedo, siente hambre, está sucio, tiene frío o siente dolor, y proceden entonces a cargarlo, darle leche, cambiar su pañal, cobijarlo, sacarle los gases o jugar, el niño descubre que sus acciones pueden generar cambios en su mundo y que la comunicación es válida y efectiva, de modo que desarrolla seguridad, confianza, capacidad de diálogo y sentido de pertenencia.

Los niños son sujetos de su propio desarrollo en un proceso interactivo

Hace ya 70 años algunos pedagogos como María Montessori plantearon que los niños y niñas pueden comprender desde edad muy temprana, que su educación debe comenzar desde el nacimiento y deben ser ellos quienes guíen su propio aprendizaje. Mostraron entonces la posibilidad de desatar la curiosidad innata y el deseo de aprender de los niños y niñas en procesos de aprendizaje que asocien juegos y experiencias con conceptos abstractos (Montessori, 1949).

Las investigaciones de Brazelton muestran que el bebé es un sujeto activo de aprendizaje que moldea su propio desarrollo y orienta a quienes lo cuidan. *La esencia de una crianza adecuada depende de la capacidad que tengan los padres para comprender esa comunicación y responderla debidamente.* El niño se desarrolla y aprende en la intercomunicación permanente. Gracias a esta comunicación interactiva, los niños y niñas durante la primera infancia guían a los adultos en sus procesos de descubrimiento y socialización, convirtiéndose en los orientadores de su propio aprendizaje y de todo su desarrollo psico-físico. El aprendizaje del bebé es mayor en cuanto sus padres y los adultos que lo atienden comprendan mejor sus múltiples expresiones, tengan más modalidades de interacción, lo estimulen de manera más variada, establezcan una comunicación bidireccional más rica e intensa, descubran sus capacidades para ayudarlo a enriquecerlas y, en general, crezcan juntos. Por eso la crianza es un gran aprendizaje para los adultos y un proceso de desarrollo conjunto con el bebé (Brazelton, 1987).

Los niños aprenden de su experiencia relacional

El construccionalismo social de Gergen plantea que los seres humanos en general –y de manera especial los niños y niñas– obtienen sus concepciones de la realidad y de lo racional y lo bueno a partir de relaciones interpersonales. Los que usualmente se consideran procesos mentales nacen básicamente de las relaciones, no de la reflexión. El conocimiento es esencialmente relacional y se crea, modifica y usa en contextos sociales que lo determinan. La comprensión del mundo es producto de intercambios entre personas, históricamente determinados. Por tanto, el conocimiento no es producto de mentes individuales sino de relaciones comunitarias. La generación de conocimiento se da en el proceso continuo de interacción entre las personas (Gergen, 1997).

La interacción entre el niño y su entorno se retomará más adelante en la perspectiva de la filosofía de la mente.

El rol decisivo del apego seguro

Las modalidades más intensas de interacción y por tanto de mayor impacto en el desarrollo del niño son las que se fundamentan en el apego. El apego se ha definido como el vínculo afectivo que se desarrolla entre el bebé y su madre en la lactancia, y que se extiende a otras personas muy cercanas. No es una conducta del bebé o de su madre o persona cercana, sino un patrón de interacción emocional entre ambos. El bebé usa la relación de apego como refugio de seguridad mientras explora el entorno (Bowlby, 1982).

Según Bowlby, el bebé se forma en las relaciones de apego representaciones mentales de sí mismo (que pueden ser gratas o insatisfactorias dependiendo de la seguridad que el apego brinde) y también representaciones mentales de los demás y de la relación suya con ellos. A medida que se desarrolla y se enfrenta al mundo que está más allá de esa relación inicial, el patrón de relaciones de apego guía su comportamiento en las relaciones posteriores.

Bowlby llama **apego seguro** a aquel en el que el bebé encuentra protección o consuelo cuando lo solicita; esta experiencia le permite ver a los demás como seres confiables y se estimará a sí mismo como ser que merece atención. En cambio, llama **apego inseguro** a aquel en el que la madre (y en etapas posteriores del desarrollo otros sujetos cercanos) no está en el momento en que se la busca, sólo está disponible ocasionalmente, lo atiende sin crear lazos de afecto o lo rechaza. En este caso, el bebé aprenderá a aislarse cuando siente angustia o a crear manifestaciones que atraigan la atención. Como consecuencia, verá a los demás como seres poco confiables y ajenos y a sí mismo como no merecedor de atención.

En términos simples, podría decirse que la relación de apego es el vínculo entre el niño o niña y su “protector”, que es aquel que está siempre disponible para responder a sus solicitudes de alimento, a sus reclamos de afecto, a sus requerimientos de atención porque siente dolor o incomodidad ya su demanda de disipación de los miedos que

causa lo inesperado, a sus súplicas de protección ante la incertidumbre que causan los descubrimientos nuevos de cada día.

El apego seguro durante la primera infancia es un camino expedito de desarrollo neuronal que otorga para toda la vida capacidades de empatía e interacción social, control emocional y adaptación, y que predice relaciones satisfactorias con los demás en el ámbito afectivo, social y laboral.

El efecto de la negligencia afectiva

Existen variados estudios sobre los efectos de una relación afectiva débil en la primera infancia. Entre otras consecuencias, la falta de afecto impacta negativamente el desarrollo de capacidades de regulación emocional –con secuelas de agresión y ansiedad– y limita el desarrollo de las capacidades de lenguaje, comunicación y aprendizaje escolar (Pugh, 1995). La falta de afecto induce alteraciones en la Función Ejecutiva del cerebro, que está relacionada con la capacidad de autorregulación y control cognitivo, la capacidad de desarrollar conocimiento y usarlo, la capacidad de plantearse metas y actuar en función de ellas y la flexibilidad para adaptarse a cambios de situación.

Las investigaciones de Ostrosky con adolescentes que han cometido varios asesinatos han mostrado que sus cerebros no están suficientemente habilitados para desarrollar capacidad afectiva y regulación de sus impulsos violentos, y que ello se debe –al menos en los pocos casos analizados– a deficiencias de afecto durante la primera infancia. Sus análisis han encontrado en dichos adolescentes deficiencia de conexiones neuronales en la zona orbitofrontal derecha del cerebro (encargada de reconocer emociones faciales y generar la empatía), en la corteza prefrontal (en la cual se realiza la mediación entre sentimientos opuestos para gobernar las conductas sociales), en la corteza media prefrontal (responsable de los procesos de autopercepción) y en la corteza ventromedia prefrontal (que realiza la regulación afectiva en situaciones sociales). Todas estas conexiones se construyen durante el primer año de vida y tienen estrecha

relación con los vínculos de afecto entre el bebé y sus padres. Al reconstruir la historia de vida, la investigadora encontró situaciones de abandono prolongado, descuido y maltrato en el primer año. La investigación concluye que la **negligencia emocional** de los padres durante el primer año de vida inhibe el desarrollo del apego seguro y resulta altamente incidente en conductas violentas porque no permite el desarrollo de capacidades neuronales para sentir empatía y controlar la violencia, por lo cual no hay regulación a los impulsos defensivos agresivos (Ostrosky, 2011) .

La negligencia emocional es una forma común de maltrato y es el principal obstáculo al desarrollo seguro durante la primera infancia, con efectos para toda la vida.

Autorregulación

Las relaciones afectivas durante la primera infancia son decisivas para el desarrollo de la “autorregulación”. Ésta ha sido definida como la capacidad de control personal sobre el temperamento, las emociones, las funciones ejecutivas del cerebro, la integración en las relaciones sociales y la auto-reflexión (Shonkoff J.P. and D. A. Phillips, 2002). Una débil autorregulación dificulta el abordaje de retos de aprendizaje, proyectos de vida y disciplinas laborales.

La capacidad de autorregulación se adquiere esencialmente en la primera infancia temprana y depende de las interacciones emocionales del bebé con su familia y cuidadores. Los vínculos de afecto y los estímulos ligados a éstos son el motor que logra motivar y estructurar la autorregulación. De ellos derivan: i) la integración sensorial (capacidad de organizar e interpretar las sensaciones que llegan del entorno y de nuestro propio cuerpo), ii) la coordinación sensorio-motriz (ajuste de los movimientos a las percepciones sensoriales), iii) la regulación de las emociones, iv) la regulación del esfuerzo requerido para lograr un objetivo y v) la capacidad de orientar la atención (Shanker, 2010).

Muchas investigaciones han mostrado que cuando un niño o niña entra al kínder ya se puede predecir cómo será su habilidad de aprendizaje y su trayectoria educativa, que por lo general resulta muy difícil cambiar. Las explicaciones tradicionales atribuían esta inflexibilidad al cociente de inteligencia que suponían heredado (Hensen, 1995). Precisamente las investigaciones de Shonkoff y Phillips mostraron que la clave de los logros escolares no es la inteligencia sino la capacidad de autorregulación adquirida gracias al afecto durante la primera infancia, que en realidad tiene poco que ver con el cociente intelectual y tiene mínima o nula relación con la herencia.

Los aprendizajes esenciales

El sistema neuronal se moldea en la primera infancia. Como acabamos de ver, este proceso de modelaje, que esencialmente ocurre durante los tres primeros años, se realiza en interacción con la familia, que es para el bebé el actor por excelencia de la intercomunicación inicial y del apego.

De las características del proceso de aprendizaje basado en la interacción y la experiencia dependerán la capacidad de adaptación y de cambio de cada uno y también sus competencias o incompetencias para insertarse en la sociedad. Por tanto, el aprendizaje en la primera infancia no es un proceso acumulativo de conocimientos que llegan a un sistema cerebral que se llena gradualmente, sino un proceso de experiencias de diversa índole brindadas por la familia que interactúan con la psiquis del niño y van moldeando sus capacidades con signos contradictorios.

Los principales aprendizajes esperados de la experiencia interactiva de la primera infancia se relacionan con la formación de las bases de la **ética** (capacidad de acoplar los comportamientos al desarrollo propio y de los demás), la **estética** (capacidad de valorar lo que es bello y agradable), la **ciudadanía** (las reglas y dinámicas de la convivencia con los demás), la **empatía** (la capacidad de relación mutuamente satisfactoria con los demás), y la **razón** (capacidad para discurrir).

Los aprendizajes pueden ser intensos y afirmativos o superficiales y débiles, y pueden ser positivos o negativos desde el punto de vista de la ética de la vida social.

2.5. Sociología y psicología social: La etapa de adquisición de capacidades para la vida social

Según la sociología y la psicología social, la socialización se define como el proceso mediante el cual los individuos toman conciencia de su ser social, se reconocen afectiva y cognitivamente miembros de un grupo social y de una cultura, internalizan sus normas, valores y modos de percepción de la realidad y establecen vínculos con los demás integrantes de ese colectivo. Mediante la socialización, la subjetividad de los demás y la interacción con ellos se vuelven significativos para el individuo y le dan significado a su aprehensión del mundo. La socialización es un proceso de aprendizaje para ser miembro integral de una comunidad ampliando las capacidades de interacción humana.

La socialización tiene dos procesos característicos: la socialización primaria y la socialización secundaria (Berger, P y Th. Luckmann, 1986). Ambos procesos tienen lugar en la primera infancia: la socialización primaria es especialmente intensa durante los dos primeros años de vida; la socialización secundaria comienza alrededor de los tres años y aunque dura toda la vida tiene su etapa definitiva antes de los 7 años. *La primera infancia no sólo es esencial para la formación de cada individuo, sino para el desarrollo de la sociedad, porque es la etapa de desarrollo de las capacidades relacionales y las habilidades de inserción, cooperación, interacción, comunicación y solidaridad*, que son esenciales para la tarea inacabada de construcción de sociedad.

La socialización primaria

La socialización primaria es la que otorga capacidades afectivas y capacidades de relación, así como sentido de pertenencia a un grupo y adquisición de sus pautas, normas, valores y costumbres. Una fuerte socialización primaria desarrolla la capacidad

de interactuar con los demás y hacerlos significantes, de crear con ellos una identidad propia y coherente con las normas sociales y constituirse en sujeto activo de construcción colectiva.

La socialización primaria construye el primer mundo del individuo y se basa en la confianza en personas y en sus interpretaciones de la realidad. Los dos primeros años de vida son el momento decisivo de la socialización primaria, que es conducida por el núcleo familiar y las personas más cercanas. El niño o niña no elige a quienes realizan su socialización primaria pero se identifica con ellos. Ellos orientan la socialización de ese niño o niña porque tienen la función de mediatizar el mundo para él, otorgándole significados que son adoptados por él como realidad objetiva. El niño o niña abstrae de los roles y actitudes que observa en sus allegados los roles y actitudes de todos los demás, de modo que pasa de la percepción de otros concretos y de su relación con ellos a la generalidad social (Clausen, 1968) (White, 1977). El desarrollo del lenguaje es precisamente el proceso de comunicación entre el niño o niña y la sociedad, representada en esta etapa por su círculo cercano de afectos. El individuo se transforma en esa relación socializadora (Lorenzer, 1976). La socialización está ligada a los afectos. Las emociones cumplen la doble función de empujar al niño hacia la adquisición del lenguaje y mantener el contacto con su familia. Una vez que el lenguaje es desarrollado, las emociones son empujadas por el lenguaje pues se apoyan en las palabras para desarrollar su complejidad. Las emociones maduran cuando el lenguaje es el mecanismo preferido para llamar la atención de las personas cercanas (Shanker, S. y P. Reygadas, 2002).

Por estas razones, el rol de la familia es decisivo para la socialización primaria y su acción en este aspecto define las apropiaciones subjetivas de la identidad y el contexto social, siendo determinantes del desempeño social a lo largo de la vida

La socialización secundaria

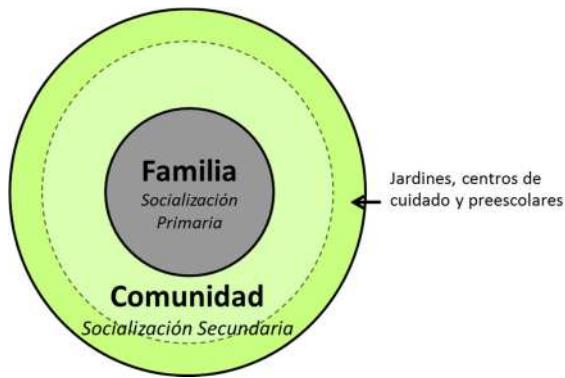
La socialización secundaria es el desarrollo de habilidades para interactuar en distintos grupos que tienen reglas y valores particulares. Tomando como base su socialización primaria, el individuo incorpora (o rechaza) estos nuevos ámbitos de relación, que expanden sus aprendizajes normativos y amplían o perturban sus capacidades cognitivas y afectivas. La socialización secundaria implica una confrontación entre el mundo familiar de la socialización primaria –donde los padres constituyen la norma– con un mundo más extenso que trae consigo otros mediadores de la realidad y otros procesos generadores de normas. Como resultado, de la socialización secundaria deriva el reconocimiento de que el mundo familiar no es el único y que hay un contexto institucional que tiene reglas del juego y autoridades propias.

La socialización secundaria comienza alrededor de los tres años de vida y dura por el resto de la vida, pero tiene un momento crítico de desarrollo entre los 4 y los 6 años, cuando el niño o niña desarrolla capacidades de interacción con colectivos distintos a su familia, en ámbitos tan variados como la calle, el parque, el mercado y el jardín infantil. Estas experiencias pueden ser positivas cuando los ámbitos de interrelación son propicios y las mediaciones son adecuadas. Pero cuando predominan la indiferencia, el miedo, la imposición o el maltrato, la socialización secundaria se torna débil y se plasma en debilidad para aceptar las normas sociales (Bouchard, 1999).

La socialización secundaria no sustituye a la primaria

La socialización primaria (desarrollada en el seno familiar) es la base de la socialización secundaria (establecida con distintos individuos o grupos y sus respectivas normas e instituciones). Por tanto, los aprendizajes derivados de las relaciones de familia son determinantes de las aptitudes de relación con el resto de la sociedad.

Gráfica No. 7
Socialización primaria y secundaria



Los jardines infantiles, centros de cuidado o preescolares pertenecen a la esfera de la socialización secundaria y tienen un rol decisivo para su avance. Su éxito en el desarrollo de capacidades sociales depende de la socialización primaria previa. Los servicios institucionales de cuidado y preescolar no pueden sustituir el rol de la familia en socialización primaria y es erróneo que lo pretendan. Existe una extensa literatura que muestra que tampoco pueden lograrlo las instituciones especializadas en cuidado de niños huérfanos o abandonados, independientemente de la calidad de los operadores, porque las dinámicas del apego y la interacción y comunicación afectiva familiar son distintas a las del aprendizaje y desarrollo en grupo.

El juego

El juego es esencial para el desarrollo infantil porque es eje de comunicación y motor de aprendizaje. Tan importante es para la comunicación que precisamente alrededor de juegos se desarrollan las primeras actividades comunicativas del bebé previas a la aparición del lenguaje.

El juego infantil es la forma privilegiada de expresión y por eso es esencial para el desarrollo del lenguaje, suele crear escenarios imaginarios y por tanto potencia la

capacidad simbólica, es creativo y por eso fortalece las habilidades cognitivas, exige movimiento y rapidez de reacción de modo que desarrolla la motricidad, implica interacción y por tanto estimula la socialización, proporciona placer y por ello impacta en la salud física y mental, proporciona retos y por tanto estimula el aprendizaje. Los juegos tienen también una función de maduración afectiva pues ayudan a equilibrar las emociones, liberar tensiones y desarrollar seguridad en sí mismo y en los demás. Es por tanto una de las más poderosas fuentes de estímulos para el desarrollo neuronal y el desarrollo psíquico y físico (Gutton, 1982).

El juego se considera uno de los mecanismos más potentes de socialización, tanto primaria como secundaria. Gracias a ellos se aprende la importancia de las normas sociales (que no en balde se denominan reglas del juego), de la justicia y la equidad, y de la cooperación (Gray, 2008) (Wenner, 2009). Por tanto el desarrollo de la socialización y la ciudadanía durante la primera infancia está relacionado con la intensidad y calidad del juego.

2.6. Filosofía y neurociencia: el “acoplamiento armonioso” y la construcción de la identidad ética

Plantearemos ahora los avances de la filosofía de la mente: reflexiones filosóficas ligadas a los descubrimientos de la neurociencia⁵.

La cognición es corporal y está ligada al movimiento del cuerpo

Como hemos visto, la existencia de los seres humanos está ligada a su medio natural y social. El niño o niña, como todos los seres vivos, constituye su identidad en la medida en que se acopla con su entorno. Su identidad y su mundo interactúan activamente y se constituyen mutuamente.

⁵ Agradezco a Juan José Botero, director del Grupo de Investigación en Filosofía y Cognición de la Universidad Nacional de Colombia, por sus valiosos aportes para esta sección.

Los descubrimientos recientes de las ciencias que investigan nuestra condición de seres inteligentes están cada vez más de acuerdo en que los fenómenos que tienen que ver con la cognición, es decir, con el desarrollo de la mente, son de naturaleza esencialmente corporal (Thompson, 2007) (Maturana, H y F. Varela, 1990).

La cognición y la conciencia nacen del movimiento en nuestra condición de seres vivos animados. Desde el nacimiento –y aún desde el vientre materno– el desarrollo de la mente está ligado al hecho de que somos cuerpos que se mueven. Ese movimiento produce a través de los sentidos diferentes sensaciones que constituyen la experiencia que se torna en conocimiento. El cuerpo en movimiento obtiene una información personalizada que permite comprender las propias sensaciones y sentimientos. Es la experiencia del movimiento propio o *cinestesia*.

El mundo del niño se forma con base en su movimiento y su experiencia de “navegación”. El movimiento de su cuerpo le permite la percepción del entorno a través de los sentidos. La navegación en ese entorno le otorga gradualmente sentido al mundo con el que interactúa. Su identidad se forma en las experiencias cinestésicas que le permiten acoplarse con su entorno físico y social (Sheets-Johnstone, 1999).

“Acoplamiento armonioso” e identidad ética

El acoplamiento basado en las experiencias cinestésicas puede ser más o menos armonioso. El *acoplamiento armonioso* es el que propicia y permite el desarrollo mutuo del entorno y de la persona hacia niveles mayores de calidad de vida, es decir, el acoplamiento que crea sinergias positivas que enriquecen para ambos las condiciones para continuar la vida. El acoplamiento no armonioso es el que deteriora al entorno y a la persona y conduce a su destrucción mutua (Maturana H. y F. Varela, 1997) (Varela, 2003).

La esencia de la ética es precisamente el acoplamiento armonioso. La identidad ética se constituye en el mismo proceso en que el ser humano, desde su más temprana

edad, constituye el mundo con sentido en el que transcurre armónicamente su existir y opta por enriquecerse con él afectando positivamente a las otras personas y al ambiente. El quiebre de la coherencia que caracteriza el acoplamiento armonioso del sujeto con su mundo comporta una fractura en la identidad ética del individuo.

Hemos visto que la percepción del niño o niña a través de los sentidos es la base de su desarrollo cognitivo. En la medida en que esa percepción sea más rica, más complejo será el desarrollo cognitivo. Paralelamente, la interacción del niño o niña con su entorno hace emergir una experiencia emocional congruente con ella. Para procesar información y emitir respuestas, el cerebro utiliza mecanismos conscientes y no conscientes, racionales y emocionales. Los estímulos emocionales interactúan con las habilidades cognitivas. Los estados de ánimo, los sentimientos y las emociones pueden afectar la capacidad de razonamiento, la toma de decisiones, la memoria, la actitud y la disposición para el aprender. A su vez, la razón tiene un rol relevante en la regulación de las emociones. Unos padres inteligentes emocionalmente, un ámbito familiar y social emocionalmente estable y un entorno favorable son esenciales para el desarrollo infantil (Campos, 2010).

El desarrollo cognitivo y el desarrollo afectivo-emocional ocurren de manera simultánea y encadenada. El proceso de acoplamiento del sujeto y su mundo es entonces el desarrollo congruente de las capacidades cognitivas y afectivas, con base en la experiencia del movimiento autónomo.

Acoplamiento impuesto

Cuando el acoplamiento no está determinado por el fluir armónico del sujeto sino por fuerzas o presiones externas se crea una *condición de humillación*. Bajo la condición de humillación, la persona no actúa con base en sus propias razones, sino en las razones de otro. En la primera infancia estas presiones externas pueden ser por acción (amenazas, gritos y castigos, maltrato y abuso) o por omisión (abandono por largos períodos, desprotección) y puede ser generada por terceras personas o por la falta de

calidad del entorno. En este caso, la autonomía de navegación de la persona es coartada por la imposición externa y se limitan las posibilidades de acoplamiento armonioso y construcción de una ciudadanía ética. Evitar que los niños y niñas sean sometidos a condición de humillación es por tanto crucial para la supervivencia y el desarrollo de la sociedad, cuyo fin último es el acoplamiento armonioso.

El acompañamiento que tenga el niño o niña para moverse autónomamente en su entorno y desarrollar habilidades corporales es determinante del desarrollo armónico de sus capacidades mentales y su identidad ética en el contexto de un acoplamiento armonioso: emocionalidad equilibrada, pensamiento orientado al conocimiento y a la creatividad, empatía, solidaridad, capacidad comunicativa, compromiso moral con los demás y con el entorno y control de su propia vida.

Contra el dualismo mente-cuerpo

El reconocimiento científico de que lo físico y lo intelectual son una unidad – cuerpo en movimiento e interacción– contradice la visión dualista adoptada por occidente desde comienzos del siglo XVII cuando Descartes propuso la separación de mente y cuerpo como dos entidades distintas, de naturaleza estrictamente diferente. Según la visión cartesiana, nuestras habilidades cognitivas y morales se desarrollan independientemente de nuestro cuerpo y de las leyes mecánicas del universo (Descartes, 1642).

Esta perspectiva dualista ha sido muy dañina. Una de sus consecuencias es una educación que desde la primera infancia reprime el cuerpo y anula el movimiento (“quédate quieto”) mientras trata de llenar la mente con discursos que pretenden entregar conocimiento. En realidad, el aprendizaje, y especialmente en la primera infancia, es activo y participativo, experiencial y sensorial mediante el movimiento y la interrelación. De allí nacen la capacidad de acoplamiento armonioso y el desarrollo de la identidad ética.

2.7. Medicina: La etapa determinante de una buena salud

El cuidado de la primera infancia define la salud para toda la vida

El desarrollo neuronal durante la primera infancia define diversas vías del desarrollo cerebral que determinan la salud física y mental a lo largo de la vida.

Según un cuidadoso análisis de Mustard (2006), múltiples investigaciones muestran que *el mejoramiento de la salud en diversas poblaciones europeas no se debió a mejorías en el cuidado de la salud sino al avance en la atención de la primera infancia*. Diversos análisis sobre determinantes de desigualdades en materia de salud muestran que el desarrollo de la primera infancia suscita efectos a largo plazo que influyen en la salud física y el bienestar en las etapas posteriores.

Los nuevos conocimientos de las neurociencias y la biología muestran cómo se logra ese impacto de la primera infancia sobre la salud. El estrés en la primera infancia tiene, como se examinó arriba, un impacto decisivo en el sistema inmunológico determina las respuestas endocrinas y biológicas a situaciones de tensión. Una inadecuada atención en la gestación y los primeros años de vida puede dar lugar a comportamientos violentos o depresivos en la vida adulta, genera predisposición a la adicción al alcohol y las drogas. Los niños y niñas criados bajo condiciones de desatención y maltrato tienden a tener comportamientos agresivos en la etapa escolar y durante la vida adulta y hay diversas investigaciones que muestran que dichos comportamientos suelen reproducirse intergeneracionalmente. También se ha comprobado una importante correlación entre condiciones deficientes de atención durante la primera infancia y comportamientos delincuenciales.

Inadecuadas condiciones de nutrición, protección y cuidado durante el embarazo y los primeros tramos de la vida crean riesgos de debilidad crónica y persistente, cardiopatías coronarias, enfermedades pulmonares crónicas, arterioesclerosis, hipertensión, diabetes de tipo II, anemia, problemas de metabolismo celular, caries

dentales, enfermedades de la piel, limitaciones de la visión, baja estatura, raquitismo y otras afecciones en la vida adulta (Van der Gaag, 2001) (Mustard, 2002) (Martorell, 1999).

Los efectos de una mala nutrición durante la primera infancia, así como los de la falta de cuidado, son difíciles o imposibles de revertir (Glewwe, P. and E. King, 2001).

El ambiente hogareño y local, así como los servicios de salud durante la primera infancia tienen un rol decisivo en la salud de toda la vida

Por su parte, las condiciones sanitarias y los servicios de salud tienen un impacto decisivo en la gestación y los primeros años de vida. La calidad del agua, el aire y el suelo, del saneamiento y la disposición de excretas y la ausencia de contaminantes son decisivas para las condiciones de salud, y en especial para la prevención de enfermedades bronco-pulmonares, gastro-intestinales y dermatológicas, que son la principal causa de muerte en los menores de cinco años y de muy diversas enfermedades que dejan secuelas permanentes. Las prácticas protectoras de la salud y preventivas de la enfermedad son esenciales, incluyendo la vacunación oportuna y la prevención de accidentes, no solamente porque reducen los riesgos de enfermar y de morir durante la primera infancia y el resto de la vida, sino porque contribuyen a la creación de disciplinas de prevención y mitigación de riesgos que son fundamentales para el comportamiento social. Diversos estudios demuestran que la oportunidad y calidad de los servicios de salud en la primera infancia tienen repercusiones directas en el desarrollo cognitivo, social y afectivo del niño.

La conclusión es clara: garantizar la salud de los niños y niñas durante los primeros años de vida decide en gran parte su presente y su futuro, tanto en los aspectos fisiológicos como psico-afectivos. Un adecuado cuidado de la salud en la primera infancia otorga una alta probabilidad de buena salud durante toda la vida y evita a la sociedad ingentes costos curativos en la edad adulta por enfermedades que tienen raíces en descuidos durante la primera infancia.

La familia tiene el rol principal en la salud durante la primera infancia porque esa salud depende esencialmente de las condiciones de apego, protección, cuidado y nutrición que desarrolla la familia, de su estilo de vida que constituye el referente de aprendizajes del bebé y de su capacidad para identificar riesgos de salud y reaccionar con prevención y tratamiento adecuados o traslado oportuno al sistema de protección en salud.

2.8. Economía: La etapa donde se reproduce o se elimina la desigualdad social

La primera infancia no solo es fundamental para la vida de cada individuo, como muestran las disciplinas examinadas, sino para el avance y cohesión del colectivo social.

Durante las pasadas dos décadas hubo gran preocupación en el mundo por la pobreza. La experiencia mostró que el origen de la pobreza es la desigualdad. Ésta se ha convertido en un tópico central del debate económico. Sólo 5% de la población mundial vive en países donde la distribución del ingreso mejoró en las últimas tres décadas del siglo XX (Banco Mundial, 2005) y 60% vive en países donde la distribución del ingreso empeoró en la primera década del siglo XXI (Banco Mundial, 2011).

Es ya de aceptación común que la desigualdad está estrechamente ligada a la distribución inequitativa de las oportunidades. Varias investigaciones han mostrado que el cuidado durante la primera infancia eleva las oportunidades y puede romper la trasmisión intergeneracional de la pobreza.

Las diferencias de oportunidades dependen del cuidado durante la primera infancia

Existen varias investigaciones que muestran impactos de recibir o no recibir al menos algún cuidado adecuado durante la primera infancia. Veremos tres. Como se planteaba en la introducción al hablar de la evaluación de impacto, estas investigaciones

se concentran en unos pocos aspectos de intervención y algunos impactos parciales, debido a la dificultad de realizar análisis de impacto integral, y tienen el riesgo de llegar a conclusiones de política sesgadas.

En un programa sobre el desarrollo de la primera infancia en Jamaica se tomó una muestra de niños y niñas entre 9 y 24 meses que tenían retraso en su crecimiento. Se los dividió aleatoriamente en cuatro grupos: uno que sirvió como testigo, otro en el que se brindaron sólo complementos nutricionales, otro que obtuvo solamente estimulación (sesiones de juego) y otro que tuvo simultáneamente apoyo nutricional y estimulación. A los cuatro grupos se los comparó además con otro de niños y niñas que tenían características similares pero no mostraban retraso en el crecimiento. El resultado del experimento mostró que quienes recibían estimulación o suplementos nutricionales tenían avances importantes en comparación con el grupo testigo, pero que los que tenían simultáneamente estimulación y nutrición tenían resultados mucho mayores y se acercaban al grupo de quienes no tenían retraso en el crecimiento (Grantham-McGregor, S.M., Powel C. A., Walker S. P. and J. H. Himes, 1991). Una investigación similar ha sido recientemente realizada en Colombia con resultados equiparables (Attanasio, O. et al, 2012).

En el Proyecto Integral de Desarrollo Infantil (PIDI) de Bolivia, un grupo de niños y niñas de familias de bajos ingresos de zonas urbanas de entre 6 y 72 meses de edad recibió estimulación y suplementos nutricionales y se lo comparó con otros de esas mismas zonas pero que no participaban en el programa. Se encontró que los resultados cognitivos de los niños incluidos en el programa eran muy superiores a los no incluidos y eran además proporcionales al tiempo que duraba el esfuerzo de nutrición y estimulación. Otros estudios que se analizan más adelante muestran que estos niños y niñas tendrán mejores condiciones de bienestar durante toda su vida y mejores ingresos (Behrman, 2004).

Un programa sobre desarrollo de la primera infancia en Filipinas incluyó atención de los niños y niñas en centros especializados (servicios de cuidado durante el

día, estimulación y acceso a centros de salud) e intervenciones en el hogar (formación de los padres para su mejor cuidado en el seno de la familia y visitas a los hogares por personal especializado en desarrollo en la primera infancia). En una evaluación del programa se comprobó que los participantes en el programa, tanto en centros especializados como en los hogares, tienen mejoras significativas en desarrollo físico, desarrollo cognitivo, desarrollo motor y desarrollo psicosocial, en comparación con quienes no fueron cubiertos por el programa (Armecin, G, J. R. Behrman, S. Ghuman, S. Gultiano, E. M. King and N. Lee, 2006).

La conclusión es inapelable: los niños y niñas se diferencian durante la primera infancia dependiendo del grado de atención que se brinde a su desarrollo. Cuando la atención a su desarrollo es mayor, sus capacidades y oportunidades se incrementan significativamente.

Un cuidado adecuado en la primera infancia reduce la inequidad

Las condiciones inadecuadas para el desarrollo durante los primeros años afectan más a los pobres que a los ricos, lo cual refuerza las desigualdades sociales. Aunque los niños nacen con similares oportunidades, el azar de la familia en la que se nace genera condiciones de desigualdad en el desarrollo. Las familias pobres tienen menores capacidades de “invertir” en sus hijos durante la primera infancia que las más ricas⁶. Las consecuencias negativas de esos entornos inadecuados para el desarrollo infantil son acumulativas, pues los niños más pobres tienen a lo largo de su infancia y adolescencia cada vez menos oportunidades que sus compañeros más aventajados. En los Estados Unidos, alrededor de la mitad de la desigualdad que se registra en el total de ingresos percibidos durante toda la vida por una persona se debe a factores que operan y la ponen en desventaja antes de que esa persona cumpla 18 años (Cunha, F. and J. Heckman, 2007)

⁶ Invertir significa acá dedicar recursos y activos, es decir tiempo, esfuerzo, condiciones físicas adecuadas, etc.

Existe una amplia evidencia de que los programas masivos para atender adecuadamente el desarrollo infantil tienen un alto potencial para corregir esas discrepancias y lograr una sociedad más equitativa y más integrada económica y socialmente. Además, las inversiones en primera infancia no implican un conflicto entre equidad y eficiencia, pues a la vez que contribuyen a reducir la desigualdad, logran el desarrollo de capacidades y evitan que la sociedad incurra en gastos mayores durante la edad adulta (Landers, 1991) (Currie, 2001) (Heckman, J. and D. Masterov, 2004) (Heckman, Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children, 2006).

Las investigaciones permiten concluir que la mejor manera que tiene una sociedad para enfrentar la pobreza es tener una generación completa que en la primera infancia pueda disfrutar de condiciones adecuadas de desarrollo. La experiencia de varios países europeos después de la guerra y de algunos otros del sudeste asiático demuestra también la validez de esta apreciación.

El cuidado en la primera infancia anula el efecto del ingreso en la capacidad de aprendizaje

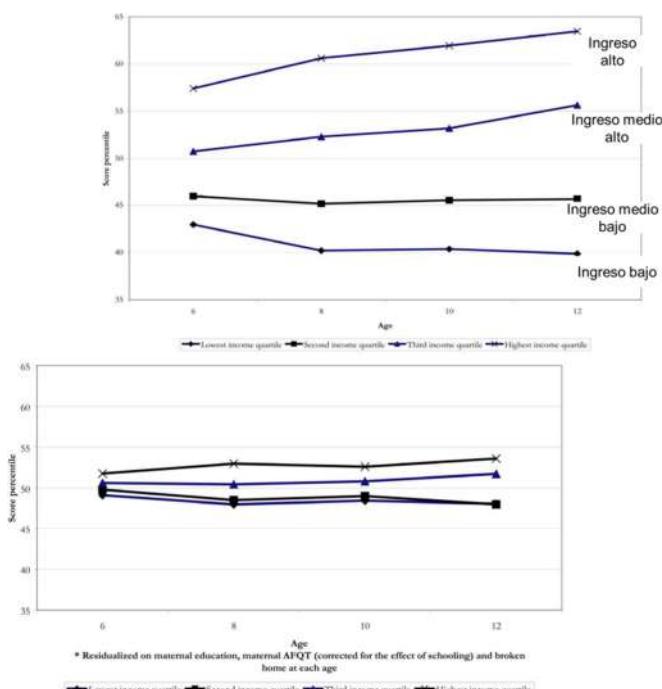
Hay un hecho ampliamente documentado en muchos países: los resultados de aprendizaje escolar a partir de los 6 años, tanto en aspectos cognitivos como no cognitivos, son directamente proporcionales al nivel de ingreso de las familias de los estudiantes. Por tanto, lo usual es que a mayor nivel de ingreso familiar, mejores resultados escolares, desde el primer grado. Heckman, tras constar este hecho en evaluaciones de rendimiento escolar, decidió analizar los resultados del grupo de estudiantes cuyos padres se habían preocupado por mejorar su capacidad de protección y desarrollo de sus respectivos hijos durante la primera infancia. Al hacerlo encontró que, independientemente de sus niveles de ingreso, las diferencias de logros de aprendizaje eran mínimas (Ver Gráficas Nos. 8 y 9). La conclusión general de la investigación es que la atención a la primera infancia en el entorno familiar predice las habilidades que cada niño o niña desarrollará, tanto en el ámbito cognoscitivo como en los no

cognoscitivos y que los logros pueden ser independientes del nivel de ingreso (Heckman, Schools, Skills, and Synapses, 2008).

Gráficas Nos. 8 y 9

Puntajes en matemáticas por cuartiles de ingreso

Puntajes en matemáticas por cuartiles de ingreso de quienes tuvieron adecuada atención inicial



Fuente: Heckman, 2008

Otra conclusión es que para evitar disparidades de aprendizaje en la escuela y a lo largo de la vida, resulta más efectivo el esfuerzo realizado en la primera infancia que las inversiones corrientes en mejoramiento de la calidad educativa por optimización de los recursos pedagógicos. Ello no quiere decir que las inversiones en calidad educativa no sean efectivas, sino que los esfuerzos durante la primera infancia son esenciales para que no existan disparidades de aprendizaje y para lograr que tales inversiones en calidad educativa impacten mejor a todo el colectivo escolar.

2.9. Economía: la etapa en que el beneficio de la inversión de la sociedad es mayor

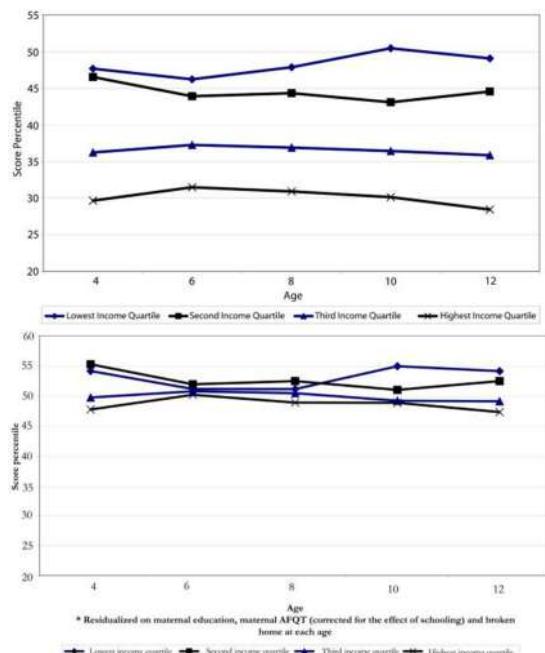
El cuidado de la primera infancia anula la correlación entre el ingreso y la conducta

Hay evidencia comúnmente conocida de que los problemas de conducta están correlacionados con el nivel de ingreso: mientras menor sea éste, los comportamientos considerados problemáticos son mayores.

Heckman lo comprobó con una muestra amplia de estudiantes (figura No. 10). Al ajustar la muestra para el grupo de estudiantes que habían tenido padres que desarrollaron habilidades de cuidado de sus hijos durante la primera infancia, los resultados son significativamente diferentes, mostrando que el cuidado durante la primera infancia es predictor significativo de las habilidades socioemocionales y comportamientos sociales acordes con las normas establecidas (Heckman, 2008).

Gráficas Nos. 10 y 11

Evolución por edad del promedio de problemas de comportamiento por cuartiles de ingreso de quienes tuvieron una adecuada atención inicial.



Fuente: Heckman, 2008

La inversión con mejor relación costo-beneficio

Desde hace tiempo se ha demostrado que invertir en la infancia es rentable. A mediados del siglo pasado, con la teoría del capital humano, se produjeron las primeras investigaciones que mostraban que invertir en educación podía ser tan rentable como hacerlo en infraestructura (Schultz, 1961), que la inversión en educación es determinante del nivel de ingresos en la edad adulta (Mincer, 1958) y que invertir en el desarrollo de las personas tiene beneficios para ellas y la sociedad (Becker, 1964).

Diversas investigaciones más recientes muestran que la atención a la primera infancia, especialmente en su fase más temprana, es la que tiene mayor incidencia en la generación de beneficios personales y sociales. Personales porque mejora la calidad de

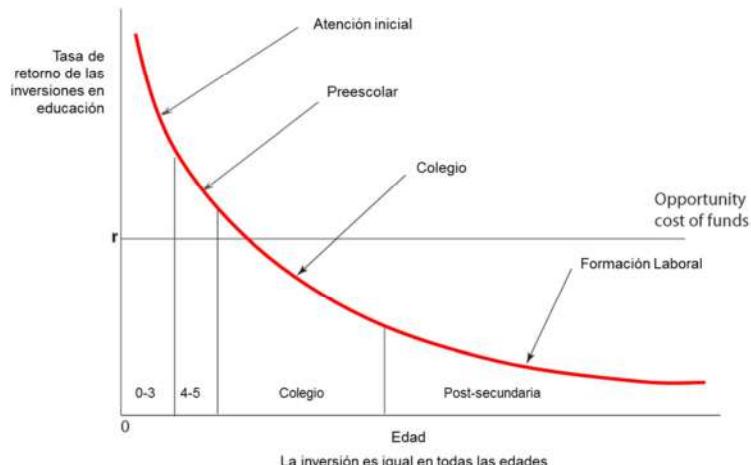
vida y las oportunidades de los individuos a lo largo de sus vidas. Sociales porque logran que la sociedad sea más integrada, más justa y más productiva.

En este ámbito se destacan los análisis de costo-beneficio de Heckman y varios colegas suyos⁷. Estos trabajos muestran que las inversiones en la edad temprana aportan más a la formación de capacidades y comportamientos orientados al bienestar individual y colectivo que las inversiones posteriores, y que esas inversiones iniciales resultan mucho más baratas que los gastos remediales o compensatorios realizados en etapas posteriores de la vida (Heckman, J. and P. Carneiro, 2003) (Cunha, F, J. Heckman, L. Lochmer y D. Masterov, 2005).

Entre estos trabajos es especialmente conocida la curva de retorno de la inversión educativa por etapas del ciclo de vida (Ver Figura No. 12). A partir del análisis de tecnologías de desarrollo de capacidades que le sirve de base, la curva muestra que para una inversión igual en diferentes momentos de la vida, esta tiene la mayor rentabilidad si se realiza en la primera infancia temprana (primeros 2-3 años), pues dicha rentabilidad resulta en promedio el doble de la lograda mediante inversiones en la época preescolar (4 y 5 años), el triple de la obtenida por inversiones durante la época escolar (6 a 17 años) y cuatro veces mayor que la obtenida en la etapa post-escolar –18 años y más–. (Cunha, F. y J. Heckman, 2007) (Heckman, 2007).

⁷ Un análisis de costo-beneficio –o análisis de rentabilidad neta– es el que compara el valor total de la inversión provista para una determinada acción con el valor total de los resultados obtenidos. También cabe en la categoría de análisis de costo-beneficio el que compara una determinada inversión con el costo que tendrían en el futuro las consecuencias de no hacerla. El análisis de costo beneficio es diferente del análisis de costo-efectividad. Éste último propone una situación o conjunto de objetivos deseados (que no necesariamente se valoran monetariamente) y examina la alternativa de menor costo para llegar a esos objetivos.

Gráfica No. 12
Retorno de inversiones en educación por etapas del ciclo de vida



Fuentes: Cunha y Heckman (2007), Heckman (2007)

Los mismos investigadores se preguntan cómo se comportan los gastos educativos cuando no se invierte en la fase inicial. La respuesta de sus investigaciones es tajante. Las inversiones para el desarrollo inicial, además de ser las más rentables, desarrollan habilidades que permiten que las inversiones realizadas en etapas posteriores produzcan mayor beneficio relativo. Los gastos en la formación escolar y la capacitación (como por ejemplo los asociados a reducción del número de estudiantes por maestro, los subsidios y becas, las ofertas de educación complementaria y remedial para estudiantes con menor rendimiento y el entrenamiento laboral) devienen mucho mayores y son mucho menos efectivos cuando no hubo una adecuada atención inicial. La mejor alternativa es incrementar la inversión en la primera infancia para evitar la necesidad de crear costosos remedios tardíos.

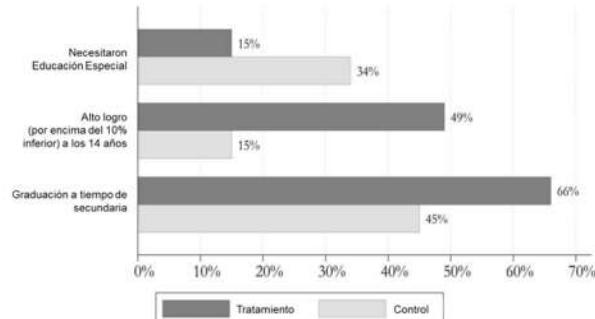
La inversión en preescolar tiene una relación costo-beneficio superior a cualquiera otra inversión

El estudio pionero que ha permitido estudiar en profundidad la relación costo-beneficio de la inversión en etapas iniciales del desarrollo se ha hecho alrededor del

Programa Perry de Preescolar (Perry Preschool Program). Éste se inició en 1963, comparando el desempeño durante su vida de un conjunto de niños y niñas de 4 y 5 años que vivían en un entorno de pobreza y tenían un cociente intelectual debajo del promedio aunque similar entre ellos (alrededor de 79%). El estudio separó dos grupos: los que asistieron a un preescolar corriente de una zona pobre de Minneapolis y los que no asistieron a ningún preescolar. Se encontró que en muchas dimensiones, quienes tuvieron atención preescolar fueron más exitosos que los demás. El estudio muestra que durante la vida escolar el coeficiente intelectual de los que asistieron al pre-escolar se desarrolló más que los del grupo de control y que el desempeño escolar de quienes asistieron al preescolar fue tres veces mejor.

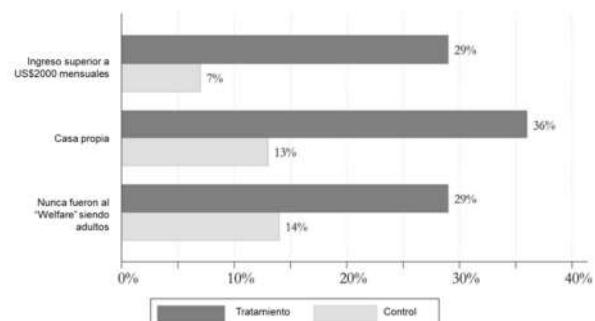
Las fases del estudio realizadas muchos años después (cuando los investigados tenían 27 y luego 40 años), mostraron que la calidad de vida de quienes asistieron al preescolar era sustancialmente mayor que la de quienes no asistieron: tuvieron un mejor logro escolar (Gráfica No. 13), tenían ingresos mucho más altos en promedio (más de 40%), una proporción superior de ellos poseía casa propia y sus matrimonios eran más estables (Gráfica No. 14). Mostró también que los costos para la sociedad de quienes habían tenido atención preescolar eran sustancialmente menores, pues habían pedido ayuda social o subsidios con menos frecuencia, habían sido detenidos por las autoridades de policía en muchas menos ocasiones y tenían muchos menos problemas de alcoholismo (Gráfica No. 15).

Gráfica No. 13
Estudio Perry: Resultados educativos



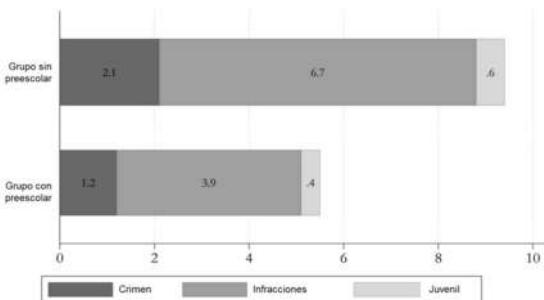
Barnett (2004)

Gráfica No. 14
Estudio Perry: Resultados económicos



Barnett (2004)

Gráfica No. 15
Estudio Perry: Arrestos antes de los 40 años



Perry Preschool Program (2006)

Sobre estas bases una investigación estimó que la relación costo-beneficio a los 27 años de la inversión en la época preescolar era de 8 a 1, y que la relación costo beneficio de largo plazo calculada a los 40 años tiene el impresionante récord de US\$17 por cada US\$1 invertido (el cálculo a 27 años fue subestimado). Esto quiere decir que resulta 17 veces más barato para la sociedad invertir en la atención preescolar que atender y controlar los problemas posteriores suscitados por no haber realizado esa inversión (operación de la policía, sistema judicial, cárceles, rehabilitación, atención psicológica, subsidios a las familias, etc.). Las inversiones tempranas compensan las desventajas de cuna. Las intervenciones tardías –cuando son viables– resultan mucho más costosas (Schweinhart, 2004).

Cabe recordar que la atención en el preescolar ya es tardía frente a los objetivos de equilibrar las capacidades de aprendizaje, pues los principales efectos de desarrollo se logran durante los tres primeros años de vida, como se observó en la curva de Heckman de la gráfica No. 12.

El presidente del Banco Central de Minneapolis examinó con ojos de banquero varios proyectos similares al Programa Perry adelantados en los Estados Unidos para conocer su rentabilidad. Su equipo de estudios económicos encontró que el costo-beneficio de las respectivas inversiones llegaba a ser hasta de 9 a 1, sustancialmente superior a cualquiera otra inversión (Grunewald, R. and A. Rolnick, 2003).

Las inversiones públicas y privadas por la primera infancia tienen la más alta tasa interna de retorno

La tasa interna de retorno es la tasa de interés real recibida de una inversión en un período (ganancias netas una vez descontado el costo de la inflación). Es la medida para establecer lo que gana un individuo o la sociedad con una cierta inversión y permite compararla con la ganancia en inversiones alternativas.

Rolnick y Grunewald estimaron la tasa interna de retorno de los distintos programas de atención preescolar en un rango que va de 7% a 16% anualmente. Esta tasa de retorno es mucho más alta que la que la misma cantidad de dinero podría obtener en los mercados de capitales (Rolnik, 2004) (Grunewald R. and A. Rolnick, 2006).

Específicamente en el Programa Perry, la tasa interna de retorno de la inversión en el desarrollo de niños de 4 y 5 años es 16% anual, de los cuales 4% anuales son ganancias para cada individuo que participó en el programa (mejores ingresos y calidad de vida) y 12% anuales son ganancias para la sociedad (mayor eficiencia general de la educación, reducción del crimen, disminución de subsidios, etc.). Por tanto, las ganancias en calidad de vida de quienes asistieron al preescolar fueron muy superiores a las de los que no fueron y los costos de la sociedad en financiar ese preescolar fueron abrumadoramente inferiores a las erogaciones fiscales para atender los crímenes y demandas de los que no tuvieron oportunidad de asistir. Teniendo en cuenta la curva de Heckman, la inversión en los tres primeros años de vida podría tener el doble de tasa de retorno que la realizada en el preescolar.

2.10. Ética: la atención a la primera infancia nos hace mejor sociedad

Los precedentes permiten concluir que el desarrollo socialmente respaldado durante la primera infancia robustece los vínculos sociales. La economía muestra que la atención de la primera infancia redonda en beneficios para la sociedad porque es el camino expedito para construir equidad, porque elimina las disparidades de aprendizaje, porque ahorra a la sociedad ingentes sumas destinadas a gastos correctivos y porque tiene la mayor rentabilidad posible en el marco de las inversiones orientadas al bienestar individual y la cohesión social.

Pero por encima de esos argumentos prácticos, el principal argumento para una opción política por una atención especial y de alta calidad para la primera infancia pertenece a la moral y a la ética del comportamiento⁸.

Lo que es bueno por encima de lo que es rentable

La permanencia de la sociedad reside en la posibilidad de compartir un sentido colectivo de justicia y un conjunto de valores morales (Rawls J. , 2002). De hecho, las únicas instituciones socialmente creíbles son aquellas que se comprometen con la justicia y luchan por la afirmación de valores morales, como los derechos de todos los seres humanos y los derechos de los niños y las niñas. Este es un campo privilegiado para lograr que las instituciones sociales recuperen la credibilidad del conjunto de los ciudadanos y para reconciliar la política con la moral y la transparencia. No hay posibilidades de desarrollo humano fuera de la política definida como la práctica moral de la ciudadanía.

La perspectiva del desarrollo humano coloca al hombre y la mujer como el centro y la finalidad del desarrollo. El crecimiento económico y la acumulación de riqueza son solo medios para alcanzar ese destino final. El desarrollo humano es esencialmente una propuesta moral que consiste en una jerarquización de valores socialmente compartidos.

La construcción de la igualdad de oportunidades es el centro de las preocupaciones morales. No es un asunto de argumentación económica –como las propuestas de “invertir” en los pobres y acumular “capital” humano. El enfoque privilegia lo que es bueno sobre lo que es útil, afirmando de este modo que lo humano es el centro y el objetivo. La inversión y el crecimiento son tan solo medios para lograrlo.

⁸ La moral es el análisis filosófico de lo que es bueno y justo en el ámbito de la vida social y está estrechamente ligada a la ética del comportamiento humano. No debe confundirse con los moralismos de origen doctrinario.

Al colocar la búsqueda de lo que es bueno por encima de lo que es rentable, la sociedad coloca a lo colectivo por encima de las ópticas individualistas. Los derechos de ciudadanía –y entre ellos los derechos de los niños que son la base de la “humanidad” del desarrollo– son primordialmente un objeto de construcción de las políticas públicas en el ámbito del valor moral máximo de justicia y equidad.

Una sociedad que opta por el cuidado, el bienestar y el desarrollo de todos sus niños y niñas es una sociedad moralmente respetable. Es una sociedad que construye las bases de la justicia. El sólo hecho de tomar esta opción por una mejor incorporación de capacidades humanas y oportunidades de bienestar en todos sus niños y niñas la hace mejor sociedad en el presente y garantiza un alto desarrollo en el futuro.

Obviamente una opción moral como ésta tiene condicionantes materiales. El más importante de ellos es el de los recursos disponibles. La cuestión central de la política del desarrollo y el eje de una perspectiva de justicia es la necesidad de lograr beneficio humano en un contexto de escasez de recursos y crisis macroeconómicas, junto con la decisión de elevar el aporte fiscal de la sociedad en torno a la atención de los objetivos colectivos más nobles. No en balde la propuesta del Desarrollo Humano comenzó con una propuesta de Ajuste con Rostro Humano (Cornia, A., R. Jolly y F. Stewart, 1987).

Es evidente que se hace prioritaria la discusión sobre el nivel de recursos que la sociedad está dispuesta a poner para garantizar a la generación que comienza las mejores condiciones de desarrollo y sus derechos básicos de ciudadanía. Esta discusión es tanto más importante cuanto más severo sea el contexto de restricción fiscal.

La ética y la economía del cuidado

El cuidado tiene un rol esencial para la preservación de la vida, el desarrollo de la empatía, la solidaridad y la cooperación, el acoplamiento armonioso de cada individuo y el avance de la cohesión social. Las actividades de cuidado, y en particular

la crianza, que han sido menoscambiadas por razones culturales, tienen una enorme fuerza moral por su impacto esencial en el avance de la responsabilidad social, la justicia y el desarrollo humano. Sobre estas bases nace la **ética del cuidado**: el cuidado es una responsabilidad individual y colectiva que debe asociarse a ideales de atención y bienestar en un marco de libre elección (Gilligan, 1994).

La niñez es un proceso dialéctico entre apego y separación, pertenencia e identidad, integración y autonomía. La separación, la identidad y la autonomía son respaldadas por la ética de los derechos y el apego, la pertenencia y la integración por la ética del cuidado. La ética de los derechos se basa en el respeto de los demás y la ética del cuidado nace de la responsabilidad por los demás. La ética de los derechos se basa en la igualdad y la ética del cuidado afirma también la igualdad pero se dirige al reconocimiento de la diferencia y el afianzamiento de la compasión⁹.

Del reconocimiento del rol social decisivo del cuidado y la necesidad de dar un soporte material a la ética del cuidado ha surgido recientemente la llamada **economía del cuidado** (Banco Mundial, 2011). Tradicionalmente, la economía ha valorado las actividades productivas y de servicios (usualmente llamadas actividades económicas) pero no el cuidado culturalmente considerado responsabilidad no remunerable de las mujeres o tarea de las organizaciones altruistas y benéficas. La economía del cuidado plantea la necesidad de que la sociedad valore económicamente las actividades de cuidado y las remunere considerando su alto impacto en el desarrollo del colectivo social.

La economía del cuidado se ha propuesto como una alternativa de alto impacto para la reducción de las brechas económicas de género y para el mejoramiento de la crianza. Además podría ser el camino para lograr que en la sociedad capitalista la economía esté subordinada a los objetivos de la sociedad y no a la inversa. Cuando el

⁹ Compasión alude acá a la capacidad de ponerse en lugar del otro, adoptar el punto de vista del otro, sentir con el otro y participar con el otro. Esta acepción no tiene relación con el sentimiento de commiseración, piedad o lástima con el cual el término es comúnmente usado en castellano.

capitalismo logró que la economía estuviera por encima de la sociedad creó las bases de su propia destrucción porque la sociedad termina rebelándose contra la economía (Polanyi, 1944).

3. Marco de política: los derechos humanos y la primera infancia

Además de tener soporte científico, una política pública debe adecuarse a un conjunto de principios que le otorgan legitimidad y validez como instrumento de gestión pública.

Las naciones del mundo han acordado conjuntamente adoptar los derechos humanos como un marco objetivo de condiciones básicas que todos los Estados deben garantizar a su población. Sobre esta base, cada nación tiene una carta de derechos en la que aplica el marco general a su contexto y lo hace exigible en su territorio. Las políticas públicas nacionales y los programas e instituciones que los materializan deben ser consistentes con dicho marco porque éste determina las garantías esenciales que el Estado debe proveer. Por estas razones, un criterio para evaluar las políticas públicas de cualquier país y para realizar comparaciones entre ellas, es verificar su alineamiento con el enfoque de derechos humanos universalmente adoptado.

Este capítulo examina, con criterios históricos y políticos –diferente del usual enfoque jurídico-dogmático–, los principios definitorios de los derechos humanos, que sirven como referente para evaluar si las políticas públicas de primera infancia son consecuentes con ellos.

3.1. Por qué los derechos humanos

Los derechos humanos son **un conjunto de libertades esenciales, condiciones básicas de vida y bienes primarios** (Rawls J. , 1975), que cada sociedad solidariamente se compromete a garantizar a todas las personas para que puedan tener **una vida digna, satisfactoria, sin privaciones esenciales, sin miedo y en armonía con la naturaleza, logrando de este modo los pilares de la justicia**¹⁰.

¹⁰ Este capítulo contiene elementos de un trabajo elaborado por el autor para Unicef en 2005 titulado “La perspectiva de los Derechos Humanos y su relación con los programas de combate a la pobreza.

Los derechos humanos recogen el lento proceso histórico de hacernos cada vez más humanos como sociedad y como individuos. En la antigüedad más remota, las personas estaban condenadas a permanecer hasta la muerte en la condición social en que habían nacido; para la mayoría esta condena significaba una vida sin oportunidades, sin bienestar y sin participación política. Con la civilización *sumeria*, cuna de la historia y sede de las primeras ciudades, se consolidaron las castas sociales separadas por brechas de riqueza y miseria, y comenzó también la búsqueda de una sociedad más justa y equitativa. En 594 A.C., siendo Solón arconte de *Atenas*, una constitución política aceptó por primera vez que la desigualdad de cuna no tiene que ser perdurable, que las sociedades pueden avanzar hacia la **igualdad** y que ganarse la condición de ciudadano es posible e implica **solidaridad** expresada en tributación. Un hito en la consolidación de las ideas de igualdad se asentó con las *religiones abrahámicas*, que formalizaron con el Talmud y la tradición rabínica, con Jesús, y 660 años después con Mahoma, una propuesta aún más fuerte de igualdad que fue la **fraternidad**, la cual a su vez implica la solidaridad progresiva del diezmo. En el siglo XVII, cuando los vientos igualitarios ya soplaban en varias ciudades europeas, la ilustración reivindicó la razón para oponerse a la ignorancia, la superstición y la tiranía y para proclamar la **libertad** del pensar y el actuar humanos. Una centuria después, las reivindicaciones de las masas de la revolución francesa convirtieron aquellos ideales largamente forjados de **igualdad, solidaridad, fraternidad y libertad** en la propuesta de un nuevo régimen político, expresado en la primera formulación de los Derechos Universales del Hombre. Las movilizaciones políticas de los siglos XVIII y XIX comenzaron a sentar bases para hacer viables aquellos principios adoptados en Francia para el mundo y lo expresaron en propuestas programáticas que al tenor de los lastres históricos se veían como utopías. Tuvo especial impacto la utopía capitalista liberal del siglo XIX que propendía por el libre mercado como distribuidor de riqueza y por el voto como expresión de libertad política, pero sus límites fueron claros con la crisis de mercado de 1929 y con la guerra global y el exterminio promovidos por el fascismo y el nazismo, democráticamente constituidos. Por su parte, la utopía socialista planteó la planificación central como una

Documento Conceptual". Una parte de dicho trabajo fue incluida en una publicación de circulación interna en Unicef (Vargas, J.E., 2007).

opción mejor que el mercado para asignar los recursos generadores de bienestar y la dictadura del proletariado como un ejercicio del poder más cercano a las mayorías que la democracia liberal. Su propuesta se hizo realidad política a partir de 1917 en Rusia pero mostró desde la época estalinista severas condiciones de ineficiencia inducidas por la planificación y los abusos despóticos del poder sin control colectivo y pluralista. La Europa de postguerra, y con ella Occidente, optaron entonces por modelos de **socialismo democrático** o **capitalismo incluyente**, que propiciaban el mercado pero con límites y regulaciones para lograr garantías universales de bienestar, y la democracia afincada en la competencia de los partidos y el control ciudadano para asegurar las libertades fundamentales. En ese contexto de principios y mecanismos se acuerda en 1958 la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que busca recoger lo mejor de la herencia de la humanidad para construir las bases de su futuro.

El enfoque de los Derechos Humanos siguió creciendo después de la declaración universal y gracias a ella. Los grandes descubrimientos geográficos de los siglos XIV a XVII habían puesto por primera vez en entredicho los principios científicos y religiosos que justificaban superioridades étnicas al punto que Bartolomé de las Casas llegó a plantear que los seres humanos pueden ser culturalmente diferentes sin dejar de ser esencialmente iguales. No obstante, el pensamiento occidental estuvo atado al etnocentrismo europeo que desde la Ilustración matizaba la igualdad con la visión de civilización-barbarie. Durante la segunda mitad del siglo XX y tras la dura experiencia del holocausto y el reconocimiento del exterminio indígena, el mundo entiende que igualdad, solidaridad, fraternidad y libertad implican **multietnicidad** e **interculturalidad**. Hacia finales del siglo XX la humanidad descubre también que el derecho a la vida humana está indisolublemente asociado a la permanencia armónica de todas las formas de vida, lo expresa en múltiples movilizaciones políticas y extiende los derechos al campo **ambiental**, que no solamente establece el derecho de cada persona a un ambiente sano sino que preconiza la responsabilidad colectiva de preservar la vida.

Los derechos humanos son un “ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones,

inspirándose constantemente en ellos, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos...” (DUDH, 1948).

Como “reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana” (DUDH, 1948), los derechos humanos son unas garantías básicas que la sociedad debe asegurar a todos y cada uno de sus miembros, una base moral para la vida social que destaca la justicia como valor social máximo y una guía para la acción política.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos define un marco básico cuyo alcance debe ser precisado por cada nación en sus propias normas, de acuerdo con su contexto.

3.2. ¡Los más pequeños tienen derechos!

La percepción social de que los niños y niñas tienen derechos y de que éstos deben ser garantizados por el Estado tiene, en todo el mundo y especialmente en América Latina, una historia mucho más corta que la de los derechos humanos generales.

En el siglo XIX los niños morían con tanta frecuencia como en las épocas más primitivas y no merecían duelo de sus familias. El trabajo de los niños en las fábricas y minas y el sometimiento esclavo o la prostitución de las niñas eran de común aceptación en todas las sociedades, y especialmente en las naciones que vivían el fragor de la revolución industrial. Pero comenzaron a levantarse voces que reconocían en la infancia algo más que un accidente biológico. Entre los pioneros se destaca Jules Vallés, quien con la narración de la vida infantil de Jacques Vingtras en su novela “El Niño” (1879) mostró elocuentemente que los ideales de derechos universales de la revolución francesa debían aplicarse con prioridad a la infancia, castigada por la mano cruel de quienes

estaban obligados a cuidarla (Vallès, 1879). Al otro lado del Atlántico, Kate Wiggin recogió su propia experiencia de educadora infantil para escribir “Children’s Rights” (1892) que se convirtió en un manifiesto de creciente impacto social y político (Wiggin, 1892). Estas y otras reflexiones nacidas de movimientos pedagógicos, de asociaciones médicas y de intelectuales aislados impactaron gradualmente la conciencia colectiva de una sociedad que no solamente negaba los derechos de los niños y niñas, sino que legitimaba el maltrato, la explotación y el abandono.

Las más tempranas declaraciones estatales que identifican a los niños como sujetos de derechos datan de la primera mitad del siglo XX y tienen su hito fundacional en la Declaración de Ginebra (1924). Mediante ella, la V Asamblea de la Sociedad de Naciones –preursora de las Naciones Unidas– afirma que “la humanidad debe dar al niño lo mejor de sí misma” y le reconoce un conjunto mínimo de garantías.

Las políticas públicas destinadas a garantizar la protección y estimular el desarrollo de los niños comenzaron apenas con la postguerra europea, en los albores de la segunda mitad del siglo XX. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) tiene implícitos los derechos de los niños y niñas, incluidos en su enfático principio de universalidad. Los derechos de los niños y niñas devienen explícitos mediante la Declaración de los Derechos del Niño, emanada de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1959. Esta afirmación universal de la responsabilidad pública frente a los derechos de los niños tuvo consecuencias diversas: algunas naciones la integraron con fuerza en sus políticas, otras simplemente la asimilaron a los servicios de educación, salud o beneficencia que ya proveían y para muchas otras tuvo mínimas consecuencias prácticas. La expansión de la conciencia de derechos en diversas latitudes y las experiencias de políticas públicas de protección a la infancia de varias naciones en los años subsiguientes dieron soporte a la Convención Internacional de los Derechos del Niño (1989) que estimuló el reconocimiento más general de la responsabilidad pública e indujo a muchos estados a proponerse acciones de política pública para los niños, gracias al cuidadoso articulado de la Convención y a la intensa labor de promoción que se desató tras su aprobación.

3.3. Los derechos humanos aplicados a la primera infancia

Los niños y niñas tienen durante su primera infancia todos los derechos de cualquier ser humano y algunos adicionales formalizados por la Convención Internacional de los Derechos del Niño con el propósito de garantizar condiciones adecuadas de protección y desarrollo durante el comienzo de la vida.

Para efectos de divulgación y utilización en el ámbito de las políticas públicas de los derechos humanos aplicados a los niños y niñas, hay diversos listados y taxonomías elaborados con el propósito de facilitar su comprensión. Utilizaremos acá la clasificación propuesta para los derechos de los niños y niñas en el “Marco para las políticas y lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y adolescencia en el municipio -Guía para los alcaldes-“ (Vargas J.E. y C.H. Vergara, 2007), de común uso en Colombia, con las adaptaciones para primera infancia realizadas por los expertos participantes en la Reunión de Preparación del Sistema Regional de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación de Políticas, Programas y Servicios de Primera Infancia realizada en Lima en agosto de 2012 (documento inédito) Ver Tabla No. 1.

3.4. La garantía estatal de los derechos humanos

Para que un derecho pueda cumplirse se requiere un titular, que es quien lo ejerce, y un garante, que es quien tiene la obligación de que sea reconocido, tenga condiciones para ser ejercido y se controle cualquier factor que atente contra ese ejercicio.

Tabla No. 1

Los derechos humanos de los niños y niñas en la primera infancia

| Derechos y objetivos de política | Alcance |
|---|--|
| Derechos de Existencia | |
| Todos con cuidado perinatal | ➔ Que todos sean deseados, que tengan controles y atención durante la gestación y el parto, y que su madre sea protegida y pueda ejercer sus derechos |
| Todos vivos | ➔ Que ninguno muera cuando puede evitarse |
| Todos con familia | ➔ Que todos tengan una familia y que ésta sepa quererlos, protegerlos y fortalecer su relación de apego |
| Todos bien nutridos | ➔ Que todos tengan una lactancia adecuada y oportuna, y que estén libres de padecer hambre y desnutrición |
| Todos saludables | ➔ Que todos tengan controles de crecimiento y desarrollo, sean vacunados, conserven su salud y cuando enfermen tengan atención oportuna y eficaz |
| Todos con una vivienda digna | ➔ Que todos tengan una vivienda adecuada con servicios de agua potable, saneamiento y energía sostenible, en un ambiente sano |
| Derechos de Desarrollo | |
| Todos con atención y cuidado | ➔ Que todos estén permanentemente acompañados y que la atención de sus necesidades básicas se realice con conocimiento y afecto |
| Todos con educación | ➔ Que todos tengan oportunidad de desarrollar sus capacidades intelectuales, comunicativas, emocionales y sociales en su hogar y, según el marco legal nacional, en instituciones especializadas |

| | |
|---|---|
| <i>Todos jugando</i> | ➔ Que todos se desarrollen y aprendan con base en su propio movimiento y mediante relaciones lúdicas y de juego |
| Derechos de Ciudadanía | |
| <i>Todos registrados</i> | ➔ Que todos tengan registro civil en el Estado y éste se use para estructurar la garantía de sus derechos |
| <i>Todos con oportunidades de socialización</i> | ➔ Que todos tengan condiciones adecuadas de socialización en el seno de sus hogares y en interacción con sus comunidades |
| <i>Todos respetados como ciudadanos</i> | ➔ Que todos puedan crecer y desarrollar su individualidad e identidad con autonomía, seguridad y participación en las decisiones |
| <i>Todos participando</i> | ➔ Que todos puedan expresarse, opinar libremente, ser escuchados y tenidos en cuenta e interactuar con otras personas |
| Derechos de Protección Especial | |
| <i>Ninguno víctima de negligencia afectiva</i> | ➔ Que ninguno carezca de vínculos sólidos de afecto y apego en relaciones primarias que garanticen su protección y desarrollo |
| <i>Ninguno víctima de violencia personal</i> | ➔ Que ninguno sea sometido a humillación, gritos o castigos, maltrato o abuso |
| <i>Ninguno en ambientes perjudiciales</i> | ➔ Que ninguno esté expuesto a condiciones de riesgo para su salud y desarrollo, sea sometido a explotación, sea objeto de secuestro o tráfico o sea involucrado en conflictos armados |

El **Titular** es cada ser humano, y el alcance de su titularidad está definido por las normas vigentes en cada país. El **Garante** es siempre y exclusivamente el Estado. Al aceptar la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Convención Internacional de los Derechos del Niño, los Estados se han comprometido expresamente a garantizar, promover y vigilar los derechos humanos. Gracias a su responsabilidad de

garantía, el Estado tiene la potestad de orientar y vigilar sus responsabilidades propias y también las de la familia y la comunidad.

La garantía implica a cada Estado 5 frentes de intervención:

- **Dirección**, que consiste en estructurar las políticas públicas y definir las estrategias y responsabilidades para que los derechos puedan ser ejercidos. La dirección implica definir quién dentro del aparato del Estado es responsable de la gestión de cada garantía. Corresponde al poder legislativo y a las cabezas del poder ejecutivo.
- **Promoción y educación** en derechos, para que los titulares los conozcan y ejerzan, y los responsables de proveerlos lo hagan debidamente. Es una responsabilidad de todos los entes estatales.
- **Organización y regulación de la prestación de los servicios** que materializan los derechos, independientemente de quien sea su prestador (que puede ser oficial, privado o comunitario). Suele ser responsabilidad de las cabezas sectoriales y de los gobiernos locales.
- **Vigilancia**, para corregir cualquier situación que atente contra los derechos. Compete siempre a organismos oficiales, con apoyo de la comunidad. Compete a todos los poderes del Estado.
- **Restablecimiento**, que es la obligación de atender a quienes sufren una violación de derechos y corregir la situación. Por lo general es orientada por los entes responsables de la organización de la prestación.

Dado que la protección y desarrollo de los niños y niñas implica la participación activa de la familia y la comunidad, éstas tienen responsabilidades de atención a los derechos que el Estado como garante debe promover, apoyar y vigilar. La corresponsabilidad familia-comunidad-Estado en la atención de los derechos debe ser definida y organizada por el Estado en su rol exclusivo de garante. No obstante, la corresponsabilidad no matiza la obligación ineludible y única que tiene el Estado.

Para examinar el alcance de la garantía estatal a los derechos en la primera infancia, que es el objetivo de este trabajo, es necesario examinar los principios propios del enfoque de derechos.

3.5. Principios de los derechos humanos

Si bien los derechos humanos están soportados por fundamentos y normas universales, el alcance de los principios y la doctrina sobre su aplicación siempre están en proceso de construcción. Esta condición nace de su vocación ecuménica e intercultural –que recoge los sentimientos y visiones de muy distintas culturas– y de su carácter dinámico –que reconoce el conflicto, el cambio y la diversidad–.

Los principios de los derechos humanos que se enuncian enseguida son una aproximación analítica nacida de la exégesis del texto de la Declaración Universal, de su entorno histórico y de su interpretación en el seno de la Organización de las Naciones Unidas, que fue creada precisamente para promoverlos y aplicarlos.

Universalidad

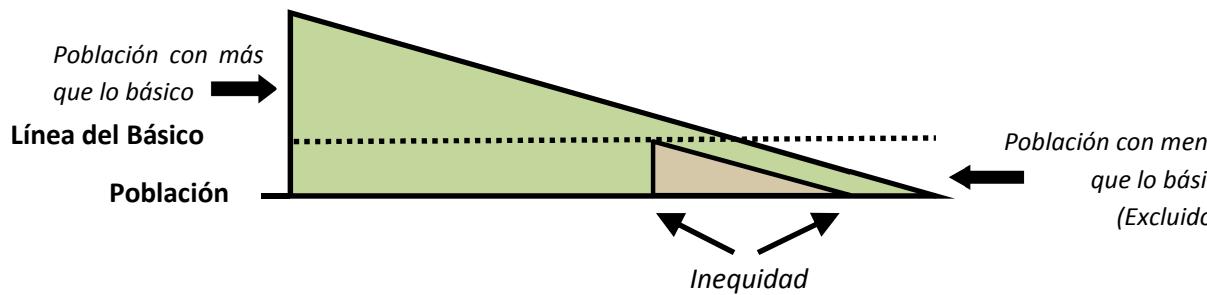
La universalidad de los “derechos iguales de todos los miembros de la familia humana” (DUDH, 1948), es el principio definitorio por excelencia de los derechos humanos. No en balde cada uno de los 30 artículos de la Declaración comienzan con las palabras “todos” y “toda persona” o con las palabras “nadie” o “ninguno”¹¹.

La universalidad implica **no discriminación**, pues “toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición” (DUDH, 1948).

¹¹ En la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el término “todos” alude expresamente a “todos los miembros de la familia humana” y es ajeno a cualquier discriminación de género.

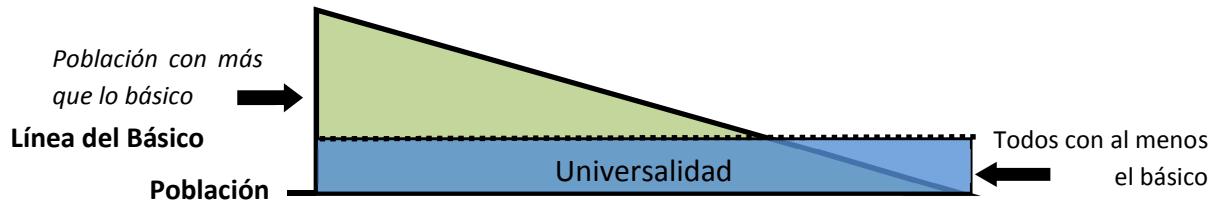
La gráfica No. 16 esquematiza la situación que la universalidad se propone superar: aquella en la que hay una parte de la población que está excluida porque no puede acceder a las condiciones básicas para una vida digna, mientras otra tiene más que el mínimo básico. Esta exclusión que da lugar a una situación de inequidad.

Gráfica No. 16
No universalidad de derechos



La universalidad es una propuesta de **equidad**. Desde el punto de vista de los derechos humanos, es inaceptable que en una sociedad algunos tengan más que lo básico, mientras otros están por debajo del básico de derechos reconocidos. Por eso, cada sociedad de acuerdo a sus condiciones debe definir en cada derecho la línea del básico que debe garantizarse a todos. Quienes están por debajo de esa línea configuran una situación inaceptable de exclusión. Cuando algunos tienen más que el básico y otros menos, hay una situación de inequidad contraria a los derechos humanos, que la hacen una sociedad no justa.

Gráfica No. 17
Universalidad de derechos



Por su opción por la equidad, la universalidad plasma la aspiración histórica de la **igualdad de oportunidades**. Pero no es sólo atender a la totalidad de miembros de la sociedad. **La universalidad es, por sobre todo, una opción por la integración social.** El objetivo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos es una sociedad integrada y justa y el ejercicio individual de los derechos por cada persona es apenas el medio. Los derechos humanos buscan lograr que todas las personas accedan, sin distinción alguna, a ciertos servicios comunes que los hacen iguales porque son deseables y dignificantes para todos, logrando que la sociedad se integre porque está conformada por individuos que tienen condiciones básicas iguales. La universalidad no solamente consiste en que cada persona pueda ejercer su derecho, sino que todas los hagan *en similar escenario y bajo similares condiciones*. De este modo el ejercicio de los derechos se convierte en el mecanismo de encuentro entre quienes por razones culturales, étnicas o económicas son considerados distintos. El derecho universal a la educación, por ejemplo, no solo es el derecho de cada uno de asistir a la escuela sino el derecho de todos de asistir a la misma escuela, descubrirse en ella como iguales y crear vínculos que permitan preservar esa igualdad a lo largo de sus vidas.

Las políticas públicas económicas, sociales o culturales que se dedican exclusivamente a brindar subsidios y servicios a ciertos grupos de población seleccionados por su condición de discriminación, pobreza o “vulnerabilidad” y que a la vez estimulan que los demás grupos de población obtengan esos servicios mediante

estrategias privadas se olvidan de la universalidad y por tanto no tienen enfoque de derechos. Son la continuación, usualmente mediante novedosas estrategias estatales, de las viejas prácticas de caridad, de los programas privados de atención a los pobres y de las acciones de beneficencia pública. Como acabamos de afirmar, el enfoque de derechos tiene como objetivo principal la integración de la sociedad mediante la estrategia de lograr que todas las personas se encuentren y sean iguales en el mismo escenario de ejercicio de sus derechos.

Por tanto, la universalidad de la política pública implica **unicidad del mecanismo de garantía**: todos tienen el mismo derecho mediante servicios comunes y no discriminantes. Son violatorios de derechos los sistemas duales que ofrecen garantías o servicios (i.e. en materia de participación política, educación o salud) diferenciados por nivel de ingresos o localización geográfica. *Las políticas públicas que cumplen con el principio de universalidad de derechos no se orientan a un estrato social en particular (i.e. los pobres) ni tienen mecanismos duales de provisión de los servicios que permiten acceder a los derechos (i.e. regímenes de pago y regímenes subsidiados).*

La universalidad implica también **no discrecionalidad**. Nadie tiene la potestad de decidir si se otorgan los derechos o se conceden los servicios estatales que los hacen viables. Por tanto, la universalidad trae aparejada la **automaticidad** de acceso a las garantías básicas, sin que puedan mediar programas de “selección de beneficiarios”. Un corolario es la **no condicionalidad**: los derechos humanos no pueden estar sometidos a la acreditación de ciertos comportamientos ante un agente evaluador (i.e. el derecho a la educación no puede condicionarse a que un niño o niña cumpla con sus tareas escolares). Cuando los derechos son inherentes a cada persona, cuando no son concedidos sino automáticos, se cierran las posibilidades de clientelismo, que está precisamente asentado en la dádiva del político y la deuda del votante.

Sin perjuicio de lo anterior, la universalidad no es uniformidad. Implica **perspectiva de género, multiculturalidad y respeto por la diferencia**. Las reglas del juego y los servicios que otorgan las garantías deben adaptarse a las condiciones

diversas de la población para lograr que todos tengan un mínimo equivalente de libertades y oportunidades.

Habilitación para la universalidad: protección compensatoria y protección especial de emergencia

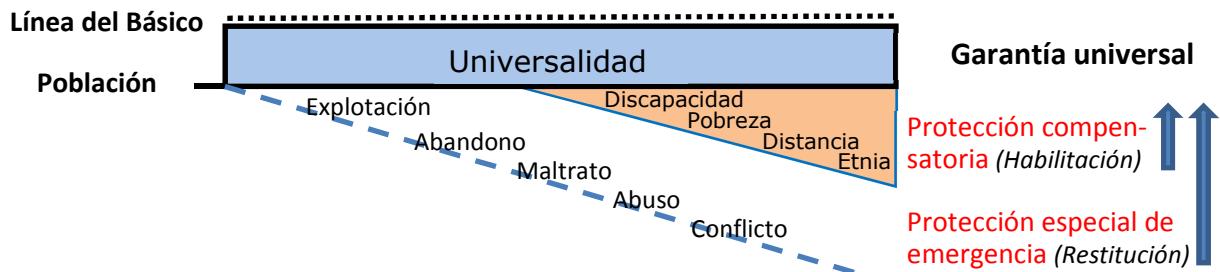
Una vez que están establecidos los mecanismos para garantizar universalmente los derechos, hay grupos de población que no logran acceder a ellos, por razones personales, familiares, económicas o territoriales (como discapacidad, pobreza, localización distante o diferencia cultural, entre otras). En el enfoque de derechos, esa población requiere de **protección compensatoria**, para tener las condiciones que la habiliten para tener acceso a la garantía universal. Esta protección compensatoria debe ser a su vez universal para cada uno de los grupos que la requieran (i.e. para todos los que están en situación de deficiencia visual o auditiva).

Hay otros que no acceden a los servicios porque sufren de condiciones de humillación que niegan sus derechos, como ocurre en los casos de explotación, abandono, maltrato, abuso, trata y tráfico de personas o involucramiento en conflictos armados. Estos casos implican **protección especial de emergencia**, que debe ser inmediata y personalizada, y tiene la función de restituir los derechos conculcados y posibilitar que los afectados puedan acceder a la garantía universal.

Nótese que en el enfoque de derechos, los mecanismos de focalización no son para crear condiciones discriminantes en beneficio de algunos, sino para habilitar el ingreso a los servicios ordinarios de protección universal. Desde el punto de vista de los derechos son inaceptables acciones focalizadas discriminantes, es decir, aquellas que sustraen de la garantía universal y crean grupos especiales de atención. Para que la protección compensatoria y habilitante y la protección especial de emergencia tengan sentido en el enfoque de derechos, deben existir previamente las condiciones de universalidad.

Gráfica No. 18

Protección compensatoria y protección especial de emergencia para la universalidad



La garantía universal de derechos cobija a todas las personas sin distinción de clase, no solamente a los pobres. El principio de universalidad sin discriminación hace inaceptable que los estados recorten la garantía pública a los derechos básicos de ciertos sectores de la población para garantizarlos a otros.

En síntesis, el principio de universalidad sin discriminación implica que *todos* tengan *acceso* a los mínimos, que haya *solidaridad social* para evitar la exclusión, que la *calidad* de los servicios destinados a garantizar los derechos sea uniforme, que el *mecanismo* de garantía sea único, *que no haya aplazamiento* de garantías para algunos, que la *focalización* actúe como un soporte habilitante de la universalización, que *no se recorten* los derechos de las clases medias y que las garantías sean de acceso *automático*.

Progresividad con universalidad

Los derechos humanos son el “ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse a fin que de tanto los individuos como las instituciones (...)”

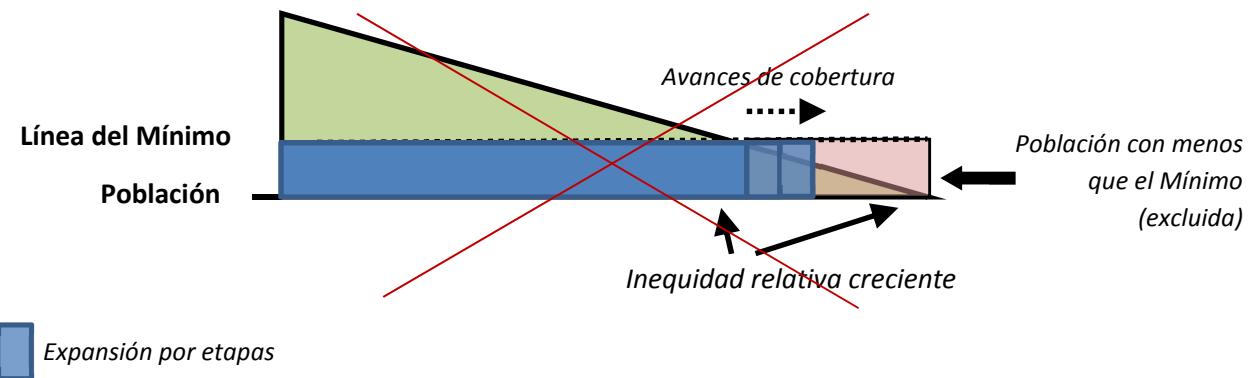
aseguren por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos..." (CUDH, 1948).

Los derechos no son una expresión de la utopía social sino un cuerpo de garantías ciertas en el presente. Por eso es inaceptable que con cualquier argumento, bien sea político, fiscal, tecnológico o geográfico, se aplace el ejercicio o disfrute de ciertos derechos para una parte de la población mientras otra parte puede disfrutarlos. La universalidad exige que todos puedan ejercer en el presente sus derechos. Es por eso que en el ámbito de los derechos económicos y sociales cada país debe definir el nivel de garantías mínimas universales de acuerdo con sus posibilidades específicas.

¿Es eso posible? Sin duda. Las sociedades contemporáneas tienen los recursos necesarios para lograr la universalización de las condiciones básicas. Así lo demuestran reiterados informes de las Naciones Unidas, lo demuestran estudios independientes en materia de recursos físicos o capacidades financieras y lo reconocen los gobiernos en frecuentes convenciones internacionales. Este asunto se examina adelante en el acápite titulado "equidad y asignación del máximo de recursos disponibles".

Por las razones anteriores, no es compatible con el enfoque de derechos que un Estado adopte una línea de mínimos inalcanzable para todos en el presente, y establezca una estrategia para que gradualmente y con el paso de los años porciones escogidas de la población lleguen a ella. Esta forma de expansión de las garantías equivale a la decisión de los padres en una familia que deciden dar la comida disponible a unos de sus hijos y negarla a otros. La concesión selectiva de las garantías es inaceptable porque implica una discriminación creciente contra los que se quedan sin acceso a ellas, que cada vez son más minoritarios y quedan en peor condición de equidad en términos relativos. El progreso en derechos debe hacerse optando al comienzo por una línea de mínimos menos ambiciosas, pero accesible a todos (en ejemplo planteado, la comida disponible debe ser distribuida entre todos). La Gráfica No. 19 ilustra un proceso inequitativo y discriminante de expansión de las garantías mínimas.

Gráfica No. 19
Progreso social sin enfoque de derechos



Bajo el enfoque de derechos, una vez hecha la definición del nivel de básicos, cada Estado tiene dos responsabilidades interrelacionadas (ver gráfica No. 20):

- **No reversión.** Significa que el Estado tiene la obligación de garantizar que una vez definido un umbral básico, éste no se reduzca. Son inaceptables las medidas que recortan los básicos, como ocurre, por ejemplo, cuando una nación decide reducir el alcance de la seguridad social, la atención en salud o los servicios educativos. La experiencia muestra que quienes recibieron transitoriamente las garantías y fueron llevados sólo por un tiempo a mejores condiciones de vida resultan especialmente afectados cuando pierden tales garantías porque no logran recuperar los mecanismos de subsistencia y solidaridad que tenían antes del progreso transitorio y su condición de ejercicio de derechos empeora. Al respecto existe la dolorosa experiencia práctica de garantías de derechos que duran hasta que hay un cambio de administración nacional o local, así como una amplia literatura en torno a la categoría de “nuevos pobres”. Véase por ejemplo (Minujin, 1992).
- **Sostenibilidad.** El Estado está en obligación de proveer los medios necesarios para que quienes tienen la garantía de básicos no la pierdan. Son violatorios de los derechos humanos los programas que transitoriamente permiten el acceso al

ejercicio de ciertos derechos, pero no aseguran las condiciones para que los beneficiarios puedan seguir ejerciéndolos en el futuro.

Gráfica No. 20

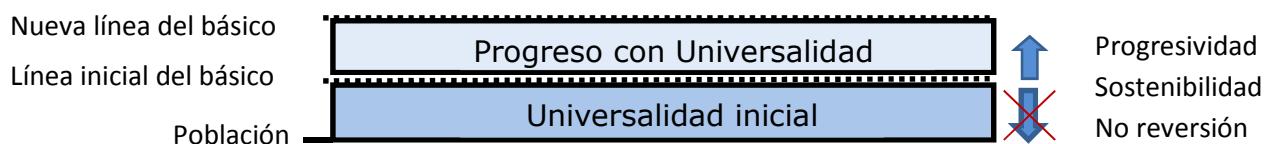
Contemporaneidad de los derechos



Adicionalmente, bajo la perspectiva de derechos humanos el Estado debe garantizar que haya progreso social. De ahí el **principio de progresividad**. Significa que una vez que todos los miembros de la sociedad tengan garantizadas las condiciones básicas, el umbral de esos mínimos debe elevarse de manera que todos puedan tener cada vez más seguridades y libertades, es decir, que la sociedad y todos sus miembros puedan progresar. La progresividad es por tanto la búsqueda de aumentos graduales también universales. Cada sociedad podrá proponerse siempre nuevos niveles de derechos humanos, lo cual los hace motor de progreso social (Gráfica No. 21).

Gráfica No. 21

Contemporaneidad y progresividad de los derechos



En síntesis: una política pública de derechos implica que las garantías establecidas lleguen a toda la población para preservar el principio de universalidad y que el nivel de esas garantías crezca gradualmente también para toda la población de manera que haya progresividad con universalidad.

Exigibilidad y justiciabilidad

La universalidad implica **exigibilidad**. Los derechos no se conceden y deben ser exigidos. Las naciones del mundo han decidido mediante la Convención Universal de los Derechos Humanos hacerlos inherentes a todas las personas: “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos...” (DUDH, 1948, artículo 2) de modo que “todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación...” (DUDH, 1948, artículo 7) y son exigibles en cualquier parte del mundo pues “no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona...” (DUDH, 1948, artículo 3).

Dado que los derechos son inherentes a los seres humanos y también son irrenunciables, las personas están en el derecho y a la vez en la obligación de exigirlos, mientras que los Estados tienen la obligación de garantizarlos y de monitorear su cumplimiento y progresión. Tanto la garantía como el monitoreo deben ser un principio fundamental de la acción del Estado y una base de su propia legitimidad.

La exigibilidad requiere varias condiciones esenciales para que se hagan política pública:

- Que las garantías sean explícitas y ciertas.
- Que estén definidos los responsables de administrar las garantías y éstos tengan capacidad efectiva (legal, institucional, financiera y operativa) para cumplir con sus obligaciones.

- Que los ciudadanos conozcan sus derechos y estén definidos los mecanismos para exigirlos.
- Que exista transparencia y rendición de cuentas de las dependencias responsables.
- Que se establezcan y reconozcan mecanismos de vigilancia activa por parte de cada ciudadano y del colectivo social.

La exigibilidad está acompañada de la **justiciabilidad**. Consiste en que las agencias estatales y los funcionarios públicos puedan ser investigados y sancionados por incumplimiento u omisión de las funciones y responsabilidades frente a los derechos humanos o por violaciones a los derechos de los ciudadanos. En materia de derechos, la obligación de los funcionarios garantes no es solo cumplir con los procedimientos sino y sobre todo, responder por los resultados.

La justiciabilidad implica que las garantías de derechos humanos deben tener:

- Definición clara de los responsables de cada garantía en el sector público y de su grado de responsabilidad.
- Investigación, sanción y exigencia de reparación sobre los responsables de garantizar un derecho que no cumplieron con su obligación de garantía (omisión).
- Investigación, sanción y exigencia de reparación sobre los agentes públicos que con sus acciones violaron derechos.
- Restitución de los derechos conculcados o no garantizados y compensación de los daños causados a aquellos a quienes no se permitió el ejercicio de sus derechos.

Indivisibilidad e Interdependencia

La universalidad implica que “*toda* persona tiene *todos* los derechos y libertades...” (DUDH, 1948, artículo 2). Esta indivisibilidad de los derechos obedece a

que los seres humanos son **indivisibles** y no es aceptable que el Estado garantice unos derechos y otros no, que la garantía de unos derechos se provea en detrimento de otros o que se aseguren los derechos económicos, sociales y culturales pero no los derechos civiles y políticos, o viceversa.

La indivisibilidad de los derechos está ligada a su **interdependencia**: es necesario ejercerlos todos, porque cada uno potencia el ejercicio de los demás. Por ejemplo, el ejercicio pleno del derecho a la educación para los niños y niñas exige ejercer, entre otros, el derecho a la salud, a la nutrición, a la recreación, a la información, a la libertad de opinión y a no trabajar. La educación, por su parte, habilita para ejercer mejor el derecho a la salud, a la nutrición, al ingreso, a la información y a la participación política.

La indivisibilidad también es comunitaria: no es aceptable que las garantías estatales provean acceso al ejercicio de los derechos para unos miembros del hogar y no para otros (i.e. educación para algunos hijos pero no para todos) o para algunos miembros de la comunidad y no para otros (i.e. educación para hijos de familias con ciertos perfiles y no para todas)

Frecuentemente los programas gubernamentales de origen estrictamente sectorial –muy comunes en los países en vías de desarrollo– son contrarios a la indivisibilidad porque se ocupan unilateralmente de una faceta de las personas. Ello ocurre, i.e. con los programas de salud sin nutrición o educación, o con la atención a los niños y niñas en cuanto carentes de vivienda o ingresos (“niños de la calle”, “niños trabajadores”) y no en cuanto seres humanos, perdiendo la perspectiva integral y con resultados poco eficaces y muchas veces estigmatizantes.

Equidad y asignación del máximo de recursos disponibles

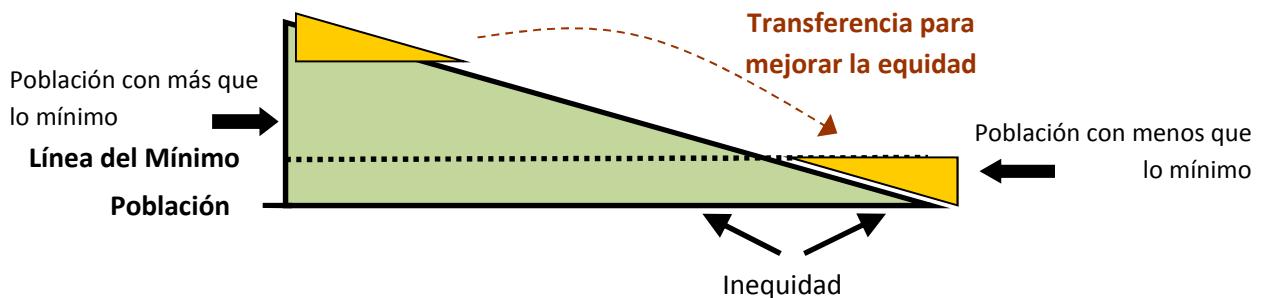
El principio de universalidad está estrechamente ligado, como se planteaba arriba, con el de equidad, entendido como la obligación de crear las condiciones para

que todos tengan al menos lo mínimo. El principio de progresividad también está ligado a la equidad pues implica realizar las acciones necesarias para que el crecimiento en una sociedad incida directamente en el aumento del umbral de las garantías mínimas.

Cuando algunos tienen condiciones que están por debajo de la línea de los derechos básicos, la garantía de condiciones básicas universales solo puede lograrse en la medida en que ellos reciban una transferencia real de recursos y oportunidades de quienes están por encima de esa línea. Se trata de hacer efectiva la solidaridad (Ver gráfica No. 22).

Gráfica No. 22

Equidad de derechos



Mejorar el acceso a los derechos y el nivel de garantías es una decisión estrechamente ligada a la mejoría en la distribución del ingreso. El principal mecanismos de mejoría en la distribución del ingreso es la **progresividad en los impuestos**. Ésta está concebida para que quienes reciben más ingresos contribuyan en mayor proporción al conjunto de la sociedad. La asignación progresiva de impuestos tiene el mayor impacto directo e inmediato en la reducción de la inequidad de ingresos. Si adicionalmente se acuerda una carga fiscal suficiente para cubrir las garantías básicas al conjunto de la sociedad, se convierte en motor de bienestar y progreso social.

La política impositiva progresiva es necesaria además para que los estados cumplan con la obligación de destinar a la garantía de los derechos de los niños y niñas

“el máximo de los recursos de que dispongan” (CIDN, 1989). ¿Cuánto es el máximo de recursos? No existe una línea normativa. Cada sociedad debe fijarla en su política pública, de acuerdo con sus posibilidades y necesidades. La disponibilidad de recursos públicos para un determinado objetivo es una decisión política que involucra responsabilidades de todos los agentes sociales y especialmente de aquellos que tienen condiciones privilegiadas.

Además de la tributación progresiva, es necesaria una **política de gasto público universalista, habilitante y restitutiva**, es decir, capaz de llegar a todos los miembros de la sociedad para que todos tengan las garantías básicas (universalidad), y que además garantice la protección compensatoria de los grupos sociales en condición de desventaja (habilitación) y la protección especial de emergencia para quienes sufran violaciones de derechos (restitución), logrando en estos dos últimos casos el acceso efectivo a la protección universal.

Nótese que la tributación progresiva es el principal factor de reducción de la desigualdad mientras que la política de gasto se orienta a lograr equidad mediante las garantías universales.

La experiencia de aplicación de los derechos humanos en la Europa de post-guerra tuvo un claro soporte en la política fiscal de recaudo progresivo. América Latina adoptó en los años 60 el mismo modelo de seguridad social y universalización de servicios básicos, pero soslayó la realización de las reformas fiscales requeridas para darle soporte. Mantuvo los niveles bajos y poco progresivos de recaudo fiscal y destinó los recursos obtenidos a la política social y optó por el endeudamiento con las fuentes multilaterales de crédito para construir infraestructura. Incubó así la crisis de la deuda de los años 80, que a la poste redujo significativamente los recursos para el desarrollo social. Desde aquella década, los exiguos recursos sociales se destinan prioritariamente a programas de mitigación de la pobreza, ajenos a la perspectiva de universalidad.

El financiamiento del enfoque de derechos implica también en el escenario público una política de salarios, complementada con transferencias monetarias compensatorias. Esto se debe a que algunos derechos no son garantizados por servicios gratuitos de financiamiento estatal, sino que su realización implica acceso al mercado de bienes y servicios con capacidad para realizar los pagos correspondientes.

Garantía y titularidad de los derechos humanos

Para que los derechos humanos puedan realizarse se requieren dos dinámicas concomitantes: garantía y titularidad. Estas dinámicas complementarias son esenciales para que los derechos humanos puedan ser ejercidos. Es usual que los estados se concentren en la garantía y descuiden la titularidad, con el resultado de una oferta de servicios que no potencia a los individuos y en muchos casos es inadecuadamente aprovechada.

Para que exista *garantía* de derechos, el Estado debe, ante todo, asignar los garantes, es decir las instancias y en ellas los funcionarios que tienen la responsabilidad de estructurar la oferta y las condiciones de prestación de los servicios requeridos para que los derechos puedan materializarse. Los garantes deben ser justiciables, es decir, pueden ser investigados y sancionados por deficiencias en las garantías de su competencia. Los servicios garantizados por el Estado pueden ser brindados por agentes oficiales o privados, y mediante estructuras estatales o de mercado.

Pero la garantía de los derechos no asegura el ejercicio y disfrute de los mismos. Es frecuente que existiendo mecanismos de garantía de los derechos humanos, las personas no están en condiciones de acceder a ellos, de aprovecharlos debidamente, de hacerlos parte de su vida. Muchos tienen temor a su libertad, rehúyen a la participación, se excusan de la educación, maltratan su salud, equivocan sus prácticas alimentarias o, en general, carecen de disposición y capacidad para ejercer los derechos que fortalecen sus vidas y enriquecen a sus comunidades. Esta limitación puede obedecer a razones y restricciones personales, familiares o sociales.

El Estado tiene también la responsabilidad de lograr que el sujeto de derechos esté en capacidad y condiciones de ejercer su *titularidad*. Tiene por tanto un mandato habilitante de los titulares de los derechos.

Gráfica No. 23
La doble responsabilidad estatal frente a los Derechos Humanos



Como se verá adelante, la atención de los derechos humanos de la primera infancia no se basa sólo en crear una oferta de servicios institucionales sino, y por sobre todo, en crear condiciones familiares y sociales que logren que los niños y niñas adquieran las capacidades esenciales para ejercer esos derechos.

4. Tendencias de las políticas públicas de primera infancia en 10 países

4.1. Las políticas de primera infancia son apenas nacientes

Las acciones del sector público orientadas a los niños y niñas son muy recientes en todo el mundo. Aparecieron tímidamente en la primera mitad del siglo XX, lideradas por organizaciones asistenciales. Comenzaron a tomar el carácter de políticas públicas en unos cuantos países después en la segunda mitad del siglo XX, muy de la mano con la primera declaración de los derechos de los niños y niñas por las Naciones Unidas en 1959. Los reconocimientos de la responsabilidad estatal de atender a los **niños y niñas menores de 18 años** y la expansión de las políticas públicas consecuentes con ello sólo comenzaron a ser masivos después de la Convención Internacional de los Derechos del Niño en 1989.

A manera de ejemplo, miremos el caso de Colombia. En este país, la protección y desarrollo infantil fueron consideradas desde la independencia y durante todo el siglo XX como una responsabilidad esencialmente familiar que eventualmente podía recibir apoyo de las actividades filantrópicas. El Estado se sumó a la protección asistencial de la infancia –con especial énfasis en los “menores en situación irregular”– mediante su participación en las beneficencias departamentales y las gestiones caritativas del Consejo Colombiano de Protección Social del Menor y la Familia y los comités equivalentes de los departamentos y municipios. La reforma estatal de 1968 creó el ICBF para canalizar el asistencialismo público y crear sinergias con la caridad privada. Sólo en 2006, con la aprobación del Código Nacional de Infancia y Adolescencia, el Estado Colombiano reconoció formalmente que tiene responsabilidades directas en la garantía de los derechos de los niños y niñas.

Las políticas y estrategias estatales específicamente orientadas a la primera infancia –**menores de 6 años**– son aún más novedosas en todo el mundo. Su emergencia tiene dos motores principales. El primero ha sido la transformación de las estructuras familiares y de las prácticas de crianza, asociadas al avance feminista y la vinculación

de las mujeres al mercado de trabajo, que crearon una demanda creciente de servicios para el cuidado de infantes de edad temprana que aún no estaban en el sistema escolar. El segundo es inducido por los recientes descubrimientos científicos que relievan la importancia trascendental de la etapa inicial de la vida en el desarrollo individual y la cohesión social, e invocan por una decidida garantía estatal para un buen comienzo de la vida.

En Colombia hubo algunas acciones sectoriales masivas relacionadas con la primera infancia desde mediados de la década de los 80 (como el Plan Nacional de Vacunación y la estrategia de Hogares de Bienestar). No obstante, la primera propuesta de política pública de atención integral a la primera infancia –aunque todavía no universal– es la Estrategia de Cero a Siempre, que tiene raíces que se remontan a 2009 y fue lanzada en febrero de 2011.

En síntesis, las políticas estatales de primera infancia en el mundo tienen tres características: i) están apenas en una fase incipiente, aún de experimentación y aprendizaje; ii) todavía no están alineadas con un enfoque de garantía estatal a un conjunto reconocido de derechos universales, pues pesan sobre ellas inercias asistenciales; y iii) no están plenamente fundamentadas en bases científicas, debido a que éstas últimas también son nuevas y dispersas.

4.2. Una mirada sobre 10 países

Este capítulo es un estudio de la atención a la primera infancia en 10 países que representan las tendencias más novedosas y los modelos más caracterizados de las nuevas estrategias de atención a la primera infancia¹².

Haremos una descripción de las políticas y garantías públicas orientadas a la protección y desarrollo de la primera infancia en cada país, así como de las estructuras

¹² Este capítulo se basa en un trabajo realizado por el autor en 2011 para el Banco Mundial, titulado “Atención Estatal a la Primera Infancia – Tendencias y Modelos”.

de dirección, prestación y financiamiento. La descripción está acompañada del análisis estructurado de las prácticas más generalizadas para identificar las tendencias y modelos predominantes, y valorar su pertinencia a la luz del conocimiento científico y la perspectiva de los derechos humanos tratados en los dos capítulos anteriores.

Fueron analizados los programas públicos de atención a la primera infancia en Australia, Canadá, Chile, Cuba, Dinamarca, Francia, Inglaterra, Holanda, Irlanda del Norte y Suecia.

Como una muestra del dinamismo que están cobrando las políticas de primera infancia, es de anotar que la mitad de los países seleccionados han realizado reformas sustanciales recientes en el sistema de atención a la primera infancia: Australia en 2009-2010, Chile en 2009, Francia en 2009, Inglaterra en 2006 y Holanda en 2005.

El objetivo del estudio es contribuir a la difusión y análisis de las mejores prácticas internacionales en cuidado estatal de la primera infancia, como un aporte al fortalecimiento de las políticas y acciones de los países que comienzan a abordar el desarrollo infantil como una responsabilidad pública y están pasando de una fase inicial de reconocimiento normativo de los derechos de la niñez a una nueva y más exigente etapa de diseño de estrategias y mejoramiento de los modelos de atención.

En los 10 países seleccionados se encontró que desde el punto de vista de los destinatarios de las garantías hay tres frentes claramente definidos de intervención pública en torno a la protección y desarrollo de la primera infancia:

- **Políticas públicas de apoyo a las familias para el cuidado de la primera infancia**
- **Políticas públicas de movilización de las comunidades frente a la primera infancia**
- **Políticas públicas de provisión de servicios estatales directos para la primera infancia.**

El análisis se concentrará inicialmente en esos tres tipos de políticas y se ilustrará con ejemplos descriptivos de las opciones nacionales incluidos en letra cursiva.

4.3. Políticas públicas de apoyo a las familias en torno al cuidado de la primera infancia

El mayor énfasis de los cambios más recientes en materia de políticas públicas de primera infancia de los países analizados se ha puesto en garantizar el *derecho a la familia*. Esta garantía se cristaliza en apoyos a las familias para potenciar su capacidad de afecto, cuidado, protección y desarrollo.

Este énfasis nace de cuatro reconocimientos básicos, usualmente presentes en las disposiciones normativas que soportan los sistemas de garantías a la primera infancia en los 10 países:

- Como hemos visto, el conocimiento científico disponible muestra que la familia, entendida como el círculo inmediato de relaciones, tiene el rol principal en la protección y desarrollo de la primera infancia. En ella se desarrollan el apego y las relaciones de afecto, que son decisivos para el desarrollo neuronal, y se realiza la socialización primaria y el comienzo del acoplamiento armonioso, que resultan esenciales para el desarrollo psicoafectivo y la creación de bases de ciudadanía ética.
- El derecho a una familia, que implica que ésta esté en condiciones adecuadas para cumplir sus funciones de crianza, debe ser garantizado por el Estado.

- La capacidad y posibilidad de las familias para cumplir con su responsabilidad frente a la primera infancia es un asunto de interés público porque impacta el bienestar presente y futuro de la sociedad.
- En algunos casos se plantea también la necesidad de que la sociedad ingrese por el camino de la ética y la economía del cuidado. Dado que una buena crianza reporta beneficios para toda la sociedad, ésta debe retribuir el trabajo familiar implicado.

Las políticas de garantía del derecho a la familia se concretan en tres estrategias principales que analizaremos enseguida: tiempo, dinero y conocimientos de crianza.

4.3.1. Tiempo: políticas para facilitar la permanencia de las madres y padres con sus hijos

Los niños y niñas requieren durante la primera infancia acompañamiento permanente. Por las razones analizadas en el capítulo 1, éste debe ser brindado en la medida de lo posible por sus padres y por quienes integran su círculo primario de afectos y apego.

Pero diversas dinámicas económicas y sociales de la sociedad moderna reducen el tiempo disponible de los padres y madres para sus hijos. Por ello en todos los países de la muestra hay políticas deliberadas por brindar a las madres y padres facilidades para que puedan destinar tiempo a sus hijos en primera infancia y una clara tendencia a lograr incrementos graduales en las facilidades respectivas.

Las políticas incluyen licencias de maternidad, de paternidad y de maternidad-paternidad (llamaremos así a las licencias que brindan la posibilidad a la madre y al padre para alternarse en el cuidado con la capacidad de decidir cuál de los dos hace uso

de ella). La mayoría ofrecen también horarios de trabajo flexibles que puedan acomodarse a las necesidades de cuidado de los infantes. Muchos tienen facilidades adicionales para los padres que deban atender hijos con necesidades especiales de desarrollo.

Los países nórdicos son pioneros en la expansión de la licencias para la crianza. En Dinamarca los padres de un recién nacido pueden acceder a 112 semanas de licencias de maternidad, paternidad y materparternidad, de las cuales corresponden a la madre 64 semanas y al padre 48.

A continuación se examinan los distintos tipos de licencias y facilidades.

Licencias de maternidad

Duración. Las licencias de maternidad tienen una duración que va desde 14 semanas (Suecia) hasta 52 semanas (Inglaterra e Irlanda del Norte).

Obligatoriedad y flexibilidad. Las normas de los países analizados establecen la duración de la licencia de maternidad y por lo general otorgan cierta flexibilidad respecto a cómo y cuándo tomarla, pero establecen períodos en que es obligatoria antes de la fecha estimada del parto y después de éste.

En Francia la madre puede distribuir sus 16 semanas de licencia en 6 prenatales y 10 postnatales, pero no puede reducir el periodo de licencia prenatal a menos de 3 semanas. En Dinamarca y el Reino Unido es inexcusable tomar 2 semanas de licencia obligatoria inmediatamente después del parto.

Un caso de neutralidad de género y libre decisión. Licencias de maternidad cedidas al padre.

En Australia comenzó en 2011 el programa nacional de licencia de maternidad pagada, que es financiado en su totalidad por el Gobierno Federal. La licencia de maternidad puede ser cedida al padre en la proporción que la madre decida, pues el sistema considera que las labores de cuidado inicial no son de competencia exclusiva de la mujer.

Condiciones y Requisitos. Los países analizados tienen una gama muy diversa de requisitos de vinculación y antigüedad laboral para que la madre pueda tomar su licencia de maternidad y pueda acceder a la correspondiente remuneración. Estos requisitos condicionantes son un asunto de álgido debate sobre el alcance del derecho entre posiciones que defienden el derecho irrestricto de la madre a una maternidad segura y del bebé a ejercer su derecho de protección sin condicionamientos, y quienes encuentran riesgos económicos y laborales.

En Francia, Holanda y Suecia sólo es necesario que la mujer esté empleada para tomar la licencia de maternidad. En Australia se requiere que la madre haya trabajado por un periodo ininterrumpido de 12 meses y en Canadá (nivel federal) de 6.

En Chile, la madre debe presentar ante el empleador el certificado de un médico o matrona que acredite que su estado de embarazo ha llegado al periodo fijado para obtener la licencia; para poder recibir la remuneración debe haber trabajado o cotizado al seguro por un periodo mínimo ininterrumpido.

En Dinamarca las mujeres deben haber trabajado al menos 120 horas en las 13 semanas anteriores al primer día de licencia para recibir su remuneración. En Suecia el derecho a la remuneración de la licencia requiere que los padres y madres hayan tenido un empleo asegurado durante mínimo 240 días consecutivos antes del parto. En Cuba es requisito que la madre se encuentre vinculada laboralmente y haya trabajado no menos de 75 días en los doce meses continuos anteriores al inicio de la licencia. Si no se reúnen dichos requisitos, la madre tiene derecho a acogerse a la licencia sin recibir retribución.

En algunos países los requisitos establecidos tienen flexibilidad para cubrir a quienes tienen modalidades atípicas de trabajo en términos de adscripción, continuidad e intensidad.

En Inglaterra hay previsiones para garantizar la licencia de maternidad a las mujeres empleadas por cuenta propia y las que no tienen un trabajo estable, que por ello no cumplen con las condiciones ordinarias para obtener la licencia y recibir el pago correspondiente. Su opción es el Maternity Allowance, que tiene requisitos flexibles en cuanto a la antigüedad laboral y el nivel de ingresos: haber trabajado 26 semanas continuas o discontinuas durante las 66 semanas anteriores al parto y haber obtenido un ingreso promedio de al menos £30 semanales.

Fuente y monto de la remuneración. En todos los países se considera que la licencia de maternidad no es un asunto de responsabilidad del empleador sino de la sociedad, de modo que el financiamiento de la licencia compete al sector público (sistema de seguridad social que incluye seguro de desempleo y seguro por enfermedad). De este modo se pretende mitigar el riesgo de discriminación en el mercado laboral logrando que los costos del pago de la eventual licencia de maternidad no afecten la decisión del empleador para vincular a una mujer.

Inglaterra e Irlanda del Norte son los únicos países de la muestra que dan al empleador una responsabilidad parcial en la licencia de maternidad: el empleador que es legalmente responsable de entregar la totalidad de las remuneraciones durante la licencia y los fondos públicos le reembolsan el 92%.

En algunos casos los empleadores por decisión propia y autónoma realizan aportes complementarios a los de la seguridad social.

Un ejemplo es Canadá, donde la licencia es pagada por la seguridad social bajo el mecanismo de “beneficios suplementarios de desempleo”, pero algunos empleadores

suministran a las madres un apoyo adicional para compensarles las dos semanas que deben esperar para recibir tales beneficios.

Mecanismo de remuneración. Existe una amplia gama de modalidades de remuneración de la licencia de maternidad, que van desde 100% del salario base hasta un salario mínimo legalmente establecido, o una formula dependiente del nivel de ingresos.

Aunque no hay una línea definida, se constatan dos tendencias básicas: pagar la totalidad del salario donde las licencias son “cortas” (de 14 a 18 semanas) o cubrir el salario de referencia definido en cada país (lo cual podría llegar a ser la tendencia en países con licencias “largas”).

En Cuba la licencia de maternidad reconoce el 100% del salario ordinario. En Chile, Canadá, Francia y Holanda también se reconoce el salario base, pero existen topes máximos.

En Australia la remuneración de las 18 semanas de licencia de maternidad se hace por el monto del salario mínimo nacional desde enero de 2011. En Dinamarca, la remuneración durante la licencia se basa en el salario base del trabajador, pero el contrato laboral puede establecer cláusulas que modifiquen esta suma.

En Canadá, de las 20 semanas de licencia, las primeras 18 se pagan con un porcentaje del salario nominal que varía según la provincia o territorio, y las últimas dos semanas no son remuneradas.

En Inglaterra e Irlanda del Norte, que tienen una licencia de 52 semanas, se aplica una fórmula variable que incluye durante las primeras 6 semanas el 92% del promedio del salario bruto, durante las 20 semanas siguientes la menor cantidad entre el salario bruto semanal y un salario base legal que en 2010 era de £124.88, y las 13 últimas semanas de la licencia no son remuneradas.

Tabla No. 2
Países seleccionados
Semanas de licencia de maternidad y monto remunerado

| País | Semanas de licencia según remuneración (salarios) | | | | | | |
|------------------------|---|-----------------|---------|---------|----------------------------|------------------|----|
| | Con un porcentaje del salario nominal | | | | C on sal. b ásico | N o remun. | |
| | 1 00% | 0% | 8 0% | 5 5% | | | |
| Australia ¹ | | | | | 1 8 ² | | 18 |
| Canadá ⁴ | | 15 ³ | | | | 2 | 17 |
| Chile ⁴ | 1 8 | | | | | | 18 |
| Cuba | 1 8 | | | | | | 18 |
| Dinamarca | | 8 | | | | | 18 |
| Francia ⁴ | 1 6 | | | | | | 16 |
| Holanda ⁴ | 1 6 | | | | | | 16 |
| Inglaterra | | | | | 3 3 ⁵ | 1 3 | 52 |
| Irlanda del Norte | | | | | 3 3 ⁵ | 1 3 | 52 |
| Suecia | | | 1 4 | | | | 14 |

¹ Entró en vigencia en enero de 2011.

² Salario semanal de US\$544, equivalente al salario mínimo nacional.

³ Los pagos y semanas remuneradas varían según la provincia o territorio.

⁴ Existe un monto máximo de pago por licencia.

⁵ Variable según ingreso (con mínimo de £125).

Licencias de paternidad

Siete de los 10 países seleccionados conceden licencias de paternidad (se exceptúan Australia, Canadá y Cuba). En la mayoría de los casos estas licencia son de reciente adopción legal y se sustentan en el argumento de que el recién nacido tiene también derecho a la presencia del padre y que las labores de crianza deben ser compartidas por el padre y la madre.

Duración. Las licencias de paternidad son de 2 días (Holanda), 1 semana (Chile) y 2 semanas (los 5 países restantes). Parecería por tanto que al momento la tendencia es 2 semanas. Hay variaciones entre países sobre el momento de tomar la licencia y sobre su obligatoriedad.

Francia otorga 11 días de licencia, más 3 días adicionales para los días inmediatamente posteriores al parto. En Suecia se otorgan 10 días y en el programa de licencias maternas se conceden dos meses de licencia exclusivamente para el padre, como se analizará más adelante. En Chile, los padres tienen derecho a 5 días de licencia dentro del primer mes subsiguiente al nacimiento del niño. En Dinamarca el padre puede tomar 2 semanas de licencia durante las 14 semanas siguientes al parto.

Condiciones y Requisitos. Los requisitos para acceder a la licencia de paternidad son similares a los de la licencia de maternidad, con algunas excepciones planteadas en Francia, Inglaterra e Irlanda del Norte. Como en el caso de las licencias de maternidad, los requisitos son aún materia de debate y no existe una doctrina internacional al respecto.

En Francia, el padre debe haber estado trabajando como asalariado durante los 10 meses anteriores a la fecha de inicio de su licencia o haber trabajado al menos 200 horas durante los tres meses anteriores a la fecha de inicio. También se le exige avisar a su empleador con al menos un mes de antelación a la fecha de interrupción del trabajo para tomar la licencia.

En Inglaterra e Irlanda del Norte, para la licencia se exige haber estado vinculado al mismo empleador durante 26 semanas antes de la decimoquinta semana previa al parto y haber dado noticia al empleador del requerimiento de la licencia. Para recibir el pago de la licencia es necesario que los ingresos semanales promedio sean de al menos el salario mínimo legal nacional, calculados durante las 8 semanas anteriores a la decimocuarta semana previa al parto. Estas condiciones son equivalentes a las de la licencia de maternidad con excepción del requerimiento sobre el tiempo de trabajo

Fuente y monto de remuneración. Todos los países con licencias de paternidad conceden una remuneración entre el 90% y el 100% de los ingresos durante todo el periodo de la licencia. El financiamiento se realiza principalmente con cargo al sistema de seguridad social, al igual que las licencias de maternidad. Existen algunas modalidades mixtas que incluyen algún esfuerzo financiero de los empleadores.

En Francia la licencia de paternidad es remunerada por la seguridad social, pero los 3 días adicionales que se toman inmediatamente después del parto son pagados íntegramente por el empleador.

En Inglaterra e Irlanda del Norte, igual que con las licencias de maternidad, el empleador remunera a su trabajador durante la licencia y la seguridad social le reembolsa el 92% con cargo a fondos públicos.

Holanda es un caso particular. Las normas conceden 2 días de licencia paterna después de que la madre ha dado a luz, y por ellos el empleador debe pagar el salario

normal. También conceden una licencia de ausencia breve del trabajo el día del nacimiento y el de registro del bebé y en este caso, el empleador debe pagar por lo menos el 70% del salario normal.

Tabla No. 3
Países seleccionados
Semanas de licencia de paternidad y monto remunerado

| País | Semanas de licencia según remuneración (salarios) | | |
|----------------------|--|-----|------------------|
| | 100% | 90% | Total |
| Chile | 1 | | 1 |
| Dinamarca | | 2 | 2 |
| Francia | 2 | | 2 |
| Holanda | 0,3 ¹ | | 0,3 ¹ |
| Inglaterra | 2 | | 2 |
| Irlanda del Norte | 2 | | 2 |
| Suecia | 2 | | 2 |

¹ 2 días hábiles

Licencias maternas

La tendencia más novedosa y de mayor impulso reciente en materia de facilidades para que los padres puedan permanecer en el hogar con sus hijos menores consiste en otorgar –además de las licencias de maternidad y de paternidad– una licencia adicional que puede ser tomada por la madre, el padre o por ambos en una combinación definida por ellos mismos.

Esta licencia tiene justificación en los países analizados bajo el argumento generalizado de la equidad de género en dos perspectivas: equidad en la participación en las tareas y beneficios de la crianza y equidad en la participación en el mercado laboral. Algunos países han planteado también la importancia de la presencia de ambos padres en la crianza para robustecer la socialización primaria. Pero por el momento ningún país ha considerado que el derecho a la familia incluya un respaldo extenso de la sociedad a la permanencia de los padres con sus hijos más pequeños.

Duración. El período cubierto oscila entre 13 semanas en Inglaterra e Irlanda del Norte y dos años en Francia. Se exceptúa Chile, donde la licencia materpaterna no es un derecho universal y sólo se concede en los casos en que el niño o niña menor de un año requiere cuidado especial en el hogar.

Dinamarca, Francia y Suecia son los tres países donde la suma de licencias de maternidad, paternidad y materpaterna es mayor. Les siguen Australia, Inglaterra e Irlanda del Norte. Dinamarca, Suecia y Australia tienen licencias de maternidad cortas y materpaternas largas; Inglaterra e Irlanda del Norte tienen un comportamiento inverso. Ver Tabla No. 5.

En Dinamarca la licencia llega a 92 semanas. Uno de los padres puede acceder a 32 semanas de licencia con remuneración fija y financiamiento estatal y luego puede optar por 14 semanas extras no pagadas. El otro tiene derecho a 32 semanas no pagadas, extensibles en 14 semanas adicionales.

En Suecia, la licencia alcanza 69 semanas que ambos padres toman a su conveniencia dentro de los 18 primeros meses de vida de su hijo.

Flexibilidad. Junto con la adopción de modalidades flexibles de trabajo (trabajos por tiempo parcial, distribución de las jornadas de trabajo y deslocalización o

teletrabajo) se han desarrollado también formas flexibles para el uso de las licencias maternas.

Suecia permite que las licencias maternas sean utilizadas para reducir el horario laboral a las tres cuartas partes, la mitad, la cuarta parte o aún la octava parte del horario normal.

Condiciones y Requisitos. Las condiciones para optar por las licencias maternas son similares en cada país a los requisitos para acceder a la licencia de maternidad, pero no así los modos de remuneración de las mismas.

En Australia, donde la licencia materna no es remunerada, el padre o la madre debe haber trabajado para el mismo empleador por 12 meses consecutivos y se le exige informar sobre el día esperado del nacimiento con 6 semanas de antelación.

En Suecia se concede la licencia si el padre o madre han trabajado para un empleador en los 6 meses precedentes a la toma de la licencia o durante 12 meses en los dos últimos años. Para acceder a las prestaciones de la licencia proporcionales al salario, los padres deben haber trabajado en un empleo con seguro social por al menos 240 días ininterrumpidos antes del parto. Si no reúnen estas condiciones, reciben una suma fijada por el Estado.

Remuneración. El reconocimiento monetario durante la licencia materna no es justificado como derecho del recién nacido (si lo fuera la remuneración debería ser estatal y plena). Su fundamentación tiene dos vertientes: algunos países lo ven como responsabilidad estatal compartida con la familia (corresponsabilidad familia-Estado) que se inscribe en la economía del cuidado y reconocen remuneraciones que van desde 80% del salario hasta un ingreso mínimo establecido por ley. Otros países consideran que es una facilidad para que las madres y padres cumplan con sus tareas pero no una responsabilidad de financiamiento público.

Cuando son licencias remuneradas (primera vertiente) priman el financiamiento con cargo al sistema de seguridad social y las modalidades mixtas entre éste y los empleadores.

Entre los países que proporcionan reconocimiento monetario, se destacan los casos de Dinamarca y Suecia descritos arriba. En Suecia se cubre el 80% del salario durante los primeros 390 días de vida del bebé (para personas con un salario inferior a SK410 mil equivalentes a US\$60 mil). Los 90 días restantes son pagados a una tasa fija establecida anualmente por la seguridad social. Si alguno de los dos padres decide no tomar la licencia, ésta no puede ser retribuida a su compañero, porque su objetivo no es incrementar el ingreso sino estimular la permanencia con el recién nacido.

Tabla No. 4
Países seleccionados
Semanas de licencia maternidad y monto remunerado

| País | Semanas de licencia según remuneración (salarios) | | | | |
|-------------------|---|-----|-----------------|-------------------------------|-----------------|
| | 80% | 60% | Básico | No rem. | Total |
| Australia | | | | 52 ¹ | 52 |
| Canadá | | | 35 ² | | 35 |
| Chile | | | | | |
| Cuba | | 30 | | 3 ³ | 30 |
| Dinamarca | | | 32 ⁴ | 32+2 ^{8⁵} | 92 |
| Francia | | | | 104 | 104 |
| Holanda | | | | 26 ⁶ | 26 |
| Inglaterra | | | | 13 | 13 |
| Irlanda del Norte | | | | 13 | 13 |
| Suecia | 56 | | 13 | | 69 ⁷ |

¹ Durante el primer año del bebé.

² 35 semanas en promedio. La duración y la remuneración dependen de cada provincia.

³ Pueden autorizarse licencias adicionales no remuneradas.

⁴ 32 semanas remuneradas a tasa fija (DKK 3,335 en 2007).

⁵ La licencia remunerada y la no remunerada prorrogadas por 14 semanas no remuneradas cada una.

⁶ Medio tiempo durante un año.

⁷ Durante los siete primeros años de vida del niño.

Financiamiento de las licencias de maternidad, paternidad y materpaternidad

La Tabla No. 5 contiene una consolidación de las licencias de maternidad, paternidad y materpaternidad e incluye las fuentes de su financiamiento.

Como pudo observarse al analizar cada una de las modalidades de licencia, existe aún una tensión no resuelta entre la duración de la licencia y su financiamiento: la mayor fuente de financiamiento de las licencias es la seguridad social, pero hay una cierta tendencia a que las licencias más largas tengan una tasa menor de financiamiento del sistema de seguridad social o a que no sean remuneradas.

Hay también una tendencia hacia el establecimiento de un monto base para la remuneración durante las licencias de maternidad (Australia, Inglaterra e Irlanda del Norte) y de materpaternidad (Canadá, Dinamarca y Suecia). Es de anotar que el monto básico resulta equitativo en tanto proporcionalmente beneficia más a quienes tienen menores ingresos (lo cual es el efecto inverso de tener licencias sin remuneración).

La evaluación de las facilidades para la permanencia de los padres con sus hijos en primera infancia debe ser hecha conjuntamente con otras facilidades y en particular la entrega de transferencias monetarias, que en varios casos compensan la baja remuneración durante la licencia.

Tabla No. 5

Países seleccionados

**Semanas de licencia de maternidad, paternidad y materpaternas, y fuente
de financiamiento**

| País | Tipo de Licencia | Total de semanas remuneradas | Total de semanas de licencia | Fuente de financiamiento de la licencia remunerada | | |
|-----------|------------------|------------------------------|------------------------------|--|-------------|-----------------------|
| | | | | No remun. | Seg. Social | Seg. Soc. y Empleador |
| Australia | Maternidad | 18 | 18 | | X | |
| | Paternidad | - | - | | | |
| | Materpaterna | - | 52 | X | | |
| | Total | 18 | 70 | | | |
| Canadá | Maternidad | 15 | 17 | | X | |
| | Paternidad | - | - | | | |
| | Materpaternas | 35 | 35 | | X | |
| | Total | 50 | 52 | | | |
| Chile | Maternidad | 18 | 18 | | X | |
| | Paternidad | 1 | 1 | | X | |
| | Materpaternas | - | - | | | |
| | Total | 19 | 19 | | | |
| Cuba | Maternidad | 18 | 18 | | X | |
| | Paternidad | - | - | | | |
| | Materpaternas | 30 | 30 | | X | |
| | Total | 48 | 48 | | | |
| Dinamarca | Maternidad | 18 | 18 | | | X |
| | Paternidad | 2 | 2 | | | X |
| | Materpaternas | 32 | 92 | | X | |
| | Total | 52 | 112 | | | |
| Francia | Maternidad | 16 | 16 | | X | |
| | Paternidad | 2 | 2 | | | X |

| | | | | | | |
|-------------------|---------------|-------------|-------------|---|---|-----------|
| | Materpaternas | - | 104 | X | | |
| | Total | 18 | 126 | | | |
| Holanda | Maternidad | 16 | 16 | | X | |
| | Paternidad | 0,3 | 0,3 | | | Empleador |
| | Materpaternas | - | 26 | X | | |
| | Total | 16,3 | 42,3 | | | |
| Inglaterra | Maternidad | 39 | 52 | | | X |
| | Paternidad | 2 | 2 | | | X |
| | Materpaternas | - | 13 | X | | |
| | Total | 41 | 67 | | | |
| Irlanda del Norte | Maternidad | 39 | 52 | | | X |
| | Paternidad | 2 | 2 | | | X |
| | Materpaternas | - | 13 | X | | |
| | Total | 41 | 67 | | | |
| Suecia | Maternidad | 14 | 14 | | X | |
| | Paternidad | 2 | 2 | | X | |
| | Materpaternas | 69 | 69 | | X | |
| | Total | 85 | 85 | | | |

Horarios de trabajo flexibles y licencias regulares de ausencia laboral

Es común la garantía de flexibilidad en los horarios laborales para adaptarlos a los requerimientos de la gestación y los ritmos y necesidades de desarrollo de la primera infancia.

Permisos durante la gestación. En varios países existen normas y prácticas para facilitar a las madres su asistencia a los controles de gestación y eventos preparatorios del parto.

En Cuba, por ejemplo, las gestantes tienen licencias por 6 días o 12 medios días para atender al cuidado médico y la salud oral. En Holanda y Dinamarca también se otorgan permisos remunerados para el examen médico de mujeres embarazadas. En Inglaterra e Irlanda del Norte la remuneración de estos permisos con el salario corriente está a cargo del empleador si el tiempo de ausencia en el trabajo es moderado; si no fuere así se considera que se trata de un caso de enfermedad cubierto según los procedimientos de la seguridad social.

Permisos para la lactancia. En todos los países existen mecanismos para facilitar el derecho a la lactancia materna. El usual es la flexibilidad de horarios de trabajo. Existen también opciones de trabajo en casa o disponibilidad de centros de cuidado empresariales para niños en lactancia.

En Holanda, las madres del recién nacido pueden interrumpir hasta la cuarta parte del horario de trabajo para la lactancia del bebé, hasta que el hijo cumpla los 9 meses. En Cuba, la madre trabajadora que se incorpore a su actividad laboral al vencimiento del período de licencia postnatal, tiene derecho a que se le conceda una hora diaria para la lactancia del niño, si es menor de un año. En Chile se tiene derecho a dos interrupciones diarias de 30 minutos hasta que el niño o la niña cumpla 2 años. En algunos países como Suecia, la licencia para la lactancia no establece límite de tiempo.

En Chile, es una obligación de los establecimientos con 20 o más trabajadores, proporcionar espacios independientes del lugar de trabajo para el amamantamiento de los niños. En Francia, es legal requerir de los empleadores que cuenten con más de 100 empleados, la adaptación de espacios destinados a la lactancia.

Facilidades para el cuidado regular. Más allá de las licencias de maternidad, paternidad y materpaternas, existen diversas facilidades para que las madres y padres puedan cuidar a sus hijos durante el embarazo y la primera infancia. La más común de estas facilidades es la flexibilización de horarios de trabajo y la posibilidad de trabajar

en casa (teletrabajo), y ambas son cada vez más extendidas. Los empleadores argumentan que estas opciones resultan beneficiosas para las familias y también para las empresas

En Inglaterra e Irlanda del Norte se ha formalizado el derecho de los padres con hijos en primera infancia para modificar sus horarios de trabajo, de modo que puedan atenderlos del modo más adecuado.

Otros permisos y licencias. En los países analizados se han extendido durante los últimos 10 años las licencias remuneradas por el sistema de seguridad social para diversos eventos relacionados con el desarrollo infantil, tales como asistencia a controles de salud postnatales de la madre y el niño, asistencia a reuniones escolares, participación en actividades de formación para padres y posibilidad de acompañamiento a los hijos en caso de enfermedad. En algunos países el número de días de licencia está acotado legalmente y las licencias adicionales pueden correr con cargo al empleador o ser no remuneradas.

En Cuba los padres tienen derecho a un día de cada mes de licencia retribuida durante el primer año de vida de su hijo para concurrir al centro asistencial pediátrico. El pago de las prestaciones de la licencia está a cargo del presupuesto de la Seguridad Social.

Licencias especiales

Varios países conceden licencias laborales para que los padres y madres trabajadores puedan atender necesidades especiales de sus hijos por diversas razones. Los modelos y estrategias son variados.

Extensión de permisos prenatales y licencias de maternidad. Los países analizados tienen mecanismos para anticipar o prolongar las licencias de maternidad en

casos especiales, como complicaciones de la gestación o el parto, enfermedad del hijo o la madre, nacimientos múltiples o elevado número de hijos en la familia.

En todos los países, las madres que presentan alguna enfermedad como consecuencia de su embarazo tienen derecho a licencia laboral por el tiempo necesario para su recuperación y en muchos de ellos también a obtener un descanso prenatal suplementario cuya duración es recomendada por el sistema de salud.

En Francia, la duración de la licencia de maternidad se puede prolongar a 8 semanas antes del parto y 18 después del mismo, si la madre está embarazada del tercer hijo -y los sucesivos-.

También en Francia, si el recién nacido requiere de hospitalización prolongada, las madres también acceden a una extensión de la licencia de maternidad por un período equivalente.

En Cuba se permite la prolongación de la licencia en caso de nacimientos múltiples –2 semanas– y se extiende el periodo de licencia prenatal en caso de que el parto se atrase respecto a la fecha estimada inicial. En Holanda se permite la prolongación de la licencia postnatal, si el nacimiento ocurre antes de la fecha prevista.

Licencias para necesidades especiales. Los países han desarrollado licencias para que los padres o tutores se puedan encargar del cuidado en casos de enfermedad o necesidades de atención especial del niño o la niña. En algunos países la justificación respectiva considera que se trata de un derecho de los hijos y también de los padres y el pago compete al sistema de seguridad social. En otros el reconocimiento del derecho es más débil y se crean limitaciones en el número máximo de semanas de licencia remunerada. En todos los casos se exigen requisitos sólidos para comprobar el estado de necesidad del beneficiario.

En Canadá el “Compassionate Care Leave Benefit” consiste en 26 semanas de licencia con remuneración de 6 semanas para atender a un familiar enfermo, incluyendo hijos. El pago funciona a través de los beneficios del seguro de empleo y se otorga si se demuestra que los ingresos disminuyeron en un 40% y se tienen acumuladas 600 horas de trabajo asegurado desde las últimas 52 semanas.

En Chile, cuando un hijo o hija menor de un año requiere cuidados en el hogar por enfermedad grave, el padre o la madre tienen derecho a obtener una licencia para el efecto y a recibir un subsidio por el tiempo que dure el servicio de atención. El pago del subsidio es de competencia del sistema de seguridad social. Para obtener la licencia se debe presentar el certificado médico otorgado o ratificado por los servicios que tengan a su cargo la atención del menor.

En Suecia, los padres pueden acceder a un permiso cuando requieren tiempo destinado al cuidado de un niño o niña, ya sea porque éste se encuentra enfermo o porque su cuidador no lo puede atender. El permiso es de 120 días al año, con previo aviso al empleador, si el niño o niña es menor de 12 años –15 en casos especiales– y se proporciona el debido certificado médico. Los 120 días son pagados a través del “temporary benefit” correspondiente al 80% del salario con un tope máximo fijado anualmente. La Agencia del Seguro Social es la encargada de realizar los pagos.

4.3.2. Dinero: Políticas de provisión de apoyos monetarios para la primera infancia

La segunda gran tendencia de política pública para la garantía de los derechos de los niños y niñas menores de 7 años es la entrega a los padres (naturales o adoptivos) de apoyos monetarios bajo la forma de transferencias, reembolsos y deducciones de impuestos.

Con excepción de Cuba que carece de ellos, en todos los países analizados los apoyos monetarios destinados a la primera infancia han crecido en los últimos años, tanto en el monto otorgado como en nuevas prestaciones.

Estos apoyos monetarios se justifican bajo cuatro argumentos:

- El más usual es un argumento de **equidad**: para lograr un comienzo de la vida equitativo es necesario corregir las desigualdades de ingreso y además facilitar la atención de necesidades especiales que puede tener el desarrollo de algunos niños y niñas.
- Otro argumento, relacionado con el anterior, es de **solidaridad**: la llegada de un niño o niña implica una alteración sustancial de patrón de gastos del hogar que en algunos casos llega a ser catastrófico por cuanto supera las capacidades de pago e implica reducciones de gasto en áreas críticas.
- También es usual un argumento de **conveniencia económica pública**, inspirado en los análisis de costo-beneficio vistos en el primer capítulo: el desarrollo adecuado en la primera infancia es de interés público porque se convierte en una inversión que evita mayores gastos públicos posteriores.
- El cuarto argumento, que apenas se esboza en algunos países es de **derechos**: algunos de los derechos de los niños y niñas son atendidos mediante garantías de gestión pública directa (como los servicios de protección social) pero otros se satisfacen en el mercado (como la adquisición de alimentos para atender el derecho a la alimentación) y es deber del Estado lograr que esa garantía se materialice.

Adicionalmente los apoyos monetarios por uso de servicios de cuidado o guardería tienen dos justificaciones correlacionadas:

- Libre escogencia: facilitar la libertad de elección por las familias de los servicios de su mayor conveniencia ofrecidos por prestadores regulados por el Estado. Este argumento invoca también razones de equidad.
- Conveniencia operativa y fomento de la competencia: eximir al Estado de ser prestador directo de servicios de guardería estimulando con subsidios a la demanda una amplia oferta privada altamente regulada.,

Tipos de apoyos monetarios. Los apoyos monetarios provistos por el Estado a la primera infancia en los países de la muestra son de cuatro tipos: transferencias

universales, transferencias focalizadas, transferencia mixtas (universales con componentes focalizados) y reembolsos fiscales por cuidado y educación.

La Tabla No. 6 sintetiza las características de los principales apoyos monetarios concedidos para el desarrollo de la primera infancia en los países analizados. Sus convenciones son: TU = Transferencia Universal, TF = Transferencia Focalizada, TU+TF = Tranferencia MixtaR = Reembolso

Como se observa, se va configurando una clara tendencia hacia apoyos monetarios universales, con el soporte de otros que son focalizados y tienen por objetivo compensar a aquellos que tienen desventajas relativas y habilitarlos para un mejor aprovechamiento de la protección universal.

Tabla No. 6
 Países seleccionados
Apoyos monetarios a la primera infancia
 (Datos monetarios de 2010)

Australia

| Nombre | Receptor | Beneficio | Fuente | Objetivo | |
|--|---|--|-----------------------------|--|---|
| Maternity Immunisation Allowance TU | Familias con niños menores de 6 años | \$245,50, distribuidos en 2 montos: por niño entre 18-24 meses, por niño entre 4-5 años | Sistema de seguridad social | Promover la inmunización | Tener número Solicitar Asistir vacuna |
| Baby Bonus TF | Familias con ingresos inferiores a \$150.000 anuales. | Transferencia de US\$5.185 por niño en 13 cuotas quincenales | Sistema de seguridad social | Cubrir costos asociados al nacimiento del bebé | Tener número No rec Immun Solicit Familia |
| Family Child Tax 1 TU+TF | Familias con Hijos menores de 21 años (o 24 en caso de estudiantes) | US\$4.803 anuales, para familias con ingreso máximo de \$44.165 y un parente a cargo del cuidado del hijo el 65% del tiempo. US\$2.018 anuales, para familias con ingreso máximo de \$94.316 y un parente cargo del cuidado del hijo entre el 14% y 35% del tiempo. Los pagos se reducen si los ingresos crecen. | Sistema de seguridad social | Cubrir costos de la crianza en el hogar | Tener Solicitar Familia |
| Family Child Tax 2 | Familias con niños menores de 13 años, | Pagos de US\$3.829 anuales, para familias con ingreso principal máximo de \$150.000 anuales. | Sistema de seguridad | Cubrir costos de la crianza en | Estar a menos Tener |

| | | | | | |
|-----------------------------|--|---|-----------------------------|---|--|
| TU+TF | monoparentales o con un solo ingreso principal porque uno de los padres cuida de los niños en el hogar | Si los ingresos secundarios son superiores a \$4.672 anuales el subsidio se reduce en \$0,20 por cada dólar extra | d social | el hogar | Solicitar Familia |
| Child Care Benefit R | Familias con padres trabajadores que estudian o están buscando trabajo | Familias con ingreso anual de \$37.960, o menos, reciben reembolso del costo de un servicio de cuidado por una tarifa máxima de \$3,6 la hora. Esta tarifa se reduce si la familia cuenta con mayores ingresos | Sistema de seguridad social | Cubrir los costos de guardería y promover la vacunación | Compr a una g la Ofici o apro de Edu Demos Al me debe te o exenc Solicit Familia |

Canadá

| Nombre | Receptor | Beneficio | Fuente | Objetivo |
|--|----------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------|
| Universal Child Care Benefit TU | Familias con menores de 6 años | Pagos de US\$100 mensuales por hijo | Human Resources and Skills Development | Cubrir los costos de la crianza |
| Child Tax Credit (incluye | Familias con niños menores de 18 | Los pagos se realizan con respecto al | Sistema de | Cubrir los costos |

| | | | | |
|--|--|--|-----------------------------|---|
| Child Disability Benefit y National Child Benefit Supplement) TF | años, de ingresos medios y bajos o con niños con alguna discapacidad | ingreso neto de las familias | seguridad social | de la crianza |
| Child Care Expense Deduction R | Persona de menores ingresos en la familia, encargada de menores de 16 años. La edad se amplía para niños con alguna discapacidad | Deducción del impuesto a la renta de \$7.000 por cada niño menor de 7 años, y \$10.000 por cada niño elegible para recibir un crédito de impuestos por incapacidad | Sistema de seguridad social | Cubrir pagos a servicios institucionales de cuidado y educación |

Chile

| Nomb re | Receptor | Beneficio | Fue nte | Obj etivo | |
|--------------------------------------|--|--|---|---------------------------------|--|
| Asignación Familiar TF | Trabajadores afiliados al sistema previsional con niños menores de 18 años. Incluye un subsidio particular para madres embarazadas | Personas con ingreso mensual máximo de \$177.212 reciben un pago mensual de \$ 6.776. A medida que aumentan los ingresos disminuye el monto recibido | Insti tuto de Previsión Social o las cajas de compensaci ón | Cubrir los costos de la crianza | requerimientos de los centros de Previsión |
| Subsidio Único Familiar TF | Padres que no están en el sistema previsional con niños menores de 18 años o incapacitados de | Asignaciones mensuales de \$6.500 | Chile Solidario | Cubrir los costos de la crianza | documentar autoridades |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| | cualquier edad. Deben pertenecer al 40 % de la población más vulnerable | | | | |
|--|---|--|--|--|--|

Dinamarca

| Nombr e | Receptor | Beneficio | Fu ente | Obj etivo |
|----------------------------------|---|---|-------------------------------|---------------------------------|
| Family Allowance TU+TF | Familias con niños menores de 18 años. Reciben tratamiento especial las familias monoparentales | Monto fijo por cada niño en el hogar, con un pago anual de DKK 13.640 por niño menor de 2 años y de DKK 12.234 por niño menor de 7 años. Los monoparentales reciben DKK 4.324 extras. | Mi nisterio de Hacienda | Cubrir los costos de la crianza |
| Child Benefit TU+TF | Familias con niños menores de 18 años | Pagos distribuidos así: niños entre 0-2 años DKK 3.473 trimestrales; niños entre 3-6 DKK 3.138 trimestrales. Pagos adicionales para huérfanos, padres desempleados y tutores pensionados. | Mi nisterio de Hacienda | Cubrir los costos de la crianza |
| Child Care Allowance R | Familias con niños entre 1-6 años | Reembolsos por un periodo mínimo de 8 semanas y máximo 1 año. El monto de cada pago no puede exceder el 85% de los costos netos de la institución de cuidado | Mi nisterio de Hacienda | Cubrir los costos de guardería |

Francia

| Nomb re | Recep tor | Beneficio | F uente | Ob jetivo | |
|---|---|--|--|---|---|
| Prest ation d'Accueil du Jeune Enfant TU+T F+R | Familias con un niño menor de 6 años y en dificultades económicas | Incluye: €894 como prima de nacimiento o €1.788 como prima de adopción y €178 por mes. Además reembolsa pagos de cuidado en familias de bajos ingresos. | Caisse National e des Allocations Familiales | Cubrir los costos de la crianza y guardería | Cumplir las obligaciones médicas obligatorias (dentro de los 9º o 10º meses). No acumular la familiar. |
| Alloc ations Familiales TF | Familias con por los menos 2 hijos menores de 20 años. | Subsidio en proporción al número de hijos. €124 por 2 hijos, €283 por 3 hijos y €159 por cada hijo adicional. Se puede acceder a un complemento familiar adicional de €161 al mes | Caisse National e des Allocations Familiales | Incrementar el número de hijos | Tener el control de la familia mayor y superiores a 20 años. |
| Alloc ation de Soutien Familiar TF | Padres o madres solos o personas que han acogido un niño | Pagos de €87 por mes en caso de que el niño sea privado de la ayuda de uno de sus padres. €116 si ninguno de los padres ayuda en el sostenimiento del niño | Caisse National e des Allocations Familiales | Ayudar a los gastos de crianza en casos de abandono | Unir la familia tras haber dejado de vivir juntos. Sostener a los niños durante dos meses. Se suspende. |
| Alloc ation | Personas a cargo | Subsidio base de €125 mensuales por niño. Se puede | Caisse | Cubrir los costos | Solidaridad entre los departamentos. |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|-----------|
| d'éducation de l'enfant handicapé | de menores de 20 años con alguna discapacidad | incrementar según el costo de la incapacidad, de la interrupción o reducción del trabajo requerida por uno o ambos padres y de la necesidad de contratar a una tercera persona de apoyo. | National e des Allocatio ns Familiale s | de cuidado y educación de niños con discapacid ad | Handicapé |
| TF | | | | | |

Holanda

| N ombre | Receptor | Beneficio | F uente | O bjetivo | |
|---|--|--|--|--|---|
| C hild Budget | Padres de niños menores de 18 años | Transferencia mensual proporcional al nivel de ingresos familiares y el número de hijos | Si stema de segurida d social | C ubrir costos de la crianza | Residencia h Automático p otros subsidios estat Allowance). Las demás fa |
| C hild Benefit | Familias con hijos menores de 16 años (18 si están estudiando o en busca de trabajo) | Transferencia que varía con la edad de cada hijo, el número de hijos y los casos de necesidades especiales. Para menores de 6 años son de €195 trimestrales. | Si stema de segurida d social | C ubrir costos de la crianza | Los padres d trabajar para un emp en Holanda. El formulario por el Gobierno a lo Holanda. Quienes no solicitarlo al Banco |
| C hild Care Allowanc e | Familias con niños menores de 12 años. Son elegibles según el nivel de ingresos | Reembolso de hasta 90% de los pagos por servicios de guardería, centros de cuidado después de la escuela o cuidadores particulares certificados. El monto máximo pagado es de €6,10 la hora. | Si stema de segurida d social | C ubrir costos de cuidado y educació n | Demostrar q centro que se adhier Child Care Act. Se c residencia o ser de n aplica ante la Admin Neerlandesa informa los centros de cuida |

Inglaterra e Irlanda del Norte

| NOMBRE | Receptor | Beneficio | FUENTE | OBJETIVO | |
|-------------------------|---|---|---|--|---------------------------------------|
| Child Benefit | Personas con niños a su cargo menores de 16 años y mayores si asisten a programas de educación que aplican al beneficio | Pago semanal de £20 por el hijo mayor y £13 por los menores | Oficina de Hacienda y Aduanas del Reino Unido | Cubrir los costos de cuidado del niño | Por escrito |
| Child Tax Credit | Familias con niños menores de 16 años (o 19 en caso de que estén estudiando). Incrementos por hijos con necesidades especiales y reducciones por ingresos elevados. | Monto familiar universal de £545 anuales; más por hijo de £2,300 anuales, más por hijo con discapacidad leve £2,715 y por hijo con discapacidad severa £1,095 adicionales. Estas sumas se aplican a ingresos inferiores a £50,000 al año. Existen transferencias menores para ingresos mayores. | Oficina de Hacienda y Aduanas del Reino Unido | Cubrir servicios de cuidado y cuidado especial | Financiamiento |
| Maternity Grant | Madres pobres con más de 29 semanas de embarazo o que han dado a luz en los últimos tres meses. | Pago fijo de £500 | Social Fund | Cubrir los costos de la crianza de familias pobres | Plus entradas al nacimiento siguiente |

Suecia

| Nom bre | Recept or | Beneficio | Fu ente | Obj etivo | |
|--|---|--|-----------------------------|--|---|
| Child Allowance | Familias con menores de 16 años (20 TU si están estudiando) | Pagos de SEK1.050 por hijo/mes. Se otorgan pagos suplementarios a familias con 2 o más hijos | Sistema de seguridad social | Cubrir costos de crianza | No se requiere. El hijo debe residido en Suecia por al menos uno meses. |
| Housing Allowance | Hogares de bajos ingresos con hijos | Pagos que dependen del ingreso del hogar, número y edad de los hijos. | Sistema de seguridad social | Cubrir costos de manutención | Residencia suela. Solicitud ante Seguridad Social. |
| Maintenance Support | Hogares monoparentales | Beneficios máximos de SEK1.273 por niño/mes, pagados al parente con el que vive el niño | Sistema de seguridad social | Cubrir costos de manutención | Solicitud ante Seguridad Social. |
| Carer Allowance for Disabled Children | Padres de un niño enfermo o con discapacidad | El pago se calcula como un porcentaje hasta de 2,5 sobre un precio base anual (SEK 41.000 en 2008 - último dato oficial publicado) | Sistema de seguridad social | Cubrir los costos de cuidado de niños con necesidades especiales | Los padres de necesitan de supervisión al menos por 6 meses. Discapacidad que exige |
| Child Pension | Padres o personas a cargo de menores de 12 años | Para menores de 12 años se paga el | Sistema de la | Cubrir la | El sistema de cargo a través del sistema |

| | | | | | |
|----|---|--|------------------|--------------------------------|--|
| TF | cargo de menores de 18 años (20 si están estudiando) huérfanos de uno o ambos padres. | 35% de la pensión proyectada del padre muerto. Si hay más de un niño menor de 12 años, la pensión se incrementa en un 25%. | seguridad social | ausencia de uno o ambos padres | |
|----|---|--|------------------|--------------------------------|--|

Transferencias monetarias universales

Son entregadas para beneficio de todos los niños y niñas sin excepción y en cantías iguales, automáticamente sin prerrequisito o procesos de selección. Con excepción de Cuba que carece de ellos y de Chile que sólo tiene transferencias focalizadas, todos los países analizados tienen transferencias universales a la primera infancia.

Son ejemplos el Universal Child Care Benefit de Canadá, que es transferido a todas las familias con niños menores de 6 años sin condición distinta a tener residencia canadiense, y el Child Benefit de Inglaterra e Irlanda del Norte que se destina a todas las familias residentes con menores de 16 años.

Para algunos países la universalidad del subsidio se protege eximiendo a las familias de realizar algún trámite de solicitud o inscripción, porque el Estado en su función de garante de derechos y con base en el registro civil asume directamente la responsabilidad de provisión del beneficio universal.

El Child Allowance de Suecia se otorga automáticamente a padres o personas a cargo de niños menores de 16 años, sin que éstos realicen una aplicación. El Child Benefit de Holanda requiere de aplicación pero no solicitud previa pues el formato correspondiente es enviado por el Gobierno a los padres de todos los niños que nacen en Holanda.

Transferencias monetarias focalizadas

Se asignan de acuerdo con condiciones particulares del hogar y del niño o niña, entre las cuales se destacan la monoparentalidad, los bajos ingresos y las necesidades especiales de los niños. Son concedidas por todos los países analizados excepto Cuba. Al definirlas como derecho, los países han debido hacer especiales esfuerzos para lograr que estas transferencias sean automáticas para quienes cumplen con los requisitos de

acceso, evitando cualquier forma de discrecionalidad en su adjudicación. Las transferencias focalizadas sueles destinarse a hogares con niveles de ingreso bajos y con niños con discapacidad. Existen también para familias que reducen su ingreso para garantizar la presencia en casa de uno de los padres. Además de los requisitos para tener derecho a la transferencia, algunos países han ensayado implantar condicionamientos (como realizar cursos sobre crianza o cuidado de la salud), pero han desistido al encontrar que ellos crean discrecionalidad o resultan discriminantes contra las familias con mayores restricciones.

Sirvan como ejemplos de transferencias focalizadas el Family Child Tax de Australia para hogares con un solo ingreso principal porque uno de los padres renunció a su empleo para cuidar de los niños en casa; el Subsidio Único Familiar de Chile está destinado a las familias incluidas en el 40% de la población más vulnerable; y las Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé se entregan para menores de 20 años que tengan algún tipo de incapacidad.

Transferencias monetarias mixtas (universales y focalizadas)

Son las que se entregan para beneficio de todos los niños y niñas, sin condicionamiento alguno e incluyen sumas adicionales cuando se presentan condiciones particulares que otorgan un derecho de complementación.

El Family Allowance de Dinamarca es un monto fijo por hijo, que se incrementa en el caso de hogares monoparentales con DKK 4.324 extras.

El Child Benefit de Holanda otorga una contribución fija a todas las familias pero el monto depende de la edad del niño, el número de niños que viven en el hogar y los casos de niños con necesidades especiales.

Reembolsos

Los reembolsos son entregados para compensar gastos efectivamente realizados en cuidado y crianza a través de actividades previamente definidas y según reglas preestablecidas. Al igual que las transferencias monetarias, los reembolsos pueden ser universales o focalizados. Por definición, los reembolsos se condicionan a haber hecho un gasto aceptable para tal efecto y se soportan con la presentación de constancias de pago. Australia es el único país que realiza reembolsos condicionados también a realizar acciones adicionales, específicamente el cumplimiento de plan de inmunizaciones de cada niño o niña.

El Allowance for Child Care de Holanda es un reembolso universal del 90% de los costos del servicio de guarderías, centros de cuidado después de la escuela y cuidadores particulares certificados. El costo máximo aceptable es una tarifa de 6,10 euros por hora.

El Child Care Benefit de Australia cubre los costos de guardería cuando los padres trabajan, se concentra en familias con ingreso anual de hasta \$37.960 y reconoce una tarifa máxima de \$3,6 la hora. Este tope se reduce si la familia cuenta con mayores ingresos. Tiene como condicionamiento que el niño o niña tenga al día su vacunación

Administración y financiamiento de las transferencias y reembolsos

Por lo general, tanto las transferencias monetarias como los reembolsos son administrados por las autoridades fiscales. Los argumentos para que sean estas autoridades son dos: el primero de eficiencia y transparencia de la gestión, porque dichas autoridades tienen la mayor capacidad operativa en el área y disponen de la mejor información sobre la composición de las familias, sus ingresos y gastos, lo cual les facilita administrar tanto la automaticidad de las transferencias universales como los requisitos para el otorgamiento de transferencias focalizadas y reembolsos. El segundo

alude a no distraer a las agencias públicas sectoriales de sus funciones básicas de orientación y monitoreo.

Es frecuente que las municipalidades recojan la información necesaria para alimentar las bases de datos. Los recursos que financian los subsidios provienen en todos los casos de fondos públicos, tanto del sistema de seguridad social como de entidades gubernamentales del nivel nacional o territorial.

Esfuerzo fiscal

La posibilidad de los países de destinar recursos a la primera infancia está directamente relacionada con su esfuerzo fiscal, tanto en el recaudo como en la definición de las prioridades de gasto.

Según datos del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, en los países de la muestra la recaudación del gobierno central (excluyendo contribuciones a la seguridad social y multas, por lo cual se la llama recaudación impositiva pura), equivalió en 2010 a más del 20% del Producto Interno Bruto (excluyendo a Cuba, Chile y Canadá). El mismo indicador es de 17,5% para Chile. Canadá ha decrecido aceleradamente el recaudo desde 2007; su baja carga fiscal explica la debilidad que en términos comparativos tienen varias de sus garantías y también su modelo institucional, como se verá adelante.

Tabla No. 7
 Países seleccionados
Recaudación Impositiva “pura” como % del PIB, 2010

| País | Reca udo % |
|----------------------|-----------------------|
| Australia | 20,7 |
| Canadá | 12,0 |
| Chile | 17,5 |
| Cuba | N.D. |
| Dinamarca | 33,8 |
| Francia | 21,3 |
| Holanda | 22,9 |
| Inglaterra | 26,7 |
| Irlanda del Norte | 21,3 |
| Suecia | 21,3 |

Fuente: Banco Mundial

Estos niveles de recaudación fiscal están por encima de los promedios mundiales.

Por el lado del gasto, los 9 países que entregan subsidios monetarios han tomado la decisión de considerarlos inversión pública prioritaria y cierta, que debe ser entregada sin dilaciones y está protegida de contingencias financieras y políticas.

4.3.3. Conocimiento: Políticas de formación y acompañamiento a las familias para la crianza

En los países analizados, cada vez tienen más peso en las políticas públicas de desarrollo infantil temprano los programas de capacitación a las familias que tienen hijos en primera infancia.

Estas políticas de educación en capacidades parentales tienen una justificación común: el cuidado de la primera infancia que compete a los padres y madres es una actividad especializada para la cual ellos no suelen estar suficientemente preparados, pero la sociedad requiere que cumplan con su función de la mejor manera posible, porque de ella depende su inserción en la vida social y su contribución al bienestar y desarrollo colectivo. En los documentos analizados no se encontró el argumento más directamente afirmativo del enfoque de derechos: los niños y niñas tienen durante la primera infancia derecho a una protección y desarrollo óptimos en el seno de su familia y el Estado, como garante de derechos, debe ocuparse de que así ocurra.

Los programas de capacitación para la crianza tienen una gran variedad de estrategias para acercarse a los padres y de metodologías para lograr su adecuada formación como agentes efectivos de protección y desarrollo de sus hijos.

Las opciones observadas son muy diversas y en muchos casos complementarias. Entre ellas se describirán a continuación las más usuales, agrupadas en las siguientes categorías: escuelas de padres, visitas a las familias, reuniones grupales autoformativas, uso de nuevas tecnologías y participación activa en los centros de atención a la primera infancia.

Escuelas de padres

Son centros educativos, generalmente oficiales, que ofrecen programas formativos para la crianza. En algunos casos se los concibe como programas de

alfabetización, entendida en sentido amplio como formación de competencias, considerando que el conocimiento de la crianza es una competencia básica para la vida.

En Canadá, el programa Family Literacy Projects funciona como una escuela de alfabetización para padres. Es ejecutado de manera descentralizada en centros oficiales donde las familias reciben orientación del Ministerio de Recursos Humanos y Desarrollo de Competencias.

En Cuba, Yo Sí Puedo es también un programa de alfabetización de adultos que se desarrolla en salones de clase dirigidos por el maestro popular. Hace parte de la Campaña Nacional de Alfabetización emprendida en 2001 y se articula con otras acciones de capacitación de padres orientadas a fortalecer sus capacidades para la gestión de la vida familiar.

Visitas sistemáticas a las familias y reuniones grupales autoformativas

La educación de padres mediante visitas a los hogares ha sido reconocida como una de las mejores opciones para mejorar las prácticas de crianza. Estas visitas realizadas individual o conjuntamente por las autoridades de salud, educación y atención de la infancia permiten simultáneamente proveer de orientaciones personalizadas, corregir situaciones críticas y acopiar información de primera mano sobre las prácticas de crianza para propiciar su potenciación.

Se ha constatado que las visitas a los hogares tienen especial fortaleza en regiones apartadas donde no hay centros institucionales de cuidado y educación para la primera infancia.

Varios países, siguiendo el modelo cubano, complementan las visitas a las familias con reuniones grupales autoformativas y con cursos de obligatoria asistencia para los padres que según los informes de visita requieran obtener ciertos aprendizajes críticos.

Educa a tu Hijo de Cuba es un programa de capacitación de padres, complementario de las actividades educativas y de cuidado de los Círculos Infantiles. Su objetivo es entrenar a las familias para que adquieran las herramientas necesarias para garantizar el desarrollo integral de sus hijos, mediante orientaciones en aspectos educativos, de protección, salud y nutrición. Se ejecuta a través de visitas a los hogares y reuniones grupales. La atención en los hogares se proporciona a los que tienen niños menores de 2 años, es brindada por miembros expertos de la comunidad y se realiza en sesiones de orientación de una hora por una o dos veces por semana. Las reuniones grupales buscan potenciar los conocimientos implícitos de la comunidad y compartir para reforzar los aprendizajes logrados en el hogar, incluyen a padres e hijos y tienen la orientación de un agente educativo especializado.

En Chile, Conozca a su Hijo es metodológicamente similar a Educa a tu Hijo. Su objetivo es la capacitación en prácticas de crianza a madres de sectores rurales con hijos menores de 6 años. Funciona en las escuelas básicas rurales o locales comunitarios que brindan facilidades para que las madres puedan reunirse una tarde a la semana para desarrollar sus aprendizajes con el apoyo de un educador profesional capacitado por el Ministerio de Educación y una monitora elegida por y entre las participantes al programa.

En Holanda, el programa Home Start, ofrece apoyo educativo para la crianza mediante visitas semanales a los hogares realizadas por voluntarios con experiencia, monitoreados por expertos.

Estrategias comunitarias de formación local de padres

Hay gran número de estrategias gubernamentales que propician la acción de la comunidad para facilitar la educación de los padres en asuntos de crianza. Generalmente son promovidas por los gobiernos locales, que en casi todos los países analizados son el agente gubernamental responsable de la garantía de los derechos de la primera infancia.

El programa Parent and Toddler Groups del Reino Unido crea espacios de encuentro de padres e hijos, que se reúnen una mañana por semana, proveen actividades lúdicas a los niños y a la vez abordan una agenda de aprendizaje paterno definida por el propio grupo. Es dirigido por organizaciones comunitarias. Tanto el apoyo de la comunidad como el uso de medios de comunicación masiva son herramientas básicas para la capacitación de los padres.

Early Years es una organización comunitaria de Irlanda del Norte que brinda apoyo a los padres en la búsqueda de centros educativos y de cuidado, organiza actividades comunitarias en torno a temas relacionados con la primera infancia y ha participado en el desarrollo del proyecto Media Initiative for Children. Este último busca promover actitudes positivas de los niños hacia las diferencias físicas, sociales y culturales, combatiendo la discriminación a través de anuncios publicitarios presentados en televisión. Early Years ha desempeñado un papel crucial mediante la articulación de los centros de atención institucional con las estrategias de capacitación de padres.

Formación masiva con apoyo de medios de comunicación y nuevas tecnologías

La irrupción de las nuevas tecnologías de información y comunicaciones en todos los espacios de la vida cotidiana se ha canalizado en varios países hacia la capacitación a los padres en asuntos de cuidado y desarrollo infantil. Las estrategias

adoptadas son las más dinámicas en el conjunto de programas de formación de padres para la crianza.

En Chile, se ha establecido un servicio telefónico gratuito de cobertura nacional, Fonoinfancia, que brinda información y orientación sobre la crianza de niños menores de 6 años. Es atendido por un grupo de psicólogos y educadores especializados en primera infancia. También se ha establecido un programa comunicacional basado en transmisiones radiales y guías educativas para las familias. Éste se complementa con los servicios provistos por Conozca a su Hijo, antes mencionados.

En todos los países europeos analizados existen múltiples websites, wikipages y foros de redes sociales, altamente participativos, dedicados a promover y respaldar las actividades de crianza. Muchos de ellos tienen patrocinio gubernamental y el respaldo de comités de expertos.

Inclusión de los padres en los centros de atención a la primera infancia

Una de las estrategias más exitosas de educación de padres ha sido su incorporación en las actividades de los centros de atención de la primera infancia. Por este camino, los centros no solo han abierto nuevos espacios de instrucción para los padres sino que han favorecido mejorías en la relación de los padres con sus hijos y el establecimiento de diversas modalidades de integración de los padres en asociaciones, comités o consejos que promueven su auto capacitación, les facilitan el acceso a fuentes de orientación y los vinculan con la orientación de los centros de educación inicial.

En Inglaterra, los nuevos programas Sure Start ofrecen centros de atención integral a niños menores de 5 años que incluyen servicios formativos para los padres. Ofrecen clases sobre paternidad y cuidado e información sobre los servicios a los que pueden acceder los niños y niñas. También proporcionan ayuda a los padres de niños en edad temprana que buscan trabajo. Las autoridades locales adquieren

responsabilidad de la dirección y provisión de estos centros, planeando su ubicación y procurando que suplan las necesidades de la población, manteniendo la comunicación con los padres, los sectores privados y las asociaciones voluntarias de cuidado infantil.

En Holanda, las juntas de padres monitorean el progreso de los centros de atención a la primera infancia. Gradualmente se avanza en lograr que los estándares de calidad de los centros sean fijados por los padres junto con los proveedores del servicio y las autoridades correspondientes (Inspección Escolar). Estas responsabilidades han tenido gran impacto formativo en los padres de familia y refuerzan su participación pues implican el desarrollo de mecanismos de rendición de cuentas de las políticas pedagógicas.

4.4. Políticas públicas de movilización de las comunidades frente a la primera infancia

La sociedad contemporánea había convertido la crianza en una actividad privada. En los últimos años, muchos países han rescatado las raíces comunitarias de la crianza, han declarado que ésta es un asunto comunitario y público y han emprendido acciones para movilizar a la comunidad en torno a ella.

Este viraje hacia el rescate del rol de la comunidad en la protección y desarrollo de la primera infancia ha sido reforzado en los países analizados por políticas públicas de apoyo.

Conceptualmente, tales políticas se justifican por el hecho de que el Estado es garante de los derechos humanos de los niños y niñas, pero las responsabilidades básicas de su atención corresponden a las familias y en segunda instancia a la comunidad.

En los países de la muestra los principales gestores de las políticas de estímulo a la participación de la comunidad son los gobiernos locales, con múltiples iniciativas de concientización y movilización de sus comunidades en torno al desarrollo infantil

temprano. En algunos países hay también estrategias de los gobiernos nacionales para potenciar la gestión público-privada en el ámbito local. Usualmente las iniciativas han incluido una participación relevante de organizaciones no gubernamentales.

Las políticas públicas de pedagogía y de movilización comunitaria han logrado gradualmente transformaciones en la conciencia y las prácticas colectivas relacionadas con el cuidado de la infancia. Paralelamente han comenzado a incluir a los niños y niñas en el ámbito de lo público para garantizar su derecho a la participación. El gran cambio logrado ha sido pasar de la percepción del cuidado infantil como una actividad altruista a comprender que se trata de una responsabilidad de cada comunidad, respaldada por la obligación de garantía de los derechos humanos que tiene el Estado.

Las iniciativas para promover y respaldar el compromiso ciudadano con la primera infancia son muy diversas. Esta diversidad es en gran medida el resultado de la creatividad de los gobiernos locales y de la gestión plural de las organizaciones no gubernamentales.

Clasificaremos tales las iniciativas en dos ámbitos: promoción de actividades comunitarias para la protección y desarrollo infantil y creación de espacios públicos para la primera infancia.

4.4.1. Políticas de fomento de las actividades comunitarias para la protección y desarrollo de la primera infancia

Gran cantidad de provincias, ciudades y gobiernos locales de muy diversos países han emprendido campañas masivas destinadas a lograr que las mujeres gestantes y los niños (especialmente durante la primera infancia) tengan prioridad en todos los servicios de uso colectivo, independientemente de que los prestadores sean oficiales o privados. Esta prioridad protege a los niños y niñas, promueve su confianza en la comunidad favoreciendo su socialización primaria, acompaña a las familias en sus tareas básicas de protección y desarrollo y tiene un potente valor pedagógico para lograr que la

generación que comienza tenga mejores condiciones de vida y contribución al progreso social.

En British Columbia (Canadá), Society for Children and Youth, con apoyo financiero del gobierno provincial, se ha organizado la denominada Child Rights Public Education Campaign que busca promover el reconocimiento público de los derechos de los niños –comenzando por la primera infancia– mediante campañas multimedia, foros comunitarios y propuestas de acción colectiva.

El Canadian Partnership for Children's Health and Environment, compuesto por diferentes organizaciones, promueve la comprensión de la comunidad acerca del papel determinante del medio ambiente local en la salud de los niños. Con esta base estimula acciones comunitarias encaminadas a manejar los riesgos ambientales que afectan a los niños. Entre sus programas se encuentran: Healthy Environment for Kids Web Site y Children's Environmental Health Literacy.

El Programa Educa a tu hijo de Cuba es un ejemplo de movilización de las comunidades en torno a la infancia. Los Órganos Municipales del Poder Popular promueven talleres pedagógicos que además de las labores formativas, emprenden actividades de cuidado de los niños y de construcción y mantenimiento de áreas de juego y encuentro.

En gran cantidad de localidades de Inglaterra e Irlanda del Norte operan masivamente los Parent and Toddler Groups, que son lugares de encuentro donde los padres y madres con hijos de primera infancia se encuentran por algunas horas y en ciertos días de la semana para tener actividades de juego y estimulación para los niños y realizar intercambios formativos.

En Irlanda del Norte, la Make It Right Campaign organizada por el Northern Ireland Commissioner for Children and Young People realiza talleres presenciales y virtuales en torno al desarrollo infantil, estimula el emprendimiento de iniciativas

comunitarias frente al mismo objetivo y propende por el establecimiento de mecanismos de consulta a los niños para que sirvan como guías de su propio desarrollo.

También en Irlanda del Norte, la Media Initiative for Children es un programa que durante tres meses al año utiliza caricaturas para promover actitudes positivas frente a las diferencias sociales, culturales y físicas de los niños.

En muchas localidades de diversos países se celebran festivales infantiles con el propósito de educar y movilizar a la comunidad entorno al cuidado de la infancia. Un ejemplo famoso es el Belfast Children's Festival (Irlanda del Norte).

4.4.2. Políticas de creación de espacios comunitarios para la protección y desarrollo de la primera infancia

La semiótica del espacio demuestra que cuando una sociedad considera relevante una actividad le otorga áreas y construcciones privilegiadas para su realización. De las prioridades sociales surge la organización del espacio. Y demuestra que el proceso inverso también es relevante: una específica estructuración del espacio incide directamente en la percepción colectiva, la organización de las actividades sociales y la adopción de prioridades sociales. De ahí la importancia de los planes de ordenamiento territorial, que en muchos países llegan a ser el eje de la planificación del desarrollo.

Bajo esa consideración, la mayoría de los países analizados han emprendido acciones para construir espacios que promuevan y viabilicen su compromiso con la primera infancia.

En Ottawa (Canadá) se adelanta la Ottawa's Youth Friendly Community Initiative, mediante la cual una red de organizaciones con apoyo de los gobiernos provinciales y los ayuntamientos, han definido el concepto de “espacio amigo de los niños”, mediante una estrategia que, con asesoría de los propios niños, certifica los

espacios de Ottawa que tienen esta característica de amigabilidad y promueve medidas para mejorar las garantías brindadas a los niños en los espacios públicos.

En British Columbia (Canadá), Society for Children promueve el proyecto Child Friendly Housing que instruye a los profesionales de la construcción acerca de la atención de las necesidades de los niños en las viviendas, y guía a las familias para que tomen decisiones óptimas en materia de vivienda.

La alcaldía de Londres (Inglaterra) organizó la Children and Young People's Strategy que incluye el programa Making London Better for All Children and Young People, mediante el cual se estimula a cada localidad para que diseñe estrategias de manejo del espacio de manera que sea amigable para los niños y para que establezca sitios de juego en las áreas residenciales.

En los países de la muestra se observan dos líneas de intervención: una es la construcción de espacios especializados para los niños en primera infancia, tales como parques, bibliotecas, ludotecas, áreas de juego, comedores, etc.; otra es el abordaje de estrategias para lograr que todos los espacios sean adecuados para los niños y niñas más pequeños (áreas de vivienda, medios de transporte, ámbitos públicos como centros comerciales, etc.

4.5. Políticas de provisión de servicios estatales de atención directa a los niños y niñas

Hasta el momento hemos analizado las políticas públicas que fortalecen las capacidades de la familia y las de la comunidad para atender la protección y desarrollo de la primera infancia. Esta sección se refiere a las políticas relativas a los servicios que el Estado estructura con el objetivo de atender directamente a los niños y niñas que viven la primera infancia.

Las políticas de atención directa a la primera infancia y los servicios que las materializan tienen fundamento en el reconocimiento formal de derechos de los niños y niñas, acompañado de la estructuración de una política en cuya provisión el Estado tiene la función de garante responsable de su estructuración.

A partir de la experiencia disponible, los servicios de atención directa a la primera infancia orientados por el Estado pueden clasificarse en los siguientes:

- Registro civil y monitoreo de la primera infancia
- Cuidado
- Educación
- Protección social general
- Protección habilitante para niños y niñas con necesidades especiales
- Protección de emergencia a niños y niñas cuyos derechos son violados.

De acuerdo con el enfoque de derechos, en todos los servicios la atención es universal. En las cuatro primeras categorías, cubren sin excepción a todos los niños y niñas; la protección especial a niños y niñas con necesidades especiales también es universal para este grupo particular, porque existe obligación legal de que ninguno se quede sin atención; y la protección de emergencia a niños y niñas cuyos derechos sean violados es individualizada para cada situación pero obligatoria en todos los casos.

4.5.1. Servicios de registro civil y monitoreo de la primera infancia

En el pasado, el registro civil era solamente un acto de inscripción que otorga una llave para acceder a servicios estatales (y así sigue siendo en varios países latinoamericanos). En los países de la muestra el registro civil es mucho más que eso: es el ingreso a un sistema de derechos ciertos que el sistema canaliza automáticamente y

bajo sus responsabilidad hacia los niños y niñas. Es, por tanto, un mecanismo de garantía de la automaticidad y exigibilidad de los derechos universales.

El registro civil inscribe automáticamente en los sistemas de prestación de los servicios que garantizan los derechos

En los 10 países de la muestra, el registro civil (que en varios casos coincide con el registro de nacimiento) inscribe en el sistema de protección en salud, incluyendo derechos de acompañamiento periódico a domicilio, monitoreo de crecimiento y desarrollo, controles, inmunizaciones y atención curativa. En los países que tienen transferencias y reembolsos monetarios para la primera infancia, el registro civil confiere automáticamente el derecho de acceso.

En Dinamarca, la Oficina Central del Registro Civil se hace cargo de establecer los códigos personales necesarios para el acceso sin ningún documento o requisito a los servicios de salud y a los apoyos monetarios que entrega el gobierno a los padres o tutores de niños y niñas. A través del número personal –CPR number– asignado al nacer, se centraliza la información acerca de los nacimientos junto con la información básica de cada recién nacido (p.ej. nombre, dirección, filiación, lugar de nacimiento). La Autoridad Municipal de Salud recibe notificación de los nuevos nacimientos para proporcionar servicios de cuidado en salud a través de enfermeras que hacen visitas al hogar y chequeos de la madre y el hijo. Los prestadores oficiales o privados adscritos al sistema de protección y desarrollo infantil tienen acceso a esta información para proveer los servicios que tienen la obligación de prestar.

En Canadá, el sistema de registro civil varía de acuerdo con políticas provinciales. Varias provincias han integrado el registro con el acceso al seguro social y a los apoyos entregados a padres para la crianza y cuidado de sus hijos. La información del registro de nacimiento es enviada a la Agencia Tributaria de Canadá para que se haga cargo automáticamente de transferir los apoyos que le competen: Universal Child Care Benefit, Child Tax Credit y Child Care Expense Deduction.

En Chile desde el primer control de gestación en el sistema público de salud, los niños son integrados automáticamente a Chile Crece Contigo que los acompaña durante toda su trayectoria de desarrollo hasta que ingresan al sistema escolar, e incluye atención especial para aquellos que tienen necesidades especiales. Chile Crece Contigo permite hacer un monitoreo personalizado del uso de los servicios de salud, garantiza el acceso a las sala-cunas y guarderías y activa los servicios de Chile Solidario.

En Holanda el registro de nacimiento se hace ante las autoridades locales. La información del registro se centraliza en el Banco de Previsión Social, donde es consultada por los demás prestadores y de la cual se nutre el Banco para la administración del Child Benefit.

Existen sistemas de monitoreo sobre el acceso y uso de los servicios por los niños y niñas

En todos los países de la muestra existen sistemas de monitoreo sobre la primera infancia. Son sistemas destinados a conocer la situación individual de los niños y niñas, y los resultados e impactos de las acciones adelantadas en su beneficio, para orientar los servicios adicionales requeridos, evaluar impactos y redefinir estrategias.

Estos sistemas pueden agruparse en tres conjuntos:

- monitoreo personalizado de acceso,
- monitoreo personalizado de logros y
- monitoreo estadístico general.

La Tabla No. 8 contiene una descripción de los principales sistemas de monitoreo.

Monitoreo personalizado del acceso de los niños y niñas a los servicios y subsidios. Tiene por objetivo principal encender alarmas cuando un cierto niño o niña no acude a los servicios a los que tiene derecho y son de garantía obligatoria.

Se trata de mecanismos basados en el registro civil que permiten promover y vigilar el acceso universal a servicios o subsidios que atiende un derecho considerado irrenunciable, identificar ausencias y crear las condiciones correctivas.

Este tipo de monitoreo se utiliza predominantemente en los servicios de salud porque son de carácter obligatorio.

En Australia y Suecia, además de los chequeos médicos ordinarios, los respectivos Sistemas de Salud promueven y vigilan que todos los niños y niñas de 4 años tengan un chequeo especial obligatorio para verificar su condición de salud y su nivel de desarrollo, detectar factores de riesgo y programar las acciones correctivas necesarias sobre las cuales también se hace un monitoreo sistemático.

En Dinamarca las autoridades municipales son notificadas por la Oficina Central del Registro Civil de los nacimientos ocurridos para que dispongan las visitas del personal de salud a cada hogar y garantizar así el acceso universal al sistema de salud. En Irlanda del Norte el registro de nacimiento otorga automáticamente derecho de acceso al seguro de salud y al médico de familia.

Los servicios de cuidado y educación inicial son electivos. Los sistemas personalizados de monitoreo no incluyen mecanismos para garantizar la asistencia universal (a diferencia de la educación primaria, que sí tiene sólidos mecanismos de control de asistencia), pero sí para conocer la asistencia de quienes están inscritos y encender alarmas por ausencia, además de monitorear resultados.

En Australia los gobiernos estatales monitorean la asistencia de los niños a los centros de cuidado y educación inicial. La información es cruzada con la Oficina de

Asistencia Familiar y el sistema impositivo, para efectos de garantizar que los subsidios y reembolsos cumplan efectivamente su función de estímulo del acceso a tales garantías.

En Irlanda del Norte la educación obligatoria comienza a los 4 años y el sistema vigila la asistencia universal y activa dispositivos de alerta con cualquier caso de ausencia no justificada.

Monitoreo personalizado sobre los logros en materia de salud, educación y desarrollo. De la mano con el monitoreo del acceso que acabamos de ver, está la supervisión del desarrollo de cada niño o niña, que opera tanto en el sistema de salud como en el de educación.

En todos los países observados se evalúa de manera personalizada el desarrollo de los niños y niñas que asisten a los centros de educación inicial. Las estrategias son disímiles, pero el objetivo común siempre es brindar orientaciones para mejorar la atención a cada niño en particular.

En Chile el aprendizaje de los niños es evaluado por Educadores de Párvulos del Equipo Técnico Regional; en Cuba los programas Círculos Infantiles y Educa a tu Hijo se apoyan en especialista calificados para evaluar el desarrollo inicial de los niños y niñas; en Dinamarca y Suecia los educadores iniciales tienen entrenamiento especial en evaluación del desarrollo infantil; en Francia la evaluación está a cargo de una sección especializada en primera infancia del Inspector de la Academia; en Inglaterra la evaluación compete al Early Development System y en Irlanda del Norte es realizada por la Northern Ireland Audit Office. En Holanda la evaluación es coordinada por el Netherlands Consortium for Research into Child Day Care e incluye una decisiva participación de las organizaciones de padres.

Las estrategias para monitoreo de la salud también son variadas, pero en todos los casos atienden a la obligación estatal de garantía universal de los derechos a la nutrición, a la salud y a un cuidado curativo oportuno en casos de necesidad.

En Cuba, Dinamarca, Inglaterra e Irlanda del Norte los médicos de familia y los visitadores de salud tienen distribuidas responsabilidades que garantizan el monitoreo de la condición de salud de todos los niños y niñas mediante visitas domiciliarias periódicas, soportes de atención primaria y derivación a las instancias de atención especializada. Estos eventos de atención configuran una historia clínica cuyos hitos fundamentales deben ser reportados al sistema central de registro para garantizar los cuidados necesarios.

En Chile, en el primer control de gestación los niños son automáticamente inscritos en el Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo de Chile Crece Contigo y sus Redes Comunales. Este sistema colecta información en línea que da soporte al acompañamiento del desarrollo de cada niño desde la gestación hasta el pre-kínder. Para Chile Crece Contigo, el Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial es un programa eje que identifica a niños con necesidades especiales y procede a realizar apoyos específicos durante la trayectoria de su desarrollo. El programa también apoya la detección de factores de riesgo en el control prenatal y fortalecimiento de los controles de salud de niños y niñas realizando visitas domiciliarias a recién nacidos en condición de vulnerabilidad psicosocial y evaluaciones durante el primer año de vida.

Monitoreo estadístico general sobre la situación de la primera infancia. Los países analizados tienen un importante acervo de información y análisis sobre primera infancia, que utilizan para optimizar los servicios.

Sin que sea una lista exhaustiva, son ejemplares los siguientes aspectos:

En todos los países se cuenta con estadísticas de acceso personalizado a los servicios de salud, inmunizaciones, cuidado y educación inicial.

En todos los países hay estadísticas de la situación de salud de la primera infancia.

En Dinamarca y Suecia se realizan permanentemente estudios y evaluaciones de impacto de las políticas sociales en el desarrollo inicial.

Holanda se destaca por sus evaluaciones sobre la calidad del cuidado a la primera infancia y sus efectos en el bienestar y desarrollo inicial.

Francia tiene estudios estadísticos y evaluaciones permanentes de impacto de los servicios de salud sobre la primera infancia.

Francia, Inglaterra e Irlanda del Norte cuentan con estudios estadísticos y evaluaciones longitudinales y comparadas sobre la calidad e impacto de los servicios de educación inicial.

Australia, Canadá, Chile en áreas de pobreza, Francia e Inglaterra realizan mediciones y estudios longitudinales sobre el desarrollo infantil temprano para conocer su estado, determinantes y factores asociados por áreas geográficas.

Canadá tiene estudios permanentes sobre accidentes, maltrato y otros factores de riesgo sobre la primera infancia para orientar su prevención.

Tabla No. 8
Países seleccionados
Monitoreo de la primera infancia

Australia

| Tipos de Monitoreo | Descripción |
|---|--|
| Monitoreo personalizado en salud y desarrollo | <p>Healthy Kids Check es un programa del sistema de salud (Medicare) que asegura que todos los niños de 4 años sean examinados para verificar su estado de salud y su alistamiento para la escuela. Promueve la detección de factores de riesgo, problemas en el desarrollo y enfermedades. El chequeo se hace en centros de salud.</p> <p>En algunos estados como Southern Australia se ha implantado un programa de visitas a los hogares para reforzar el monitoreo de la salud y del desarrollo de los niños y niñas, con el apoyo de padres seleccionados para este efecto.</p> |
| Monitoreo personalizado en educación | <p>Los gobiernos estatales monitorean la asistencia de los niños a los centros de cuidado y educación inicial. La información es cruzada con la que recibe la Oficina de Asistencia Familiar para las solicitudes de subsidios y reembolsos.</p> |
| Monitoreo general a nivel nacional | <p>El Australian Early Development Index es una herramienta estadística para medir la salud y desarrollo de niños y niñas en sus áreas geográficas. Recoge información de todos los niños en su primer año en la primaria (salud física y bienestar, competencia social, madurez emocional, lenguaje y conocimientos, comunicación) y realiza estudios de factores asociados a los avances y atrasos identificados.</p> <p>El Australian Childhood Immunisation Register es una base de datos nacional para el monitoreo de las inmunizaciones.</p> |

Canadá

| Tipos de Monitoreo | Descripción |
|---|---|
| Monitoreo personalizado en desarrollo inicial | Varias provincias han implementado visitas a los hogares para proveer apoyo a los padres en el cuidado y crianza de sus hijos. Estos servicios se ofrecen a poblaciones en riesgo tras un barrido universal que permite identificar a las familias que más necesitan del apoyo. El programa realiza seguimiento del bienestar de los niños y niñas en las familias escogidas. |
| Monitoreo personalizado en educación | En alguna provincias se han establecido sistemas de monitoreo individualizado del desarrollo de los niños que asisten a los kindergarten de responsabilidad pública. |
| Monitoreo general a nivel nacional | La Encuesta Nacional Longitudinal de Niños explora la influencia de las condiciones del entorno (familia, escuelas, facilidades de cuidado infantil, etc.) en el desarrollo de la primera infancia. Es realizada por Statistics Canada que incluye entre sus funciones la de compilar información estadística acerca de la primera infancia y realizar análisis en profundidad. |
| | Understanding the Early Years es un estudio de 5 años en 12 comunidades sobre la forma como responde el desarrollo de la primera infancia a las características de diversas comunidades. |
| | Canadian Hospitals Injury Reporting and Prevention Program es un sistema de información nacional que evalúa –entre otros aspectos– las dolencias y accidentes de los niños en las salas de emergencia de los hospitales generales y pediátricos. |
| | Canada Perinatal Surveillance System es un sistema nacional de seguimiento de la salud de madres y niños. Es llevado a cabo por la Agencia Pública de Salud Canadiense. |

Chile

| Tipos de Monitoreo | Descripción |
|---|--|
| Monitoreo personalizado en salud y desarrollo | <p>Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial es el programa eje de acceso al sistema de Chile Crece Contigo, cumple funciones de control y vigilancia de la salud de niños y niñas a través de los servicios de salud. Entre los servicios que ofrece están la detección de factores de riesgo en el control prenatal (incluye visitas domiciliarias a gestantes en situación de vulnerabilidad psicosocial) y fortalecimiento de los controles de salud de niños y niñas (incluye visitas domiciliarias a recién nacidos en situación de vulnerabilidad psicosocial, controles de salud periódicas, seguimiento de factores de vulnerabilidad psicosocial, evaluaciones periódicas del desarrollo psicomotor y talleres de refuerzo). Los controles, visitas y talleres son realizados por profesionales y técnicos en diversas disciplinas relacionadas con la salud y el desarrollo inicial.</p> |
| Monitoreo personalizado en educación y desarrollo | La Junta Nacional de Jardines Infantiles e Integra hacen monitoreo del desarrollo y aprendizaje de los niños en el aula. |
| | El aprendizaje de los niños que asisten a Jardines Infantiles Alternos se evalúa a nivel nacional a través de Educadores de Párvulos del Equipo Técnico Regional. |
| | Se realizan evaluaciones pedagógicas a nivel de aula, donde cada equipo de aula decide las condiciones a evaluar. Las familias también participan en los procesos de evaluación pedagógica. |
| Monitoreo general a nivel nacional | Encuesta Nacional sobre la Primera Infancia, realizada por la Junta Nacional de Jardines Infantiles, Unicef y Unesco. |
| | El Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación |

| | |
|--|--|
| | Psicosocial estudia el desarrollo psicosocial de niños y niñas que viven en los sectores más pobres. |
|--|--|

Cuba

| Tipos de Monitoreo | Descripción |
|---|--|
| Monitoreo personalizado en salud y desarrollo | El servicio del Médico de Familia se hace cargo de la atención primaria en salud. Monitorea el proceso de gestación, la inmunización oportuna y la salud del niño o niña, así como varios aspectos de su desarrollo. |
| | Las instituciones de salud realizan monitoreo continuo de las madres y niños, basándose en alianzas con profesores de la primera infancia y sobre esta base crean servicios personalizados y sostenidos para los pacientes. |
| Monitoreo personalizado en educación y desarrollo | El programa Círculos Infantiles aplica un sistema de diagnóstico del nivel de desarrollo de los niños y niñas a lo largo de su ciclo de vida y al ingresar a la escuela primaria. El programa Educa a tu Hijo realiza evaluaciones sistemáticas del desarrollo de los niños y niñas durante el proceso educativo. Estas evaluaciones son encargadas a especialistas de los respectivos programas.. |
| Monitoreo general a nivel nacional | Los indicadores sociales tienen un monitoreo permanente y entre ellos se destacan los relacionados con primera infancia. |

Dinamarca

| Tipos de Monitoreo | Descripción |
|---|--|
| Monitoreo personalizado en salud y desarrollo | La Autoridad Municipal de Salud recibe la notificación de los nacimientos y es responsable de proporcionar servicios de cuidado en salud mediante visitas de enfermeras a los hogares. Se crea así la ficha médica de cada niño. Los centros de salud la actualizan en la ficha personal que centraliza la Oficina Central del Registro Civil. |
| Monitoreo personalizado en educación y desarrollo | El personal de las escuelas de educación inicial y preescolar hace monitoreo continuo de la atención impartida y la forma cómo afecta al grupo y a cada niño en particular. |
| Monitoreo general a nivel nacional | The National Council for Children monitorea el impacto de la planificación social y de los servicios brindados en el desarrollo de los niños. |

Francia

| Tipos de Monitoreo | Descripción |
|---|--|
| Monitoreo personalizado en salud y desarrollo | El sistema de seguridad social vigila la salud, monitorea las inmunizaciones y supervisa el crecimiento y el desarrollo físico, psicomotor y afectivo de los niños, con el propósito de detectar anomalías o deficiencias que requieren atención especial. Esta vigilancia se realiza en las consultas de los médicos asociados a Protection Maternelle et Infantile PMI, las visitas a los hogares y las consultas médicas en las écoles maternelles. |
| | La PMI expide carnés de salud y certificados de salud obligatorios para hacer seguimiento de las inmunizaciones, investigar fenómenos epidemiológicos y monitorear posibles |

| | |
|---|--|
| | discapacidades de los niños. |
| Monitoreo personalizado en educación y desarrollo | Para ingresar a las Écoles Maternelles, los niños deben tener sus vacunas obligatorias y deben también asistir a consultas médicas. Cuando esto no ocurre, la escuela reporta la situación a las autoridades correspondientes. |
| | Los profesores son los encargados de monitorear la asistencia al preescolar y avisan al director la inasistencia para que éste consulte a los padres los motivos de ausencia y promueva los correctivos necesarios. |
| | En las Écoles Maternelles se realizan evaluaciones para medir el desempeño y desarrollo de los niños. Este servicio se presta a través del Inspector de Academia. |
| Monitoreo general a nivel nacional | El Observatoire de la Petite Enfance hace monitoreo de la protección a los menores en todo el territorio nacional. |
| | La Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance hace monitoreo de la educación y desarrollo de la primera infancia. |
| | La Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques hace monitoreo de la salud y de las condiciones sociales de desarrollo durante la primera infancia. |

Holanda

| Tipos de Monitoreo | Descripción |
|---|--|
| Monitoreo personalizado en salud y desarrollo | Los centros de salud de la primera infancia hacen monitoreo de la salud de niños entre 0-4 años y también ofrecen servicios de vacunación y brindan capacitación a los padres en aspectos relacionados con la salud y cuidado de sus hijos. Existe un monitoreo focalizado especial para niños y familias en riesgo. |
| Monitoreo personalizado en educación y desarrollo | Las juntas de padres hacen monitoreo del desarrollo de los niños en los centros de cuidado. |
| Monitoreo general a nivel nacional | Netherlands Consortium for Research into Child Day Care realiza un estudio sobre la calidad del cuidado de la primera infancia en Holanda y sus efectos en el desarrollo y bienestar de los niños. |
| | El Central Bureau of Statistics recoge información estadística en salud y condiciones de vida de la primera infancia. |

Inglaterra

| Tipos de Monitoreo | Descripción |
|---|---|
| Monitoreo personalizado en salud y desarrollo | El sistema público de salud asigna un médico (General Practitioner) a cada familia. Éste tiene la responsabilidad de registrar y reportar al sistema de seguridad social la historia médica del niño. |
| Monitoreo personalizado en educación y | Las instituciones de cuidado y educación hacen evaluaciones de desarrollo integral de los niños |

| | |
|------------------------------------|--|
| desarrollo | |
| Monitoreo general a nivel nacional | El estudio longitudinal del programa Sure Start, hace un seguimiento estadístico de su impacto en el desarrollo de los niños en el corto, mediano y largo plazos. |
| | Effective Provision of Pre-School Education examina el efecto de la atención preescolar en el desarrollo de los niños desde el inicio de la escuela hasta los 11 años. |
| | Early Language Development es un estudio permanente sobre el desarrollo del lenguaje de los niños. |

Irlanda del Norte

| Tipos de Monitoreo | Descripción |
|---|--|
| Monitoreo personalizado en salud y desarrollo | Los médicos familiares provistos por el Servicio Nacional de Salud llevan la historia clínica de la primera infancia y remiten a la atención especializada que sea necesaria en las clínicas GP. |
| Monitoreo personalizado en educación y desarrollo | La Comisión local de Salud y Servicios Sociales hace inspecciones regulares de desarrollo infantil y salud en los centros de cuidado y educación. |
| Monitoreo general a nivel nacional | El Online Research Bank acumula y divulga información e investigaciones sobre diferentes aspectos de la vida de los niños. Northern Ireland Audit Office hace monitoreo de los niños que asisten a establecimientos educativos. |

Suecia

| Tipos de Monitoreo | Descripción |
|---|--|
| Monitoreo personalizado en salud y desarrollo | Todos los niños y niñas menores de 7 años deben acceder a chequeos regulares de salud en los centros de cuidado infantil. Estos centros brindan cuidado preventivo. Los centros son de responsabilidad municipal y están encargados del registro y monitoreo de los niños y niñas. |
| Monitoreo personalizado en educación y desarrollo | El personal de preescolar monitorea el efecto de las actividades grupales e individuales en el desarrollo de los niños. |
| Monitoreo general a nivel nacional | La Agencia Nacional de Educación Pública publica estadísticas anuales y evaluaciones en profundidad sobre la educación de la primera infancia. El Instituto Nacional de Salud Pública monitorea la situación de salud de todos los habitantes. |

4.5.2. Servicios de guardería y de educación inicial

Los servicios de guardería y educación inicial son distintos entre sí por su naturaleza y propósito. La etimología dice que unos son principalmente para la guarda y los otros esencialmente son para el aprendizaje. La guardería ocurre en jardines o centros de cuidado que tienen el propósito de albergar, proteger, entretenir, socializar y nutrir; la educación inicial suma a la guarda una propuesta educativa sistemática y regulada que exige espacios lúdico-pedagógicos.

Tradicionalmente se han establecido servicios de guardería a los más pequeños (por lo general menores de 3 años) y educación inicial o preescolar para los de 3 o más años. En los países analizados se observan algunas tendencias recientes de homogenización y otras de complementación entre la guardería y la educación inicial:

- Los servicios de guardería están incorporando crecientemente elementos pedagógicos y la consiguiente vinculación de profesionales preparados para ello.
- Los servicios de educación inicial están fortaleciendo sus capacidades de guardería.
- En algunos países se observan tendencias hacia un comienzo más temprano de la educación inicial (a los 2-3 años).
- Casi todos los países ofrecen servicios de guardería en horarios extendidos para niños y niñas hasta de 6 años, independientemente de que asistan o no a centros de educación inicial, para cubrir restricciones de tiempo de los padres.

La muestra seleccionada permite establecer **dos modelos de responsabilidad institucional para la gestión de los servicios de guardería y de educación inicial**:

- **Sistema dual.** Países en los cuales la guardería es responsabilidad del sistema de protección social y la educación inicial lo es del sistema educativo. En estos casos la frontera entre ambos sistemas tiende a ser muy marcada por disposiciones que

crean un límite etario (la moda es de 0 a 4 años y de 5 años en adelante), aunque se observa que comienza una tenencia a reducir las brechas institucionales gracias a estrategias de coordinación entre los respectivos sectores.

Ejemplos de este modelo son Australia y Francia.

Bajo este modelo de separación dura entre los sistemas de guardería y educación inicial se constata una tendencia a que gobiernos locales y los padres de familia promuevan centros de atención que combinan ambos servicios desde muy temprana edad y responden simultáneamente a las dos autoridades sectoriales. Bajo este modelo se observan vínculos y puentes de continuidad entre la educación inicial y la educación escolar.

- **Sistema único.** Países en los cuales la protección y desarrollo durante toda la primera infancia (de los 0 a los 6 años) están a cargo de un solo sistema que incluye responsabilidades de protección social y educación y exige la acción coordinada de varios sectores. En estos las fronteras etarias entre guardería y educación inicial son, obviamente, mucho menos marcadas, pero en cambio son fuertes las que existen entre primera infancia y escuela primaria.

Ejemplos de este modelo son Cuba, Dinamarca y Suecia.

- **Sistema integrado.** Entre los dos modelos descritos podría situarse una experiencia intermedia.

El programa Sure Start de Inglaterra facilita el cuidado inicial y el aprendizaje desde los 0 hasta los 6 años mediante un sofisticado mecanismo para la coordinación de entidades de distintos sectores que tienen responsabilidades complementarias en una perspectiva de protección al desarrollo inicial.

En los países analizados se observa una clara tendencia a incluir prestadores comunitarios y privados con y sin ánimo de lucro, tanto en los servicios de guardería como en los de educación inicial, junto con estrategias que buscan integrar ambos frentes de atención.

En Europa y Canadá hay una explosión de alternativas de carácter comunitario. En Europa los servicios están claramente regulados y supervisados, y la mayoría de ellos están sujetos a sistemas de acreditación. Los padres de familia tienen oportunidad de escoger el centro de atención de su preferencia bien sea oficial o privado, sin perder el derecho a los subsidios estatales. En Canadá, en cambio, las regulaciones son débiles, lo cual es frecuentemente criticado por sus efectos de inequidad.

Sin perder de vista los crecientes vínculos entre guardería y educación inicial, se examinan a continuación sus respectivas características en las experiencias observadas.

Cuidado o Guardería

Los servicios de cuidado o guardería de los países analizados tienen una gama heterogénea de características que se sintetizan en la Tabla No. 9.

A pesar de las diferencias, se observan varias tendencias:

- **En todos los países las guarderías son un servicio público altamente regulado por el Estado.** En todos los países existen regulaciones nacionales sobre los servicios de guardería y, además, suele haber regulaciones complementarias de nivel provincial o municipal. Paralelamente existen sistemas de acreditación y de vigilancia, generalmente de nivel provincial o municipal.
- **En 9 de los 10 países hay una oferta financiada por el Estado que está abierta a todos los estratos de ingreso.** La oferta y el financiamiento público tienen

tendencia creciente; este crecimiento se justifica bajo políticas de igualdad de oportunidades (y por tanto de equidad y universalidad de derechos). Gracias al financiamiento público, en algunos países los servicios de guardería son estrictamente gratuitos; en otros los padres de ingresos elevados deben realizar un copago. Los servicios gratuitos están abiertos a familias de todos los estratos de ingreso, pero los padres pueden escoger opciones parcialmente subsidiadas que les impliquen algún copago. Son inusuales las guarderías sin subsidio estatal.

- **Los prestadores pueden ser gubernamentales, privados o comunitarios.** Es usual que coexistan estas modalidades de prestación y se busca establecer competencia entre ellas considerando que la escogencia de los padres estimula la calidad, puesto que la demanda efectiva determina los subsidios recibidos (subsidios a la demanda). Sólo excepcionalmente los servicios son brindados exclusivamente por el Estado (la Chéche Familiale de Francia) o por prestadores privados (Australia y Holanda).
- **Existen dos modalidades de financiamiento público a los prestadores privados y comunitarios** de servicios de guardería. Una es mediante contratos para que ofrezcan un determinado número de cupos y nivel de servicio. Otra, mucho más usual, es mediante una acreditación pública de cumplimiento de requisitos básicos que los habilita para recibir subsidios de demanda en la medida en que sean preferidos por las familias.
- En la mayoría de países las guarderías, bien sean gubernamentales, comunitarias o privadas, tienen una **importante presencia de las organizaciones de padres de familia y de voluntarios** en la dirección y administración de los servicios.
- Casi todos los países están facilitando el establecimiento de **servicios de guardería extendidos y en horarios no convencionales** para adaptarse mejor a los horarios de los padres.

- **Hay una tendencia a la cualificación de los servicios de guardería,** buscando que vayan más allá del simple cuidado y tengan actividades de desarrollo infantil con apoyo de profesionales especializados. En las experiencias examinadas este desarrollo tiene enfoques distintos, siendo los dos más usuales el fortalecimiento de la socialización y de las habilidades de convivencia y la estimulación cognitiva.
- Varios países (especialmente los europeos y Australia) están promoviendo **servicios de cuidado en casa por profesionales inscritos para el efecto.** El cuidado puede ser brindado en la casa del profesional o en la de la familia demandante. En todos los casos son servicios sólidamente regulados y supervisados, y en varios países cuentan con subsidios públicos parciales.

Tabla No. 9
Países seleccionados
Servicios de guardería

| País | Nombre | Edad (años) | Prestador | | Descripción |
|-----------|-------------------------|----------------|-----------|-----|--|
| | | | G | P/C | |
| Australia | Family Day Care | 0-12 | | X | Cuidado en hogares familiares registrados |
| | Home Based Care | 0-12 | | X | Cuidado en el hogar de un profesional |
| | Long Day Care | 0-5 | X | X | Centros de cuidado con horario extendido |
| | Occasional Care Centers | 0-5 | X | X | Centros de cuidado regular o eventual |
| | Play Groups | 3-5 | X | X | Grupos lúdico-educativos para padres-hijos |
| | Children's Services | 0-12 | X | X | Servicios integrales especializados para población rural dispersa e indígenas |
| | Registered Care | 0-12 | | X | Brindada por cuidadores registrados |
| Canadá | Child Care Centers | 0-6 | X | X | Guarderías, generalmente privados |
| | Nursery Schools | 2-4 | X | X | Guardería + educación, generalmente gestionados por la comunidad |
| Chile | Sala-cunas | 0-2 | X | X | Servicios gratuitos, subsidiados y privados. Prestadores autorizados por la Junta Nacional de Jardines Infantiles. |
| | Jardines Infantiles | 2-4 | X | X | |
| Cuba | Círculos infantiles | 0-6 | X | X | Guardería y educación inicial. Coordinados por los Consejos Populares |

| | | | | | |
|------------|-------------------------------|------------|---|---|---|
| Dinamarca | Crèches | 0-2 | X | X | Generalmente son públicos-comunitarios |
| | Age Integrated Facilities | 0-7 | X | X | Integran guardería y educación inicial |
| Francia | Chèches Collectives | 0-6 | X | X | Son el sistema de atención colectiva regular. Públicas dirigidas por los padres |
| | Halte garderie: | 0-4 | X | X | Atención colectiva ocasional. Atienden demandas puntuales |
| | Jardin d'enfants | 0-4 | X | X | Atención complementaria a las guarderías regulares. Especializados en desarrollo |
| | Multi-Accueils | 0-6 | X | X | Ofrecen varios de los servicios anteriores |
| | Chéche Familiale | 0-4 | X | | Asistentes maternos que atienden de 1 a 3 niños a domicilio. Estrecha supervisión. |
| Holanda | Day Nurseries | 0-2 3-4 | X | X | Incluyen programas de estimulación y educación inicial definidos por los municipios |
| | Pre-School Playgroups | 2-4 | | X | 2 veces a la semana. Refuerzos educativos. Cofinanciamiento público |
| Inglaterra | Day Nurseries | 0-5 | X | X | Cuidado y competencias sociales |
| | Pre-School/Playgroups | 2-6 | X | X | Sesiones cortas para socialización, desarrollo de aptitudes y preparación para la escuela |
| | Before and after school clubs | 3-12 | X | X | Actividades extraescolares en horario flexible |
| | Childminder | 3-4 | X | X | Cuidadores en su propia casa o a domicilio |

| | | | | | |
|------------------|-------------------------------|------|---|---|---|
| Irlanda Norte | Crèche | 2-6 | X | X | Guardería con horarios extendidos y flexibles |
| | Before and after school clubs | 3-12 | X | X | Actividades extraescolares en horario flexible |
| | Day Care / Day Nurseries | 0-6 | | | Guardería y educación. Muchas tienen horarios extendidos. Implican copago |
| Suecia | Pre-schools | 0-6 | X | X | Guardería y educación. Son administradas por las municipalidades. |
| | Family Care | 0-6 | X | X | Cuidado en casa por profesionales regulados. |

G = Gubernamental; P/C = Privado o Comunitario

- Una modalidad novedosa son los “grupos de juego” o “grupos de padres y niños que comienzan a caminar” (parents and toddlers groups), de rápido crecimiento en varios países de la muestra. Son espacios de encuentro a los que asisten por unas horas y durante ciertos días los padres con sus hijos y encuentran muchas actividades lúdicas dirigidas a fortalecer el desarrollo y la socialización infantil, las capacidades de los padres en crianza y la integración de la comunidad local. En casi todos los casos son promovidos por voluntarios con apoyo de los gobiernos locales.
- También se han generalizado los centros que brindan servicios de **guardería, juego y eventualmente refuerzo pedagógico a niños y niñas de preescolar y de primaria** en las horas en que no están en la escuela. Estos servicios incluyen horarios y programas especiales durante los períodos de vacaciones escolares.
- En varios países los empleadores participan en la gestión de las guarderías. En Chile las empresas con 20 o más trabajadoras deben ofrecer un servicio de guardería y un local para amamantamiento, que pueden ser provistos por la misma empresa o contratados con terceros.

Todas estas tendencias muestran que más que un modelo básico, las actividades de guardería pueden ser una explosión de opciones cuya calidad y viabilidad dependen del financiamiento y la regulación pública, de la gestión local y de la iniciativa comunitaria.

Educación inicial

Cada vez es más extendida la educación inicial brindada por entidades especializadas. La educación inicial institucionalizada tiene dos objetivos: ser un refuerzo general de los aprendizajes centrales de la primera infancia y preparar para la vida escolar. Ambos objetivos son complementarios, pero se observa una cierta tendencia que separa la educación inicial en dos etapas:

- una primera donde el énfasis es un programa educativo de apoyo al desarrollo global del niño y se realiza en un **jardín infantil o kindergarten** (o cualquiera otra acepción equivalente)
- otra posterior, muchas veces llamada de **preescolar o transición**, que suele realizarse en la institución de educación básica que ofrece también servicios de educación primaria. En varios países se trata ya de una etapa obligatoria comprendida dentro de la educación básica.

En casi todos los países el preescolar tiene al menos *un año obligatorio* y se han extendido las facilidades para que incluya dos años más *no obligatorios*, que comienzan entre los 3 y los 4 años. La Tabla No. 9 tiene una síntesis de las opciones más destacadas.

Tabla No. 10
Países seleccionados
Servicios de Educación Inicial

| País | Nombre | dad | C arácter | | Descripción |
|------------|---------------------------------|-----|--------------|----|---|
| | | | | /C | |
| Australia | Pre-schools | -5 | | | Pre-escolares de tiempo completo o medio |
| | Outside School Hours Care | -12 | | | Antes y después de escuela y en vacaciones |
| Canadá | Pre-schools | | | | A cargo de organizaciones comunitarias |
| | Kindergarten | | | | A cargo de las provincias |
| Chile | Pre Kinder y Kinder | -6 | | | Gratis o privado-subsidiado |
| Cuba | Preescolar | | | | Inserto en las escuelas primaria |
| Dinamarca* | Kindergarten | -7 | | | Generalmente son comunitarios-públicos |
| | Kindergarten Classes | -6 | | | Año opcional de educación pre-primaria |
| | After School Recreation Centers | -10 | | | Actividades en horarios extracurriculares (la primaria comienza a los 7 años) |
| Franicia | Écoles maternelles | -6 | | | Desarrollo de capacidades y adaptación gradual a la escuela |
| Holanda | Primary School | -6 | | | Preescolares que funcionan en las escuelas de primaria y bajo su |

| | | | | |
|---------------|------------------------|-----|--|--|
| | | | | dirección |
| | Out of School Care | -12 | | Suelen ser en las escuelas con sus recursos |
| Inglaterra | Nursery Schools | -5 | | Preparación para primaria en sedes propias. Administradas por una junta escolar propia |
| | Reception Class | -5 | | Transición en sedes de primaria |
| | Pre-schools/Playgroups | -5 | | Enfoque preescolar. Copago de los padres |
| Irlanda Norte | Nursery Schools | -5 | | Preparación para primaria en sedes propias. Administradas por una junta escolar propia |
| | Pre-schools/Playgroups | -5 | | Enfoque preescolar. Copago de los padres |
| | Pre-School programs | | | Año obligatorio de preescolar. Ofrece diferentes modalidades |
| | Out of School Group | -11 | | Desayunos, cuidado después de la escuela, vacaciones |
| Suecia | Pre-Schools | -6 | | Gradualmente ofrecen servicios de preescolar |
| | Leisure-time Centre | -12 | | Complementos pedagógicos en tiempo libre |

G = Prestador Gubernamental; P/C = Prestador Privado o Comunitario

Las principales tendencias observadas son las siguientes:

- **Los servicios de educación inicial se consideran un servicio público** que es orientado por los ministerios de educación (nacionales o provinciales).

- **Los centros de atención pueden ser de gestión gubernamental, privada o comunitaria.** La oferta oficial suele ser la más amplia. En Francia los servicios eran exclusivamente oficiales y desde 2008 se ha abierto la puerta a la oferta privada para estimular la competencia en favor del mejoramiento de la calidad.
- **La participación de los padres de familia y las comunidades en la orientación, dirección y operación de los centros de educación inicial es muy alta** y suele ser estimulada por las políticas públicas, como en el caso de las guarderías. En Australia las Preschool Parent Associations de los Estados participan en la definición de la política de educación inicial y también de la política educativa general. En Inglaterra e Irlanda del Norte los Preschools y los Playgroups deben tener comités de padres como órganos de dirección. En Francia los Consejos Escolares de Padres no solamente integran la dirección de los preescolares sino que participan activamente en la vida escolar de los niños y niñas.
- **Es usual que los preescolares –especialmente los que atienden el último año previo a la primaria– estén insertos en instituciones educativas.** Esta decisión suele respaldarse con argumentos de facilidad de transición para el niño o niña. También hay argumentos que aluden a modelos pedagógicos que implican interacción de estudiantes de diferentes edades.
- **Es generalizada la existencia de pruebas de desarrollo individual para propiciar los refuerzos necesarios.** En algunos países como Dinamarca todas las iniciativas para mejorar el desarrollo individual de los niños deben ser aprobadas por los padres quienes además se involucran en su ejecución.
- **En casi todos los países, la educación inicial (que tiene calendario y horarios regulares) se complementa con servicios de guardería en horarios**

extraescolares y en vacaciones. Estos servicios están siendo cualificados con la participación de profesionales expertos en desarrollo infantil que realizan actividades pedagógicas complementarias, de modo que están pasando de ser guardería a ser centros educativos complementarios. En algunos países funcionan en los mismos centros de preescolar o en las escuelas primarias, para aprovechar sus espacios y recursos pedagógicos. Este tipo de tendencias se soportan en la constatación de que los niños logran un mejor aprendizaje cuando la enseñanza tradicional se complementa con actividades extracurriculares dirigidas y con tareas en casa en las que participan los padres (Howe, 2010).

- **En todos los países los niños y niñas con condiciones especiales de aprendizaje participan en los centros ordinarios de educación inicial**, con el apoyo de diversas estrategias de habilitación.

4.5.3. Protección social de la primera infancia

Todos los países analizados tienen desde hace ya largo tiempo una política destinada a lograr que sus sistemas de protección y seguridad social cubran todos los riesgos de los niños y niñas en primera infancia, se adapten a sus necesidades y que les otorguen prioridad especial de atención.

Esta prioridad se fundamenta en argumentos éticos y económicos. Los éticos se refieren a la conveniencia colectiva de cuidar al grupo de edad con mayores necesidades de protección porque ello fortalece la conciencia colectiva y la capacidad protectora de la sociedad a todos sus integrantes. Los económicos son de costo-beneficio a partir de la constatación de que la protección social adecuada mejora las condiciones de desarrollo y contribución al bienestar colectivo y las fallas de protección social durante la primera infancia implican costos correctivos muy altos durante el resto de la vida.

Examinaremos tres servicios de protección social: cuidado de la gestación y el parto, promoción y atención de la salud, y cuidado nutricional.

Cuidado de la gestación y el parto

Todos los países analizados tienen sistemas de seguridad social que aseguran a las gestantes controles de su proceso de gestación y atención del parto y el puerperio. Por lo general los costos de estos servicios son cubiertos por el sistema de seguridad social en salud. Existen fondos especiales para financiar la atención de pacientes no afiliadas a la seguridad social o en condición de insolvencia.

Existen otros servicios complementarios, como los siguientes:

- Campañas permanentes por medios masivos para ampliar el conocimiento colectivo sobre los factores que inciden en una gestación saludable, como la Healthy Pregnancy de Canadá.
- Programas educativos gratuitos sobre el cuidado post-parto para todos los padres de recién nacidos, como en Canadá que son brindados por los hospitales y las enfermeras comunitarias.
- Atención especial integral de las madres con complicaciones en el embarazo, posibles complicaciones del parto o condiciones de abandono, como los hogares maternos de Cuba, que brindan atención especializada y, cuando fuere necesario, alojamiento y alimentación gratuitos.

Servicios de salud para la primera infancia

Los países analizados tienen modelos muy amplios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y tratamiento curativo para la primera infancia. En todos

los países los sistemas de seguridad social en salud incluyen un derecho garantizado de atención prioritaria para la primera infancia. Estos servicios son financiados por el sistema de aseguramiento en salud o por el presupuesto público.

De acuerdo con el lugar de atención se constatan tres modelos no excluyentes:

- **Monitoreo de la salud y atención primaria directamente en los hogares**, como el Médico de Familia en Cuba, el Health Visitor en Dinamarca, las Midwife and Health Visitor de Inglaterra, y el Family Doctor de Irlanda del Norte.
- **Atención primaria integral brindada de manera sistemática en las guarderías y centros de educación inicial**, como ocurre con los Jardines Infantiles y el Programa de Salud Escolar de Chile, los Círculos Infantiles de Cuba, los Services de Promotion de la Santé en Faveur des Élèves de Francia, el programa Sure Start de Inglaterra, los chequeos rutinarios en los centros de atención infantil hechos por la Comisión de Salud y Servicios Sociales de Irlanda del Norte y las Primary School de Holanda.
- **Disponibilidad de centros de atención primaria y de mayor complejidad especializados en la infancia**, tales como los hospitales que realizan los Healthy Kids Checks de Australia, los Local Youth Health Care Centers de Holanda y los servicios de cuidado primario y Hospitales para Niños de Chile.

Independientemente del modelo, todos los países tienen programas de promoción y aplicación gratuita de las vacunas. Recuérdese que en Australia los reembolsos por gastos de guardería y cuidado están condicionados al cumplimiento en el plan de vacunación.

Servicios nutricionales

Una política nutricional presente en todos los países es la promoción de la lactancia materna. Por lo general implica estrategias publicitarias masivas y acompañamiento de expertos a cada madre durante el período de lactancia.

Adicionalmente, los países examinados tienen políticas de complementación y monitoreo nutricional de la primera infancia, con excepción de Canadá que aún no los ha establecido y es interna e internacionalmente muy criticado por ello.

La política de complementación nutricional tiene en todos los casos suministro de alimentos en los centros de cuidado y en los preescolares. Paralelamente existen en todos los casos programas de monitoreo de la situación nutricional de todos los niños y niñas, como parte del programa general de monitoreo de la salud, y con capacidad de reacción inmediata para atender casos o situaciones que así lo justifiquen.

En varios países se han establecido mecanismos de vigilancia y supervisión especializada del suministro de alimentos en los centros de cuidado y preescolares. También existen dispositivos de vigilancia sobre la inocuidad de alimentos comerciales destinados la primera infancia.

Varios países han desarrollado guías nutricionales que entregan a los centros de cuidado y a las familias, en algunos casos conjuntamente con programas de capacitación nutricional.

El Programa Nacional de Alimentación Complementaria de Chile entrega gratuitamente en los consultorios del Sistema Nacional de Salud, leche y alimentos para los niños menores de 6 años y las mujeres embarazadas. Otros países, en cambio, prefieren entregar subsidios monetarios que permitan atender las necesidades nutricionales de la gestación y la crianza, como se analizó anteriormente.

4.5.4. Atención a niños y niñas en condiciones especiales

Todos los países examinados tienen políticas de atención a los niños y niñas en condiciones especiales, las cuales les impiden el acceso a los servicios de protección y desarrollo ordinarios.

Estas políticas suelen justificarse bajo argumentos relativos a la responsabilidad del Estado como garante de la equidad en el ejercicio universal de los derechos. La equidad comienza equiparando oportunidades para los niños y niñas en su etapa inicial de vida y para sus familias.

Entre los niños y niñas con necesidades especiales vamos a mirar cuatro categorías: personales, étnica o culturales, geográficas y económicas o familiares.

Niños y niñas con necesidades personales especiales

Se estima que alrededor del 10% de los niños y niñas de cada país tienen condiciones personales (habilidades diferentes o limitaciones) que requieren apoyo especial para su desarrollo integral. En los países analizados, estas necesidades especiales son atendidas con varios modelos distintos y complementarios:

- **Entrega de subsidios a las familias** para que cubran los gastos que la crianza especial les significa. La tabla No. 4 del numeral muestra los existentes en los países de la muestra.
- **Apoyo profesional especializado gratuito**, como los Centros de Diagnóstico y Orientación de Cuba que funcionan en todos los municipios del país y los

Opportunity Groups de Inglaterra e Irlanda del Norte, que tienen también gran cobertura.

- **Servicios de preparación para los padres**, como los provistos en los Centros de Diagnóstico y Orientación de Cuba y los brindados por las Local Welfare Organisations de Holanda.
- **Adaptación de los recursos humanos y físicos de los servicios para la primera infancia**, como ha sido previsto para las salas de estimulación, ludotecas y centros de cuidado de Chile Crece Contigo.
- **Ayudas físicas para los niños y niñas que las necesiten para facilitar su comunicación, desplazamiento, alimentación, higiene personal o aprendizaje**. La entrega gratuita de estas ayudas es generalizada en los países analizados y suele estar ligada a los demás programas de apoyo. Un ejemplo son las ayudas técnicas provistas por el Fondo Nacional de Discapacidad en el marco de Chile Crece Contigo.

Para la **atención escolar de los niños con necesidades especiales**, los países ofrecen dos opciones, generalmente dando a los padres posibilidad de seleccionar la que consideran mejor para su caso particular:

- **Ingreso a centros ordinarios de cuidado y educación inicial recibiendo en paralelo un apoyo educativo adicional**. Un ejemplo es el Disability Discrimination Act y la política nacional para la educación especial en las instituciones educativas (Special Education Needs –SEN) de Inglaterra que definen las obligaciones y también las garantías que tienen todos los centros educativos con relación a los niños y niñas con necesidades especiales.

Algunos países tienen subsidios que facilitan la adaptación de las guarderías y entidades educativas, como la Allocation d'éducation de l'enfant handicapé de Francia.

Varios países tienen además estímulos para que los centros educativos reciban a los niños con necesidades especiales, como Holanda, donde a las guarderías y centros educativos se les exige tomar las medidas necesarias para que tengan personal preparado y remuevan los impedimentos de infraestructura existentes, bajo estrecha supervisión de las autoridades locales y a cambio reciben fondos compensatorios.

- **Instituciones educativas especiales**, usualmente financiadas por el gobierno nacional o los gobiernos territoriales, como los Círculos Infantiles Especiales de Cuba, para niños con limitaciones de audición, visión, lenguaje y desarrollo cognitivo, los centros de cuidado para niños con limitaciones cognitivas y físicas de Dinamarca, las Special School de Inglaterra e Irlanda del Norte, y los Child Day Care Centre for Children with Special Needs de Holanda.

Niños y niñas en condiciones étnicas o culturales especiales

En los últimos años se ha fortalecido una clara tendencia hacia la adaptación a los grupos con condiciones culturales especiales de los servicios estatales dirigidos a la primera infancia. Veamos los dos ejemplos más comunes en la muestra bajo análisis:

- **Guarderías, centros de educación inicial y seguridad social con características interculturales** para las zonas de asentamiento de las etnias o poblaciones originarias, diseñados y administrados por ellas, como los Aboriginal Children's Services de Australia, los Jardines Interculturales de Chile, o el programa Aboriginal Head Start de Canadá, creado para familias pertenecientes a las naciones originarias del país, incluidas las que habitan en los grandes centros urbanos.
- Varios países ofrecen programas gratuitos para el aprendizaje de su idioma destinados a niños de edad temprana de **familias inmigrantes**, como Language Assessment de Dinamarca, que está diseñado como un derecho de los niños inmigrantes a partir de los 3 años de edad y una obligación de las autoridades locales, y los Early

Educational Programs del gobierno de Holanda, destinados a niños de 3 años y madres con dificultades de manejo del idioma.

Niños y niñas bajo limitaciones geográficas

Una preocupación central de los países analizados es llegar con los servicios para la primera infancia a las poblaciones en las cuales los servicios tradicionales no son viables por estar ubicadas en zonas de difícil acceso o de alta dispersión habitacional. Las soluciones desarrolladas son las siguientes:

- Estrategias de llegada itinerante de servicios de educación inicial y protección social, como las **unidades móviles de cuidado infantil, educación preescolar, actividades lúdicas y biblioteca** de los Mobile Children's Services de Australia, los Jardines sobre Ruedas de Chile o los servicios de atención a poblaciones dispersas de las Local Welfare Organisations de Holanda.
- **Guarderías transhumanantes**, con educadores especializados que acompañan a las familias que se desplazan para la recolección estacional de diferentes productos, como las ofrecidas por la Fundación Integra en el marco de Chile Crece Contigo.
- **Servicios integrales multisectoriales de cuidado en salud y educación** para atender en un solo sitio a niños de 0 a 12 años en muy pequeños núcleos comunitarios o áreas de población dispersa, como los Multifunctional Children's Services de Australia, cuyos servicios y horarios son decididos y administrados por las propias comunidades.
- **Expertos en primera infancia que visitan periódicamente a las familias de áreas muy dispersas** para capacitarlas en atención de la primera infancia y

promover estrategias comunitarias locales de cuidado solidario, como ocurre en el Programa Educa a tu hijo de Cuba.

Niños y niñas en familias con limitaciones económicas

Para el cuidado de la primera infancia de familias en condiciones de pobreza, los países analizados tienen tres estrategias básicas:

- La primera estrategia, utilizada por 9 de los 10 países, es la **atención universal gratuita en servicios de guardería, educación inicial, salud, nutrición y acompañamiento a la familia** de modo que los niños de familias pobres tienen igual acceso a los servicios disponibles que los de las demás familias. Bajo esta estrategia, las familias suelen ser beneficiarias además de transferencias monetarias que facilitan su acceso a bienes y servicios indispensables para el desarrollo del niño o para compensar los gastos adicionales de la canasta familiar. La tabla No. 4. muestra estas transferencias.
- La segunda estrategia es la **de subsidios a la demanda y de derechos de reembolso fiscal**, que es utilizada por los países con servicios para la primera infancia que implican pagos por las familias. Ver también Tabla No. 4.
- La tercera estrategia es la de **compensación de las desventajas territoriales**, como el programa Zones d'Education Prioritaire de Francia, cuyas actividades brindan refuerzos educativos que compensen las desventajas relativas derivadas del contexto socio-económico limitado de los niños y niñas atendidos.

Niños y niñas en familias con limitaciones no económicas

También hay estrategias de apoyo o compensación para familias que tienen **restricciones no económicas** que afectan la garantía de derechos o el desarrollo de sus hijos durante la primera infancia.

Un ejemplo es la atención especial de padres y madres adolescentes, analfabetas o con cualquier tipo de limitaciones que potencialmente afectan a sus hijos en primera infancia desarrollado por el programa Nobody's Perfect del Ministerio de Salud de Canadá, que opera mediante alianzas con los gobiernos provinciales o territoriales y con organismos no gubernamentales, para prestar servicios especiales de apoyo tanto a los padres como a sus hijos.

Otro ejemplo es Home Help de Dinamarca, que brinda ayuda especial del Estado a quien tiene la responsabilidad de cuidado de un niño pero se encuentra enfermo, recluido o en cualquier otra situación de incapacidad para cumplir con su responsabilidad.

4.5.5. Atención especial a niños y niñas en situación de emergencia

Todos los Estados han asumido la responsabilidad de prevenir situaciones de violación de derechos de los niños y niñas, protegerlos de manera inmediata cuando ello ocurra y potenciar los mecanismos de restitución.

En los países analizados las violaciones más frecuentes son negligencia, maltrato y abuso, y en menor medida secuestro y tráfico. Frente a ellas, las políticas públicas y los modelos de abordaje analizados tienen dos características comunes:

- reconocen estas violaciones como **un área prioritaria de intervención pública que requiere estructuras institucionales especializadas y con alta capacidad de respuesta**. Por tanto muchos países tienen consejos nacionales y locales de protección social de los niños y niñas, una defensoría de la infancia con alto perfil

público y total independencia, una procuraduría especial de niñez, policía infantil, una instancia judicial especializada en infancia, etc.

- formulan estrategias integrales mediante **planes de acción ampliamente publicitados** en los cuales participan coordinada y simultáneamente diversas entidades públicas de los distintos poderes del Estado y se incluyen además la intervención de organismos no gubernamentales y la movilización ciudadana (un ejemplo es el Action Plan Against Child Abuse de Dinamarca).

Algunas tendencias destacables de la protección de emergencia son las siguientes:

Prevención dirigida

Los países avanzados están dejando atrás la prevención genérica y comienzan a establecer estrategias focalizadas con base en la investigación permanente y el conocimiento detallado de factores de riesgo.

Dos ejemplos son el National Child Protection Clearinghouse de Australia y el National Clearinghouse on Family Violence de Canadá concebidos como centros de recursos para acopiar toda la información disponible sobre la violencia familiar y, a partir de investigaciones y evaluaciones estructuradas, establecer los mecanismos más efectivos para prevenirla y controlarla. Sobre esta base, en las regiones y provincias canadienses opera el Risk Assessment Program destinado a predecir riesgos de maltrato infantil e intervenir anticipadamente.

Las organizaciones no gubernamentales tienen un papel decisivo en el campo del fortalecimiento de las capacidades de prevención, actuando coordinadamente con organizaciones gubernamentales.

La NSPCC del Reino Unido unifica los esfuerzos de diversas organizaciones oficiales y no gubernamentales para lograr cambios en las políticas, las normas y las prácticas estatales en favor de la protección de la niñez contra cualquier forma de maltrato o crueldad. Tiene además poderes legales para salvaguardar a niños amenazados.

Consejería y apoyo

Existen servicios públicos de consejería especializada en primera infancia en todos los países analizados. Suelen estar adscritos a los ministerios de educación, a los ministerios de salud o a los ministerios de justicia. La mayoría atiende por diferentes canales, como Internet, teléfono, redes sociales y centros presenciales.

Un canal de apoyo que ha cobrado gran importancia son las líneas telefónicas y las plataformas de Internet establecidas especialmente para que los mismos niños puedan pedir apoyo o auxilio.

Son ejemplares en este aspecto la Children Hepline de Holanda y la ChildLine de Inglaterra y de Irlanda del Norte, que son atendidas por personal especializado en consejería infantil y con elevada capacidad de reacción en casos de riesgo.

Vigilancia ciudadana

En los países analizados se observa que la vigilancia ciudadana sobre situaciones de violación de derechos de la primera infancia tiene cuatro soportes esenciales: conciencia comunitaria sobre los derechos de los niños y los riesgos que los afectan, fácil acceso a los canales de denuncia, garantía de reserva de identidad del denunciante y capacidad de reacción inmediata de las autoridades competentes.

En cuanto al fácil acceso a los canales de denuncia son ejemplo Canadá, Inglaterra e Irlanda del Norte, donde los reportes de abuso pueden hacerse en

cualquiera ventanilla relacionada con la infancia, como los servicios locales de bienestar infantil, las autoridades locales, los departamentos de servicio social o la policía, y cualquiera de ellos detona la alarma correspondiente en todo el sistema de protección.

En la mayoría de países es obligatorio para el personal médico, escolar y de policía reportar los casos de probable maltrato infantil de los que tienen conocimiento. La experiencia ha mostrado que la viabilidad de estos reportes no debe tener incentivos negativos para los reportantes, tales como trámites complejos o exposición de identidad. En Holanda la denuncia no es obligatoria, pues los profesionales pueden decidir –dentro de parámetros y protocolos establecidos– si el reporte de abuso puede resultar negativo para el niño.

Reacción Inmediata

En todos los países examinados existen unidades de servicios sociales, policía y justicia que tienen capacidad de reacción inmediata frente a las denuncias de cualquier forma de maltrato o crueldad contra los niños.

Un ejemplo entre muchos son los National Missing Children Services de Canadá, que son una estructura policial especializada en búsqueda de niños secuestrados, constituida bajo el entendimiento de que el secuestro de infantes responde a patrones específicos y además debe ser atendido con prioridad especial por unidades élite.

Atención especial para las víctimas

En las normas y protocolos de atención a casos del maltrato y abuso de los países analizados, la prioridad es atender al niño o niña afectado mediante una acción integral que permita el restablecimiento de las condiciones ordinarias de vida en un contexto de protección.

En Australia los niños que han sido maltratados o que han maltratado a otros tienen atención clínica bajo modelos de terapia familiar.

En Canadá los programas de atención de víctimas de maltrato son de carácter provincial; entre ellos se destacan Children Trauma Treatment, Mental Health Program para niños que han sufrido violencia física o psicológica y también para sus familias.

En Chile la Fundación Integra tiene Unidades de Protección y Buen Trato, integradas por psicólogos, abogados, educadores, trabajadores sociales y médicos para la atención de casos de vulneración de derechos y para la preparación de los equipos regionales en la atención de posibles casos de maltrato detectados en salas-cunas y jardines infantiles.

En Inglaterra, frente a cada caso particular, se organiza una conferencia de protección del niño, en la cual participan los padres y diversos profesionales (cuidadores, maestros, médicos) que han tenido relación con él, para recomendar la intervención protectora más adecuada a su caso. Operan también los Local Child and Adolescent Health Services para niños y familias que han sufrido maltrato

Tratamiento de quienes violan derechos de los niños y niñas

Se constatan visiones distintas con respecto a quienes cometan actos de abuso o maltrato, acompañadas de reacciones institucionales muy diferentes.

- En una visión se aduce la primacía de los derechos de los niños y niñas para establecer medidas que eviten a toda costa el riesgo de repetición y sancionen drásticamente a quienes los atropellan para crear un sólido precedente social. Aquellos que cometan abusos o maltratan son considerados delincuentes y son severamente sancionados; si son padres o familiares cercanos, se interponen acciones para separar al niño o niña afectada y garantizar así su protección. En Cuba las sanciones son drásticas y cuando las violaciones son cometidas por los padres, éstos tienen alta probabilidad de perder la patria potestad.
- Otra visión busca equilibrar los derechos de los niños y los derechos de quienes los atropellan. Bajo esta óptica, en países como Holanda, se considera que el maltrato y aún el abuso son problemas psicológicos o clínicos que requieren tratamiento o producto de la ignorancia que requiere educación. Por esta razón, las instituciones de protección establecen mecanismos de atención especializada, la ley criminal solo se aplica en casos extremos y las familias tienen acompañamiento cercano buscando su recuperación. En Dinamarca también hay tratamiento para los atropelladores pero las autoridades reubican a los niños en ambientes protegidos.

4.6. Marco de garantías y modelos organizacionales

4.6.1. Marco legal de garantías

En términos generales, las normas de los países analizados otorgan una prioridad explícita y muy definida a la primera infancia y paralelamente reconocen un conjunto de garantías de responsabilidad estatal.

Marco de Garantías por país

Examinemos el marco de garantías de cada uno de los países, con énfasis en las definiciones legales relativas a protección social, guardería y preescolar.

Australia. Tras la reforma que entró en vigencia en 2011, el cuidado de la gestación, el parto y el puerperio son garantía del sistema de seguridad social. La ley federal dispone que el cuidado de los niños menores de 3 años sea responsabilidad de los padres con apoyo del Estado mediante transferencias universales y subsidios proporcionales al ingreso. Para los de 4 a 6 años ha ordenado un programa gradual que permita lograr en 2013 que todos los niños y niñas tengan acceso a una educación inicial de alta calidad, provista por un profesor con 4 años de especialización universitaria certificada, que brinde atención de 15 horas a la semana durante 40 horas al año.

Canadá. El seguro de salud es universal y obligatorio. La National Children's Agenda de 1997 define los objetivos de desarrollo que deben lograrse con los niños (emocional y físicamente saludables, con todas sus necesidades básicas cubiertas, con altos niveles de aprendizaje y desarrollo cognitivo, sociabilidad fortalecida y protegidos contra cualquier agresión). Con esta base, el Early Childhood Development Agreement de 2000 establece un programa para expandir los servicios de soporte al cuidado y desarrollo integral de la primera infancia con énfasis en programas de apoyo a los padres y la comunidad. El Multilateral Framework on Early Learning and Child Care de 2003 establece las pautas para mejorar los estándares de calidad y aumentar la cobertura de la atención a la primera infancia con énfasis tanto en el cuidado como en el aprendizaje y el desarrollo. Los servicios de cuidado y educación inicial (0 a 5 años) son de uso opcional y cuentan con subsidios estatales. La educación obligatoria empieza a los 6 años con un grado de preescolar.

Chile. El Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo fue anunciado en octubre de 2006, dirigido a todos los niños y niñas para acompañarlos, apoyarlos y protegerlos durante toda su trayectoria de desarrollo desde la gestación hasta

el ingreso al primer ciclo de enseñanza básica (a los 4 o 5 años de edad). Sus acciones se iniciaron en 2007. La Ley 20.379 de 2009 creó el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionalizó Chile Crece Contigo como uno de sus subsistemas. También en 2009 se establecieron los estándares de operación y los objetivos pedagógicos de la educación inicial y se aprobó el currículo de la educación parvularia. Chile Crece Contigo ofrece educación masiva para beneficio de todos los niños y niñas en primera infancia; fortalecimiento del desarrollo prenatal, atención personalizada del parto y el puerperio y controles de salud especializados y sistemáticos con énfasis en el logro de desarrollo integral para las madres, niños y niñas que acuden al sistema público de salud; garantía de acceso gratuito desde los 3 meses hasta los 4 años en salas cunas y a jardines infantiles de jornada extendida para niños y niñas que pertenezcan al 60% más vulnerable de la población y cuyos padres estudien o trabajen o acceso a jardines infantiles de jornada parcial cuando los padres no trabajen; apoyo especial para niños y niñas con discapacidad que pertenezcan al 60% de hogares más vulnerables; y subsidio familiar desde la gestación hasta los 18 años para familias del 40% más vulnerable que no tengan previsión social. El Plan de Acceso Universal a Garantías Explicitas define un conjunto de prestaciones de salud garantizado universalmente por el Estado.

Cuba. Con base en el Código de Familia de 1975 y el Código de la Niñez y la Juventud de 1978, el sistema de educación preescolar cubano incluye a todos los niños y niñas desde su nacimiento hasta el ingreso a la escuela (0 a 6 años), es gratuito y constituye el primer subsistema del Sistema Nacional de Educación. La educación preescolar no es obligatoria. Todos los niños y niñas tienen acceso gratuito al Sistema Nacional de Salud y al Programa Nacional de Inmunización. Los padres tienen obligación de alimentar, vestir, educar y proporcionar el sustento básico de sus hijos, pero si tuvieran limitaciones para ello, el Estado proveerá el apoyo necesario.

Dinamarca. El Social Services Act de 1998 establece que todos los niños de 1 a 5 años tienen derecho a servicios de guardería públicamente subvencionados, y los niños de 6 años tienen derecho a la educación preescolar gratuita. La política frente a la primera infancia procura la atención universal y garantiza su calidad a través de un

sistema basado en la educación. Existe un currículo pedagógico especial para la primera infancia que enfatiza el desarrollo personal, las competencias sociales, el desarrollo del lenguaje y la comunicación, el desarrollo del cuerpo y el movimiento, la comprensión de la naturaleza, la expresión cultural y la libertad. Los niños y niñas tienen acceso universal y gratuito al Servicio Nacional de Salud.

Francia. En 2007 la ley reformó el sistema de protección a la infancia, estableciendo que los niños entre 0 y 3 años deben ser atendidos por los ministerios relevantes, con ayuda de la Caisse Nationale d'Allocations Familiales (subsídios), activando un sistema de cuidado diverso y descentralizado. Todos los niños tienen derecho legal a un cupo en la École Maternelle desde los 3 años (2 en algunos casos) hasta el ingreso a la primaria. La atención integral incluye protección, guardería, educación inicial y seguridad social.

Holanda. El Child Care Act de 2005 y el Youth Care Act del mismo año establecen los beneficios que los padres o tutores tienen para el cuidado y la educación inicial y las obligaciones del estado de atender a sus hijos en guarderías y centros de educación inicial. El preescolar a los 5 años es obligatorio. El seguro de salud de los menores de 18 es gratuito.

Tabla No. 11

Países seleccionados

**Cobertura de las garantías y modalidades de financiamiento
de la atención a la primera infancia en educación y salud**

| | Atención de la gestación y parto | Atenci ón de la salud | Guardería | Años de preescol ar obligato | Edad de inicio de la educació | % de escolariza ción de niños con... |
|--|---|--------------------------------|-----------|---------------------------------------|--|---|
| | | | | | | |

| | G | SS | G | SS | TU | TF | R | rio | n obligato ria | 4 años | 5 años |
|-----------------------|----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|-------------------------------|-------------------|-------------------|
| Australia | | U | | U | X | X | X | 3 | 4 | | |
| Canadá | | U | | U | | X | X | - | 6 | | |
| Chile | | F | | F | | X | | - | 6 | | |
| Cuba | U | | U | | X | | | - | 6 | 100 | 100 |
| Dinamarca | | U | | U | X | | X | - | 6 | 79 | 81 |
| Francia | | U | | U | X | | | - | 6 | 100 | 100 |
| Holanda | | U | | U | X | X | X | 2 | 5 | 95 | 100 |
| Inglaterra | | U | | U | X | X | | 2 | 5 | 94 | 100 |
| Irlanda del N. | | U | | U | X | X | | - | 6 | 55 | 99 |
| Suecia | | U | | U | X | X | | - | 7 | 58 | 63 |

Tasas de Escolaridad niño(a)s de 5 años: European Comission (1997), Gobierno de Cuba.

G = Gobierno; SS = Seguridad Social; TU = Subsidios Universales; TF = Subsidios Focalizados; R = Reembolsos.

Inglaterra. El marco legal establece que el período entre el nacimiento y el ingreso a la escuela es de importancia decisiva y por eso el apoyo y los subsidios estatales son obligatorios. Todos los niños tienen derecho a 12,5 horas semanales de educación gratuita desde el tercer año de edad hasta los 5 años, edad en que empieza la educación obligatoria. Todos tienen derecho a acceder al National Health Service. El Childcare Act de 2006 define estándares para el desarrollo, aprendizaje y cuidado de los niños desde el nacimiento hasta los 5 años.

Irlanda del Norte. A partir de la Children Order de 1995, la primera infancia tiene subsidios y apoyo para los servicios que requieran sus padres. La educación obligatoria empieza a los 4 años. El acceso al sistema de salud es universal y gratuito.

Suecia. La ley establece que los niños y niñas tienen derecho a asistir a un preescolar con financiamiento público si los padres trabajan o estudian o si los niños requieren cuidado especial. A partir de los 4 años todos tienen derecho a 525 horas de preescolar gratuito hasta que ingresen a la primaria a los 7 años. La seguridad social en salud es gratuita.

4.6.2. Dirección del sistema de atención a la primera infancia

Todos los países tienen un ente institucional (individual o colectivo) que es responsable por definir las políticas generales del país en materia de primera infancia y de promover y vigilar su aplicación para lograr que las garantías sean efectivas.

Visión general

A la vez que se constata una importante identidad en el modelo de garantías – como acaba de exponerse– lo contrario pasa con la dirección del sistema que debe proveerlas: las opciones son diversas y varios países han experimentado en los últimos años diversas alternativas.

Cuando los sistemas de atención a la primera infancia comenzaron a operar en los países analizados, fue usual que su coordinación quedase a cargo del ministerio de bienestar social, del ministerio de educación o del ministerio de salud, dependiendo de la visión de prioridades para el desarrollo de la primera infancia y de la capacidad institucional existente en cada caso.

Gradualmente se profundizó en la necesidad de que el sistema de atención a la primera infancia fuese integral (educación, salud, nutrición, seguridad social, protección especializada, subsidios y transferencias, regulaciones laborales especiales, justicia y atención judicial, movilización comunitaria, etc.) y se encontraron limitaciones al

modelo que entregaba la dirección general y la formulación de políticas a un solo sector. Los países comenzaron entonces a reformular o fortalecer la estructura de dirección y coordinación, como se observa en las reformas aprobadas durante las últimas dos décadas. No existe un modelo general ni siguiera una tendencia clara, pues existen hoy casi tantos modelos como países.

- **Dirección central mínima de la política de niñez y libertad de iniciativas regionales.** En *Canadá* el Gobierno federal establece estándares muy generales para el cuidado y desarrollo de la primera infancia. Las provincias y territorios deciden independientemente políticas propias que en algunos casos generan inequidad interprovincial. A este esquema se le critica por su debilidad para estructurar políticas generales, promover una sólida oferta de servicios, orientar la articulación de las diversas acciones y construir condiciones universales de equidad.
- **Dirección por un ministerio especializado en infancia.** En *Inglaterra* operó entre 2007 y 2010 el Ministerio de los Niños, las Escuelas y la Familia, que incluía la responsabilidad de definir las políticas y acciones globales del plan nacional de infancia, mientras la ejecución comprometía a los ministerios sectoriales y a las autoridades locales. Esta perspectiva fue revisada en mayo de 2010 y se confirió esta función al Ministerio para la Educación, que tiene un Viceministerio de Niños y Familia (así como otro de Escuelas).
- **Dirección bipartita**, que separa las políticas de educación y las demás acciones de protección y desarrollo infantil. Es el caso de *Francia*, donde el Ministerio de Educación define las políticas de su sector y la Dirección General de Cohesión Social promueve la coordinación de las políticas de los demás ministerios. Algo similar ocurre en *Holanda*, donde el Ministerio de Asuntos Sociales y Trabajo regula las políticas de protección y cuidado de la primera infancia y el Ministerio de Educación se encarga del desarrollo infantil a partir de los 4 años. También es el caso de *Irlanda del Norte* donde la dirección de Políticas de Cuidado Infantil establece las orientaciones de protección general y guarderías, mientras el Ministerio de Educación define las acciones de

educación inicial. En *Australia* la Oficina de Educación Inicial y Cuidado Infantil del Ministerio de Educación, Empleo y Relaciones Laborales define las políticas de guardería y educación, mientras que el Ministerio de Familias, Vivienda, Servicios a la Comunidad y Asuntos Indígenas coordina una red que incluye a otros ministerios y contempla la participación de los estados y de las ONG para definir los principios y pautas generales de protección y apoyo a las familias con hijos de primera infancia.

- **Dirección tripartita** y un comité multisectorial que busca lograr la coordinación de diversas instancias. En *Dinamarca*, 3 ministerios (Familia y Asuntos del Consumidor, Asuntos Sociales y Educación) tienen responsabilidades conjuntas de dirección y existe además un comité interministerial con 15 ministerios diferentes para establecer políticas y planes de acción transversales que logren integralidad. Se le critica la complejidad del mecanismo de coordinación y las dificultades prácticas para lograrla.
- **Dirección por un ministerio sectorial que coordina una red de organismos de diversos sectores.** *Cuba* dirige la política de primera infancia desde el Comité Técnico Nacional de Educa a tu Hijo, que es coordinado por el Ministerio de Educación e integrado por varios ministerios, la Federación de Mujeres Cubanas, los Comités de Defensa de la Revolución, la Asociación Nacional de Pequeños Agricultores, las Asociaciones Estudiantiles, los Sindicatos y los medios de difusión masiva.
- **Dirección por un ministerio supra-sectorial que coordina una red de organismos.** En *Chile* el Ministerio de Planificación define el marco básico de políticas y prestaciones para la primera infancia, y las acciones son orientadas por la coordinación del Sistema de Protección Integral Chile Crece Contigo, presidida por el Ministerio de Planificación e integrada por los ministerios de Educación, Secretaría General de la Presidencia, Hacienda, Salud, Trabajo y Previsión Social, Justicia y Vivienda y Urbanismo, así como el Servicio Nacional de la Mujer. El Ministerio de Planificación

tienen también la responsabilidad de administrar, supervisar y evaluar la implementación de la política.

Puede observarse que aún no hay una tendencia generalizada de dirección general e integración de políticas de primera infancia. En los últimos años ha habido cambios con distintos signos que muestran que el proceso de búsqueda está abierto sin resultados definitivos.

En medio de la diversidad, parecería vislumbrarse una tendencia a definir un ente institucional que tiene la función de proponer, promover y coordinar las políticas y estrategias generales que corresponde desarrollar a los ministerios y entidades ejecutores. Se trata por tanto de una entidad con autonomía y rendición de cuentas, y responsabilidades de dirección, no de ejecución. A esta opción corresponde los modelos de Australia, Chile, Cuba, Dinamarca, Francia e Inglaterra.

Dirección del sistema de atención a la primera infancia por países

La estructura de dirección de cada país se esquematiza en la Tabla No. 12. Una descripción más detallada por país se encuentra en el Anexo 3, en la parte de descripción del marco institucional (área de formulación de políticas, planificación y coordinación a nivel central).

Tabla No. 12

Países seleccionados

Dirección General y Principales Responsables de Orientar la atención a la Primera Infancia

| | Dirección General | Principales responsables | Responsabilidad básica |
|------------------|--------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Australia | La Oficina de Educación | Consejo de | Lidera la política |

| | | | |
|---------------|---|--|---|
| | <p>Inicial y Cuidado a la Primera Infancia del Ministerio de Educación, Empleo y Relaciones Laborales define las políticas de guardería y educación.</p> <p>El Ministerio de Familias, Vivienda, Servicios a la Comunidad y Asuntos Indígenas tiene una red intergubernamental e interdepartamental conjuntamente con ONG que define las políticas de apoyo a las familias.</p> | <p>Gobiernos Australianos</p> <p>Consejo de Acreditación Nacional del Cuidado Infantil</p> <p>Gobiernos Estatales</p> <p>Departamentos de Educación de los Estados</p> | <p>intersectorial e interestatal</p> <p>Acredita según estándares de calidad de los centros de atención oficiales y privados</p> <p>Adaptación y aplicación de las políticas</p> <p>Coordinan y regulan los servicios de preescolar</p> |
| Canadá | <p>El Gobierno Federal define estándares generales de atención a la primera infancia.</p> <p>Gobiernos de provincias y territorios: definen políticas propias.</p> | <p>Gobierno Federal</p> | <p>Formula estándares nacionales de atención expresados a través de National Children's Agenda, Early Childhood Development Agreement, y Multilateral Framework on Early Learning and Child Care</p> |
| | | <p>Autoridades Provinciales y Territoriales</p> | <p>Coordinan y monitorean la gestión por la primera infancia en su territorio</p> |
| | | | Tienen a cargo Education |

| | | | Act y Child Care Legislation |
|--------------|---|--|--|
| Chile | El Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, bajo la dirección del Ministerio de Planificación, lidera la política de atención a la primera infancia. A la cabeza de la coordinación están el Comité de Ministros y el Comité Técnico de apoyo. | Ministerio de Planificación | Encargado de la coordinación, administración, supervisión y evaluación de la implementación de programas de atención |
| | | Ministerios de Planificación, Educación, Presidencia, Hacienda, Salud, Justicia, Trabajo y Previsión Social y Vivienda | Colectivamente coordinan el sistema y dirigen la ejecución de las políticas. Todos tienen responsabilidades definidas. |
| | | Junta Nacional de Jardines Infantiles y Fundación Integra | Monitorean y coordinan sus propios establecimientos y los privados subsidiados (sala-cuna y jardines infantiles) |
| | | Municipalidades | Coordinan las Redes Comunales de Chile Crece Contigo |
| Cuba | El Ministerio de Educación preside el Comité Técnico Nacional de Educa a tu Hijo, que coordina la atención integral a la | Grupos técnicos provinciales de Educa a tu Hijo | Coordinan las acciones en las provincias |
| | | Grupos técnicos municipales y | Coordinan las acciones en los municipios y en |

| | | | |
|------------------|---|--|--|
| | primera infancia e incluye a los Ministerios de Salud Pública y Cultura y Deportes, diversas organizaciones ciudadanas, gremiales y políticas, y medios de comunicación | locales de Educa a tu Hijo Ministerio de Salud Pública | las localidades Dirige los hogares maternos, policlínicos, médicos de familia y el Programa Nacional de Inmunización |
| Dinamarca | Las políticas están a cargo de los Ministerios de Asuntos Sociales (protección y educación inicial), de la Familia y Asuntos del Consumidor (guarderías), y de Educación (pre-primaria y programas After School). Participan los Ministerios de Tributación (subsidios), de Trabajo (licencias) y de Justicia (asuntos legales de la infancia). | Autoridades locales Juntas de Padres | Orientación de la ejecución de las políticas en sus respectivos territorios y regulación de calidad de los centros de cuidado y educación Toman parte en la orientación de la ejecución de políticas respectivas a la gestión de los centros de cuidado y educación |
| Francia | El Ministerio de Educación define las políticas de educación inicial. La Dirección General de Cohesión Social (ente de nivel estratégico dependiente de los ministerios sociales) define | Direcciones locales de cohesión social de los departamentos Rectorías e Inspecciones de la Academia Protección Maternal e Infantil | Orientan las políticas para sus territorios y articulan a las diferentes entidades concernidas Orientan y supervisan las acciones educativas en sus provincias Orienta las actividades de guardería y cuidado y |

| | | | |
|----------------|--|--|---|
| | <p>las políticas de los demás ministerios relacionados con primera infancia.</p> <p>Los gobiernos locales, los Consejos Generales de los Departamentos y las Cajas de Asignación Familiar descentralizadas definen políticas departamentales y locales, en estrecha coordinación con las direcciones de cohesión social</p> | | hace monitoreo |
| | | Consejos Generales departamentales | Acreditación de las guarderías y centros de cuidado |
| | | Alcaldías | Orientan la ejecución |
| Holanda | <p>El Ministerio de Asuntos Sociales y Trabajo regula la política de cuidado de la primera infancia</p> <p>El Ministerio de Educación, Cultura y Ciencia define los aspectos de acceso, equidad y calidad de la educación inicial a partir de 4 años.</p> <p>Las autoridades municipales son encargadas de orientar la gestión por la primera infancia para lograr integralidad y calidad en los</p> | <p>Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte</p> <p>Municipalidades</p> | <p>Se encarga del apoyo a las familias, monitoreo de centros privados de educación y define las bases de las políticas municipales de protección social</p> <p>Políticas locales para los centros privados de educación inicial. Diseño de mecanismos de coordinación entre las instituciones de cuidado, las de educación inicial y las escuelas primarias</p> |
| | | Servicios Locales de | Supervisan los servicios |

| | | | |
|-------------------|---|--|---|
| | servicios. | Salud | de cuidado infantil |
| | | Juntas de padres | Monitorean centros públicos y privados de cuidado |
| | | Inspección Escolar | Inspección de los centros de educación inicial |
| Inglaterra | El Departamento para la Educación –antes Ministerio para los Niños, las Escuelas y la Familia– diseña y dirige la política del Children's Plan. | Oficina de Estándares en Educación | Define requisitos y estrategias para las guarderías y la educación inicial |
| | | Autoridades Regionales de Salud | Supervisan a las Autoridades del Servicio de Salud de la Familia y las Autoridades Distritales de Salud |
| | | Autoridades locales | Orientan la ejecución. Diseñan estrategias y planes de desarrollo en los servicios locales para la primera infancia a través de Comisiones de Niños conformadas por los mismos gobiernos locales y otros miembros de la comunidad |
| | | Director of Children's Services. Lead Member for Children's Services | Responsables locales de distintas funciones en la provisión de servicios de educación, salud, cooperación interagencial |
| | | | |

| | | | |
|--------------------------|--|--|---|
| | | | y provisión de servicios sociales |
| Irlanda del Norte | El Ministerio de Educación define las políticas de educación inicial. | Grupo Interdepartamental para la Edad Temprana | Coordina estrategias de cuidado de la primera infancia |
| | El Ministerio de Salud orienta el sistema de vigilancia de hogares, guarderías y hospitales | Comisión Local de Salud y Servicios Sociales | Monitoreo e inspección de las instituciones de cuidado y educación |
| | La Dirección de Políticas de Cuidado Infantil define las orientaciones en materia de salud y guarderías. | Inspección de Educación y Capacitación | Inspección nacional de los centros de educación |
| | Los Consejos de Educación Preescolar establecen planes para la provisión de la educación en su territorio. | | |
| Suecia | El Ministerio de Educación e Investigación define las políticas de cuidado integral y educación | Agencia Nacional de Educación | Fija lineamientos de calidad para ser aplicados en los centros de atención integral |
| | | Inspección de Escuelas de Suecia | Se encarga de la evaluación nacional de los centros de cuidado y educación |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | Instituto Nacional de la Salud Pública de Suecia | Rige y monitorea los servicios de salud de acuerdo con la política nacional de salud |
| | | Autoridades locales | Establecen los criterios de aplicación de las políticas nacionales en sus territorios y hacen monitoreo de las instituciones preescolares |

4.7. Modelos de relaciones interterritoriales, atención de la primera infancia, aseguramiento de calidad y financiamiento

A partir de las variadas opciones de fijación de políticas y dirección estratégica que acabamos de ver, existen en los países analizados varios modelos de estructura de relaciones interterritoriales, aseguramiento de la calidad de los servicios brindados y financiamiento de la atención estatal a la primera infancia.

Visión general

Los modelos de relaciones inter-territoriales en torno a la atención de la primera infancia tienen una característica predominante: el rol eminentemente orientador del nivel nacional y el papel relevante de la gestión del nivel local (municipio) o del nivel intermedio (departamento, provincia o estado federado). En la mayoría de los 10 países analizados, en el nivel central se definen el modelo de garantías, las políticas generales, los objetivos de desarrollo que deben lograrse, la estructura básica de los modelos de atención, los estándares de calidad esperados, los criterios de acreditación de los centros

de atención y el marco general de financiamiento, y se entrega al nivel intermedio o local el poder adaptar las políticas y operar con gran autonomía.

No obstante, se observan diferencias en cuanto al rol y el grado de autonomía de cada ámbito territorial participante. El grado de autonomía de un nivel territorial está definido por el poder efectivo que tiene (responsabilidades exclusivas, recursos a su disposición y capacidad de decisión) y por el destinatario primario de su rendición de cuentas, siendo mayor la autonomía cuando éste es la comunidad de su territorio.

Los modelos de relaciones interterritoriales son determinantes de las características del sistema de mecanismos de gestión de calidad y de los mecanismos de financiamiento.

En los 10 países analizados se observan los modelos que se caracterizan a continuación. Nos concentraremos en los servicios de cuidado (guardería) y educación inicial. Los servicios de salud acusan una tendencia parecida (especialmente cuando los sistemas de cuidado de la primera infancia son más integrados) pero también tienen un peso mayor de las estructuras sectoriales.

- **Descentralización al nivel intermedio.** Es el modelo en el cual el nivel nacional establece las políticas con el alcance descrito arriba y el nivel intermedio (los estados) la adapta a sus condiciones y decide autónomamente su ejecución. Dado que el nivel intermedio tiene alta autonomía, su decisión de adoptar las políticas nacionales de infancia se formaliza mediante un contrato con la nación. Este nivel intermedio, además, puede descentralizar en el nivel local o delegarles tareas cuando lo considera conveniente. Es un modelo propio de países federales y su ejemplo en la muestra es Australia.

En este modelo los estándares de los servicios y el sistema de acreditación de los centros que los prestan (tanto oficiales como privados) son definidos en el nivel central. Los estados adoptan este modelo de calidad y se encargan de ejercer su vigilancia en los

centros de atención, mientras el gobierno central mantiene un monitoreo de coberturas, resultados e impacto.

La estructura de financiamiento es consecuente con el modelo: los recursos son asignados a los estados con base en los resultados obtenidos, con lo cual se estimula la profundización de su buena gestión y la participación con fondos propios.

- **Descentralización al nivel local.** En este modelo el nivel intermedio tiene un rol nulo o poco relevante. Las políticas son fijadas en el nivel nacional y los municipios se hacen cargo de adaptarlas a su ámbito y definir la gestión de los servicios. Este es un modelo de relación interterritorial común en Europa y por ello mismo es el más generalizado en la muestra para el caso específico de la gestión relacionada con la primera infancia: Dinamarca, Inglaterra, Holanda y Suecia. También Irlanda del Norte, donde el nivel intermedio si participa pero con un rol bastante limitado.

Como en el modelo anterior, en este caso la garantía de calidad se basa en estándares y niveles de calidad de prestadores que son definidos en el nivel central. La vigilancia de la calidad tiene dos variantes: una en la cual el propio nivel nacional es el que acredita a los centros gubernamentales o privados de prestación de servicios y realiza la supervisión de su gestión, como ocurre en Inglaterra y Suecia. La otra, más descentralizada y en países donde la autonomía local es de larga tradición, otorga a los gobiernos locales la función de acreditar a las entidades que prestan servicios a la primera infancia, supervisar su desempeño y resultados y hacer de dominio público la información obtenida, como ocurre en Dinamarca, Holanda e Irlanda del Norte.

El financiamiento en todos los casos es aportado predominantemente por el gobierno nacional, puesto que el alcance de las garantías desborda la capacidad de financiamiento local, los impuestos nacionales son sustancialmente mayores que los municipales y el modelo está inspirado por principios de equidad interterritorial. Las transferencias se basan en el análisis de los resultados obtenidos -con base en el sistema de gestión de calidad-, de la cobertura lograda y de necesidades por atender. Holanda

incluye además estímulos a los municipios por la obtención de incrementos en la participación financiera de los empleadores.

- **Autonomía regional con mínimo marco nacional.** Es la opción institucional en la que las políticas nacionales plantean algunos objetivos mínimos y trazan pautas indicativas, mientras que las provincias tienen la facultad de definir con gran autonomía el modelo de garantías dentro de su territorio. Este es el caso de Canadá.

En este modelo la acreditación es local y la supervisión de los proveedores de servicios es provincial, bajo criterios definidos por cada provincia o territorio. El mecanismo de financiamiento es consecuente con el modelo de relaciones interterritoriales: el nivel nacional transfiere recursos en bloque con ciertas destinaciones globales definidas por la ley y las provincias y territorios receptores los distribuyen según su propio criterio.

- **Desconcentración jerárquica.** Mientras la descentralización implica que los niveles intermedio y local tienen poder efectivo de decisión, la desconcentración es el sistema en el cual estos niveles tienen la función de ejecutar pero deben hacerlo en un marco jerárquicamente establecido porque tienen poca autonomía para adaptar las políticas y establecer estrategias en su ámbito, aunque pueden tener gran creatividad práctica para cumplir con los objetivos operacionales que les han sido trazados. Este es el modelo observado en Cuba.

La acreditación de los centros de servicios es función del nivel central, asumida por la Dirección de Educación Preescolar y el Grupo Técnico Nacional de Ministerio de Educación. La supervisión se realiza en cascada siguiendo la línea jerárquica: El Grupo Técnico Nacional supervisa los resultados del Grupo Técnico Provincial y así sucesivamente con los grupos municipales y locales. El financiamiento es consecuente con el modelo: es asignado totalmente por el gobierno nacional y su localización específica es definida por la cadena jerárquica.

- **Desconcentración sectorial.** En “estado puro” este es un modelo donde las instancias territoriales tienen poco poder relativo de decisión y en algunos casos de ejecución, porque los servicios son prestados directamente por estructuras sectoriales poderosas que siguen los lineamientos de la cabeza jerárquica del sector. Estas estructuras pueden ser desconcentradas, pero operan como sucursales de su casa matriz ministerial. Su referente básico de operación y su rendición de cuentas tiene más relación con la autoridad jerárquica que con la comunidad del ámbito territorial. El modelo de Francia tiene esta raíz, aunque transita hacia el primero y un poco hacia el segundo de los sistemas antes planteados (descentralización al nivel intermedio y al nivel local), pues en los últimos años ha hecho virajes sustanciales para incorporar la gestión integradora de los consejos generales departamentales, decisiones políticas de carácter local y una creciente participación de los padres de familia y las comunidades.

La gestión de calidad se basa en los criterios y estándares definidos por las cabezas sectoriales y la acreditación de los centros prestadores de servicios así como la supervisión de su gestión es realizada por los consejos generales departamentales. El financiamiento continúa teniendo fuertes ataduras a las modalidades tradicionales de asignación sectorial, pero gradualmente incorpora aportes y capacidad de decisión de los consejos generales departamentales.

- **Centralismo colaborativo.** Es el modelo en el cual tanto las políticas como las estructuras de operación son decididas y administradas desde el nivel nacional, sin perjuicio de que los niveles locales participen como colaboradores principales de las autoridades centrales y coordinadores de la ejecución, pero sin gran capacidad de decisión política porque todas las reglas son externas. Este es el modelo observado en el programa nacional de atención a la primera infancia de Chile.

Más que estándares de calidad se observan definiciones sobre estructuras de gestión y prestación de servicios. Tanto la acreditación como la supervisión de los procesos son asumidas por el nivel central. Los mayores aportes financieros son

provistos por el nivel central, complementados con recursos de las municipalidades y las redes comunitarias.

El anexo No. 3 es una descripción de cada uno de los modelos nacionales.

5. Conclusión y análisis final

Las experiencias visitadas son ricas en diversidad y matices. Son el producto de visiones y estructuras que están teniendo cambios significativos en los últimos años. A pesar de su heterogeneidad, frente a la pregunta base de este trabajo muestran características comunes como las que se sintetizan a continuación.

1. Hay un modelo de garantías predominante en los 10 países analizados

De las tendencias analizadas puede concluirse que el modelo de garantías propio de las políticas de primera infancia de los países con mayor desarrollo en este campo tiene las siguientes características principales:

- El eje de la política es el apoyo a las familias para la crianza. Este tiene tres componentes:
 - Tiempo: facilidades universales a los padres y madres para que puedan elevar el tiempo de permanencia con sus hijos, especialmente durante los dos primeros años. Estas incluyen licencias de maternidad, licencias de paternidad y más recientemente licencias de materpaternidad que pueden ser tomadas por cualquiera de los dos padres o ambos y oscilan entre 13 semanas en Inglaterra e Irlanda del Norte hasta 2 años en Francia.
 - Dinero: Entrega de apoyos monetarios a los padres y madres para contribuir a los gastos de crianza. Tienen la forma de transferencias monetarias universales y no condicionadas (excepto Chile), a las que se suman transferencias focalizadas de asignación automática para familias de ingresos reducidos, hogares monoparentales y necesidades especiales). Existen también reembolsos fiscales por gastos específicos.

- Conocimiento, mediante una amplia red de servicios de acompañamiento, formación y soporte a los padres y madres para fortalecer sus capacidades de crianza, mediante visitas a los hogares, escuelas de padres y muy diversas estrategias más.
- Promoción y soporte estatal a la movilización de las comunidades por la primera infancia mediante muy diversas actividades de iniciativa local, entre las que se destacan el fomento a la prioridad efectiva de los niños y niñas y la creación y gestión de espacios amigos de la primera infancia.
- Servicios de guardería altamente regulados y vigilados por el Estado, de libre acceso para todas las familias y con horarios extendidos.
- Servicios de educación inicial (jardines y preescolares) regulados por la autoridad educativa, de acceso universal y con vigilancia de logros esperados en el desarrollo infantil. Aunque el preescolar no es obligatorio en más de la mitad de los países, los índices de cobertura a partir de los 4 años de edad son muy altos y están creciendo rápidamente gracias a los incrementos de la oferta de servicios y del volumen de financiamiento público.
- Fomento de servicios privados o comunitarios de guardería y educación inicial con estándares elevados de calidad, que suelen tener subsidios a la oferta y más frecuentemente a la demanda, así como reembolsos fiscales a las familias por los pagos realizados.
- Servicios gratuitos con garantía estatal de atención especializada a la gestación y el parto y el puerperio.
- Ingreso universal obligatorio y automático al momento del nacimiento al sistema de seguridad social en salud, que brinda atención primaria en salud gratuita en los hogares, guarderías y preescolares. Hospitales especializados en infancia.

- Utilización del registro civil –que es automático–, como sistema de información que permite proveer, administrar y monitorear el acceso garantizado a los servicios y subsidios. Monitoreo personalizado del desarrollo de los niños y niñas para proveer correctivos.
- Producción de información en tiempo real y en línea para la gestión de los servicios, la rendición de cuentas de la política y la realización permanente de evaluaciones sobre calidad del cuidado, estudios longitudinales para conocer determinantes del desarrollo infantil y factores de riesgo de maltrato o violencia.
- Servicios especializados para casos de necesidades especiales o violación de derechos.

Las principales excepciones a este modelo general son:

- Canadá, que tiene una oferta oficial débil de servicios de guardería y educación inicial.
- Chile, que no tiene licencias materpaternas, tiene transferencias exclusivamente focalizadas y brinda servicios de guardería y educación inicial gratuitos sólo para familias “vulnerables” y niños en condiciones especiales.

2. Las tendencias encontradas están crecientemente alineadas con los avances del conocimiento científico sobre la primera infancia

Este alineamiento se observa en los siguientes aspectos principales:

- *El mayor énfasis de sus estrategias está en dar soporte a las familias.* Las políticas de primera infancia de los países analizados tienen como primer eje garantizar

movilizar acciones para logar familias con las mejores condiciones de apoyo posibles. La calidad del cuidado familiar en la etapa inicial se considera en la mayoría de los países analizados un asunto de interés público y varios de ellos han abordado explícitamente estrategias de economía del cuidado. Los desarrollos científicos han demostrado que la presencia, protección y cuidado adecuados en el seno familiar son los factores de mayor relevancia en el desarrollo de la primera infancia. El “apego seguro” y la experiencia relacional familiar son el gestor de desarrollo neuronal que otorga para toda la vida capacidades de empatía e interacción social, control emocional y adaptación, y predice relaciones satisfactorias con los demás en el ámbito afectivo, social y laboral. Las prácticas de crianza forman el carácter. Las interacciones emocionales del bebé con su familia durante la primera infancia temprana son el motor de su “autorregulación”, que a su vez determina sus capacidades de aprendizaje y de adopción de proyectos. La intensidad y riqueza de la comunicación de los padres es determinante del desarrollo de capacidades cognitivas y de comunicación en los niños y niñas. El adecuado acompañamiento de los padres a las experiencias cinestésicas iniciales es el soporte del “acoplamiento armonioso” entre el niño o niña y su entorno, mediante el cual desarrolla las bases de su “identidad ética”. Las condiciones de salud para toda la vida están definidas de manera decisiva por el entorno físico, nutricional y psicoafectivo de la familia.

- *Están promoviendo activamente las responsabilidades de las comunidades locales con la primera infancia.* Esta estrategia se justifica bajo el entendimiento de que la crianza debe recuperar su carácter público y es un dinamizador insustituible de la integración social. El conocimiento científico relieva a la comunidad local como un segundo ámbito de atención a la primera infancia, que refuerza la labor de la familia, crea para los niños y niñas un entorno amigable y seguro, y favorece la socialización secundaria. Se suma la consideración ética de que el compromiso con la primera infancia fortalece moralmente a la sociedad.
- *Un mandato esencial de los entes rectores de políticas de primera infancia es estructurar los servicios de atención directa a la primera infancia de*

acuerdo con los avances científicos. Los estándares para los centros de guarda incluyen crecientes exigencias en materia de profesionales especializados en cuidado y desarrollo infantil. Sus prácticas son estrechamente vigiladas por el Estado y la comunidad, paralelamente a la vigilancia personalizada del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas. La educación inicial es considerada en todos los países un servicio público prioritario que debe ser orientado por la respectiva autoridad educativa, la cual a su vez propone estándares de operación y rutas de aprendizaje basadas en saberes científicos con perspectiva de multidisciplinariedad. Las pruebas de desarrollo son crecientemente utilizadas. Los programas de protección habilitante (para niños y niñas que tienen condiciones especiales de desarrollo o tienen restricciones de ingreso o localización) y los programas de protección de emergencia (para niños y niñas sometidos a violencia o explotación) son abordados por profesionales especializados que cumplen requisitos de alto nivel.

3. En las políticas públicas observadas hay tendencias evidentes de alineamiento con el enfoque de derechos humanos

- *La opción por la universalidad es clara.* 9 de los 10 países examinados han determinado que los servicios que materializan los derechos de la primera infancia son universales. La universalidad es el eje de las licencias y permisos asociados a la maternidad y la paternidad, de los apoyos monetarios mediante transferencias y reembolsos, de los programas de educación en crianza para los padres y madres, de las estrategias de apoyo comunitario y de todos los programas de protección social directa. La focalización se entiende como una extensión de las garantías universales para los casos que requieren respaldo complementario y su objetivo es habilitar o restituir para lograr el acceso en condiciones equitativas a dichas las garantías universales. La universalidad es consustancial e inexcusable en el enfoque de derechos humanos. Es una opción por la equidad básica, por la no discriminación ni exclusión, y sobre todo por la integración social: acceso sin distinción a ciertos servicios que hacen iguales a las personas y estimulan la interacción y las sinergias sociales. Al crear condiciones básicas de igualdad de garantías, la universalidad es consonante con el descubrimiento científico

que muestra que nacemos con similares oportunidades pero las diferencias sociales crean desigualdades que podrían evitarse.

- ***Se ha consagrado la exigibilidad.*** En dichos países, las garantías para la primera infancia son exigibles. Están taxativamente definidas en el marco normativo. Tanto los servicios universales como las extensiones focalizadas operan con mecanismos automáticos de asignación que los protegen de la discrecionalidad de los funcionarios y la manipulación de los agentes políticos. Las normas son tajantes es cuanto a las responsabilidades justiciables de los funcionarios públicos encargados de las garantías.
- ***Hay grandes esfuerzos por lograr la integración de servicios para atender a indivisibilidad e interdependencia de los derechos.*** En los países analizados hay esfuerzos sistemáticos por lograr la integralidad y simultaneidad de las garantías como es propio de la indivisibilidad e interdependencia de los derechos. Este argumento suele ser clave justificatoria de tener una entidad rectora con funciones de coordinación intersectorial. Los ensayos no han sido siempre exitosos y la búsqueda estructuras que faciliten la integración continua como una de las preocupaciones más explícitas.
- ***Las garantías a los derechos de la primera infancia son ciertas y exigibles gracias a la política fiscal.*** Una característica generalizada en los países analizados es que el financiamiento de las políticas para la primera infancia está claramente definido en cuanto a fuentes y destinación, lo cual permite que las garantías a los derechos ser ciertas, explícitas y unívocas. 8 de los 10 países analizados tienen tasas de recaudo fiscal que les han permitido dar soporte presupuestal cierto a las garantías universales para la primera infancia (en uno de los dos países que tienen menor tasa de recaudo –Canadá– las garantías son inciertas, varían por provincia y no garantizan equidad; en el otro –Chile– son ciertas pero no universales).

- *Cada vez es más amplia la libertad de elección.* Para los servicios no obligatorios (como guardería o educación inicial para los niños y niñas más pequeños) la oferta es de libre acceso para todos los estratos de ingreso. En este caso y también cuando son obligatorios (como atención en salud y los niveles superiores de educación inicial) es cada vez más frecuente la libre elección por parte de las familias, como mecanismo para estimular la competencia en función del mejoramiento de la calidad y de la adaptación a condiciones particulares.

4. También hay tendencias de adecuación de los modelos organizacionales hacia la garantía de derechos y orientación en función del conocimiento científico disponible

Si bien para el desarrollo de las políticas de primera infancia se observaron casi tantos modelos organizacionales como países seleccionados, hay entre ellos seis tendencias comunes enrutan el sistema de atención hacia la garantía de derechos. Son las siguientes:

- **Dirección.** A la cabeza del sistema hay una entidad gubernamental del nivel nacional que tiene la función de proponer las políticas y normas a las correspondientes instancias de decisión y una vez aprobadas por éstas, define el modelo de atención y establece las pautas operativas, establece los estándares de calidad y los criterios de acreditación, promueve la coordinación intersectorial e interterritorial y monitorea los avances. Es una instancia de definición y viabilización de garantías pero no de ejecución. La ejecución es responsabilidad de organismos sectoriales y entes territoriales. Usualmente la ejecución es sectorial en educación y en salud, y es territorial en los demás ámbitos. El organismo de dirección es una entidad, no un comité de coordinación, lo cual potencia su responsabilidad para fijar metas y rendir cuentas.
- **Relaciones intersectoriales (indivisibilidad).** Paralelamente con la entidad gubernamental responsable de las funciones de dirección, en todos los países

existen instancias colegiadas de coordinación intersectorial, en algunos casos en el nivel nacional y siempre en el territorial. Los grupos de coordinación intersectorial del nivel territorial usualmente son promovidos y están bajo la dirección de los gobiernos municipales, que tienen la responsabilidad de responder por las políticas de primera infancia.

- **Relaciones interterritoriales.** Se observa una opción mayoritaria por la territorialización. En 9 de los 10 países (la excepción es Chile) la ejecución es responsabilidad del nivel intermedio (departamento o provincia en 2 casos) o del nivel local (7 casos). Los niveles de autonomía varían según la estructura específica de distribución territorial de poder (descentralización o desconcentración).
- **Aseguramiento de calidad.** En 8 de los 10 países, el nivel nacional define los estándares de calidad de los servicios a la primera infancia. Los prestadores pueden ser oficiales, privados o comunitarios y en todos los casos deben someterse a un sistema de acreditación y vigilancia del cumplimiento de tales estándares, tanto en procesos como en resultados.
- **Monitoreo.** El monitoreo vigila el ejercicio de los derechos y por eso se centra en las personas. Por eso hay monitoreo: personalizado de acceso, personalizado de logros de desarrollo y agregado. El monitoreo personalizado de acceso se ocupa de vigilar el acceso efectivo de cada niño o niña a los servicios a los que tiene derecho. El monitoreo de logros permite reforzar las garantías en casos necesarios. El monitoreo estadístico general sobre la situación de la primera infancia tiene como objetivo rendir cuentas y optimizar los servicios.
- **Financiamiento.** En todos los países el financiamiento es predominantemente nacional y las transferencias se inspiran en políticas de equidad interterritorial. Cuando la descentralización es al nivel intermedio, los recursos son asignados a los estados o provincias con base en los resultados obtenidos. Cuando es al

nivel local, la transferencia tiene principalmente en cuenta el cumplimiento de estándares de calidad en la prestación de los servicios. La disponibilidad de recursos para los servicios básicos destinados a la primera infancia está asegurada por normas de largo plazo. Existen además estímulos a las entidades territoriales, a las comunidades y al sector privado para que movilicen recursos adicionales que tienen el propósito de elevar el nivel de las garantías por encima del básico, estimulando la progresividad. Hay financiamiento de la oferta (especialmente a los servicios de salud y educación inicial), pero cada vez son más generalizados los subsidios a la demanda y los reembolsos a pagos realizados por las familias, para dar soporte a la libre elección y el mejoramiento de la calidad con base en la competencia.

Bibliografía

Trabajos citados

- Alderman, H. and E. King. (2006). *Invertir en el Desarrollo de la Primera Infancia*. Washington: World Bank Research Briefs.
- Armecein, G, J. R. Behrman, S. Ghuman, S. Gultiano, E. M. King and N. Lee. (2006). *Early Childhood Development through an Integrated Program: Evidence from the Philippines*. Washington: Policy Research Working Paper, World Bank.
- Attanasio, O. et al. (2012). *Estimulación infantil, nutrición y desarrollo infantil. Evaluación de los impactos de una intervención de visitas domiciliarias a niños y niñas beneficiarios de Familias en Acción en municipios semi-rurales*. Bogotá: Presentación pública de resultados. Hotel J.W.Marriot.
- Baltazar, E. (2008). Modelos de evaluación de políticas y programas sociales en Colombia. *Papel Político*, 449-471.
- Banco Mundial. (2005). *Informe sobre el desarrollo mundial 2006 - Equidad y Desarrollo*. Washington: Banco Mundial.
- Banco Mundial. (2011). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2011 - Igualdad de Género y Desarrollo*. Washington: Banco Mundial.
- Becker, G. (1964). *Human Capita: a theoretical and empirical analysis*. New York: Columbia Press University.
- Behrman, J. R. (2004). Evaluating Preschool Programs when Length of Exposure to the Program Varies: A Nonparametric Approach. *Review of Economics and Statistics Vol 86 #1*, 108-132.
- Berger, P y Th. Luckmann. (1986). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu, 2001.
- Biology Reference. (2012). Obtenido de Foto de Sebastian Kaulitzki: <http://www.biologyreference.com/Mo-Nu/Neuron.html>
- Bobrow, D. y J. Drysek. (1987). *Policy Analysis by design*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

- Bobrow, DB y J.S. Dryzek. (1987). *Policy Analysis by Design*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Bouchard, C. (1999). The Community as a Participative Learning Environment. En D. y. BouchardKeating, *Health and the Wealth of Nations: Social, biological and educational dynamycs*. New York: Guilford Press.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment*. New York: Basic Books.
- Brazelton T., B. K. (1974). The origins of reciprocity: the early mother.infant interaction. En M. a. Leys, *The effect of the infant on its caregiver*. New York: Wiley.
- Brazelton, T. (1987). *El saber del bebé*. Madrid: Paidos Iberica, 2001.
- Campos, A. (2010). Neuroeducación: Uniendo las neurociencias y la educación en la búsqueda del desarrollo humano. *La Educac@ción - Revista Digital #143*, 1-14.
- CIDN. (1989). *Convención Internacional de los Derechos del Niño*.
- Clausen, J. (. (1968). *Socialization and society*. Boston: Little Brown.
- Cornia, A., R. Jolly y F. Stewart. (1987). *Ajuste con Rostro Humano – Protección de los Grupos Vulnerables y Promoción del Crecimiento*. Madrid: Siglo XXI.
- Creces Ciencia y Tecnología. (2012). Obtenido de
<http://www.creeses.cl/new/index.asp?tc=1&nc=5&imat=&art=184&pr=>
- Cunha, F, J. Heckman, L. Lochmer y D. Masterov. (2005). *Interpreting the evidence on life cycle skill formation*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Cunha, F. and J. Heckman. (2007). The evolution of inequality, heterogeneity and uncertainty in labor earning in the U.S. Economy. *IZA Discussion Paper #3115*.
- Cunha, F. y J. Heckman. (2007). The technology of skill formation. *American Economic Review #97*, 31-47.
- Currie, J. (2001). Early childhood education programs. *Journal of Economic Perspectives #15*, 213 ss.
- Descartes, R. (1642). *Meditaciones metafísicas*. Madrid: Alfaguara, edición de 1987.
- DUDH. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*.

- Freud, S. (1905). *Tres ensayos para una teoría sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva, primera edición, 1967.
- Freud, S. (1909). Análisis de la fobia de un niño de 5 años. En S. Freud, *Obras completas, Tomo II*. Madrid: Editorial Nueva, Primera Edición, 1967.
- Gergen, K. (1997). *El yo saturado - Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Paidós Ibérica. España. 3a edición.
- Gilligan, C. (1994). *La moral y la teoría - Psicología del desarrollo femenino*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Glewwe, P. and E. King. (2001). The impact of Early Childhood Nutritional Status on Cognitive Development: Does the Timing of Malnutrition Matter? *World Bank Economic Review*, #15-1, 81-113.
- Grantham-McGregor, S.M., Powel C. A., Walker S. P. and J. H. Himes. (1991). Nutritional Supplementation, Psychosocial Stimulation, and Mental-Development of Stunted Children - The Jamaican Study. *Lancet* 338 (8758), 1-5.
- Gray, p. (2008). *Social play and the genesis of democracy*. Obtenido de www.psychologytoday.com/blog/freedom-learn/200903/social-play-and-the-genesis-democracy
- Grunewald R. and A. Rolnick. (2006). *A Proposal for Achieving High Returns on Early Childhood Development*. Federal Reserve Bank of Minneapolis.
- Grunewald, R. and A. Rolnick. (2003). Early Childhood Development: economic development whit a high public return. *The Region 17, No. 4 Supplement*.
- Guba, E y Y. Lincoln. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage Publications.
- Gutton, P. (1982). *El juego de los niños*. Barcelona: Hogar del Libro.
- Hart, B. y Risley, T. (1995). *Meaningful Differences in the Everyday Experience of Young American Children*. Brookes Publishing.
- Heckman, J. (2006). Skill formation and the economics of intesting in disavantaged children. *Science* #312, 1900-1902.
- Heckman, J. (2007). The Economics, Technology and Neuroscience of Human Capability Formation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, Aug. 2007, 13250–13255.

- Heckman, J. (2008). Schools, Skills, and Synapses. *US National Library of Medicine - National Institute of Health* ,
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2812935/>.
- Heckman, J. and P. Carneiro. (2003). Human Capital Policy. . . *National Bureau of Economic Research*, Working Paper 9495.
- Heckman, J. and D. Masterov. (2004). The productivity argument for investing in young children. *Invest in Kids Working Group.*, Working Paper #5.
- Hensen, A. (1995). IQ and science: The mysterious Burt affair. En N. (. Mackintosh, *Cyril Burt: fraud or framed?* . Oxford & New York:: Oxford University Press.
- Howe, C. (2010). *Peer groups and children's development*. Oxford: Blackwell.
- Krasovec, K and M.A. Anderson editors. (1991). *Maternal Nutrition and pregnancy outcomes*. Washington: PanAmerican Health Organization. Scientific Publication #529.
- La Neuropatía - blogspot. (2012). Obtenido de
<http://laneuropatia.blogspot.com/p/la-mielina-y-las-conexiones-neuronales.html>
- Landers, C. (1991). A theoretical basis for investing in early child development. *Consultative Group on Early Childhood Care and Development*.
- LeDoux, J. (2002). *Synaptic Self. How our brains become who we are*. Albany: Viking Press.
- Llinás, R. (1988). The Intrinsic Electrophysiological Properties of Mammalian Neurons: Insights into Central Nervous System Function. *Science* 242, 1654-1664.
- Lorenzer, A. (1976). *Bases para una teoría de la socialización*. Amorrortu. Biblioteca de Psicología.
- Martorell, R. (1999). The Nature of Child Malnutrition and its Long-Term Implications. *Food and Nutrition Bulletin* #20, pags 288-292.
- Maturana H. y F. Varela. (1997). *De Máquinas y Seres Vivos. Autopoiesis de la organización de lo vivo*. Santiago: Editorial Univrsitaria.
- Maturana, H y F. Varela. (1990). *El árbol del conocimiento. Las bases biológicas del conocimiento humano*. Madrid: Editorial Debate.

McEwen, B. y. (2002). *The end of stress as we know it*. New York: Dana Press (2004 Edition).

Mincer, J. (1958). Investment in Human Capital and the personal distribution of income. *Jorunal of Political Economy* #66 (4), 281-303.

Minujin, A. e. (1992). *Cuesta abajo: Los nuevos pobres, efectos de la crisis en la sociedad argentina*. Buenos Aires: UNICEF/Losada.

Montessori, M. (1949). *The abservent mind*. The Theosophical Publishing House - Available online by Osmania University.

Mustard, J. (2002). Early child development and the brain - the base for health, learning and behavior throughout life. En M. e. Young, *From early child development to human development*. Washington: World Bank.

Mustard, J. (2003). *¿Qué es el desarrollo infantil? Presentación ante el foro "Primera Infancia y Desarrollo. El desafío de la Década"*. Bogotá: Organizado por ICBF, DABS, Save the Children, UNICEF Y CINDE.

Mustard, J. (2006). Desarrollo de la primera infancia y del cerebro basado en la experiencia - Bases científicas de la importancia del desarrollo de la primera infancia en un mundo goblalizado. *Simpósio Internacional sobre desarrollo de la primera infancia - Una prioridad para el crecimiento económico sostenido y equitativo - Banco Mundial*, Traducción de la OEA, Editora G. Fujimoto.

Neuroanatomía-UFRO. (2012). Obtenido de
http://www.med.ufro.cl/Recursos/neuroanatomia/archivos/3_neurohistologia_archivos/Page324.htm

Ostrosky, F. (2011). *Mentes asesinas. La Violencia en tu cerebro*. Mexico, D.F.: Quo. 2a. Edición aumentada con "Ponchis", el niño sicario.

Parsons, W. (2007). *Políticas públicas - Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. Mexico: Flacso, sede académica de México.

Perry Preschool Program. (s.f.). Obtenido de www.highscope.org

Piaget, J. (1950). *Introducción a la epistemología genética*. México: Piados, edición de 1991.

Polanyi, K. (1944). *La gran transformación*. Mexico: Fondo de Cutura Económica, 2004.

- Population Reference Bureau. (2009). *World Population Datasheet for 2009*. Washington: PRB.
- Pugh, K. (1995). *Investigaciones basadas en neuroimagen sobre el desarrollo temprano del lenguaje y acciones correctivas*. Presentación en el 5o. Congreso Mundial de Educación Infantil, Medellín.
- Pugh, K.R. and P. McCardle. (2009). Conclusion: Integration of Methodologies in Cognitive Neuroscience-Research, Planning and Policy. En K. a. Pugh, *How Children Learn To Read: Current Issues and New Directions In The Integration of Cognition, Neurobiology and Genetics of Reading and Dyslexia Research and Practice* (págs. 301-311). Psychology Press.
- Rawls, J. (1975). *Teoría de la Justicia*. Mexico: Fondo de Cultura Económica, 2006.
- Rawls, J. (2002). *La justicia como equidad - Una reformulación*. Barcelona,Buenos Aires, México: Paidós.
- Rolnik, A. (2004). A conversation with Art Rolnick. *The evaluation Exchange, Harvard Graduate School of Education, Volume X, Summer*.
- Roth, A. (2009a). *Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación*. Bogotá: Aurora, 6a edición.
- Roth, A. (2009b). La evaluación de políticas públicas en Colombia: una mirada crítica a partir de las prácticas evaluativas oficiales de los programas de la 'Red de Apoyo Social'. *Revista del CLAD Reforma y Democracia No. 45*, 24-39.
- Schultz, T. (1961). Investment in Human Capital. *American Economic Review* #51, 1-17.
- Schweinhart, L. (2004). *The High/Scope Perry Preschool Study Through Age 40: Summary Conclusions and Frequently Asked Questions*. The High/Scope Educational Research Foundation.
- Science Direct. (2012). De
www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0896627307007775
- Shanker, S. (2010). Self-Regulation: Calm, Alert and Learning. *Education Canada* #50.

- Shanker, S. y P. Reygadas. (2002). La red de la racionalidad: emoción y lenguaje. *Cuicuilco*, #24.
- Sheets-Johnstone, M. (1999). *The primacy of movement*. Amsterdam, Filadelphia: Johs Benjamins Publications.
- Shonkoff J.P. and D. A. Phillips, e. (2002). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington D.C.: Committee on Integrating the Science of Early Childhod Development. National Academy Press.
- Thompson, E. (2007). *Mind in Life*. Cambridge, MA: HUP Press.
- UNICEF. (2011). *Estado Mundial de la Infancia*. New York: INICEF.
- Vallès, J. (1879). *The Child*. New York: New York Review Books, Pinted in 2005.
- Van der Gaag, J. (2001). From child development to human development. En M. (. Young, *From Early Child Development to Human Development*. Washington: The Wold Bank.
- Varela, F. (2003). *Autopiesis y una biología de la intencionalidad*. Traducción comentada de Xabier Barandiaran:
<http://www.sindominio.net/~xabier/textos/traducion/varela.pdf>.
- Vargas J.E. y C.H. Vergara. (2007). *Marco para las políticas y lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y adolescencia en el municipio -Guía para los alcaldes-*. Bogotá: DNP, MPS, MEN, ICBF, UNICEF, UNFPA.
- Vargas, J. (2005). *La perspectiva de los Derechos Humanos y su relación con los programas de combate a la pobreza*. New York: Unicef.
- Vargas, J.E. (2007). *Los programas de combate a la pobreza desde la perspectiva de los derechos humanos. Estudio de cuatro casos en América Latina*. Panamá: Unicef.
- Vargas, J.E. (2011). *Primero la Primera Infancia*. Bogotá: ICBF.
- Vigotsky, L. (1939). *Pensamiento y lenguaje - Teoría del desarrollo cultural de las funciones psíquicas*. Argentina: Ediciones Fausto, 1995.
- Wenner, M. (2009). The serius need for play. *Scientific American Mind Magazine*, February.
- White, G. (1977). *Socialisation*. London: Longman.

- Wiggin, K. (1892). *Children Rights*. Project Gutemberg eBooks:
<http://www.gutenberg.org/cache/epub/10335/pg10335.html>.
- Wikisaber. (2012). Obtenido de
<http://www.wikisaber.es/comunidadwiki/blogs/blogpost.aspx?id=7945&blogid=17807>
- Zuluaga, J. (2009). *Neurociencias y educación*. Cali: Foro Mundial de Grupos de Trabajo por la Primera Infancia, Sociedad Civil-Estado. .

Fuentes de los estudios nacionales

a. Australia

- Dowling, A. y O’Malley, K. (2009): “Preschool Education in Australia”.
- OECD (2006): “Starting Strong II Early Childhood Education and Care”.
- OECD (2001): “Country Note. Early Childhood Education and Care Policy in Australia).
- Australian Government:
<http://www.mychild.gov.au/>
- Australian Institute of Family Studies:
<http://www.aifs.gov.au/nch/pubs/sheets/rs3/rs3.html>
- Australia´s online childcare directorate:
<http://www.childcare.net.au/>
- Care for Kids, Australia´s online childcare resource:
<http://www.careforkids.com.au/>
- Department of Education, Employment and Workplace Relations:
<http://www.deewr.gov.au/Earlychildhood/Pages/default.aspx>
<http://www.deewr.gov.au/Indigenous/EarlyChildhood/Pages/default.aspx>
- Department of Families Housing, Community Services and Indigenous Affairs:
<http://www.fahcsia.gov.au/Pages/default.aspx>

- Department of Health and Ageing:
<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/child-and-youth-health-1>
<http://immunise.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/nips2#footnoteb>
- Early Childhood Connections:
<http://www.rch.org.au/ecconnections/directory/index.cfm?fuseaction=links.directory&catmainID=7&catsubID=0>
- Education and Training:
http://www.det.act.gov.au/school_education/directory_of_schools/preschools_act_government
- Medicare Australia:
<http://www.medicareaustralia.gov.au/public/services/family-assist/index.jsp>
- My Time supporting children with disabilities:
<http://www.mytime.net.au/>
- OECD Australia:
<http://www.oecd.org/dataoecd/48/34/2673543.pdf>
- Playgroup Australia:
<http://www.playgroupaustralia.com.au/index.cfm?objectid=944CDC9D-E7F2-2F96-3A3AD7270350FF7D>
- Preschools in Australia:
<http://preschools.indiaedu.com/australia-preschools/>

b. Canada

- Child Care Advocacy Association of Canada (2007): “Making the Connections Using Public Reporting to Track the Progress on Child Care Services in Canada”.

- De los Santos, S. Garrido, C., Chávez, M. d J. (2004): “Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá”.
- Government of Canada Reports (2006): “Early Childhood Development Activities and Expenditures and Early Learning and Child Care Activities and Expenditures”.
- OECD (2006): “Starting Strong II Early Childhood Education and Care”.
- OECD (2003): “Country Note. Early Childhood Education and Care Policy Canada”.
- University of Toronto (2002): “Early Childhood Education and in Care”.
- Canadian Child Welfare Research Program:
<http://www.cecw-cepb.ca/intervention-prevention/other>
- Canadian Partnership for Children’s Health and the Environment:
<http://www.healthyenvironmentforkids.ca/content/cpche-activities>
- Canada Revenue Agency:
<http://www.cra-arc.gc.ca/bnfts/menu-eng.html>
- Child and Youth Friendly Ottawa:
<http://www.cayfo.ca/english/unpartnership.php>
- Department of Justice:
<http://www.justice.gc.ca/eng/pi/fv-vf/facts-info/child-enf.html#preventing>
- Public Health Agency of Canada:
<http://www.phac-aspc.gc.ca/ch-se-eng.php>
- Service Canada:
<http://www.servicecanada.gc.ca/eng/goc/cctb.shtml>
- Society for Children and Youth of BC:
<http://www.scyofbc.org/home>

c. Chile

- Arrau Corominas, F. (2002): “Conceptualización del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), Eje de la actual Reforma a la Salud”.

- EFA (2007): “Strong Foundation. Early Childhood Care and Education”.
- RISE (2009): “Going to Scale: Early Childhood Development in Latin America”.
- Strain, H. (2004): “Mujer que trabaja: Maternidad y lactancia. Garantías del código del trabajo”.
- Vegas, E. y Santibañez, L. (2010): “The Promise of Early Childhood Development in Latin America and the Caribbean”.
- Chile Clic:
<http://www.chileclic.gob.cl/1542/article-46754.html>
- Junta Nacional de Jardines Infantiles:
<http://www.junji.cl/>
- Ministerio de Planificación:
<http://www.proteccionsocialbiobio.cl/index.php/programas-serplac-region-del-bio-biofert/fondo-desarrollo-infantil-chile-crece-contigo.html>
<http://www.redprotege.gov.cl/frmListadoProgramas.aspx?IDseccion=257&idSeccionPadre=169&idfaq=169>

d. Cuba

- (2006): “Informe de Cuba sobre el cubrimiento del plan de acción a favor de la infancia y la adolescencia”.
- De los Santos, S., Garrido, C., Chávez, M. d J. (2004): “Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá”.
- Organización e información estadística del nivel inicial (2001): “Cuba”.
- Vegas, E. Santibañez, L. (2010): “The Promise of Early Childhood Development in Latin America and the Caribbean”.
- Centro de información para la prensa:
<http://revolucioncubana.cip.cu/logros/modelo-social-socialista/salud/programa-de-inmunizacion-en-cuba>

- Código de la Niñez y la Juventud (1978):

<http://www.asanac.gov.cu/espanol/leyes/Ley%20N%BA%2016%20C%F3digo%20NI%F1ez%20y%20Juventud.html>
- Infomed:

http://www.sld.cu/sistema_de_salud/estrategias.html
- Nutrinet:

<http://cuba.nutrinet.org/servicios/noticias-articulos/articulos-recomendados/423-programa-nacional-materno-infantil>
- Portal educativo cubano:

http://www.cubaeduca.rimed.cu/index.php?option=com_content&view=article&id=85&Itemid=2
- Red Maestra:

<http://www.redmaestriasinfancia.org/>

<http://foros.uexternado.edu.co/portal/html/modules.php?name=News&file=article&sid=87>

e. Dinamarca

- Banco Mundial (2006): “Evidencia Internacional sobre Políticas de la primera Infancia que estimulen el Desarrollo Infantil y Faciliten la Inserción Laboral Femenina”.
- OECD (2006): “Starting Strong II Early Childhood Education and Care”.
- OECD (2001): “Starting Strong Early Childhood Education and Care”.
- Ray. R. Gornick. J. C., Schmitt, J. (2009): “Parental Leave Policies in 21 Countries Assessing Generosity and Gender Equality”.
- Wendt, K. (1999): “Health Services for Children in Denmark, Germany, Austria and Great Britain”.
- Danish School of Education:

<http://www.dpu.dk/site.aspx?p=11220#Den>
- Ministry of Education:

<http://www.eng.uvm.dk/Uddannelse/Pre-Primary%20Education.aspx>

- Ministry of Social Affairs:
<http://english.ism.dk/social-issues/children-and-youth/daycarefacilities/Sider/Start.aspx>
<http://english.ism.dk/social-issues/children-and-youth/Sider/Start.aspx>

f. Francia

- HEYRIES, M. F. (2009): “Présentation de la future Direction Générale de la Cohésion Sociale”.
- La France à la Loupe (2007): “Early Childhood Policy in France - Ministère des Affaires Étrangères”.
- OECD (2006): “Starting Strong II: Early Childhood Education and Care - Country Profile: France”.
- Ministère de l'Ecologie, de l'Energie, du Développement durable et de la Mer, en charge des Technologies vertes et des Négociations sur le climat; Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville (2010): “Dossier Presentation relatif à la création de la Direction générale de la cohésion sociale”.
- Ministère de la santé et des solidarités (2008): “Deuxième Programme national nutrition santé 2006-2010”.
- Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique (2007): “Accueil de la Petite Enfance: Guide Pratique”.
- Centre d'Analyse Stratégique:
<http://www.strategie.gouv.fr>
- Décret n° 2010-95 du (2010):
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021741166&dateTexte=&categorieLien=id>
- Défenseur des enfants:
<http://www.defenseurdesenfants.fr/deExplain.php>
- **Loi n°2007-293 du (2007):**

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000823100&dateTexte;>

- Le Régime Francais de Sécurité Sociale:
http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france3.html

- Ministère de la Santé et des Sports:
<http://www.sante-sports.gouv.fr/>

- Ministère de l'Éducation Nationale:
<http://www.education.gouv.fr/pid7/le-ministere.html>

- Observatoire de l'enfance:
<http://www.observatoiredelenfance.org/>

- Protection Maternelle e Infantile:
<http://vosdroits.service-public.fr/F17431.xhtml>

g. Inglaterra

- Early Years:
http://www.direct.gov.uk/en/Parents/Preschooldevelopmentandlearning/NurseriesPlaygroupsReceptionClasses/DG_171007
 - Halfon, N. Russ, S. Oberklaid, F. Bertrand, J., Eisenstadt, N. (2009): “An internal comparison of early childhood initiatives: From services to systems”.
 - Ncb:
<http://www.earlychildhood.org.uk/>
 - Netmus:
http://www.netmums.com/places/Preschool_Classes.363/
 - NHS:
<http://www.nhscareers.nhs.uk/details/Default.aspx?Id=807>
 - NSPCC:

http://www.nspcc.org.uk/what-we-do/about-the-nspcc/how-nspcc-is-organised/constitution/constitution_wda72246.html

- OECD (2006): “Starting Strong II Early Childhood Education and Care”.
- Online help from citizens advice:

http://www.adviceguide.org.uk/index/your_money/benefits/benefits_for_families_and_children.htm

- Teachernet:

<http://www.teachernet.gov.uk/wholeschool/disability/ddaeys/>

h. Holanda

- Broekhof,K. (2006): “Preschool education in the Netherlands”.
- Graaff, F. Van Keulen, A. (2008): “Making the road as we go”.
- OECD (2006): “Starting Strong II Early Childhood Education and Care”.

- Access:

http://www.access-nl.org/our_services/pdf/booklets/childcare_and_playgroups.pdf

- Boink:

http://www.boink.info/handige_links

- Childcare Resource and Research Unit:

http://action.web.ca/home/crru/rsrcts_crru_full.shtml?x=127525&AA_EX_Session=4acc57e5bf621f52e2b0497d5f27f2c6

- Expatica:

http://www.expatica.com/nl/education/pre_school/A-short-guide-to-childcare-in-Holland_12870.html

- Home Start:

<http://www.home-start.nl/?ac=Contact-2-1>

- Ministry of Social Affairs and Employment:

http://english.szw.nl/index.cfm?menu_item_id=14640&hoofdmenu_item_id=14632&rubriek_item=392437&rubriek_id=391971&set_id=3591

- Netherland Yeugd Instituut:

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.youthpolicy.nl/eCache/DEF/1/05/814.html>

- SVB:

<http://www.svb.nl/int/en/index.jsp>

i. ***Irlanda del Norte***

• Connolly, P. (2009); “Developing programmes to promote ethnic diversity in early childhood: Lessons from Northern Ireland”.

• Health Promotion Agency: “Guidance for feeding under fives in the childcare setting Nutrition Matters for Early Years”.

• Northern Ireland Audit Office (2009): “The Pre-school Education Expansion Program”.

• OECD (2006): “Starting Strong II Early Childhood Education and Care”.

• Department of Education:

<http://www.deni.gov.uk/index/pre-school-education-pg/16-preschoolreview.htm>

• Early Years:

http://www.early-years.org/parents/childcare_search.php

• Health Social Services and Public Safety:

http://www.dhsspsni.gov.uk/index/hss/child_care.htm

• HM Revenue & Customs:

<http://www.hmrc.gov.uk/childbenefit/index.htm>

• NICCY:

<http://www.niccy.org/>

• NSPCC:

http://www.nspcc.org.uk/what-we-do/about-the-nspcc/how-nspcc-is-organised/constitution/constitution_wda72246.html

- Online help from citizens advice:

http://www.adviceguide.org.uk/index/your_money/benefits/benefits_for_families_and_children.htm

j. Suecia

• Banco Mundial (2006): “Evidencia Internacional sobre Políticas de la primera Infancia que estimulen el Desarrollo Infantil y Faciliten la Inserción Laboral Femenina”.

- OECD (2006): “Starting Strong II Early Childhood Education and Care”.

- OECD (2001): “Starting Strong: Early Childhood Education and Care”.

• Regeringskansliet (2009): “The Swedish Government’s gender equality policy”.

- Regeringskansliet (2009): “More Time for Young Children”.

• UNESCO (2007): “Strong Foundations: Early Childhood Care and Education”

- Child Care Act (2006):

http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2006/pdf/ukpga_20060021_en.pdf;

- Childcare Resource and Research Unit:

<http://www.childcarecanada.org/res/issues/sweden.html>

- Education Act (1985):

<http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/02/15/38/1532b277.pdf>;

- Regeringskansliet:

<http://www.sweden.gov.se/sb/d/574/a/91062>

- Skolverket:

<http://www.skolverket.se/>

- Sweden.se:
<http://www.sweden.se/eng/Home/Work/The-Swedish-system/The-Swedish-education-system/preschool-class/>

Anexo 1: Proceso de selección de la muestra de países

Punto de partida

El sentido de la muestra es identificar las tendencias más relevantes de las políticas públicas de primera infancia para examinar su pertinencia científica y su consistencia con el enfoque de derechos humanos. Pero ¿cuáles deben ser los países de referencia? Podrían ser los que tengan las políticas más destacadas, pero no existen análisis comparados de políticas de primera infancia¹³. Pueden ser entonces los que tengan mejores resultados, aunque ello tiene limitaciones, como se plantea en la discusión sobre el enfoque de este trabajo. Ante esta opción, la información mundial relativa a la situación de la primera infancia por países es mínima. Los únicos datos de resultados estandarizados disponibles en primera infancia aluden a mortalidad (neonatal, de menores de 1 año y de menores de 5 años) y a inmunizaciones¹⁴. Aún para otros indicadores usuales de primera infancia como bajo peso al nacer, controles de gestación, atención del parto por personal especializado o nutrición antes de los 6 años, no existe información que cubra a todos los países de todos los niveles de desarrollo. Por tanto, el índice de países del Estado Mundial de la Infancia de UNICEF se basa en la mortalidad de menores de 5 años, considerado el mejor indicador disponible actualmente para medir el bienestar de los niños y niñas.

¹³ Existen diversos trabajos descriptivos de políticas nacionales o locales de primera infancia que son consideradas ejemplares por sus autores por diversas razones que tienden a ser subjetivas (novedad, profundidad de los cambios en la gestión, resultados favorables en algunos indicadores seleccionados). Existen también trabajos que comparan entre países algunos indicadores de cobertura de servicios sectoriales ligados a la primera infancia y eventualmente sus impactos, pero suelen referirse a grupos reducidos de países.

¹⁴ Los indicadores mundiales de mortalidad en menores de 5 años nacidos vivos están disponibles desde 1970 y permiten conocer las tasas de reducción de dicha mortalidad. Los indicadores de vacunación incluyen tasas de cobertura en menores de un año de DPT1 (anti difteria, tosferina y tétano, primera dosis), DPT3 (anti difteria, tosferina y tétano, tercera dosis), Polio, Sarampión, HepB3 (hepatitis B en 3 dosis) y Hib3 (anti hemophilus influenzae, asociada a meningitis, neumonía, sepsis y epiglotitis, entre otras enfermedades, 3 dosis).

Dado ese contexto, la muestra para este trabajo tuvo como referente el ranking del Estado Mundial de Infancia de 2011 (UNICEF, 2011). Ver tabla No A1.1 con los primeros 50 países. El análisis de dicho índice mostró que no era conveniente escoger directamente los países que figuran en los primeros lugares por dos razones principales: algunos de ellos tienen poblaciones mínimas de modo que sus políticas son exclusivamente locales (como Liechtenstein y San Marino que figuran en la primera posición) y otros tienen políticas de primera infancia muy similares entre sí, lo cual afecta la diversidad de tendencias esperada de la muestra (como Finlandia, Noruega y Suecia, que están en la segunda posición).

Con el propósito de hacer una muestra de 10 países rica en diversidad, se tomaron como base los que están en las primeras 5 posiciones, que son en total 40, y se decidió aplicar filtros para identificar características que maximicen la relevancia del análisis. Esos filtros fueron: cobertura poblacional y complejidad de la política de primera infancia, diversidad de regiones y modelos, y disponibilidad y acceso a la información.

Tabla No. A1.1

50 primeros países en el Ranking del Estado Mundial de la Infancia 2011

| País | Puesto | Tasa de Mortalidad | | Tasas de Vacunación | | | | | |
|---------------|----------|------------------------|----|---------------------|------|--------|-----------|-------|------|
| | | <5 (variable clave) | <1 | DPT1 | DPT3 | Polio3 | Sarampión | HepB3 | Hib3 |
| Liechtenstein | 1 | 2 | 2 | — | — | — | — | — | — |
| San Marino | 1 | 2 | 1 | 95 | 92 | 92 | 92 | 92 | 92 |
| Eslovenia | 2 | 3 | 2 | 98 | 96 | 96 | 95 | — | 95 |
| Finlandia | 2 | 3 | 3 | 99 | 99 | 99 | 98 | — | 98 |
| Grecia | 2 | 3 | 3 | 98 | 99 | 99 | 99 | 95 | 83 |
| Islandia | 2 | 3 | 2 | 99 | 96 | 96 | 92 | — | 97 |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|----------|---|---|----|----|----|----|----|----|
| Japón | 2 | 3 | 2 | 98 | 98 | 99 | 94 | - | - |
| Luxemburgo | 2 | 3 | 2 | 98 | 99 | 99 | 96 | 95 | 99 |
| Noruega | 2 | 3 | 3 | 99 | 92 | 92 | 92 | - | 94 |
| Singapur | 2 | 3 | 2 | 98 | 97 | 97 | 95 | 97 | - |
| Suecia | 2 | 3 | 2 | 98 | 98 | 98 | 97 | - | 98 |
| Alemania | 3 | 4 | 4 | 97 | 93 | 96 | 96 | 90 | 94 |
| Andorra | 3 | 4 | 3 | 98 | 99 | 99 | 98 | 96 | 97 |
| Austria | 3 | 4 | 3 | 97 | 83 | 83 | 83 | 83 | 83 |
| Chipre | 3 | 4 | 3 | 99 | 99 | 99 | 87 | 96 | 96 |
| Dinamarca | 3 | 4 | 3 | 90 | 89 | 89 | 84 | - | 89 |
| España | 3 | 4 | 4 | 98 | 96 | 96 | 98 | 96 | 96 |
| Francia | 3 | 4 | 3 | 98 | 99 | 98 | 90 | 42 | 97 |
| Irlanda | 3 | 4 | 4 | 97 | 93 | 93 | 89 | - | 93 |
| Israel | 3 | 4 | 3 | 98 | 93 | 94 | 96 | 96 | 93 |
| Italia | 3 | 4 | 3 | 96 | 96 | 97 | 91 | 96 | 96 |
| Mónaco | 3 | 4 | 3 | 99 | 99 | 99 | 99 | 99 | 99 |
| Países Bajos | 3 | 4 | 4 | 98 | 97 | 97 | 96 | - | 97 |
| Portugal | 3 | 4 | 3 | 98 | 96 | 96 | 95 | 96 | 96 |
| República Checa | | | | | | | | | |
| Checa | 3 | 4 | 3 | 98 | 99 | 99 | 98 | 99 | 99 |
| Suiza | 3 | 4 | 4 | 95 | 95 | 95 | 90 | - | 95 |
| Australia | 4 | 5 | 4 | 97 | 92 | 92 | 94 | 92 | 92 |
| Bélgica | 4 | 5 | 4 | 98 | 99 | 99 | 94 | 97 | 97 |
| Croacia | 4 | 5 | 5 | 99 | 96 | 96 | 98 | 97 | 96 |
| República de Corea | | | | | | | | | |
| Corea | 4 | 5 | 5 | 97 | 94 | 95 | 93 | 94 | - |
| Brunei | | | | | | | | | |
| Darussalam | 5 | 7 | 5 | 98 | 99 | 99 | 99 | 99 | 99 |
| Canadá | 5 | 6 | 5 | 93 | 80 | 80 | 93 | 17 | 80 |
| Cuba | 5 | 6 | 4 | 98 | 96 | 99 | 96 | 96 | 96 |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|----------|----|---|----|----|----|----|----|----|
| Estonia | 5 | 6 | 4 | 97 | 95 | 95 | 95 | 95 | 95 |
| Hungría | 5 | 6 | 5 | 99 | 99 | 99 | 99 | — | 99 |
| Lituania | 5 | 6 | 5 | 98 | 98 | 98 | 96 | 95 | 98 |
| Malasia | 5 | 6 | 6 | 95 | 95 | 95 | 95 | 95 | 95 |
| Malta | 5 | 7 | 6 | 91 | 73 | 73 | 82 | 86 | 73 |
| Nueva Zelandia | | | | | | | | | |
| Reino Unido | 5 | 6 | 5 | 97 | 93 | 93 | 86 | — | 93 |
| Emiratos Árabes Unid. | | | | | | | | | |
| Eslovaquia | 6 | 7 | 7 | 98 | 92 | 94 | 92 | 92 | 92 |
| Polonia | 6 | 7 | 6 | 98 | 99 | 99 | 98 | 98 | 88 |
| Serbia | 6 | 7 | 6 | 96 | 95 | 97 | 95 | 93 | 94 |
| Estados Unidos | 7 | 8 | 7 | 98 | 95 | 93 | 92 | 92 | 93 |
| Letonia | 7 | 8 | 7 | 97 | 95 | 96 | 96 | 94 | 95 |
| Bulgaria | 8 | 10 | 8 | 98 | 94 | 94 | 96 | 96 | — |
| Chile | 8 | 9 | 7 | 98 | 97 | 97 | 96 | 97 | 97 |
| Dominica | 8 | 10 | 8 | 98 | 99 | 99 | 99 | 99 | 99 |
| Montenegro | 8 | 9 | 8 | 96 | 92 | 91 | 86 | 87 | 87 |

Fuente: (UNICEF, 2011).

Primer filtro: cobertura poblacional y complejidad de la política pública de primera infancia

Se excluyeron los países que tienen menos de 5 millones de habitantes (lo cual significa menos de 500 mil niños y niñas en primera infancia¹⁵), para dejar en la muestra países que requieren estrategias complejas para atender a su cobertura y diversidad poblacional. Quedaron preseleccionados 24 países (Tabla No. A1.2).

¹⁵ Se infiere de los datos del Population Reference Bureau que la población con menos de 6 años es inferior al 6% de la población total en países desarrollados e inferior al 10% en países en desarrollo. El grupo de países sobre el que se realizó la selección pertenece a estas dos categorías.

Tabla No. A1.2
Selección de países con el filtro de cobertura poblacional

| País | Puesto | Población | S elección |
|---------------|--------|----------------|---------------|
| | | (M illones) | |
| Liechtenstein | | 0,04 | □ |
| San Marino | | 0,03 | □ |
| Eslovenia | | 0,2 | □ |
| Finlandia | | 5,3 | □ |
| Grecia | | 11,3 | □ |
| Islandia | | 0,3 | □ |
| Japón | | 12,76 | □ |
| Luxemburgo | | 0,5 | □ |
| Noruega | | 4,8 | □ |
| Singapur | | 5,1 | □ |
| Suecia | | 9,3 | □ |
| Alemania | | 8,2 | □ |

| | | | |
|---------------------|----------|--------------------------|--|
| nia | | | |
| Andorr a | 0,1 | <input type="checkbox"/> | |
| Austria | 8,4 | <input type="checkbox"/> | |
| Chipre | 1,1 | <input type="checkbox"/> | |
| Dinam arca | 5,5 | <input type="checkbox"/> | |
| España | 46, 9 | <input type="checkbox"/> | |
| Francia | 62, 6 | <input type="checkbox"/> | |
| Irlanda | 4,5 | <input type="checkbox"/> | |
| Israel | 7,6 | <input type="checkbox"/> | |
| Italia | 60, 3 | <input type="checkbox"/> | |
| Mónac o | 0,0 4 | <input type="checkbox"/> | |
| Países Bajos | 16, 5 | <input type="checkbox"/> | |
| Portug al | 10, 6 | <input type="checkbox"/> | |
| Repúbl ica Checa | 10, 5 | <input type="checkbox"/> | |
| Suiza | 7,8 | <input type="checkbox"/> | |
| Austral ia | 21, 9 | <input type="checkbox"/> | |
| Bélgic a | 10, 8 | <input type="checkbox"/> | |

| | | |
|------------------------|----------|--------------------------|
| Croaci a | 4,4 | <input type="checkbox"/> |
| Repúbl ica de Corea | 48, 7 | <input type="checkbox"/> |
| Brunei Darussalam | 0,4 | <input type="checkbox"/> |
| Canadá | 33, 7 | <input type="checkbox"/> |
| Cuba | 11, 2 | <input type="checkbox"/> |
| Estonia | 1,3 | <input type="checkbox"/> |
| Hungrí a | 10, 0 | <input type="checkbox"/> |
| Lituani a | 3,3 | <input type="checkbox"/> |
| Malasi a | 28, 3 | <input type="checkbox"/> |
| Malta | 0,4 | <input type="checkbox"/> |
| Nueva Zelanda | 4,3 | <input type="checkbox"/> |
| Reino Unido | 61, 8 | <input type="checkbox"/> |

Fuentes: (UNICEF, 2011) y (Population Reference Bureau, 2009)

Segundo filtro: diversidad de regiones y modelos

Mediante este filtro se buscó representatividad de diversas regiones del mundo y de modelos de política de primera infancia. Para aplicarlo se separaron inicialmente los 24 países por regiones y subregiones a las que pertenecen.

Vista la distribución regional, se pasó a un proceso de filtrado por similitud, para maximizar la diversidad. En el caso de culturas, modelos de gobierno o estrategias de atención a la primera infancia similares, se escogieron los de mayor heterogeneidad y complejidad. En casos de duda se optó por los de mejores resultados en mortalidad de menores de 1 año y vacunación. El resultado fue una preselección de 14 países de todas las regiones. Ver Tabla No. A1.3.

Tabla No. A1.3

Selección de países con el filtro de diversidad de regiones y modelos

| País | Region | Selección |
|--------------------|------------------------|--------------------------|
| Cuba | América Caribe | <input type="checkbox"/> |
| Canadá | América Norte | <input type="checkbox"/> |
| Israel | Asia Occidental | <input type="checkbox"/> |
| Japón | Asia Oriental | <input type="checkbox"/> |
| República de Corea | Asia Oriental | <input type="checkbox"/> |
| Singapur | Asia Sudeste y Oceanía | <input type="checkbox"/> |
| Australia | Asia Sudeste y Oceanía | <input type="checkbox"/> |
| Malasia | Asia | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---------------------|--|-------------------------|--------------------------|
| a | | Sudeste y Oceanía | |
| Reino Unido | | Europa Británica | <input type="checkbox"/> |
| Grecia | | Europa Meridional | <input type="checkbox"/> |
| España | | Europa Meridional | <input type="checkbox"/> |
| Italia | | Europa Meridional | <input type="checkbox"/> |
| Portug al | | Europa Meridional | <input type="checkbox"/> |
| Alema nia | | Europa Occidental | <input type="checkbox"/> |
| Austria | | Europa Occidental | <input type="checkbox"/> |
| Francia | | Europa Occidental | <input type="checkbox"/> |
| Países Bajos | | Europa Occidental | <input type="checkbox"/> |
| Suiza | | Europa Occidental | <input type="checkbox"/> |
| Bélgic a | | Europa Occidental | <input type="checkbox"/> |
| Repúbl ica Checa | | Europa Oriental | <input type="checkbox"/> |
| Hungrí a | | Europa Oriental | <input type="checkbox"/> |
| Finlan dia | | Europa Septentrional | <input type="checkbox"/> |
| Suecia | | Europa | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|-----------|--|----------------------|--------------------------|
| | | septentrional | |
| Dinamarca | | Europa septentrional | <input type="checkbox"/> |

Tercer filtro: disponibilidad y acceso a la información

Se inició la investigación con el grupo de 14 países preseleccionados. Sobre la marcha se descartaron los que no tenían información cierta porque estaban haciendo ajustes aún no claramente determinados en sus políticas de primera infancia y los que no permitían obtener información detallada y completa sobre sus políticas porque parte de esa información está exclusivamente en idiomas distintos a castellano, inglés y francés. Este filtro excluyó a Israel, Japón y Hungría (restricciones de acceso a información específica y suficientemente detallada), y Grecia, Italia y España (ajustes de política en marcha).

Ajuste final: adición y desdoblamiento

Seleccionados definitivamente 8 países, se tomó la decisión de incluir a Chile, que está en la posición 8 del Índice Mundial de Infancia (muy cerca del grupo seleccionado), con el propósito de tener las características de un tercer país de América Latina, que se ha distinguido por sus avances en política de infancia y adolescencia desde la segunda década del 2000 y ha servido como modelo a otros países de la región. Por otra parte, la investigación mostró que el Reino Unido, formado por 4 países (Escocia, Gales, Inglaterra e Irlanda del Norte) no tenía una política unificada de primera infancia. Se decidió mirar por separado a dos de ellos: Inglaterra que es el más grande y complejo, e Irlanda del Norte, que se caracteriza por haber hecho de la política de primera infancia uno de los soportes de sus procesos de integración y desarrollo postconflicto.

Muestra final: Como resultado, la muestra quedó configurada por 10 países, así:

- **Australia:** junto con Nueva Zelanda, el más avanzado en garantías para la primera infancia en el Pacífico Sur y Oceanía.
- **Canadá:** el más avanzado de Norte América en el índice Mundial de Infancia. Tiene un sistema atípico de atención a la primera infancia, con alta participación privada y gran pluralidad de políticas subnacionales.
- **Chile:** con los mejores resultados de Sur América en primera infancia. Ha hecho en los últimos años grandes cambios en su política de primera infancia y suele ser propuesto por los Bancos Multilaterales y algunos organismos de cooperación como el modelo para América Latina.
- **Cuba:** es reconocido como el país de América con mayores avances en garantías para el desarrollo de la primera infancia y es comúnmente citado como el de los más grandes avances en indicadores de impacto.
- **Dinamarca:** se destaca por sus garantías a la primera infancia mediante un modelo diferente a los otros tres países nórdicos.
- **Francia:** su sistema de garantías a la primera infancia es considerado como el de mayor peso en la operación directa estatal en Europa Occidental.
- **Inglatera:** su sistema de garantías a la primera infancia ha sido transformado varias veces durante los últimos años en busca de un modelo adecuado a nuevos y más ambiciosos objetivos de política.
- **Holanda:** su sistema de garantías públicas para la primera infancia es de alto impacto y se destaca, al contrario de Francia, por ser el de mayor participación privada en Europa.

- **Irlanda del Norte:** tiene un sistema similar al británico, pero con adaptaciones a una nación con menor nivel de desarrollo relativo que hizo de la atención de la primera infancia un factor de integración social post-conflicto.
- **Suecia:** tiene el alto nivel de garantías a los derechos de la primera infancia propio de los países nórdicos, con un modelo sustancialmente diferente del danés.

Anexo 2: Síntesis de los Sistemas Nacionales de Atención a la Primera Infancia

Australia

Australia: Síntesis de Actividades de Atención a la Primera Infancia

| Actividades | Prestaciones | Cuidado Gestación y Parto | Niños 0-2 años | Niños 3-4 años | Niños 5 en adelante |
|--|---|--|----------------|----------------|---------------------|
| Apoyo a la familia para el cuidado de la primera infancia | Facilidades de permanencia en el hogar | Licencia de maternidad de 18 semanas: pagadas (vigencia en 2011), con pago del salario mínimo semanal de \$543.78 para personas con salarios inferiores a \$150000 (2010), es transferible al padre. Licencia paterna no pagada de 52 semanas. | | | |
| | Capacitación de los padres | The Antenatal Care Guidelines. | | | |

| | | | |
|---|-------------------------------------|---|---|
| | Otros soportes al hogar | The Antenatal Care Guidelines. National Postnatal Depression Program. | National Postnatal Depression Program. Baby Bonus de \$5185 entregado en 13 quincenas (2010). Family Child Tax: reciben \$4803 anuales los padres con niños menores de 13 años, proporciona apoyos adicionales a familias monoparentales o padres que cuidan al niño en casa, estos apoyos son de \$3829 anuales. Child Care Benefit. Child Care Rebate: reembolso que puede llegar a cubrir el 50% de los costos de una guardería aprobada. Asignación por vacunación pagada para alentar a los padres a vacunar a sus hijos. Mychild.gov.au: página web del gobierno que provee información sobre los servicios de cuidado y educación. |
| Estímulo y apoyo a la participación de | Prioridad pública de niños y | | |

| | | | | | |
|--|--------------------------------------|-----------------------------|---|---|-------------------------------------|
| la comunidad en el cuidado de la primera infancia | niñas | | | | |
| | Protección en sitios públicos | | The Draft National Injury Prevention Plan (2004-2014) | | |
| Atención institucionalizada a la primera infancia | Facilidades públicas | | Playgroups | | |
| | Protección general | Registro y monitoreo | Australian Early Development Index. | Australian Early Development Index. The Healthy Kids Check. | Australian Early Development Index. |
| Cuidado | Salas cunas y guarderías | | Long Day Care. Occasional Care. | | |
| | Cuidadores | | Family Day Care. Home Based Care. Registered care. | | |

| | | | | | |
|------------------|---------------------------------|--------------|--|---|---|
| Educación | Jardines Infantiles | | | Pre-schools | Pre-schools Outside School Hours Care: niños de 5-12 años. |
| | Transición a la primaria | | | | Preparatory: ocurre en las escuelas de primaria que contemplan un año de preparación para la escuela. |
| | Protección social | Salud | Maternal and Infant Health. Medicare. | Medicare. National Immunisation Program: vacunas gratis y programas de educación comunitaria. | |

| | | | | |
|--|----------------------------------|---|---|---|
| | Nutrición | Maternal and Infant Health: Lactancia. | Healthy Eating and Physical Activity Guidelines: contempla guías para directores, coordinadores, cuidadores. | Healthy Eating and Physical Activity Guidelines. Healthy School Communities Program: apoyos para la promoción de actividades alimentarias en la primaria. |
| Atención especial (necesidades) | Condiciones diferentes de | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| particulares) | desarrollo | | |
| | Otras condiciones especiales | Jobs, Education and Training Child Care fee assistance. Training Child Care fee assistance. | Jobs, Education and Training Child Care fee assistance. Multifunctional Aboriginal Children's Services. Multifunctional Children's Services. Mobile Children's Services. |
| Atención de emergencia (derechos violados) | Abandono, maltrato y abuso, explotación, tráfico, etc. | | The Stronger Families and Communities Strategy. The National Child Protection Clearinghouse. Special Childcare Benefit: apoya a niños en riesgo, en situaciones de negligencia o dificultades financieras. Clínicas que atienden niños que han sido maltratados o han maltratado, tienen un enfoque de atención familiar. |

Australia: Descripción de los Programas de Atención Directa

| | |
|--|--|
| | <p>The Antenatal Care Guidelines: guías para mejorar la calidad y seguridad de cuidado durante la gestación. Contribuye a mejorar la salud maternal e infantil.</p> |
| | <p>National Postnatal Depression Program: Asistencia y financiamiento para la creación de la primera base de datos mundial para evaluar la salud mental de mujeres durante y después del embarazo y proveer recursos e intervención para mujeres que pueden padecer de depresión posparto.</p> |
| | <p>Child Care Benefit: se recibe para cubrir los costos de guarderías registradas (registradas por la Oficina de Asistencia Familiar como la atención en los hogares y algunos jardines privados) o aprobadas (servicios aprobados por el Departamento de Educación Empleo y Relaciones Laborales como guarderías de jornada extensa). Depende del nivel de ingresos; las familias con ingreso anual de \$37960, o menos, reciben una tarifa máxima de \$3.6 por hora la cual se reduce si la familia cuenta con mayores ingresos anuales, en 2009.</p> |
| | <p>The Draft National Injury Prevention Plan: provee un marco estratégico para la intervención en áreas prioritarias que presentan algún tipo de riesgo para los niños; caídas, envenenamiento, ahogo para niños.</p> |
| | <p>Playgroups: Grupos lúdico-educativos proveen actividades para familias con niños de 0-5</p> |

| | |
|---|---|
| | años. Los grupos son asistidos por niños en compañía de sus padres o los cuidadores. |
| | Australian Early Development Index: Escala de Desarrollo Infantil, es una herramienta que mide la salud y desarrollo de niños en sus áreas geográficas y comparan el desarrollo de las diferentes comunidades en Australia. |
| | Healthy Kids Check: Asegura que todos los niños de 4 años sean examinados para revisar que están saludables y listos para empezar la escuela. Además promueven la detección de factores de riesgo, problemas en su desarrollo, enfermedades, e introducen guías para llevar vidas saludables y estrategias de intervención temprana. El chequeo se hace en centros de salud GP o por medio de una enfermera. |
| | Long Day Care Centres: Centros que brindan cuidado diario extendido. Sirven a niños desde su nacimiento la hasta edad escolar (0-5 años). Abren 8 horas al día, 5 días a la semana y 48 semanas al año. Ofrecen programas de desarrollo y son manejados por operadores privados, organizaciones comunitarias, concejos locales, empleadores y organizaciones sin ánimos de lucro. En ocasiones los centros también otorgan servicios de Pre-schools. |
| | Occasional Care Centres: Sirven a niños de 0 - 5 años. Proveen cuidado a corto plazo regular u ocasionalmente. Las horas y días de operación varían según las necesidades de los padres. |
| 0 | Family Day Care: provee cuidado en hogares familiares registrados para niños 0-12. El cuidado lo provee personal registrado y unidades coordinadoras supervisan los hogares. |
| | Home Based Care: Cuidado en el hogar de un profesional por remuneración. En algunos |

| | |
|---|--|
| 1 | estados y territorios el cuidado en el hogar puede ser regulado dependiendo del número de niños que se atiende. Cuando no está regulado es parte del sector informal. No está inscrito al Family Day Care. |
| 2 | Registered care: Cuidado brindado por parientes, amigos o niñeras que están registrados con la Oficina de Asistencia Familiar. El registro no debe ser regulado pero ayuda a los padres a recibir subsidios. |
| 3 | Pre-schools: Sirven a niños de 3-5 años. Abren durante los calendarios escolares por medio tiempo o tiempo completo. |
| 4 | Maternal and Infant Health: Asegura que las mujeres se mantengan saludables durante el embarazo. Entre las actividades para mejorar la salud física y mental de madres e hijos se encuentran: reducción del tabaquismo, del uso de alcohol y consumo de ácido fólico, dietas nutritivas durante la lactancia y promoción de la lactancia de 0-6 meses. |
| 5 | Medicare: Programa nacional de salud. Entre algunos de sus programas se encuentran: The Healthy Kids Check, Australian Childhood Immunization Register (base de datos nacional sobre el nivel de inmunización infantil), General Practice Immunisation Incentive (provee incentivos monetarios para el monitoreo, promoción y provisión de servicios apropiados de inmunización). |
| 6 | Healthy for Life program: Busca proveer la salud de madres, bebés y niños Aboriginal and Torres Strait Islander, a través de actividades de salud maternal e infantil en 80 establecimientos en Australia. Pretende mejorar la capacidad de los centros de salud en la intervención de salud materna e infantil. |

| | |
|---|---|
| 7 | <p>Multifunctional Aboriginal Children's Services: Sirven niños aborígenes de 0-12 años y son administrados por la comunidad local.</p> |
| 8 | <p>Multifunctional Children's Services: Sirven a niños 0-12 años en áreas rurales y ofrecen un rango de servicios y tipo de cuidado y educación dependiendo de la necesidad de la comunidad (Centros de día extendido, hogares familiares, centros fuera del horario escolar).</p> |
| 9 | <p>Mobile Children's Services: Son unidades móviles con recursos y sirven a familias en áreas rurales y remotas. Las unidades ofrecen un rango de servicios que incluye cuidado infantil y preescolar además de actividades para niños mayores, grupos lúdico-educativos y bibliotecas-juguetes.</p> |
| 0 | <p>The Stronger Families and Communities Strategy: Implementada por FaCS se enfoca en la prevención e intervención de familias y comunidades en riesgo.</p> |

Australia: Descripción del marco institucional

| Funciones | Actividad | Descripción |
|------------------|---|---|
| Dirección | Formulación de políticas, planificación y coordinación a nivel central | Existe una red inter-gubernamental, inter-departamental y de ONG para dirigir la política nacional a la Primera Infancia. Entre las entidades involucradas: Departamento de Servicios Familiares, Comunitarios y Asuntos Indígenas administra las políticas y estrategias nacionales alrededor de primera infancia para todos los programas excepto para pre-school y escuelas; La Oficina de Educación y Cuidado a la Primera Infancia (Office of Early Childhood Education and Childcare) ejecuta los compromisos gubernamentales y lidera las reformas nacionales; El Consejo de Gobiernos Australianos coordina la política inter-sectorial e inter-estatal para reformas sociales entre ellas salud y educación. |
| | Asignación de recursos | Quality Improvement and Accreditation Scheme es una herramienta de financiamiento. Los servicios de atención se financian mediante contribuciones del Estado y de los padres. |
| | Monitoreo | Quality Improvement and Accreditation Scheme: Esquema de Mejoramiento de la Calidad y Acreditación, se verifican procesos alrededor de las interacciones entre niños, el personal y padres, administración, |

| | | |
|------------------|---|--|
| | | <p>currículo, nutrición y prácticas saludables entre otras. También se monitorean los centros públicos y se hacen auditorías de sus estados financieros. Hay un evaluador externo que visita el centro y hace sus recomendaciones, pero por lo general los centros de atención se monitorean bajo autoevaluación.</p> <p>National Childcare Accreditation Council acredita los servicios de cuidado.</p> |
| | Formulación de políticas, planificación y coordinación a nivel descentralizado | <p>Sistemas de coherencia y coordinación: el sistema federal es complejo y con múltiples niveles de administración y regulación, lo que dificulta la coherencia de políticas de Primera Infancia. Territorios y estados tienen autonomía en la regulación e implementación de servicios. Existen estrategias para integrar las divisiones (p.ej. Quality Improvement and Accreditation Scheme, el National Quality Framework, etc.).</p> |
| Promoción | Centros de Investigación y Observatorios | <p>Journal of Australian Research in Early Childhood Education.</p> <p>Australian Institute of Family Studies (con recursos de Communities and Families Clearinghouse Australia) lleva a cabo investigaciones e informa sobre políticas públicas y proveedores de servicios sobre los factores que afectan el bienestar familiar. Australian Early Development Index recoge información de todos los niños en su primer año de escuela primaria (salud física y bienestar; competencia social; madurez emocional; lenguaje y</p> |

| | | |
|---|-------------------------------------|---|
| | | <p>conocimientos; comunicación). Longitudinal Study of Australian Children: recoge información de 10,000 niños (0-1 y 4-5 años) y sus familias y hace evaluaciones de impacto en su desarrollo.</p> <p>El Plan Nacional de Alfabetización y Básica Aritmética: realiza informes e intervención temprana y es parte de la estrategia nacional para la Primera Infancia.</p> |
| Vigilancia de comportamientos ciudadanos | | <p>The National Child Protection Clearinghouse: unidad de información, investigación y consejería enfocada en la prevención del maltrato infantil y protección de la niñez. El reporte de maltrato de niños es obligatorio para ciertos profesionales (p.ej. doctores, profesores, policías), éste se hace ante las autoridades encargadas de la protección.</p> |
| Participación de organismos no gubernamentales | De Cooperación Internacional | OECD |
| | Comunitarios | <p>Australian Research Alliance for Children & Youth: investigadores nacionales, legisladores y profesionales de múltiples disciplinas interesados en mejorar el futuro para niños y jóvenes australianos. National Investment for the Early Years: es un grupo enfocado en campañas de sensibilización acerca la importancia de los primeros 3 años de vida. SIDS and Kids: es una</p> |

| | |
|--|--|
| | ONG trabajando para sensibilizar y reducir la incidencia del Síndrome de Muerte Súbita Infantil. Telethon Institute for Child Health Research: investigaciones multidisciplinarias sobre salud infantil. |
|--|--|

Canadá

Canadá: Síntesis de Actividades de Atención a la Primera Infancia

| Actividades | Prestaciones | Cuidado Gestación y Parto | Niños 0-2 años | Niños 3-4 años | Niños 5 en adelante |
|--|---|---|--|----------------|---------------------|
| Apoyo a la familia para el cuidado de la primera infancia | Facilidades de permanencia en el hogar | Licencia de maternidad en las 17 semanas que rodean el parto*. Maternity Benefit: pagado en las 15 semanas que rodean el parto, cubriendo alrededor del 95% de los ingresos asegurados del beneficiario con un monto máximo de \$413 semanales. Parental Benefit: pago equivalente al Maternity Benefit. Compassionate Care leave benefit: 6 semanas de licencia pagadas para el cuidado de un niño | Compassionate Care leave benefit: concede 6 semanas de licencia pagadas para que los padres puedan cuidar de un miembro de la familia enfermo. | | |

| | | | |
|------------------------------------|--|---|--|
| | | enfermo. | |
| Capa citación de los padres | Healthy Pregnancy: información sobre un embarazo saludable (anuncios publicitarios, página web y guías). Postpartum Parent Support Program: soporte educativo acerca del posparto. | Food Safety Activity Book: es distribuido regionalmente a padres de familia y profesores. Family Literacy Projects. | |
| Otros soportes al hogar | | Universal Child Care Benefit: pagos mensuales de \$100 por cada niño menor de 6 años (efectivo desde julio, 2006). Canada Child Tax Benefit. Child Care Expense Deduction. Subsidios especiales: proveídos por las provincias o territorios a padres de bajos | |

| | | | | |
|---|---|-----------------------------|--|--|
| | | | | recursos o padres solteros. |
| Estímulo y apoyo a la participación de la comunidad en el cuidado de la primera infancia | Prioridad pública de niños y niñas | | | Family Violence Initiative: promueve el activismo público para atacar la violencia familiar. Children's Health and the Environment: promoción de un ambiente saludable para los niños. |
| | Protección en sitios públicos | | | Family Violence Initiative: promueve el conocimiento de los factores de riesgo que acarrea la violencia familiar. National Missing Children Services: publica reportes sobre niños perdidos. Child rights public education campaign. |
| | Facilidades públicas | | | |
| monitoreo a la primera infancia | Protección general | Registro y monitoreo | Autoridades provinciales: Registro de Nacimiento, Certificado de | Gobiernos locales hacen seguimiento público del progreso en el cuidado de los niños y otros servicios a la primera infancia. |

| | | | | | |
|------------------|---------------------------------|--|-------------------------------|-------------------------------|---|
| | | Nacimiento, Número del Seguro Social, Canada Child Benefits (no se aplica a todas las provincias). | | | |
| Cuidado | Salas cunas y guarderías | | Child care centres. | | |
| | Cuidadores | | Regulated family child care. | | |
| Educación | Jardines Infantiles | | Nursery schools y preschools. | Nursery schools y preschools. | Nursery schools y preschools. Kindergarten. |
| | Transición a la primaria | | | | |
| Prote | Salud | National health insurance program-Medicare | | | |

| | | | |
|--|--|---|---|
| cción social | Nutri ción | Food Safety Activity Book: su objetivo es transmitir información a los niños sobre el cuidado en la alimentación. | |
| Atenc ión especial (necesidades particulares) | Condi ciones diferentes de desarrollo | | |
| | Otras condiciones especiales | Canada Prenatal Nutrition Program: atiende a First Nations y comunidades Inuit. | Aboriginal Head Start on Reserve. Aboriginal Head Start in Urban and Northern Communities. Nobody's Perfect: educación de paternidad a padres aislados. |
| Atenc ión de emergencia (derechos violados) | Aban dono, maltrato y abuso, explotación, tráfico, etc. | | National Missing Children Services: asiste en la búsqueda, recuperación y entrega de niños perdidos. Trauma Treatment: trata niños que han sufrido formas de violencia física o psicológica con efectos para su desarrollo en el largo plazo. Mental Health Programs: apoyo al bienestar del niño y la familia. Substance Abuse and Child Neglect Programs. Risk Assesment: |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | busca intervenir y predecir el riesgo de maltrato infantil. |
|--|--|--|---|

* La legislación sobre licencias parte de las 15 semanas para la licencia de maternidad y de las 35 semanas para la licencia paterna, sin embargo la cantidad de semanas otorgadas puede ser mayor según la normativa de cada provincia/territorio. Por eso hay que tener en cuenta que las aseveraciones hechas son generalizaciones que no se aplican a todos los casos.

Canadá: Descripción de los Programas de Atención Directa

| | |
|--|---|
| | <p>Maternity Benefit: Pagos por tiempo en licencia de maternidad. Los montos y requisitos de los pagos se determinan bajo acuerdos colectivos y los estándares de la legislación laboral de la jurisdicción de cada provincia/territorio. Los pagos se realizan generalmente bajo el mecanismo de apoyos suplementarios de desempleo, y en algunas ocasiones el empleador suministra un apoyo adicional a las madres para compensar las dos semanas que deben esperar para recibir los beneficios del seguro de empleo. Los apoyos adquiridos son suministrados a través de una cuenta específica para cubrir los pagos del Seguro de Empleo (Employment Insurance), donde el manejo de los apoyos contemplados en éste es responsabilidad del Ministerio de Recursos Humanos y Desarrollo de Competencias de Canadá (Human Resources and Skills Development Canada).</p> |
| | <p>Parental Benefit: Pagos realizados a las madres o padres en el tiempo en que permanecen bajo licencia paterna. Los montos y requisitos de los pagos funcionan de manera equivalente la Maternity Benefit.</p> |
| | <p>Universal Child Care Benefit: Aportes otorgados a los padres con el objetivo de cubrir los costos de cuidado y educación de los niños. Es entregado por LA Agencia Tributaria de Canadá (Canada Revenue Agency) y ejecutado por el Ministerio de Recursos Humanos y Desarrollo de Competencias de Canadá (Human Resources and Skills Development Canada). Hace parte del Plan Universal de Cuidado Infantil (Universal Child Care Plan, 2006).</p> |
| | <p>Canada Child Tax Benefit: Pago mensual libre de impuestos a familias elegibles de medios y bajos ingresos, para ayudarlas con el costo de la crianza de niños menores de 18 años. Es entregado por la Agencia</p> |

| | |
|--|---|
| | Tributaria de Canadá (Canada Revenue Agency). El monto entregado es calculado de acuerdo con los impuestos al ingreso y el retorno a los apoyos. |
| | Child Care Expense Deduction: Provee una deducción del impuesto a la renta de los padres o tutores para que puedan hacer uso de los servicios institucionales de cuidado y educación infantil. Se provee una deducción de impuestos al ingreso de hasta \$7,000 por cada niño menor de 7 años, y \$10,000 por cada niño elegible para recibir un crédito de impuestos por incapacidad. La deducción se realiza a través de la Agencia Tributaria de Canadá (Canada Revenue Agency). |
| | Family Violence Initiative: Promueve el conocimiento de los factores de riesgo que acarrea la violencia familiar y la necesidad del activismo público para atacar el problema. También busca fortalecer la respuesta de la justicia criminal y los sistemas de salud. Apoya la recolección de información, investigación y evaluación con el fin de identificar formas de intervención efectivas. La iniciativa es dirigida por la Agencia de la Salud Pública de Canadá (Public Health Agency of Canada), también encargada de operar el Centro Nacional de Información sobre la Violencia Familiar (National Clearinghouse on Family Violence), el cual funciona como un centro de recursos para obtener información acerca de la violencia familiar y las maneras de abordarla. |
| | Partnership for Children's Health and Environment: Lidera y coordina actividades federales y provinciales/territoriales en función de crear un ambiente saludable para los niños. Busca promover la comprensión del papel determinante que juega el ambiente en la salud de los niños y promociona acciones encaminadas a manejar los riesgos ambientales que afectan la salud de los niños. Es coordinado por el |

| | |
|---|--|
| | Ministerio de Salud de Canadá (Health Canada). |
| | National Missing Children Services: asiste a oficiales ejecutores de la ley en la búsqueda, recuperación y entrega de niños perdidos. También entrena a oficiales de la policía y agencias ejecutoras de la ley en las técnicas de detección de secuestradores y niños secuestrados., mantiene una base de datos y publica reportes sobre niños perdidos. Es dirigido por el Servicio de la Policía Montada de Canadá (Royal Canadian Mounted Police). |
| | Child care centers*: Ofrecen cuidado a los niños con padres que trabajan o estudian. La mayoría funcionan como centros privados operando sin ánimo de lucro por medio de una junta directiva de voluntarios. También los hay privados con ánimo de lucro operando a manera de negocio individual. Son regulados por la legislación de cuidado infantil de la respectiva provincia/territorio. Se ha seguido la tendencia a reemplazar el concepto de cuidado por uno de desarrollo, dando lugar al establecimiento de nursery schools y preeschools. Sin embargo, los centros de cuidado siguen siendo primordialmente espacios de guardado más que de desarrollo infantil. |
| 0 | Regulated family child care*: Funciona como una institución privada de cuidado que provee servicios en la casa del cuidador y es regulada por la legislación de cuidado infantil de la respectiva provincia/territorio. |
| 1 | Nursery schools y preeschools*: Hacen parte de los Child care centers, pero se distinguen por su énfasis en servicios que promueven el desarrollo. Son manejadas por organizaciones comunitarias, principalmente, y pueden estar reguladas por la legislación de cuidado infantil de la respectiva |

| | |
|---|--|
| | provincia/territorio. Generalmente funcionan por medio día y atienden niños de 2-5 años. |
| 2 | Kindergarten* : Son responsabilidad del sistema educativo y funcionan de manera descentralizada bajo las directrices de la respectiva provincia/territorio (horas de atención, tipo de niños atendidos, formas de atención). Normalmente están diseñados para atender a niños de 5 años por medio día. A diferencia de las otras instituciones de educación y cuidado de la primera infancia, los jardines infantiles se caracterizan por representar una obligación pública más que privada. |
| 3 | Canada Prenatal Nutrition Program : Atiende a las Naciones Originarias de Canadá (First Nations) y comunidades Inuit con mujeres embarazadas o niños menores de 1 año. Su objetivo es mejorar la salud nutricional de las madres y los niños por lo que da provisión de suplementos de comida, consejería en nutrición y salud, educación sobre amamantamiento y desarrollo de la primera infancia. Funciona bajo el apoyo de la Agencia Pública de Salud de Canadá (Public Health Agency of Canada). |
| 4 | Aboriginal Head Start on Reserve : Atiende a niños y familias que viven en las reservas de las Naciones Originarias de Canadá (First Nations). Pretende preparar a los niños para sus futuros años escolares atendiendo sus necesidades emocionales, espirituales, sociales, de salud, nutrición y psicológicas. Es dirigido por el Ministerio de Salud de Canadá (Health Canada). |
| 5 | Aboriginal Head Start in Urban and Northern Communities : Atiende a niños y familias de las Naciones Originarias de Canadá (First Nations), Metis e Inuit que viven en centros urbanos y grandes comunidades ubicadas al norte del país. Los servicios son equivalentes al programa Aboriginal Head Start on Reserve. |

6 **Nobody's Perfect:** Programa diseñado por el Ministerio de Salud de Canadá (Health Canada), cuyo objetivo es proveer educación de paternidad y apoyo a padres durante la primera infancia. Está diseñado para solucionar las necesidades de padres jóvenes, solteros o que están aislados social o geográficamente, con bajos ingresos o educación formal limitada. El programa se construye a partir de alianzas con las provincias/territorios, así como con ONG. Las enfermeras comunitarias de salud y trabajadores sociales se encargan de dirigir las sesiones de grupo por medio de las cuales se facilita el servicio.

* Las instituciones de cuidado y educación funcionan de manera descentralizada bajo la normativa de cada provincia/territorio, por eso hay que tener en cuenta que las aseveraciones hechas en cada descripción son generalizaciones que no se aplican a todos los casos.

Canadá: Descripción de los Programas de Atención Indirecta

Family Literacy Projects: Es financiado por el programa de alfabetización nacional y su objetivo es la alfabetización de familias, incluyendo padres, hijos y otros miembros de la familia. El término alfabetización no se limita a la lectura y escritura; se buscan fortalecer las relaciones entre padres e hijos involucrando a los primeros en la educación de los segundos. La atención funciona de manera descentralizada en centros de alfabetización de familias. Se reciben recursos y orientación de parte del el Ministerio de Recursos Humanos y Desarrollo de Competencias de Canadá (Human Resources and Skill Development Canada), a través de la

| | |
|--|---|
| | oficina de Alfabetización y Competencias Esenciales (The Office of Literacy and Essential Skills). |
| | <p>National health insurance program-Medicare: El sistema del seguro de salud canadiense permite el acceso a los servicios de salud bajo un mecanismo de prepago. Consiste en 10 planes de seguros de salud provinciales y 3 territoriales. Los seguros de salud son obligatorios y su pago se realiza a través de los impuestos y aportes del gobierno federal. La extensión de algunos beneficios de la atención que presta el seguro puede variar de provincia a provincia.</p> |

Canadá: Descripción del marco institucional

| Funciones | Actividad | Descripción |
|------------------|---|---|
| Dirección | Formulación de políticas, planificación y coordinación a nivel central | El Ministerio de Salud de Canadá (Health Canada) está encargado de implementar las pautas generales que determinan la Agenda Nacional de la Niñez (National Children's Agenda), la cual contempla prioridades como el National Child Benefit system y expansión de Aboriginal Head Start Program. El gobierno federal asume responsabilidad específica sobre poblaciones vulnerables como grupos aborígenes, familias de los militares, nuevos inmigrantes y refugiados. Aunque constitucionalmente la salud es vista como una responsabilidad provincial, el gobierno federal juega un papel |

| | |
|-------------------------------|---|
| | instrumental, estableciendo estándares y lineamientos para los programas provinciales de aseguramiento de la salud. |
| Asignación de recursos | El Gobierno Federal transfiere recursos a las provincias a través de Canada Health Transfer y Canada Social Transfer. Estas transferencias son ejecutadas por el Ministerio de Finanzas de Canadá (Department of Finance Canada). No existen pautas específicas sobre la forma como se deben distribuir dichos recursos, ya que las provincias son las encargadas de determinar la forma como serán asignados. A través de Early Childhood Development Agreement (2000) se acuerda destinar \$500 millones anuales para que provincias/territorios mejoren y expandan servicios de desarrollo de la primera infancia (enfocándose en programas de apoyo a los padres, la comunidad y el embarazo, y desarrollo, aprendizaje y cuidado de los niños), y a través de Multilateral Framework on Early Learning and Child Care (2003) se acuerda destinar \$1.05 billones por 5 años para que provincias/territorios mejoren el acceso a programas y servicios de educación y cuidado de niños entre 0-6 años. Los beneficios otorgados a los padres son asignados por la Agencia Tributaria de Canadá (Canada Revenue Agency) y el manejo de los beneficios contemplados es responsabilidad del Ministerio de Recursos |

| | |
|--|--|
| | <p>Humanos y Desarrollo de Competencias de Canadá (Human Resources and Skills Development Canada). El Seguro Nacional de Salud es financiado con recursos del Gobierno Federal, las provincias e impuestos.</p> |
| Monitor eo | <p>Modelo de acreditación local en el que las provincias hacen supervisión de calidad bajo ciertas delineaciones nacionales. Los gobiernos locales hacen seguimiento público del progreso en el cuidado de los niños y otros servicios a la primera infancia. Las instituciones no reguladas no tienen un esquema de monitoreo. El monitoreo de family child care puede ser ejercido por un oficial del gobierno o el personal de una agencia u organización de cuidado.</p> |
| Formul ación de políticas, planificación y coordinación a nivel | <p>Cada provincia/territorio tiene su propia legislación educativa (Education Act), a través de la cual se regulan las instituciones de cuidado y educación. Las juntas escolares se encargan de delegar las responsabilidades del día a día, a superintendentes de educación que establecen la parte del presupuesto distrital destinada a las escuelas, contratan profesores y personal, supervisan las escuelas y se encargan de revisar que se cumplan las</p> |

| | | |
|---|------------------------|--|
| | descentralizado | necesidades de los niños establecidas por la ley. Las políticas de planificación respectivas a la atención de la salud, residen en las provincias y la participación de los consejos formados por instituciones de la comunidad; el Seguro Nacional de Salud, en vez de ofrecer un solo plan nacional, se fundamenta en un programa nacional compuesto por 13 planes con rasgos comunes y estándares básicos de cobertura. |
| Promoción de Investigación y Observatorios | Centros | Institute of Human Development, Child and Youth Health: promueve la creación y aplicación de conocimiento que contribuye a la salud de los niños y las madres. Understanding the Early Years: estudio liderado por el Ministerio de Recursos Humanos y Desarrollo de Competencias de Canadá (Human Resources and Skills Development Canada), explora la influencia de las condiciones del entorno (familia, escuelas, facilidades de cuidado infantil, etc.) en el desarrollo de la primera infancia. The National Longitudinal Survey of Children & Youth: estudio bienal que hace seguimiento al desarrollo y bienestar de los niños desde su nacimiento hasta la adultez temprana. Es dirigido por Statistics Canada y patrocinado por el Ministerio de Recursos Humanos y Desarrollo de Competencias de Canadá (Human Resources and Skills Development Canada). Early Childhood Education and Care de la Universidad de Toronto realiza diferentes investigación sobre la primera |

| | | |
|---|-------------------------------------|---|
| | | infancia en Canadá. |
| Vigilancia de comportamientos ciudadanos | | Policía Montada de Canadá. Centro Nacional de Información sobre la Violencia Familiar (National Clearinghouse on Family Violence): funciona como un centro de recursos para obtener información acerca de la violencia familiar y las maneras de abordarla. |
| Participación de organismos no gubernamentales | De Cooperación Internacional | |
| | Comunitarios | Enfermeras Comunitarias de Salud. |

Chile

Chile: Síntesis de Actividades de Atención a la Primera Infancia

| Actividades | Prestaciones | Cuidado Gestación y Parto | Niños 0-2 años | Niños 3-4 años | Niños 5 en adelante |
|--|---|--|---|---|---------------------|
| Apoyo a la familia para el cuidado de la primera infancia | Facilidades de permanencia en el hogar | Licencia de maternidad de 18 semanas. Licencia por enfermedad del hijo. Licencia de paternidad pagada de 5 días. Permiso de lactancia. | | | |
| | Capacitación de los padres | Guía para la gestación y el parto, y talleres para la preparación para el parto y cuidado del niño. | Programa de Apoyo del Recién Nacido (Chile Crece Contigo): libro "Creciendo Juntos". Programa Educativo para la Familia: Conozca a su Hijo. Apoyo | Programa Educativo para la Familia: Conozca a su Hijo y transmisiones radiales. Programa Alternativo de Atención. | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | | radial. | |
| Otros soportes al hogar | Subsidio Único Familiar. El Servicio Nacional de la Mujer. | Subsidio Único Familiar. Servicio Nacional de la Mujer. Programa de Apoyo del Recién Nacido con set de implementos básicos. Sala Cuna: amamantamiento. Fono Infancia: atención de padres. Asignación | Subsidio Único Familiar. Integra: telefono gratuito. Asignación Familiar o Maternal. Chile Solidario: subsidio condicional a la asistencia del niño en instituciones de atención a la primera infancia. |

| | | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------|--|--|
| | | | Familiar o Maternal. Chile Solidario: subsidio condicional. | |
| Estímulo y apoyo a la participación de la comunidad en el cuidado de la primera infancia | Prioridad pública de niños | | Ley 20.379 de 2009: obligación de integrar a los niños al programa Chile Crece Contigo desde su primer control de gestación en el sistema público de salud. | |
| institucional directa a la | Protección en sitios públicos | | Decreto Supremo N° 072 del 4 de 2006: sistema de protección integral a la infancia para niños entre 0-6 años. | |
| | Protección general | Registro y monitoreo | Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo asociado a Chile Crece Contigo. La Oficina de Registro Civil centraliza la información de las oficinas de las distintas circunscripciones. | |
| | Cuidado | Salas cunas y guarderías | Sala Cuna. | |

| | Cuidadores | | | |
|--------------------------|----------------------------|---|----------------------|--|
| Educación | Jardines Infantiles | | Jardines Infantiles. | Jardines Infantiles. Programa Alternativo de Atención. |
| | Transición | | | Pre-Kínder. Kínder. |
| Protección social | Salud | Hospitales para Niños y Cuidado Primario: consultas de salud a madres embarazadas y niños, programa de inmunización. Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (Chile Crece Contigo). Acceso Universal a Garantías Explícitas: atención personalizada. Programa de Salud Escolar: atención médica especializada para niños en edad escolar. Brinda servicios de Oftalmología, Otorrino y Columna), atención odontológica y atención psicosocial. | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | | atención personalizada. | |
| | Nutrición | Programa Nacional de Alimentación Complementaria. Jardines Infantiles: alimentación. Escolar. Programa Alternativo de Atención: atención alimentaria. Programa de Alimentación Escolar: ración diaria de alimentación que consiste en desayuno y almuerzo para niños entre 4-6 años de edad, que asisten a establecimientos educacionales. | |
| Atención especial (necesidades particulares) | Condiciones diferentes | | Desarrollo Infantil e Iniciativas para la Infancia. Ayudas Técnicas para usuarios de Chile Crece Contigo. |
| | Otras condiciones especiales (económicas, geográficas, étnicas) | Mejoramiento de Atención para la Infancia: educación y cuidado. Salas Cunas y Jardines Infantiles gratuitos: para niños en situación de pobreza y/o en vulnerabilidad social. Jardines | Programa de Mejoramiento de Atención para la Infancia: educación y cuidado. Salas Cunas y Jardines Infantiles gratuitos: para niños en situación de pobreza y/o en vulnerabilidad social. Jardines |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| | | | Cunas y Jardines Infantiles gratuitos para niños en situación de pobreza. | Integra. Programa de cupones preescolares: Busca facilitar el acceso al kínder a niños entre el 40% de los hogares más pobres. |
| Atención de emergencia (derechos violados) | Abandono, maltrato y abuso, explotación, tráfico, etc. | | Programa Mejoramiento de Atención para la Infancia. Unidad de protección a la primera infancia. Unidades de Atención y Buen Trato. | Programa de Mejoramiento de Atención para la Infancia. Unidades de Atención y Buen Trato. |

Chile: Descripción de los Programas de Atención Directa

| |
|--|
| Licencia de maternidad: Seis semanas antes del parto la mujer tiene derecho a una licencia prenatal. Para ello debe presentar una licencia expedida por una matrona o un médico. La madre tiene derecho a una licencia en las 12 semanas siguientes al parto, licencia que podría extenderse hasta las 15 semanas post parto, |
|--|

| | |
|--|--|
| | <p>con el objetivo primordial de favorecer la lactancia materna. La mujer que se encuentre en su período de licencia debe recibir el total de sus remuneraciones y asignaciones, de las cuales solo se deducen sus imposiciones de previsión y descuentos legales. El pago de la licencia es responsabilidad del Seguro Social.</p> |
| | <p>Licencia por enfermedad del hijo: En caso de que el hijo menor de un año requiera cuidados en el hogar por una enfermedad grave la madre o padre tienen permiso de licencia, presentando el certificado médico. Cualquiera de los dos padres a elección de la madre puede hacer uso del servicio.</p> |
| | <p>Permiso de lactancia: Las madres del recién nacido tienen derecho a dos porciones de tiempo, que no excedan una hora diaria, para amamantar a sus hijos. El tiempo se amplía si la madre debe trasladarse fuera del lugar de trabajo, y se le paga el valor de los costos de transporte.</p> |
| | <p>Programa de Apoyo del Recién Nacido: programa de Chile Crece Contigo, tiene dos componentes principales: el set de implementos básicos (que consta de cuatro paquetes) y el libro “Creciendo Juntos”, que entrega información a las familias sobre crianza temprana, fomento de apego seguro, atención y cuidados básicos del recién nacido. Los cuatro paquetes que componen el set son: Apego Seguro que incluye elementos como un porta bebé tipo bandolera y un cojín para amamantar; Cuidados del Recién Nacido, que entrega material para que todos los niños tengan condiciones de aseo e higiene; una cuna corral completamente equipada, que apunta a que los bebés tengan un espacio propio y seguro donde dormir; y vestuario del bebé.</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Programa Educativo para la Familia: Se caracteriza fundamentalmente porque la familia, en su propio hogar, es la protagonista del proceso educativo de sus hijos. Los hogares se convierten en espacios educativos, pues los padres o familiares cercanos son quienes guían los procesos de aprendizaje con la asesoría de educadoras de párvulos y materiales de apoyo. El programa se divide en dos tipos de atención: un programa comunicacional que se desarrolla a través de transmisiones radiales, que son complementadas con guías educativas para las familias, y el programa Conozca a su Hijo que capacita a madres de sectores rurales para educar a sus hijos menores de 6 años. El programa funciona en las escuelas básicas rurales, y cuentan con una sala disponible una tarde a la semana para que las madres puedan reunirse. Pueden también funcionar en algún local de la comunidad de fácil acceso para las madres. El programa se lleva a cabo a través de un educador profesional capacitado por profesionales pertenecientes a los niveles regionales y provinciales del Ministerio de Educación, y la monitora elegida por y entre las participantes. Se trabaja con un grupo aproximado de quince madres. La Junta Nacional de Jardines Infantiles financia y dirige el Programa.</p> |
| | <p>Programa Alternativo de Atención: Contempla la posibilidad de realizar visitas educativas al hogar con la finalidad de apoyar a aquellas familias que presentan mayores dificultades en el desarrollo de su rol educativo. Bajo la responsabilidad de un técnico en educación parvularia, el programa atiende diariamente a niños desde los 2 años hasta su ingreso a la educación básica. Ofrece atención integral gratuita, que comprende educación, alimentación y atención social. Considera a la familia como actor clave del proceso educativo y se localiza preferentemente en sectores rurales y semi urbanos. Contiene los siguientes servicios: Jardín Estacional (atención durante los meses de verano), Jardín Laboral (extensión horaria y alimentación),</p> |

| | |
|--|--|
| | Jardín Infantil Familiar (trabajo con familias y niños). Entre todos conforman lo que se denomina el Jardín Infantil Alternativo. Éste se implementa con la participación de las Municipalidades u otros organismos comunitarios (Junta de Vecinos, club deportivo, organizaciones religiosas, u otros) quienes apoyan su implementación y mantención. El personal, la asesoría, el material didáctico y la alimentación de los niños son financiados por la Junta Nacional de Jardines Infantiles. El aprendizaje de los niños que asisten se evalúa a través de la aplicación de un instrumento institucional a nivel nacional, aplicado por Educadores de Párvulos del Equipo Técnico Regional. |
| | Subsidio Único Familiar: Administrado por Chile Crece Contigo, es el beneficio equivalente a la Asignación Familiar, entregado a personas de escasos recursos que no pueden acceder al beneficio por no ser trabajadores dependientes afiliados a un sistema previsional. Tiene un valor que corresponde a \$6.500 (2009). Está dirigido a jóvenes menores de 18 años y Madres de menores que viven a sus expensas. Las mujeres embarazadas también pueden aplicar al servicio. Las personas que aplican al subsidio deben pertenecer al 40 % de la población más vulnerable. La municipalidad es la institución responsable de proporcionar el servicio el cual es habilitado por Chile Solidario. |
| | Sala Cuna: Las empresas de 20 o más trabajadoras deben tener salas anexas e independientes del local de trabajo en donde las mujeres puedan tomar un tiempo libre del trabajo para dar alimento a sus hijos menores de dos años y dejarlos mientras estén en el trabajo. El empleador debe elegir y pagar la sala cuna, entre las pertenecientes a la Junta Nacional de Jardines infantiles. También debe encargarse del mantenimiento de la sala cuna y de contratar a una persona a cargo capacitada, preferentemente una auxiliar |

| | |
|--|--|
| | <p>de enfermería. Adicionalmente, el empleador debe pagar por los costos de transporte a la sala cuna. Generalmente, las Sala Cuna las maneja el municipio o una organización no gubernamental (el Estado puede contratar a operadores privados). Chile Crece Contigo asegura la disponibilidad de servicios de Sala Cuna gratuitos, dirigidos a niños de hasta dos años de edad cuyo adulto responsable trabaja, busca trabajo, estudia o presenta una situación de especial vulnerabilidad. La Fundación Integra es uno de los organismos encargados de ofrecer servicios de Sala Cuna. La Junta Nacional de Jardines Infantiles puede financiar la totalidad de la atención.</p> |
| | <p>Integra: Su misión primordial es lograr el desarrollo integral de niños de 3 meses a 4 años de edad que viven en situación de pobreza o vulnerabilidad social. Para ello, cuenta con un programa Educativo Nacional de excelencia que reconoce los Derechos del Niño, respeta la diversidad, promueve valores fundamentales e incorpora a las familias y a la comunidad. Es una entidad privada, sin fines de lucro y funciona como una red nacional de recursos humanos e infraestructura que trabaja en favor de la infancia. Cuenta con una gran variedad de establecimientos de sala cuna, jardines infantiles con sala cuna y jardines infantiles individuales. Salas Cunas y Jardines Infantiles gratuitos es un programa que ofrece; entrega educación y alimentación de calidad a niños provenientes de familias que viven en situación de pobreza y/o en vulnerabilidad social. Está dirigido a niños menores de 5 años, de las familias en situación de pobreza y/o situación de vulnerabilidad social. Integra se encarga de supervisar sus propios establecimientos. En adición al anterior programa, ofrece una gran variedad de programas entre los que se encuentran: Fono Infancia, Jardín Sobre Ruedas, Unidad de protección a la primera infancia, Beneficio Veranadas Pehuenche, Atención</p> |

| | |
|---|---|
| | Psicosocial para Niño Hospitalizados y Para Sus Familias, Jardín Digital, Jardines Interculturales, y Jardines Estacionales. |
| 0 | Asignación Familiar o Maternal: Es una prestación de carácter económico que se asigna a un trabajador o pensionado, por las personas que vivan a sus expensas y cumplan con los requisitos establecidos por la ley. Se otorga previa autorización de las entidades administradoras y es cancelada por el empleador a los trabajadores, o la entidad administradora correspondiente. Los montos a cancelar se determinan de acuerdo montos del ingreso que son establecidos cada año a partir del mes de julio de cada año; si el ingreso mensual es de hasta \$ 170.000 la persona recibe \$ 6.500, si el ingreso mensual está entre \$ 170.001 y \$ 293.624 recibe \$ 4.830, si el ingreso mensual está entre \$ 293.625 y \$ 457.954 recibe \$ 1.526, si el ingreso mensual es superior a \$ 457.954 recibe 0. El beneficio de Asignación Familiar es enteramente de cargo fiscal. |
| 1 | Chile Crece Contigo: asociado al sistema de registro permite el registro realiza acompañamiento y apoyo durante toda la trayectoria de desarrollo del niño hasta que ingresan al sistema escolar (ley 2009). Es el componente del Sistema de Protección Social que busca acompañar, proteger y apoyar integralmente a niños y sus familias con acciones y servicios de carácter universal, focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor. Sus programas de atención incluyen a niños desde la gestación hasta que ingresan a Pre-Kínder en el sistema escolar. Los niños se integran a Chile Crece Contigo desde su primer control de gestación en el sistema público de salud. Entre sus actividades se destacan: provisión de una guía |

| | |
|---|---|
| | para madres embarazadas y preparación para el parto, ejecución de talleres para las madres embarazadas, Programa de Apoyo al Recién Nacido, Ayudas Técnicas para usuarios de Chile Crece Contigo, Sala Cuna y Jardines Infantiles Gratuitos, Programa educativo masivo, Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial, Subsidio Familiar. |
| 2 | Jardines Infantiles: El servicio se implementa en establecimientos educativos. Integra a niños con necesidades especiales. Es administrado directamente por la Junta Nacional de Jardines Infantiles o bajo la modalidad de traspaso de fondos a municipios o entidades sin fines de lucro. Se encuentran ubicados en zonas urbanas y semiurbanas. Funciona 11 meses del año en jornada completa y ofrece el servicio gratuito de alimentación. La Junta Nacional de Jardines Infantiles aplica un instrumento de evaluación de los Aprendizajes Esperados que da cuenta, de los logros alcanzados. Los resultados que emanan de este instrumento, constituyen un referente o un complemento de la evaluación pedagógica que se realiza a nivel de aula, donde cada equipo de aula decide las condiciones a evaluar. La fundación Integra cuenta con un programa de jardines estacionales que mantiene sus puertas abiertas para apoyar a las familias que tienen su mayor carga laboral durante la temporada veraniega. La atención en los jardines se caracteriza porque comprende los siguientes niveles: Nivel Medio Menor: el que atiende a párvulos de 2 años a 2 años 11 meses. Nivel Medio Mayor: al que asisten párvulos de 3 años a 3 años 11 meses. |
| 3 | Pre-Kínder y Kínder: Representan los niveles de transición a la educación obligatoria y se brindan en establecimientos públicos o privados subsidiados. La educación que es ofrecida de forma gratuita se realiza en Escuelas municipales, Escuelas particulares subvencionadas sin financiamiento compartido, Junta Nacional |

| | |
|---|--|
| | de Jardines Infantiles, Fundación Integra Salas Cunas y Jardines Infantiles de empresas, ONG, Instituciones Comunitarias y de la Iglesia. |
| 4 | Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial: Pilar fundamental en el trabajo que se realiza en el programa Chile Crece Contigo en lo relacionado con la Salud. Garantiza las prestaciones comprometidas, tales como control prenatal extendido, parto humanizado, talleres prenatales, etc. Es financiado a través de recursos entregados a los departamentos de salud municipal y los centros de salud de administración del Servicio de Salud, provenientes del Fondo de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial. |
| 5 | Programa Nacional de Alimentación Complementaria: apoyo nutricional que incluye la atención de niños menores de 6 años y madres embarazadas. Es un programa del Ministerio de Salud de Chile y consiste en la entrega gratuita en los consultorios de atención primaria del Sistema Nacional de Servicios de Salud de leche y alimentos para niños menores de 6 años y mujeres embarazadas. |
| 6 | Desarrollo Infantil e Iniciativas para la Infancia: Modalidades que benefician a los niños que requieren de apoyos diferenciados para un óptimo desarrollo de sus potencialidades (físicas, psicológicas y sociales). Dichas Modalidades corresponden a la implementación de Salas de Estimulación, Ludotecas, Servicios Itinerantes de Estimulación, Atenciones Domiciliarias y capacitación a los profesionales que se desempeñan en Chile Crece Contigo. Es financiado a través del Fondo de Desarrollo Infantil e Iniciativas para la Infancia, a través de transferencias. |
| 7 | Ayudas Técnicas para usuarios de Chile Crece Contigo: Proporciona implementos de apoyo diferenciado que utilizan aquellos niños que presentan alguna dificultad en su desarrollo. Por ejemplo, |

| | |
|---|--|
| | audífonos, sillas de ruedas, elementos para la escuela o para la vida diaria que facilitan la alimentación o la higiene personal. Está dirigido a niños entre 0-6 años que presenten un retraso o alteración en su desarrollo físico, auditivo, visual o mental y necesite ayuda temporal o definitiva. La institución responsable es el Fondo Nacional de la Discapacidad. La atención es gratuita para los niños que pertenecen a Chile Crece Contigo. |
| 8 | Programa de Mejoramiento de Atención a la Infancia: Hace parte del Programa Alternativo de Atención y es destinado a niños en situación de vulnerabilidad. Funciona en espacios comunitarios con la participación de las familias y agentes culturales, quienes, con apoyo de profesionales de la Junta Nacional de Jardines Infantiles, establecen proyectos educativos y de cuidado. El objetivo es que los niños aprendan, se desarrollen y tengan un espacio donde convivir sanamente. A la vez, se busca que todas las personas que participan en él aprendan a trabajar en equipo como agentes educativos. Funciona a través de proyectos y las Direcciones Regionales de la Junta Nacional de Jardines Infantiles observan que los proyectos presentados cumplan con las condiciones señaladas, el Departamento Técnico Pedagógico de la Junta Nacional de Jardines Infantiles estudia los antecedentes de cada proyecto aceptado en la región, para asignarle recursos. |
| 9 | Jardines Integra: Ofrece Jardines Interculturales, proyecto educativo desarrollado en los jardines infantiles y sala cuna ubicados en localidades con una alta concentración de habitantes de etnias originarias; Jardines sobre Ruedas, parte de un móvil itinerante que recorre las zonas rurales llevando el jardín infantil hacia aquellos lugares donde las condiciones de pobreza, la baja densidad poblacional y la dispersión geográfica dificultan su instalación; Beneficio Veranadas Pehuenche, proporciona apoyo educacional a niños |

| | |
|---|---|
| | pehuenche y menores de 5 años que asisten a los jardines infantiles. |
| 0 | Unidad de protección a la primera infancia: Integra cuenta con una Unidad de Protección a la Primera Infancia conformada por un equipo de psicólogos y asistente social que asesora a los equipos regionales respecto a la atención de casos de posible maltrato y/o abuso sexual infantil detectados en jardines y salas cunas de la Fundación. La Unida es pionera en la protección que ejerce una institucionalidad orientada a la detección e intervención frente a situaciones de maltrato y abuso en los más pequeños. |
| 1 | Unidades de Atención y Buen Trato: La Junta Nacional de Jardines Infantiles cuenta, con las Unidades de Protección y Buen Trato que están presentes en sus 15 Direcciones Regionales, integradas por sicólogos, abogados, educadoras y asistentes sociales. Cada unidad distingue tres líneas de acción: promoción del buen trato y búsqueda del bienestar de los niños; prevención de conductas violentas; atención de casos cuando los derechos de los niños han sido vulnerados. |

Chile: Descripción de los Programas de Atención Indirecta

| | |
|--|---|
| | <p>El Servicio Nacional de la Mujer: tiene como misión diseñar, proponer y coordinar políticas, medidas y reformas legales conducentes a la igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres; y a disminuir prácticas discriminatorias en el proceso de desarrollo político, social, económico y cultural del país.</p> |
| | <p>Chile Solidario: Es el componente del Sistema de Protección Social que se dedica a la atención de familias que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Es un modelo de gestión, representado en la Secretaría Ejecutiva radicada en el Ministerio de Planificación y de las Secretarías Regionales Ministeriales, ambas instancias dedicadas a coordinar a las instituciones responsables de entregar prestaciones sociales, para que funcionen en red. Funciona de manera descentralizada en estrecho vínculo con los gobiernos locales, quienes son responsables de las principales funciones de la protección social. Entre otros, proporciona transferencias condicionales a los padres que envían a sus hijos a instituciones de atención a la primera infancia. Ofrece programas para la integración social entre los que se destaca el Programa Caminos, dirigido a apoyar a niños y niñas de familias donde hay situaciones de separación forzosa en razón del cumplimiento de condena de alguno de sus integrantes. Brinda apoyo a la financiación del Subsidio Familiar y el Subsidio al Consumo de Agua Potable y Uso de Alcantarillado, cada uno de los cuales afecta directa o indirectamente la calidad de vida de los niños.</p> |
| | <p>Acceso Universal a Garantías Explicitas: Garantiza la atención en cuidado personalizado a madres durante el embarazo y el parto. Se pretende garantizar los servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario (se debe</p> |

demostrar incapacidad de pago de las contribuciones al servicio social) y asegurando una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia. Es un plan de acceso universal que define actividades de salud garantizadas universalmente por el Estado. Los niños también tienen acceso a este plan a través de servicios como la atención a cánceres infantiles, traumatismos y dentistería.

Chile: Descripción del marco institucional

| Funciones | Actividad | Descripción |
|------------------|---|--|
| Dirección | Formulación de políticas, planificación y coordinación a nivel central | El Ministerio de Educación establece las Bases Curriculares para la Educación Parvularia que tiene lugar en los Jardines Infantiles y el Kínder. La responsabilidad administrativa de la primera infancia está en manos de la Junta Nacional de Jardines Infantiles, entidad autónoma adscrita al Ministerio de Educación, encargada de coordinar la prestación de programas y servicios a niños de 0-6 años, aunque ha venido concentrando su atención en niños de 0-4. La Fundación Integra es una entidad privada sin fines de lucro y funciona como una red nacional de recursos humanos e infraestructura que trabaja en favor de la infancia. Cuenta con un programa Educativo Nacional de excelencia y administra sus propios establecimientos de educación y cuidado, pero por ley depende de las políticas de la Junta Nacional de Jardines |

| | |
|-------------------------------|--|
| | Infantiles. El Ministerio de Planificación es el encargado de dirigir la política de primera infancia desarrollada a través del Programa Chile Crece Contigo. |
| Asignación de recursos | Los recursos para la atención integral a la primera infancia provienen del presupuesto público. Los recursos destinados a Chile Crece Contigo se originan en el Ministerio de Planificación. A través del Fondo de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, administrado por el Ministerio de Salud, se entregan los recursos a los departamentos de salud municipal y los centros de salud de administración del Servicio de Salud (hospitales y centros de salud) para realizar las tareas vinculadas al Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial. A través del Fondo de Apoyo al Desarrollo Infantil e Iniciativas para la Infancia, administrado por el Ministerio de Planificación, se entregan recursos para la implementación de Modalidades que beneficien a niños que según parámetros de Salud requieren de apoyos diferenciados para un óptimo desarrollo de sus potencialidades (físicas, psicológicas y sociales). El Departamento Técnico Pedagógico de la Junta Nacional de Jardines Infantiles asigna recursos a las propuestas inscritas al Programa de Mejoramiento de Atención a la Infancia. Los servicios institucionales de |

| | |
|-----------|--|
| | cuidado y educación son financiados por la Junta Nacional de Jardines Infantiles financiada con recursos del Ministerio de Educación. |
| eo | Monitor Se sigue un modelo de acreditación centralizada en el que la Junta Nacional de Jardines Infantiles hace monitoreo de los aspectos requeridos para la acreditación de sus propios establecimientos y de los establecimientos privados. Este estamento es responsable de la calidad en la educación inicial a través de tres modalidades: la supervisión de los establecimientos de administración directa, tarea que tiene relación con dirigir los procesos educativos; la fiscalización de establecimientos de la sociedad civil a los que se transfieren fondos estatales; y el empadronamiento de salas cuna y jardines infantiles particulares. Integra se encarga de supervisar sus propios establecimientos. La Junta Nacional de Jardines Infantiles aplica un instrumento de evaluación de los Aprendizajes Esperados a los Jardines Infantiles. Los resultados que emanen de este instrumento, constituyen un referente o un complemento de la evaluación pedagógica que se realiza a nivel de aula, donde cada equipo de aula decide las condiciones a evaluar. El |

| | | |
|------------------|---|--|
| | | aprendizaje de los niños que asisten a Jardines Infantiles Alternos se evalúa a nivel nacional a través de Educadores de Párvulos del Equipo Técnico Regional. El Ministerio de Planificación supervisa y evalúa el programa Chile Crece Contigo. |
| | Formulación de políticas, planificación y coordinación a nivel descentralizado | Las Municipalidades son las encargadas de proporcionar los Subsidios Familiares, y financian y administran los centros públicos y privados subsidiados. El Programa de Salud Escolar es operado por la Dirección Regional de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas a través del Coordinador de Salud y la red comunal existente. Las Municipalidades y gobiernos locales son las principales responsables de la protección social. Las Municipalidades participan en la implementación de Jardines Infantiles Alternos. |
| Promoción | Centros de Investigación y Observatorios | |

| | | |
|---|---|---|
| Vigilancia de comportamientos ciudadanos | <p>El Departamento Técnico-Pedagógico, coordina todas las acciones tendientes a prevenir eventuales situaciones de maltrato infantil. A través de las Unidades de Atención y Buen Trato, la Junta Nacional de Jardines Infantiles cuenta con Unidades integradas por sicólogos, abogados, educadoras y asistentes sociales. Las Unidades están presentes en las Direcciones Regionales y cada una distingue tres líneas de acción: promoción del buen trato y búsqueda del bienestar de los niños; prevención de conductas violentas; atención de casos cuando los derechos de los niños han sido vulnerados. La Unidad de Protección a la Primera Infancia (INTEGRA) se encarga de la detección e intervención del maltrato en los niños que asisten a los jardines infantiles y salas cuna.</p> | |
| Participación de organismos no gubernamentales | De Cooperación Internacional | Association for Childhood Education International Self-Assessment Tool: instrumento internacional utilizado para evaluar la calidad de la atención a la primera infancia. |
| | Comunitarios | Convenio Chile - México: pasantías para educadoras en México y para educadores mexicanos en Chile. |

Cuba

Cuba: Síntesis de Actividades de Atención a la Primera Infancia

| Actividades | Prestaciones | Cuidado Gestación y Parto | Niños 0-2 años | Niños 3-4 años | Niños 5 en adelante | | |
|--|---|--|--|-------------------------|---------------------|--|--|
| Apoyo a la familia para el cuidado de la primera infancia | Facilidades de permanencia en el hogar | Licencia de maternidad de 48 semanas: 18 semanas salario pleno, 30 con 60% del salario. Licencias complementarias de maternidad. | | Licencia no remunerada. | | | |
| | Capacitación de los padres | Educa tu Hijo: talleres pedagógicos. Médico de Familia: capacitación en salud y prevención de enfermedades. | Educa tu Hijo: talleres pedagógicos y visitas a las casas. Guías alimentarias. Yo sí Puedo: alfabetización de adultos. | | | | |
| | Otros soportes al hogar | | Pensión Alimenticia. | | | | |
| Estímulo y | Priori | | Código de la Niñez y la Juventud: la vida y el | | | | |

| | | | | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------------|---|--|--|
| apoyo a la participación de la comunidad en el cuidado de la primera infancia | dad pública de niños y niñas | | desarrollo, el presente y el porvenir de los niños es objeto de atención preferente y constante del Estado. | | |
| | Protección en sitios públicos | | | | |
| | Facilidades públicas | | Órganos municipales del Poder Popular. Educa tu Hijo: talleres pedagógicos (reuniones grupales). | Órganos municipales del Poder Popular. Educa tu Hijo: talleres pedagógicos (reuniones grupales). | |
| Atención institucional directa a la primera infancia | Protección general | Registro y monitoreo | Educa tu Hijo y médico de familia: monitoreo integral de la gestación. | Monitoreo de los Programas de Educación. Médico de Familia: monitoreo de la situación inmunitaria. | |
| | Cuidado | Salas cunas y guarderías | | Círculos Infantiles: centros de cuidado. | |
| | | Cuida | | | |

| | dores | | | | |
|--------------------------|---------------------------------|---|---|---|---|
| Educación | Jardines Infantiles | | Círculos Infantiles: estimulación temprana. | Círculos Infantiles: estimulación y desarrollo. | Círculos Infantiles: estimulación y desarrollo, educación preescolar. |
| | Transición a la primaria | | | | Aulas de preescolar de la escuela primaria. |
| Protección social | Salud | Hogares Maternos: asistencia médica a las madres embarazadas. Médico de Familia | Médico de Familia: atención médica. Servicio en policlínicos: atención médica y prevención de enfermedades. Círculos Infantiles: servicio de atención médica. | | |
| | Nutrición | Hogares Maternos: alimentación a | Canasta básica alimenticia. Círculos Infantiles: programa nutricional. | | |

| | | | |
|---|--|---|---|
| | | madres embarazadas. Canasta básica alimenticia. | |
| Atención especial (necesidades particulares) | Condiciones diferentes de desarrollo | | Círculos Infantiles: atienden a niños con necesidades educativas especiales. Centros de Diagnóstico y Orientación: diagnóstico y estimulación o rehabilitación desde el momento en que son detectadas necesidades educativas especiales. |
| | Otras condiciones especiales (económicas, geográficas, étnicas) | Educa tu Hijo: garantiza atención educativa en zonas de montaña donde no existen círculos infantiles y las escuelas primarias quedan muy lejos. Círculos Infantiles: atienden a niños cuyos padres están en incapacidad para asumir su educación. | Educa tu Hijo: garantiza atención educativa a niños que viven en zonas de montaña donde no existen círculos infantiles y las escuelas primarias quedan muy lejos. Círculos Infantiles: atienden a niños cuyos padres están en incapacidad para asumir su educación. |
| Atención de emergencia | Abandono, maltrato y | | |

| | | |
|------------------------|---|--|
| (derechos violados) | abuso, explotación, tráfico, etc. | |
|------------------------|---|--|

Cuba: Descripción de los Programas de Atención Directa

| | |
|--|--|
| | <p>Licencia de maternidad: Es requisito que la madre se encuentre vinculada laboralmente y haya trabajado no menos de setenta y cinco días en los doce meses continuos anteriores al inicio de la licencia. Si no se reúnen dichos requisitos, la madre tiene derecho a acogerse a la licencia sin recibir retribución. Después del periodo postnatal (18 semanas) y la etapa de lactancia, los padres pueden decidir quién se queda con la licencia de maternidad. El pago de las prestaciones de la licencia se abona con cargo al presupuesto de la Seguridad Social.</p> |
| | <p>Licencias complementarias de maternidad: Concede 6 días o 12 medios días de licencia retribuida, a madres embarazadas con fines de su atención médica y estomatológica. Durante el primer año de vida del niño se tiene derecho a un día de cada mes de licencia retribuida para concurrir al centro asistencial pediátrico. Adicionalmente, la madre trabajadora que se incorpore a su actividad laboral al vencimiento del período de licencia postnatal (18 semanas), tiene derecho a que se le conceda una hora diaria para la lactancia del niño, si es menor de un año. El pago de las prestaciones de la licencia se abona con cargo al presupuesto de la Seguridad Social.</p> |
| | <p>Licencia no remunerada: Los padres que no reúnen los requisitos para el pago de la prestación social opcional por maternidad y no pueden asistir al trabajo debido a la necesidad de brindar cuidado a su hijo pueden acceder a una licencia no remunerada de hasta 9 meses, mientras el hijo sea menor de un año. Las madres o padres trabajadores con hijos o hijas menores de dieciséis años de edad pueden acceder a dicha licencia por un máximo de 6 meses.</p> |

Programa Educa tu Hijo: El principal objetivo del programa es entrenar a las familias para que adquieran las herramientas necesarias para proveer el desarrollo integral de sus hijos, proporcionando a los padres orientación educativa, de protección, salud y nutrición del niño. La atención a los niños no se implementa en establecimientos educativos, sino a través de visitas a los hogares y reuniones grupales que se fundamentan en la consolidación de un compromiso comunitario. La atención individual es proporcionada a familias con niños menores de 2 años en sesiones de una hora una o dos veces por semana aproximadamente. Las reuniones grupales consisten en reuniones de grupos de padres e hijos que reciben orientación por parte de un agente educativo una o dos veces por semana. Se complementa con el Programa Yo sí Puedo (educación de adultos) en la medida en que éste tiene un impacto indirecto, proporcionando a los padres de familia cierto nivel educativo e incrementando su conciencia acerca de la importancia de la primera infancia. La orientación de las familias es realizada a través de ejecutores; personas seleccionadas por los organismos y organizaciones que participan en el programa incluyendo los propios miembros de las familias. A su vez los ejecutores son capacitados por promotores. El Programa Educa tu hijo se fundamenta en un monitoreo continuo que incluye evaluaciones sistemáticas del proceso educativo y de sus efectos en el desarrollo de los niños. Las visitas a las casas están orientadas a establecer un seguimiento del desarrollo nutricional y de salud de los niños.

Pensión alimenticia: El estado otorga una pensión alimenticia a las personas que tienen a su cargo la alimentación y sustento de un menor. El monto de la pensión varía según el ingreso de las personas y las necesidades y condiciones especiales de las mismas.

| | |
|--|---|
| | <p>Médico de Familia: Trabajo en equipo de un médico y una enfermera que brindan atención primaria a un grupo de familias, sirviendo también como una herramienta de monitoreo continuo a la salud de las mismas. Su objetivo es mejorar el estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas al individuo, a la familia, la comunidad y el ambiente, siempre sirviéndose de una íntima vinculación con la comunidad. El acompañamiento a la madre durante el periodo de gestación tiene que ver principalmente con aspectos de promoción de la salud y prevención de enfermedades, aunque también de educación en pautas de crianza y cuidado. Trabajan bajo el auspicio de los policlínicos y hospitales. Adicionalmente, el Médico Familiar controla la situación inmunitaria, supervisa las técnicas de aplicación de las vacunas y actualiza las tarjetas de vacunación de las familias.</p> |
| | <p>Órganos municipales del Poder Popular: La sociedad y el Estado a través de los órganos municipales del Poder Popular, dedican especial atención a la necesidad de jugar de los niños y garantizan el fomento, mantenimiento y conservación de las áreas de juego y los parques infantiles.</p> |
| | <p>Monitoreo de los Programas de Educación: Los programas de educación tienen la obligación de hacer un monitoreo continuo que se realiza así: 1. frente al programa Educa a tu Hijo se realizan evaluaciones sistemáticas del desarrollo de los niños durante el proceso educativo; monitoreo y evaluación de la implementación y resultados del programa. 2. frente al programa de círculos infantiles se aplica un sistema de diagnóstico del nivel de desarrollo de los niños y niñas a lo largo de sus ciclos de vida y al ingresar a la escuela primaria. Este tipo de evaluaciones son encargadas a promotores y ejecutores del Programa Educa a tu Hijo y educadores y maestras de preescolar de los Círculos Infantiles y aulas de</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>preescolar respectivamente. Las instituciones de salud pueden realizar un monitoreo continuo de las madres y niños, basándose en alianzas comunitarias con profesores, y en el establecimiento de un servicio sostenido hacia el paciente.</p> |
| | <p>Círculos Infantiles: Brindan atención preescolar a hijos de madres trabajadoras entre los 1 y 6 años de edad. Su objetivo es propender por el desarrollo físico y mental de los niños, prevenir enfermedades, trasladar a la vida familiar las costumbres y hábitos higiénicos de la institución, y ayudar a los padres a conocer y orientar mejor a sus hijos. Los Círculos Infantiles se encargan de hacer evaluaciones sistemáticas del proceso educativo y de sus efectos en el desarrollo de los niños. Funcionan de acuerdo a los siguientes ciclos de atención: para los niños de 1-2 años, hay 5 docentes especializados por cada 20 niños con quienes realizan acciones de estimulación temprana. Cuando los niños tienen de 2-3 años son atendidos por el mismo grupo de docentes y cuando tienen de 4-5 años son entregados a un nuevo grupo de docentes que maneja 4 docentes por cada 20 niños. A los 5 años se ingresa a la educación preescolar. Adicionalmente, en los Círculos Infantiles se ofrecen servicios de atención médica estomatológica y otras especialidades y se sigue un programa nutricional que responde a las necesidades de los niños de esas edades. Hay Círculos Infantiles denominados Círculos Infantiles especiales que atienden a los niños con necesidades educativas especiales como problemas de audición, visión, lenguaje y desarrollo intelectual. Hay Círculos Infantiles denominados Círculos Infantiles mixtos que atienden a niños que requieren régimen de internado por incapacidad de los padres (física o mental) para asumir su educación.</p> |

| | |
|---|--|
| 0 | Policlínicos: Proveen cuidado en salud a las madres durante la gestación y la primera infancia. Se enfocan en prevención e iniciativas de sondeo universal, promueven y realizan la inmunización a través de llamadas telefónicas, visitas a los hogares y chequeos semianuales. El personal de los policlínicos está pendiente del desarrollo de la Primera Infancia y se coordina con los profesores de preescolar y el Médico de Familia para que en el momento en que se perciba un problema con un niño éste pueda ser referido al especialista apropiado. |
| 1 | Hogares Maternos: Se concibe como una institución no hospitalaria para dar protección a la mujer embarazada próxima al parto. Hace énfasis en la atención a las madres con complicaciones en el embarazo y posibles complicaciones en el parto. Adicionalmente, se garantiza de forma gratuita alimentación, alojamiento y asistencia médica durante los nueve meses de embarazo. |
| 2 | Centros de Diagnóstico y Orientación: Realizan un diagnóstico temprano y estimulan o rehabilitan al niño desde el momento en que son detectadas necesidades educativas especiales. Para realizar este tipo de objetivos se requiere de la interrelación de la escuela con la comunidad y la incorporación de la familia a todo el proceso docente de los niños y niñas con necesidades educativas especiales. Funcionan de manera descentralizada en los distintos municipios del país. |

Cuba: Descripción de los Programas de Atención Indirecta

| | |
|--|--|
| | Yo sí Puedo: Programa de alfabetización de adultos que se complementa con el programa Educa tu Hijo, ya que proporciona a los padres cierto nivel educativo e incrementa su conciencia sobre la importancia de la primera infancia. Es coordinado por la organización Un Mundo Mejor es Posible y |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | funciona en colaboración con organizaciones barriales, sindicatos, ONG y distintos movimientos sociales. |
| | <p>Canasta básica alimenticia: El Estado Cubano garantiza una canasta básica alimenticia que permite la nutrición de la población. En ésta se busca hacer énfasis en la nutrición a la infancia, partiendo de una lactancia materna exclusiva en los primeros 4 meses de vida, continuada para los siguientes 2 meses bajo el acompañamiento de otros alimentos. Así mismo, se determina la entrega diaria de un litro de leche fluida a todos los niños de cero a siete años de edad.</p> |

Cuba: Descripción del marco institucional

| Funciones | Actividad | Descripción |
|------------------|---|---|
| Dirección | Formulación de políticas, planificación y coordinación a nivel central | La Dirección de Educación Preescolar del Ministerio de Educación está encargada de trazar la política educativa a nivel nacional y generar las directrices del nivel provincial y municipal; gestiona los programas <i>Educa a tu Hijo</i> y <i>Círculos Infantiles</i> . En la ejecución de <i>Educa a tu Hijo</i> participan el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Cultura y Deporte, la Federación de Mujeres Cubanas, los Comités de Defensa de la Revolución, la Asociación Nacional de Pequeños Agricultores, las Asociaciones Estudiantiles, los Sindicatos y los Medios de difusión masiva. Todos ellos conforman el Comité Técnico Nacional de <i>Educa a tu hijo</i> . Existen también |

| | |
|-------------------------------|--|
| | <p>Grupos Técnicos Provinciales y Grupos Técnicos Municipales con las mismas entidades participantes. Los policlínicos, Médicos de Familia, Hogares Maternos y el Programa Nacional de Inmunización son dirigidos por el Ministerio de Salud Pública.</p> |
| Asignación de recursos | <p>Asignación presupuestaria del Estado dirigida a: centros educacionales (enseñanza preescolar incluyendo Círculos Infantiles), servicios de salud pública (hogares maternos, hospitales que brindan servicios de pediatría y atención materna, policlínicos y otras unidades de salud que prestan servicios para niños), prestaciones de asistencia social (niños con bajo peso, hogares infantiles de impedidos físicos y mentales), desarrollo de actividades científicas (programas alimentarios, de vacunación y protección del medio ambiente). Los pagos de las prestaciones de las licencias de maternidad se abonan con cargo al presupuesto de la Seguridad Social. La única fuente de financiamiento del Sistema de Salud es el presupuesto estatal.</p> |
| Monitoreo | <p>Se sigue un modelo escalonado de acreditación nacional en el que el Ministerio de Educación, a través de la Dirección de Educación Preescolar y el Grupo Técnico Nacional, son encargados de hacer seguimiento a los Círculos Infantiles y el Programa <i>Educa a tu Hijo</i> a través del siguiente</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>esquema: en las provincias, se cuenta con un Grupo Técnico Provincial cuya función es contar un diagnóstico de cada uno de los municipios que le corresponden y hacerle seguimiento a los Grupos Técnicos Municipales. Estos últimos se encargan de hacerle el seguimiento a los Grupos Técnicos Locales, que existen en los Consejos Populares, y que son los que llevan a cabo la atención. Por otro lado, oficiales de la salud pública visitan a los Médicos de Familia para revisar y discutir las estadísticas de salud de su consultorio. El Ministerio de Salud Pública cumple la tarea de supervisar y evaluar el Programa Nacional de Inmunización.</p> |
| Formulación de políticas, planificación y coordinación a nivel descentralizado | <p>Los grupos provinciales y municipales, así como los Consejos Populares juegan un papel primordial, pues en ellos se concretizan las estrategias de acción y se hace efectiva la atención a la primera infancia en un territorio determinado (tienen la capacidad de formular planes de acción); los Grupos Técnicos Locales (inscritos a los Consejos Populares) asimilan la composición del Grupo Técnico Nacional y son los encargados de llevar a cabo la atención integral, conforme a las particularidades y condiciones concretas de cada región. Los Médicos de Familia se encargan del diseño e implementación de planes anuales de salud y cada provincia conforma sistemas locales de salud en sus municipios.</p> |

| | | |
|---|---|---|
| Promoción | Centros de Investigación y Observatorios | El <i>Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Preescolar</i> diseña y ejecuta programas de superación posgrada y de investigación que propicien el enriquecimiento de los conocimientos teóricos y el perfeccionamiento de la práctica pedagógica en la educación inicial y preescolar. También organiza formas de intercambio que permitan el estudio y discusión de las problemáticas fundamentales de la educación inicial y preescolar en el contexto latinoamericano y de otras latitudes, compila y divulga concepciones y prácticas educativas asociadas a la primera infancia. El Sistema Nacional de Salud cuenta con 11 institutos de investigación. |
| Vigilancia de comportamientos ciudadanos | | La patria potestad está a cargo de los padres y éstos deben esforzarse para que tengan una habitación estable y una alimentación adecuada; cuidar de su salud y aseo personal; atender su educación, entre otros (art. 85 del Código de Familia). Si los padres incumplen gravemente algunos de estos deberes o cometan un delito contra el niño, los tribunales pueden revocar la patria potestad. |
| Participación de organismos no | De Cooperación Internacional | Unicef: vela por la protección de los derechos de los niños a través de la divulgación de los derechos de la infancia. Sus actividades en primera infancia se fundamentan en la definición de los siguientes programas |

| | | |
|------------------------|---------------------|---|
| gubernamentales | | principales: 1. Programa integrado para la primera infancia ayuda a sostener los niveles actuales de inmunización. 2. Programa sobre educación básica presta apoyo a la capacitación para mejorar la calidad de la educación y la ampliación comunitaria, y la difusión de conocimientos relativos a la protección de los derechos infantiles. |
| | Comunitarios | El Programa Social de Atención Educativa de <i>Educa a tu Hijo</i> es esencialmente comunitario pero cuenta con todo el apoyo estatal y responde a la política educacional del país. La Federación de Mujeres Cubanas cuenta con brigadas sanitarias que participan activamente en el fomento de la vacunación de la infancia. Las instituciones religiosas y caritativas funcionan como fuentes privadas que financian algunos programas alternativos de atención a la primera infancia. |

Dinamarca

Dinamarca: Síntesis de Actividades de Atención a la Primera Infancia

| Actividades | Prestaciones | Cuidado Gestación y Parto | Niños 0- 2 años | Niños 3- 4 años | Niños 5 en adelante |
|-------------|--------------|------------------------------|--------------------|--------------------|------------------------|
|-------------|--------------|------------------------------|--------------------|--------------------|------------------------|

| | | | |
|--|---|--|--|
| Apoyo a la familia para el cuidado de la primera infancia | Facilidades de permanencia en el hogar | Licencia de maternidad pagada por 18 semanas al 90% del salario vigente. Licencia de paternidad pagada por dos semanas al 90% del salario vigente. Licencia paterna pagada por 32 semanas al 90% del salario vigente. Child care leave por 13 semanas: pagadas al 60% del pago por desempleo a padres con niños menores de 8 años. | Child care leave por 13 semanas: pagadas al 60% del pago por desempleo a padres con niños menores de 8 años. |
| | Capacitación de los padres | | Autoridad Local: información educativa y financiera a familias que lo requieran. |
| | Otros soportes al hogar | | Family allowance. Child Benefit. Child Care Allowance. |
| Estímulo y apoyo a la participación de | Prioridad pública de niños y | | |

| | | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------------|---|
| la comunidad en el cuidado de la primera infancia | niñas | | |
| | Protección en sitios públicos | | The National Council for Children: trabaja por salvaguardar los derechos de los niños. |
| | Facilidades públicas | | Exposiciones y espacios de juego en los museos. Legesteder. |
| a la primera infancia | Protección general | Registro y monitoreo | Central Office of Civil Registration. Health Visitor. Central Office of Civil Registration. Health Visitor. Profesores de preescolar. |
| | Cuidado | Salas cunas y guarderías | Age-integrated facilities. (Creches: particulares atienden niños 0-2 años) |

| | | | | | |
|------------------|----------------------------|--|--|--|---|
| | Cuidadores | | Municipal day care/Family day care: atención a niños de 0-3 años por un cuidador particular. | | |
| Educación | Jardines Infantiles | | Age-integrated facilities. (Kindergarten: particulares atienden niños de 3-7 años) | | Age-integrated facilities. (Kindergarten: particulares atienden niños de 3-7 años). After-school recreation centres. |
| | Transición a la | | | | Kindergarten classes. |

| | | | | | |
|---|--|--------------------------|--|---------------------------------|----------------------------------|
| | primaria | | | | After-school recreation centres. |
| Protección social | Salud | National Health Service. | National Health Service. Health Visitor. | | |
| | Nutrición | | Los programas de cuidado y educación incluyen servicios de nutrición. | | |
| Atención especial (necesidades particulares) | Condiciones diferentes de desarrollo | | Specialised institutional settings. | | |
| | Otras condiciones especiales (económicas, geográficas, étnicas) | | Home Help. | Home Help. Language Assessment. | |
| Atención de | Abandono, | | National Council for Children: trabaja por salvaguardar los derechos de los niños. | | |

| | | |
|---|---|--|
| emergencia (derechos violados) | maltrato y abuso, explotación, tráfico, etc. | |
|---|---|--|

Dinamarca: Descripción de los Programas de Atención Directa

| | |
|--|---|
| | <p>Licencia de Maternidad: Las madres pueden pedir su licencia a partir de las 4 semanas previas al parto (si la madre trabaja para el Estado puede pedir licencia a partir de las 6 semanas). Las dos semanas siguientes al parto son de licencia obligatoria y las subsiguientes 14 semanas voluntarias. El pago se calcula de acuerdo con el monto del salario vigente; los términos del contrato laboral determinan el monto del pago recibido, pero en caso de que esto no ocurra el beneficiario puede recibir hasta el 50% del salario desde las 4 semanas previas al parto, hasta las 14 semanas subsiguientes al mismo.</p> |
| | <p>Licencia de Paternidad: El padre puede pedir 2 semanas de licencia durante las 14 semanas siguientes al parto. El pago se calcula de acuerdo al monto del salario vigente; los términos del contrato laboral determinan el monto del pago recibido, pero en caso de que esto no ocurra el beneficiario puede recibir hasta el 50% del salario desde las 4 semanas previas al parto, hasta las 14 semanas subsiguientes al mismo.</p> |
| | <p>Licencia Paterna: Los padres del recién nacido pueden acceder a 32 semanas de licencia que pueden dividir entre el padre y las madre. Si la madre toma las 32 semanas, se le conceden 14 semanas extras no pagadas, y el padre puede pedir licencia de 32 semanas no pagadas, extendibles en 14 semanas no pagadas. Si ocurre lo contrario, la madre también puede acceder a 32 semanas no pagadas, extendibles en 14 semanas. Sumando el máximo de semanas concedidas bajo la licencia de maternidad, paternidad y paterna, los padres del recién nacido pueden acceder, en conjunto, a 112 semanas de licencia, donde la madre accede a un máximo de 64 semanas y el padre a un máximo de 48. El pago de las 32 semanas se hace a través de</p> |

| | |
|--|--|
| | contribuciones fijas proporcionadas por el Estado. En 2007 el monto era de DKK3, 335.00 semanales. |
| | Family Allowance: Todas las familias con niños menores de 18 años reciben un monto fijo por cada niño en el hogar, obteniendo un pago más alto por los niños menores de 7 años, y uno aún mayor por los niños menores de 2 años. El pago es libre de impuestos y es financiado por el gobierno a través del Ministerio de Hacienda (Ministry of Taxation). Jefes del hogar que son padres solteros o pensionados también pueden recibir child allowance. |
| | Child Benefit: Pagos trimestrales entregados a familias con niños menores de 18 años. Los pagos se financian por medio de impuestos, a través del Ministerio de Hacienda (Ministry of Taxation), y los montos se establecen de la siguiente manera: si el niño tiene entre 0-2 años se proporcionan DKK 3.473 trimestrales, si el niño tiene entre 3-6 años se proporcionan DKK 3.138 trimestrales, si el niño tiene entre 7-17 años se proporcionan DKK 2.469 trimestrales (datos del 2007). |
| | Child Care Allowance: Pagos financiados a partir de impuestos, a través del Ministerio de Hacienda (Ministry of Taxation). Son aplicables a familias con niños entre 1-6 años de edad. Puede ser garantizado por un periodo mínimo de 8 semanas y máximo 1 año y se pueden recibir hasta tres pagos regulares diferentes, según la cantidad de niños bajo el sustento del hogar. El monto de cada pago no puede exceder el 85% de los costos netos de la institución de cuidado. |
| | Legesteder: Centros públicos para que las personas que cuidan a niños en sus casas puedan llevarlos |

| | |
|---|---|
| | para que jueguen con otros niños. |
| | Central Office of Civil Registration: Oficina adscrita al Ministerio de Bienestar Social (Ministry of Social Welfare) y está encargada del sistema de registro civil, el cual funciona de manera centralizada, administrando los números personales de registro necesarios para el acceso a los servicios de salud, entre otros. También provee a las autoridades públicas y el sector privado, de la información básica de las personas (p.ej. nombre, dirección, estado marital, lugar de registro de nacimiento). |
| | Health Visitor: La Autoridad Municipal de Salud (Municipal Health Authority) recibe la notificación de los nacimientos y es responsable de proporcionar servicios de cuidado en salud a través de enfermeras que hacen visitas al hogar y chequeos de la madre y el hijo. El visitador de salud también da consejos médicos y hace exámenes de salud para revisar posibles casos de deficiencias disfuncionales de los niños hasta que terminen el periodo de educación obligatoria. |
| 0 | Profesores de preescolar: El personal de las escuelas preescolares hace monitoreo continuo de la atención impartida y la forma cómo afecta al grupo y a cada niño en particular. |
| 1 | Age-integrated facilities: Atienden a niños de 0-7 años y son operadas, generalmente, por servidores comunitarios públicos. Aunque la provisión de los servicios puede ser pública o privada, el servicio más utilizado es el público. Las instituciones públicas y privadas pueden recibir ayuda financiera del gobierno, si trabajan conjuntamente con las autoridades locales y acatan sus regulaciones y guías operativas. En Dinamarca se está velando por mantener una cohesión y cooperación entre los sistemas de cuidado diario (Creches, Age integrated facilities, Municipal day care/Family day care y Kindergarten), el sistema escolar y |

| | |
|---|---|
| | las actividades extracurriculares. |
| 2 | After-school recreation centres: Atiende a niños entre 6-10 años de edad, en horas extracurriculares. Las autoridades locales están encargadas de proveer las instalaciones necesarias para que todos los niños puedan acceder al servicio. Éstas también están encargadas de subsidiar parte de los costos de la prestación del servicio. El servicio se lleva a cabo, generalmente en las escuelas u otros centros de recreación, demandando pagos de los padres. A pesar de ello, los centros de recreación son ampliamente utilizados por los niños daneses. |
| 3 | Kindergarten Classes: Es la denominación de los espacios utilizados para brindar un año de educación opcional a niños entre 5/6-7 años. El objetivo de esto es familiarizar a los niños con las tareas y rutinas diarias de la vida escolar, y por ello se busca materializar el servicio en las escuelas primarias (folkeskole). Las autoridades locales tienen la responsabilidad de la provisión de la educación primaria y los Kindergarten classes. |
| 4 | Specialised institutional settings: Aunque se procura que los niños con alguna discapacidad sean incluidos en los centros de cuidado y educación, existe una gran variedad de instituciones que brindan atención especializada. Entre éstas se destacan los centros de cuidado para niños con limitaciones cognitivas y físicas. |
| 5 | Home Help: Si la persona que tiene la responsabilidad del cuidado del niño se encuentra enferma, recluida o en alguna otra situación de incapacidad, puede recibir ayuda del Estado. |

- 6** **Language Assessment:** Es una obligación de las autoridades locales, proveer actividades de estimulación del lenguaje a niños que vienen de familias inmigrantes. Dichas actividades inician a partir de los 3 años de edad. Los kindergarten proporcionan entrenamiento intensivo para el manejo del danés, sin embargo, si los niños no asisten a un kindergarten tienen derecho a tomar 15 horas a la semana de clases de danés que pueden ser ofrecidas en sus propias casas.

Dinamarca: Descripción de los Programas de Atención Indirecta

National Health Service: El cubrimiento en salud es un derecho ciudadano y el sistema debe garantizar la atención del 100% de la población. Los mayores de 16 años pueden aplicar a dos modelos de seguridad de salud: Family doctor/GP model y free choice of doctor model. Bajo ambos modelos el Estado asegura servicios de atención para mujeres embarazadas en hospitales públicos o privados. Los niños menores están cubiertos por el seguro de salud, teniendo acceso a los hospitales públicos y privados. Adicionalmente, el sistema público de salud proporciona un esquema de atención primaria, por medio del cual se asigna un doctor a cada familia. Los beneficios de este esquema son: se cuenta con una atención más personalizada y el doctor puede llevar un registro y hacer seguimiento de la historia médica del niño. El Estado asume alrededor del 80% de los costos de cuidado en salud (el 20% restante es representativo de gastos en el costo de medicamentos y tratamiento dental, entre otros). El marco legal del sistema de salud es definido centralmente y el Ministerio de Salud (Ministry of Health) está encargado de su supervisión y control. Las autoridades regionales adquieren la responsabilidad de administrar y dirigir las instituciones y programas de los sistemas de salud.

Dinamarca: Descripción del marco institucional

| Funciones | Actividad | Descripción |
|------------------|---|--|
| Dirección | Formulación de políticas, planificación y coordinación a nivel central | <p>El Ministerio de Asuntos Sociales (Ministry of Social Affairs) dirige la política de cuidado y educación para niños menores de 6 años. El Ministerio de Familia y Asuntos del Consumidor (Ministry of Family and Consumer Affairs) es la autoridad nacional al frente de los centros de cuidado. Está a cargo de la determinación de los principios de calidad, admisión e involucramiento de los padres. También se encarga de la regulación de la calidad. Bajo los lineamientos del Act on the Folkeskole, la atención en el año de pre-primaria y los After-school recreation centres, está bajo la responsabilidad del Ministerio de Educación (Ministry of Education). Investigaciones de la OECD critican la conjunción de responsabilidades otorgadas a los tres ministerios. El Ministerio de Trabajo (Ministry of Work) está a cargo de los programas de licencia para el cuidado de los niños. El Ministerio de Justicia (Ministry of Justice) es responsable de la situación legal de los niños y el Ministerio de Hacienda (Ministry of Taxation) se encarga de las contribuciones entregadas a las familias para el cuidado de los niños. El marco legal del sistema de salud es definido centralmente.</p> |

| | | |
|--|-------------------------------|--|
| | Asignación de recursos | <p>Los servicios de cuidado y educación se financian a través de subsidios de las autoridades locales, aportes del gobierno central y aportes de los padres. Se estima que la autoridad local cubre alrededor del 75% de los costos brutos de operación del establecimiento de cuidado. En caso de que los padres decidan inscribir a su hijo en un establecimiento privado, las autoridades locales otorgan un subsidio para cubrir los costos. Dicho subsidio es entregado directamente a las instituciones de cuidado y no está particularmente relacionado con el costo del servicio proporcionado, ya que las instituciones privadas están en libertad de determinar cuánto cobrar por sus servicios. En caso de que los padres no dispongan de una cantidad suficiente de ingresos, las autoridades locales proporcionan un subsidio adicional para facilitar la atención del niño (aided place subsidy). El Ministerio de Hacienda (Ministry of Taxation) está en capacidad de utilizar parte de los impuestos nacionales para brindar el apoyo financiero concedido a los padres (Family Allowance, Child Benefit, Child Care Allowance), y así facilitar el mantenimiento y cuidado de los niños. El Servicio de salud se financia a partir de impuestos, primordialmente (alrededor del 76.6% en 1999).</p> |
|--|-------------------------------|--|

| | | |
|--|--|---|
| | <p>Monitor</p> | <p>Se sigue un modelo de acreditación local en el que las municipalidades se encargan de la inspección, monitoreo y evaluación de las actividades preescolares. La evaluación puede ser dirigida por evaluadores externos o personal escolar, bajo el acompañamiento de padres e hijos. No existe un mecanismo de evaluación nacional, pero las municipalidades están incrementando el uso de diagnósticos y materiales de evaluación, particularmente en el desarrollo del lenguaje. The National Council for Children trabaja por salvaguardar los derechos de los niños y es encargado de monitorear el impacto de la planificación social en su desarrollo. El Ministerio de Educación (Ministry of Education) hace monitoreo de kindergarten classes. El Ministerio de Salud (Ministry of Health) está encargado de la supervisión y control del sistema de salud.</p> |
| | <p>Formulación de políticas, planificación y coordinación a nivel descentralizado</p> | <p>Bajo los lineamientos del Act on Social Service y el Act on the Folkeskole, las autoridades locales determinan los objetivos y el marco de trabajo de los establecimiento de cuidado y educación, también se encargan de la supervisión. Con frecuencia, las autoridades locales se encargan de establecer departamentos que integren los servicios de cuidado y educación. Las autoridades municipales de salud (Municipal Health Authority) son responsables de los servicios de cuidado en salud ofrecidos por las</p> |

| | | |
|---|---|---|
| | | enfermeras que hacen visitas al hogar y chequeos de la madre y el hijo. |
| Promoción | Centros de Investigación y Observatorios | The National Council for Children provee información y hace trabajos de consultoría sobre las condiciones de los niños en la sociedad. Nordic-Medico Statistical Committee provee información estadística sobre el cuidado en salud de las madres y los niños en los países nórdicos. Los centros de cuidado tienen la obligación de hacer un reporte sobre el entorno en el que se atiende a los niños, éste es denominado Child environment impact assessments. |
| Vigilancia de comportamientos ciudadanos | | Action Plan Against Child Abuse: espera incrementar la participación activa de profesionales y personas contra el abuso a menores, y desarrollo de redes de cooperación para unir esfuerzos contra el abuso. Las autoridades locales encargadas de la protección del menor, pueden remover y reubicar a niños de los hogares o espacios habitacionales que representan una situación de amenaza. The National Council for Children trabaja por salvaguardar los derechos de los niños. Danish National Police tiene la obligación de hacer cumplir la ley y tomar las medidas necesarias para evitar el crimen. |
| Participaci | De | Save the Children: acciones contra el abuso sexual de los niños |

| | | |
|--|--------------------------------------|--|
| ón de organismos no gubernamentales | Cooperación Internacional | |
| | Comuni tarios | |

Francia

Francia: Síntesis de Actividades de Atención a la Primera Infancia

| Actividades | Prestacio nes | Cuidado Gestación y Parto | Niños 0- 2 años | Niños 3- 4 años | Niños 5 en adelante |
|--|--|--|--------------------|--------------------|------------------------|
| Apoyo a la familia para el cuidado de la primera infancia | Facilida des de permanencia en el hogar | Licencia de maternidad de 16 semanas pagadas al 100% de los ingresos. Licencia de paternidad pagada por 2 semanas. Licencia paterna no pagada de 104 semanas. Posibilidades de extensión de la licencia, sin remuneración. | | | |
| | Capacit ación de los padres | Protection maternelle et infantile: capacitación | | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| | Otros soportes al hogar | Prestation d'accueil du jeune enfant: prima a los 7 meses de embarazo. | Prestation d'accueil du jeune enfant: entrega un subsidio mensual hasta los 3 años. CAFs: otorgan subsidios a la familia de acuerdo con el número de niños que una familia tenga, hasta la edad de 20 años. |
| Estímulo y apoyo a la participación de la comunidad en el cuidado de la primera infancia | Prioridad pública de niños y niñas | | |
| | Protección en sitios públicos | | |
| | Facilitaciones públicas | | |
| Institucional directa a la | Protección general | Registro y monitoreo | Service état-civil à l'Hôtel de Ville (Alcaldías): realizan el registro. Es una obligación de los padres registrar a los niños. Écoles Maternelles: realizan evaluaciones para medir el desempeño y desarrollo de los niños a través del Inspector de Academia. Médicos asociados a Protection |

| | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------|--|--|---|---|
| | | | maternelle et infantil: consultas de chequeo en salud. | | |
| Cuidado | Salas cunas y guarderías | | Crèches collectives: servicio de cuidado regular. Halte-garderie: atienden necesidades puntuales, ocasionales. Multi-accueils: Son una combinación de los diferentes tipos de servicios de cuidado. Generalmente combina servicios de las crèches collectives y la halte-garderie. | | |
| | Cuidadores | | Crèches familiales: servicios de cuidado prestados por equipos profesionales. | | |
| Educación | Jardines Infantiles | | Jardins d'enfants | | |
| | Transición a la primaria | | Écoles maternelles: escuelas de preescolar. | Écoles maternelles: escuelas de preescolar. | Écoles maternelles: escuelas de preescolar. |
| Protección social | Salud | | Agences Régionales de Santé | | |
| | Nutrición | | Services promotion de la santé en faveur des élèves: servicio de promoción de salud en las | | |

| | | | |
|---|--|--|---|
| | | | escuelas preescolares a cargo de las inspecciones de la academia. El Programme National Nutrition Santé: políticas nutricionales para que, a través de las Écoles Maternelles se pueda llegar a los niños menores de 6 años. |
| Atención especial (necesidades particulares) | Condiciones diferentes de desarrollo | | Protection maternelle et infantile. Jardins d'enfants. Centres d'action médico-sociale précoce. Allocation d'éducation de l'enfant handicapé |
| | Otras condiciones especiales (económicas, geográficas, étnicas) | | Zones d'éducation prioritaire (condiciones económicas y étnicas especiales): école maternelle desde los 2 años y con mayor capacidad y presupuesto. Comida gratis en los écoles maternelles para familias de bajos ingresos. |
| Atención de | Abandono, maltrato y | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| emergencia (derechos violados) | abuso, explotación, tráfico, etc. | | | |
|---|--|--|--|--|

Francia: Descripción de los Programas de Atención Directa

| | |
|--|--|
| | <p>Licencias: 16 semanas de licencia de maternidad para el primer hijo y segundo hijo, 26 semanas para los siguientes hijos y 34 semanas en caso de tener mellizos, con un pago completo del salario laboral. Extensión de la licencia (congé parental d'education) está disponible hasta que el niño cumple los 3 años, sin financiación, a menos que esté combinada con la Allocation parentale d'education para padres con 2 o más hijos, en cuyo caso se otorga un subsidio adicional. Los padres pueden tomar 11 días de licencia y esto se puede extender hasta 18 días en caso de múltiples nacimientos.</p> |
| | <p>Protection maternelle et infantile: Es un servicio del Departamento (gobierno regional), encargado de asegurar la protección sanitaria de la familia y del niño. Organiza las consultas y acciones de prevención médico-social en favor de las madres embarazadas y de los niños menores de 6 años. Se encarga de hacer seguimiento a las condiciones sanitarias de las crèches, de la capacitación y evaluación de los asistentes maternales y de asistir directamente a las familias antes y después del parto (asistencia médica y capacitación).</p> |
| | <p>Prestation d'accueil du jeune enfant: Es un subsidio proveído por las CAFs y está compuesto de 4 partes: 1. Prima al nacimiento o a la adopción: Equivale a 894 euros, girados en el 7o mes de embarazo para el caso de nacimientos, y equivalente a 1.788 euros para el caso de adopción. Sólo se entrega a familias con dificultades económicas. 2. Subsidio mensual condicionado, hasta los tres cumplidos o desde el momento de la adopción: Es lo que le sigue a la</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>prima de nacimiento y equivale a 178 euros por mes, aproximadamente.</p> <p>3. Complément de libre choix d'activité o complément optionnel de libre choix d'activité (Complemento (opcional) de libre escogencia de actividad): Es un complemento por la cesación parcial o total de la actividad económica de uno de los padres. El monto depende de la cantidad de tiempo laboral que se suspenda y generalmente se mantiene durante mínimo 1 año. La condición es que el padre o madre que suspenda su actividad debe haber trabajado mínimo 2 años antes de acceder a este subsidio para poder calcular la base salarial sobre la cual se otorgará.</p> <p>4. Complément de libre choix du mode de garde (Complemento de libre escogencia de servicio de cuidado): Se otorga a la familia para que accedan a algún modo de guardado para el niño. El modo de guardado es elegido por la familia y dependiendo de la modalidad que se elija y de la edad del niño (0-3 recibe casi siempre la totalidad de recursos, y se reduce el subsidio luego de los 3 años), se puede pagar la totalidad del costo o un monto parcial.</p> |
| | <p>Crèches collectives: Son guarderías cuyo ritmo de atención es previsto y organizado por los padres. Es decir, los horarios y fechas de apertura son establecidos según las necesidades de los padres. La atención se puede dar hasta los 6 años, a pesar de que la escuela maternal comienza a los 3 años.</p> |
| | <p>Halte-garderie: Son guarderías especializadas en atender necesidades puntuales, ocasionales. Generalmente son de corta duración.</p> |
| | <p>Crèche familiale: De 0-4 años. Agrupa una serie de asistentes maternos que atienden entre</p> |

| | |
|--|---|
| | 1 y 3 niños a domicilio. Es la fórmula intermedia entre la asistencia colectiva y la atención dada por un asistente materno. Los asistentes de estas guarderías familiares son apoyados por un equipo de profesionales calificado: un médico vinculado al servicio de atención un educador (particularidad). |
| | Jardins d'enfants: Mediante la presencia de educadores profesionales en infancia, se crean relaciones adulto/niño más individualizadas y en pequeños grupos. Tienen horarios de apertura cercanos a los de las guarderías, de manera que evita, en ocasiones, que los padres trabajadores busquen programas de atención complementarios a las escuelas. Ejecutan proyectos pedagógicos especializados (p.ej. niños discapacitados que no pueden ingresar a la escuela maternal). |
| | Écoles maternelles: Funcionan generalmente para niños de 3-6 años, en algunos casos permite el ingreso de niños de 2 años, cuando se encuentran en Zonas de Educación Prioritarias. Son un espacio de desarrollo de capacidades y de adaptación, previo al ingreso a la escuela. Son totalmente gratuitas, excepto la comida (en las Zonas de Educación Prioritarias sí es gratis la alimentación) y cerca del 100% de los niños entre 3-6 años atienden voluntariamente a estas instituciones educativas. |
| | Centres d'action médico-sociale précoce: Son centros de atención a los niños que pueden presentar discapacidades o retrasos en su desarrollo. Pueden depender de un ente público o una asociación privada. Sus objetivos principales son: La identificación de posibles déficit o desventajas en el desarrollo del niño, Prevención de agravación del problema, Rehabilitación por tratamiento ambulatorio, Apoyo a las familias y el vínculo con las escuelas, las instituciones especializadas, en |

| | |
|---|--|
| | relación con las comisiones específicas, Soporte para la integración con las estructuras de cuidado de la infancia (Crèche, halte-garderie, jardins d'enfants, école maternelle), Vínculo con las estructuras hospitalarias y la "Ciudad". |
| 0 | Allocation d'éducation de l'enfant handicapé: Es un subsidio que se entrega a las familias con niños (de hasta 20 años) discapacitados para el pago de servicios de atención médica en prevención y mejoramiento de la condición. |
| 1 | Zones d'éducation prioritaire: Son zonas de educación prioritarias, determinadas por el Ministerio de Educación Nacional con el fin mejorar las condiciones de las familias más necesitadas. En dichas zonas la alimentación en las escuelas es completamente gratuita y los niños pueden ingresar a la escuela preescolar 1 año antes de lo normal (desde los 2 años). |

Francia: Descripción de los Programas de Atención Indirecta

| | |
|--|---|
| | Agences Régionales de Santé: Son entidades regionales de promoción y prevención en salud. Actúan de manera sincronizada con los otros agentes regionales |
|--|---|

Francia: Descripción del marco institucional

| Funciones | Actividad | Descripción |
|------------------|---|---|
| Dirección | Formulación de políticas, planificación y coordinación a nivel central | <p>Ministerio de Educación: se encarga de la política educativa nacional. La Direction Générale de la Cohésion Sociale es la encargada en el nivel nacional de formalizar las políticas y coordinar los esfuerzos de los diferentes Ministerios asociados a temas sociales. También tienen un papel de apoyo la formulación de políticas locales a través de los entes descentralizados.</p> |
| | Asignación de recursos | <p>La Caisse Nationale d'Allocations Familiales es la encargada de asignar recursos a las Caisse d'allocations familiales regionales y definir sus metas y presupuestos para un periodo de 4 años. Las CAFs regionales son las encargadas de entregar los subsidios a las familias para que se garantice el acceso a servicios de cuidado y salud.</p> <p>El Ministerio de Educación asigna los recursos para garantizar el funcionamiento del sistema escolar. La educación es gratuita.</p> |
| | Monitoreo | <p>Servicios no-educativos: Los médicos del servicio del Protection maternelle et infantile son los encargados de realizar las visitas de monitoreo de los establecimientos que operan. Las Agences Régionales de</p> |

| | | |
|----------|---|--|
| | | Santé hacen seguimiento a todo el sistema de salud local. Con respecto a los Servicios de Educación: El inspector de academia es el encargado del monitoreo de las instituciones de educación. Existen, además, algunos centros de estudios y seguimiento: Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance: del Ministerio de Educación. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques: salud y asuntos sociales. Inspection Générale des Affaires Sociales: asuntos sociales. |
| | Formulación de políticas, planificación y coordinación a nivel descentralizado | Las CAFs descentralizadas, o Caisses des allocations familiales, son los actores clave en el apoyo al desarrollo de políticas locales. Su prioridad es la de desarrollar modelos de atención a la primera infancia en alianza con las communes y asociaciones sin ánimo de lucro, y con los departamentos en algunos casos. La Direction Générale de la Cohésion Sociale: es el encargado de coordinar los esfuerzos interministeriales y de las entidades territoriales en la formulación de políticas locales. Existen esfuerzos importantes de descentralización en el ámbito social, más no en el de educación, donde las Inspecciones de la Academia sólo se encargan de coordinar esfuerzos locales, monitorear y asegurar que se implante la política educativa nacional a nivel local. |
| Promoció | Centros | Observatoire de la petite enfance: protección del menor. Promoción |

| | | |
|--|---|---|
| n | de Investigación y Observatorios | de los derechos del menor y publicación de informes y difusión de información relevante. |
| Vigilancia de comportamientos ciudadanos | | Défenseur des Enfants: En el 2000 se crea la figura del Defensor de los niños, como parte de una estrategia para darle mayor prioridad a la figura del niño en el país. Es una autoridad independiente, garante de los derechos del niño. |
| Participac ión de organismos no gubernamentales | De Cooperación Internacional | |
| | Comuni tarios | |

Inglaterra

Inglaterra: Síntesis de Actividades de Atención a la Primera Infancia

| Actividades | Prestaciones | Cuidado Gestación y Parto | Niños 0-2 años | Niños 3-4 años | Niños 5 en adelante |
|--|---|---|----------------|--|---------------------|
| Apoyo a la familia para el cuidado de la primera infancia | Facilidades de permanencia en el hogar | Time for ante natal care. Licencia de maternidad de 52 semanas. Statutory Maternity Pay: pagado por 39 semanas (quedan 13 semanas no pagadas de licencia) donde las primeras 6 semanas de licencia son pagadas al 90% del monto promedio de las ganancias brutas semanales. Para el resto de las semanas se paga la menor cantidad entre las ganancias brutas semanales y £124.88 (2010). Maternity Allowance: se paga por 39 semanas la menor cantidad entre el 90% de los ingresos semanales y £123.06 (2010). Statutory Paternity Pay: pagado por dos semanas de licencia de paternidad. | | Unpaid parental leave. Derecho a trabajar flexiblemente. | |

| | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|
| | | Es equivalente al Statutory Maternity Pay. Unpaid parental leave. Derecho a trabajar flexiblemente. | |
| Capacitación de los padres | | Parent and Toddler Groups: actividades para adultos. Sure Start: apoyo a la familia y aspectos de la crianza. | |
| Otros soportes al hogar | Health Pregnancy Grant: un pago fijo de £190. Maternity Grant: un pago fijo de £500 (2010). Pregnancy Book. | Child Benefit: pago de £20.00 a la semana por el hijo mayor y £13.20 a la semana por cada hijo adicional (2010). Child Tax Credit: pagos semanales o mensuales dependientes del ingreso y circunstancias; número de niños en el hogar, si el niño es menor de un año o tiene alguna incapacidad. Sistemas de información que aconsejan a los padres sobre el cuidado de los niños, los centros disponibles de cuidado y el acceso a terapias del lenguaje y alimentación. | |
| Estímulo y apoyo a la | Prioridad pública de | | Children's Plan: busca establecer una política que asegure la salud y bienestar de los niños y fortalezca los |

| | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------|--|
| participación de la comunidad en el cuidado de la primera infancia | niños y niñas | | programas de educación. |
| | Protección en sitios públicos | | |
| | Facilidades públicas | | |
| ATENCIÓN INSTITUCIONAL DEDICADA A LA PRIMERA INFANCIA | Protección general | Registro y monitoreo | General Register Office: centraliza la información. El niño debe ser registrado en el distrito donde nació, entre los primeros 42 días de vida. El registro puede realizarse en el hospital donde nació el niño, o la oficina local de registro. El niño registrado recibe un certificado que le va a permitir a los padres acceder a distintos beneficios (p.ej. Child Care Benefit). |
| | Cuidado | Salas cunas y guarderías | Day Nurseries |
| | | Cuidadores | Childminder. |
| | Educ | Jardines | Sure Start |

| | | | | | |
|---|---|--------------------------|---|---|---|
| acción | Infantiles | | Center. | Schools. Before and after school club. | |
| | Transición a la primaria | | Pre-schools/playgroups. | Pre-schools/playgroups. Nursery school. | Pre-schools/playgroups. Reception class or Class R |
| Protección social | Salud | National Health Service. | National Health Service. Midwife & Health Visitor. Sure Start. | | |
| | Nutrición | | Sure Start: provee un programa de nutrición y apoya a las madres en el amamantamiento. | National nutritional standards for school lunches. Sure Start: provee un programa de nutrición y apoya a las madres en el amamantamiento. | |
| Atención especial (necesidades particulares) | Condiciones diferentes de desarrollo | | | Special school: escuelas diseñadas para atender a niños con necesidades especiales desde los tres años. Opportunity Group. | |
| | Otras condiciones | | | | |

| | | | |
|---|--|--|---|
| | especiales (económicas, geográficas, étnicas) | | |
| Atención de emergencia (derechos violados) | Abandono, maltrato y abuso, explotación, tráfico, etc. | | ChildLine: es una línea telefónica por medio de la cual voluntarios entrenados proporcionan ayuda a los niños que la requieran (hace parte de NSPCC*). Servicios locales de NSPCC ofrecidos a niños abandonados, abusados físicamente en sus familias, y abusados sexualmente, entre otros. |

*NCPCC es una organización de beneficencia del Reino Unido especializada en la protección de niños y prevención de la crueldad. Se le conceden poderes legales para desarrollar medidas para salvaguardar a niños amenazados.

Inglaterra: Descripción de los Programas de Atención Directa

| | |
|--|--|
| | Time off for ante natal care: Derecho a pedir tiempo libre para asistir a citas de cuidado médico. El empleador debe seguir pagando el salario corriente si el tiempo de ausencia en el trabajo es moderado. En caso de que éste no sea moderado, la madre será tratada como una persona enferma y recibirá su pago si en el contrato de trabajo se admiten pagos por enfermedad. |
| | Statutory Maternity Pay: Pago realizado por el empleador en el tiempo en que la madre se encuentra bajo licencia de maternidad (dichos pagos son devueltos por el gobierno al empleador). Los pagos se pueden empezar a |

| | |
|--|--|
| | <p>recibir a partir de las 11 semanas previas al nacimiento del bebé, siempre y cuando la madre haya trabajado para el mismo empleador por 26 semanas continuas antes de la quinceava semana previa al parto y tenga un ingreso igual o superior al ingreso mínimo requerido para pertenecer al seguro nacional.</p> |
| | <p>Maternity Allowance: Pagos que reciben las madres que trabajan y no cumplen con las condiciones para recibir el pago de maternidad reglamentado. Es necesario que en las 66 semanas antes del parto, la madre haya trabajado por 26 semanas (no tiene que ser un tiempo continuo) y gane al menos £30 semanales. La madre puede recibir un monto adicional si el esposo, la pareja u otra persona que está encargada de cuidar al niño tiene un ingreso muy bajo. Los pagos se pueden empezar a recibir a partir de las 11 semanas previas al nacimiento del bebé.</p> |
| | <p>Unpaid parental leave: Derecho a 13 semanas de licencia no pagada, si el padre o madre han trabajado para mismo empleador por un año o más. Esta licencia debe ser tomada antes de que el niño cumpla 5 años (si el niño tiene alguna incapacidad se conceden 18 semanas de licencia antes de que el niño cumpla los 18 años).</p> |
| | <p>Derecho a Trabajar flexiblemente: Se concede a padres con niños menores de 6 años en el Norte de Irlanda y 17 años en Inglaterra, Gales y Escocia (18 si tiene alguna discapacidad). Horario flexible puede determinar trabajo por medio tiempo, trabajo con un horario flexible, trabajo en casa y trabajo compartido. En este caso, el empleador puede no estar de acuerdo con la petición del trabajador, aunque debe demostrar tomar la petición bajo consideración.</p> |
| | <p>Parent and Toddler Groups: Conforman espacios de encuentro de padres y niños de 0-5 años de edad que se reúnen una mañana por semana. El énfasis de las reuniones varía de grupo en grupo; unos dan mayor importancia a la necesidad de otorgar oportunidades de juego a los niños, mientras que otros hacen énfasis en las actividades para los padres o tutores de los niños. Normalmente se requiere de un pequeño pago para cubrir el refrigerio, el seguro y los</p> |

| | |
|---|--|
| | costos de equipamiento. Es dirigido por organizaciones comunitarias. |
| | Sure Start Centers: Brindan diferentes servicios a padres y niños. Ofrecen clases e información a padres sobre el cuidado y los servicios de cuidado del niño. En ocasiones, proveen servicios de cuidado y educación inicial para niños menores de 5 años. También proveen servicios de salud a los niños y su familia, y apoyan a las madres en el amamantamiento. Las autoridades locales adquieren responsabilidad de la dirección y provisión de estos centros (2009); deben planear su ubicación y procurar que los centros suplan las necesidades de la población a través de la comunicación con los padres, los sectores privados y las asociaciones voluntarias de cuidado. |
| | Health Pregnancy Grant: Pago libre de impuestos concedido a mujeres embarazadas para que puedan prepararse mejor para el parto. El monto pagado no depende del ingreso y es suministrado por la Oficina de Hacienda y Aduanas del Reino Unido (HM Revenue and Customs). |
| | Maternity Grant: Pagos hechos a los padres para cubrir los costos de mantener un nuevo bebé. El beneficio se obtiene si la madre tiene al menos 29 semanas de embarazo o ha dado a luz en los últimos tres meses. También se puede recibir el pago si se tiene un niño adoptado menor de un año de edad. Los pagos se realizan por medio de la Agencia de Seguridad Social (Social Security Agency) a través de un pago directo a una cuenta bancaria. |
| 0 | Pregnancy Book: Publicación del Departamento de Salud (Department of Health), otorgado a las madres embarazadas y padres para que se lleve un embarazo más saludable. |
| 1 | Child Benefit: Pago libre de impuestos que se puede reclamar para el cuidado del hijo. Normalmente, el pago es mensual pero en algunos casos éste puede ser semanal y es pagado a través de las oficinas de Child Benefit, las |

| | |
|---|---|
| | cuales reciben recursos de la Oficina de Hacienda y Aduanas del Reino Unido (HM Revenue and Customs). |
| 2 | Day nurseries: Atienden a niños desde 0-4/5 años de edad. Su función es brindar cuidado a los niños y realizar actividades para desarrollar competencias sociales y confianza. Los hay privadas y públicas bajo la administración de las autoridades locales. Las instituciones públicas reciben recursos del gobierno, con la obligación de estar registradas bajo las autoridades locales y ser inspeccionadas regularmente por la Oficina de Estándares para la Educación (Office for Standards in Education). |
| 3 | Childminder: Cuidado de niños en la casa del cuidador o de los padres del niño. El término au pair se utiliza para el cuidado proporcionado en la casa de los padres del niño. Aquellos que ofrecen educación inicial gratuita a niños entre 3-4 años deben estar registrados en la Oficina de Estándares para la Educación (Office for Standards in Education) y acreditados por la autoridad local. Los prestadores acreditados del servicio, pueden recibir recursos del Estado. |
| 4 | Pre-schools/playgroups: Los niños pueden asistir a un playgroup desde los 2/3 años hasta el momento en que ingresan a la escuela. La atención es ofrecida en sesiones cortas, buscando proporcionar un espacio de socialización, desarrollo de aptitudes y preparación para la escuela. La atención puede ser pública o privada bajo la dirección de padres, organizaciones sin ánimo de lucro y negocios privados, teniendo predominancia las organizaciones sin ánimo de lucro. Los padres están en capacidad de elegir el centro en el que inscriben a sus hijos. |
| 5 | Nursery school: Brindan atención a niños entre los 3-5 años y las hay independientes o atadas a una escuela primaria (El término Nursery School se refiere a una escuela independiente manejada bajo su propia junta escolar. El término Nursery Classes se refiere a unidades de enseñanza atadas a una escuela primaria). Son reconocidas como |

| | |
|---|---|
| | centros formales que se encargan de preparar al niño para sus inicios en la escuela primaria. La atención puede ser pública o privada y se puede brindar por cesiones (mañana o tarde) o días completos. Los centros de atención pública son financiados con fondos del Estado, mientras que los de atención privada se financian mediante los pagos de los padres. Las instituciones públicas reciben recursos del gobierno, con la obligación de estar registradas bajo las autoridades locales y ser inspeccionadas regularmente por la Oficina de Estándares para la Educación (Office for Standards in Education). |
| 6 | Reception class or Class R: Atención otorgada a niños entre 4-5 años en escuelas de primaria financiadas con fondos públicos. El objetivo de este servicio es facilitar la transición a la escuela primaria. |
| 7 | Midwife & Health Visitor: Entre las primeras 6/8 semanas de vida del niño la partera es la encargada del cuidado de salud del niño, luego la familia establece contacto con el Visitador de Salud quien ilustra a la familia en términos de los requerimientos de inmunización, nutrición e higiene. Durante el primer año de vida del niño, se aconseja a las madres llevar el niño a consultas regulares en los centros de salud o clínicas de cuidado de la niñez. |
| 8 | Opportunity Group: Servicio ofrecido por las autoridades locales de educación. Provee apoyo educativo adicional a niños con necesidades especiales. El apoyo es gratis y también puede ser proveído por el Departamento de Servicios Sociales (Social Service Department) y el Departamento de Salud (Health Departments). |

Inglaterra: Descripción de los Programas de Atención Indirecta

National Health Service: El cubrimiento en salud es un derecho ciudadano por lo que el sistema debe garantizar la atención del 100% de la población. El sistema de salud permite el aseguramiento público y privado. El sistema público de salud proporciona un esquema de atención primaria, por medio del cual se asigna un doctor a cada familia. Los beneficios de este esquema son: se cuenta con una atención más personalizada y el doctor puede llevar un registro y hacer seguimiento de la historia médica del niño. El sistema de salud se financia, primordialmente, a partir de impuestos (alrededor del 72.5% en 1999) y el gobierno central se encarga de fijar su presupuesto. Las instituciones prestadoras de salud (p.ej. hospitales, prestadores del servicio familiar) pueden funcionar independientemente y decidir sobre sus propias políticas de funcionamiento. Se ha procurado la articulación entre Sure Start Centers y el Servicio Nacional de Salud.

Inglaterra: Descripción del marco institucional

| Funciones | Actividad | Descripción |
|------------------|---|--|
| Dirección | Formulación de políticas, planificación y coordinación a nivel central | El Departamento para los Niños, las Escuelas y la Familia (Department for Children, Schools and Families) fue creado en 2007 y está encargado del diseño del Children's Plan, por medio del cual se busca establecer una política que asegure la salud y bienestar de los niños y fortalezca los programas de educación. |

| | | |
|--|-------------------------------|---|
| | Asignación de recursos | El gobierno otorga recursos a las instituciones de cuidado y educación acreditadas. A través de Sure Start Grant se subsidia el establecimiento de nuevos centros de cuidado, la sostenibilidad de la provisión de cuidado a la primera infancia y el desarrollo de los Centros Sure Start. Las autoridades locales financian el establecimiento y planeación de los servicios locales a través de recursos de Children's Trusts, financiados con subsidios del gobierno. Los aportes otorgados a las madres y padres son asignados según los registros de la Oficina de Hacienda y Aduanas del Reino Unido (HM Revenue and Customs) y la Agencia de Seguridad Social (Social Security Agency). El sistema de salud se financia, primordialmente, a partir de impuestos (alrededor del 72.5% en 1999) y el gobierno central se encarga de fijar su presupuesto. Las Autoridades Regionales de Salud (Regional Health Services) se encargan de la planificación y distribución de recursos de salud. |
| | Monitoreo | Se sigue un modelo de acreditación nacional en el que la Oficina de Estándares para la Educación (Office for Standards in Education) es la encargada de la inspección de los centros de cuidado y educación. La inspección varía según la naturaleza de cada centro. Los centros de cuidado y cuidadores particulares registrados (p.ej. childminding, crèche, day nursery, out-of-school provision) son inspeccionados cada 2 años. La educación preescolar financiada públicamente (p.ej. nursery school, playgroups) es inspeccionada, por lo menos, cada 4 años. Childcare |

| | | |
|------------------|---|--|
| | | Act 2006 requiere que los padres se involucren en la evaluación de los servicios sociales. Las Autoridades Regionales de Salud (Regional Health Services) supervisan a las Autoridades del Servicio de Salud de la Familia (Family Health Services) y las Autoridades Distritales de Salud (District Health Authorities), encargadas del pago y comisión de los servicios de salud. |
| | Formulación de políticas, planificación y coordinación a nivel descentralizado | Las autoridades locales adquieren responsabilidad de la dirección y provisión de Sure Start Centers. Son responsables de mejorar la calidad de la atención a la primera infancia y procurar su cubrimiento para todo el que requiera de dicha atención. Esta labor se fundamenta bajo un principio de sustitución; se provee el servicio si no hay un actor privado, voluntario o comunitario que lo provea. Las instituciones prestadoras de servicios de salud (p.ej. hospitales, prestadores de servicio familiar) pueden funcionar independientemente y decidir sobre sus propias políticas de funcionamiento. |
| Promoción | Centros de Investigación y Observatorios | Se ha realizado un estudio longitudinal del programa (local) Sure Start, para hacer seguimiento del impacto al desarrollo de los niños en el corto, mediano y largo plazo (2006). Effective Provision of Pre-School Education es un estudio que examina el efecto de la atención preescolar en el desarrollo de los niños desde el inicio de la escuela hasta los 11 años. Existe un sistema centralizado de recolección de información para apoyar el trabajo de las autoridades locales y lograr establecer |

| | | |
|--|---|---|
| | | un cuadro completo del estado de la atención a la primera infancia en el país. |
| Vigilancia de comportamientos ciudadanos | | NSPCC realiza campañas para cambiar la política, legislación y prácticas en favor de la protección de la niñez. También trabaja en coordinación con organizaciones para que desarrollen medidas de protección efectivas y vigilen a aquellas que no lo hacen. Los reportes del maltrato de niños pueden hacerse ante las autoridades locales o agencias del servicio social |
| Participaci ón de organismos no gubernamentales | De Cooperación Internacional | Save the Children |
| | Comuni tarios | Ncb: salud y bienestar de los niños. |

Holanda

Holanda: Síntesis de Actividades de Atención a la Primera Infancia

| Actividades | Prestaciones | Cuidado Gestación y Parto | Niños 0-2 años | Niños 3-4 años | Niños 5 en adelante | |
|--|---|--|--|----------------|---------------------|--|
| Apoyo a la familia para el cuidado de la primera infancia | Facilidades de permanencia en el hogar | Licencia de maternidad de 16 semanas con pleno salario pagado por máximo 174,64 euros diarios. Licencia de paternidad: 2 días de trabajo después de que la madre ha dado a luz. El empleador debe pagar el salario normal. Short-term absence leave: concedida al padre para el día en que nace y se registra el bebé. El empleador debe pagar por lo menos el 70% del salario normal y un valor superior al salario mínimo. Licencia paterna no pagada sobre la mitad del tiempo de trabajo, durante un año. | Licencia paterna no pagada sobre la mitad del tiempo de trabajo, durante un año. | | | |
| | Capa | | Home Start. | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | citación de los padres | | |
| | Otros soportes al hogar | Apoyo al amamantamiento. Child Benefit. Child Budget. Allowance for child care. Deducción de impuestos. Subsidios del empleador. | Child Benefit. Child Budget. Allowance for child care. Deducción de impuestos. Subsidios del empleador. |
| Estímulo y apoyo a la participación de la comunidad en el cuidado de la primera infancia | Prioridad pública de niños y niñas | | |
| | Protección en sitios | | |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|---------------------------------|--|---|--|---------------------|
| | | públicos | | | | |
| | | Facilidades públicas | | | | |
| Atención institucional directa a la primera infancia | Protección general | Registro y monitoreo | | Autoridades locales: registro de nacimiento, certificado de nacimiento (debe hacerse en el lugar donde nace el niño no donde vive). El registro se hace a través del Banco de Previsión Social (Sociale Verzekeringsbank) aprovechando su función como suministrador del Child Benefit. Las autoridades locales hacen inspección de la salud de los niños. La junta de padres hace monitoreo del desarrollo de los niños. | | |
| | Cuidado | Salas cunas y guarderías | | Day nurseries. Parent participation Crèche. | Day nurseries. Parent participation Crèche. Out of school care. | Out of school care. |
| | | Cuida | | Child minder. | | |

| | | | | | |
|---|---|------------------------------|---|---------------|------------------------|
| | dores | | | | |
| Educación | Jardines Infantiles | | Pre-school playgroups. | | |
| | Transición a la primaria | | | | Primary Schools. |
| Protección social | Salud | Healthcare insurance system. | Healthcare insurance system. Local youth health care center. | | |
| | Nutrición | | | | Lunchtime Supervision. |
| Atención especial (necesidades particulares) | Condiciones diferentes de desarrollo | | Child day care Center for Children with special needs: normalmente se trata de incorporar a los niños con necesidades especiales a los centros de cuidado tradicionales. Sin embargo, existen centros para prestar atención a niños con condiciones diferentes de desarrollo. | | |
| | Otras condiciones | | Local welfare | Local welfare | Local welfare |

| | | | | | |
|---|---|--|---|----------------|----------------|
| | especiales (económicas, geográficas, étnicas) | | organisations. | organisations. | organisations. |
| Atención de emergencia (derechos violados) | Abandono, maltrato y abuso, explotación, tráfico, etc. | | Youth Care Agency: atiende casos de maltrato y abuso. | | |

Holanda: Descripción de los Programas de Atención Directa

| | |
|--|---|
| | Licencia de embarazo y maternidad: Se aplica al beneficio a través de la Agencia del Seguro Social (Uitvoeringsinstituut Werknemers Verzekeringen), éste funciona de manera equivalente a los beneficios recibidos por desempleo, enfermedad o discapacidad. |
| | Home Start: Ofrece apoyo educativo para la crianza a padres con al menos un hijo de 6 años o menos. La atención se realiza a través de visitas semanales por medio de voluntarios con experiencia y coordinadores. |
| | Apoyo al amamantamiento: Los empleadores deben permitir el amamantamiento en el trabajo |

| | |
|--|---|
| | <p>hasta que el niño cumpla los 9 meses. Se deben proporcionar instalaciones que lo faciliten en caso de que una madre lo requiera.</p> |
| | <p>Child Benefit: Contribución del gobierno otorgada a los padres de niños menores de 18 años que trabajan o viven en Holanda. Su objetivo es cubrir los costos de la crianza de los niños. La cantidad depende del número de niños que viven en el hogar y de los casos con necesidades especiales (no depende del nivel de ingresos). Es suministrado por el Banco de Previsión Social (Sociale Verzekeringsbank).</p> |
| | <p>Child Budget: Contribución mensual hecha por el gobierno a las familias con niños menores de 18 años. El monto de la contribución depende del número de niños en el hogar y el ingreso. Es suministrado a través de la Administración Tributaria Neerlandesa (Belastingdienst) y en ocasiones a través del Banco de Previsión Social (Sociale Verzekeringsbank).</p> |
| | <p>Allowance for child care: Reembolso de una proporción de los costos incurridos en el cuidado de los hijos menores de 12 años (no depende del nivel de ingresos). La Administración Tributaria Neerlandesa (Belastingdienst) se encarga de la operación del reembolso. Puede llegar a cubrir hasta el 90% de los costos del servicio de las guarderías, centros de cuidado después de la escuela o cuidadores particulares certificados.</p> |
| | <p>Deducción de impuestos: Bajo condiciones especiales los padres pueden deducir parte de los gastos del cuidado de los niños de los impuestos al ingreso. Unas de las principales condiciones es que los centros de cuidado sean centros licenciados y los gastos sean superiores a una proporción mínima del ingreso.</p> |
| | <p>Subsidios del empleador: Se espera que el empleador contribuya en una parte de los costos del</p> |

| | |
|---|---|
| | cuidado y educación. Esta proporción se estima en alrededor de un sexto de los costos incurridos por el empleado, dependiendo del monto de sus ingresos. En ocasiones los mismos empleadores establecen sus propios servicios de cuidado infantil, pero por lo general compran o rentan espacios de cuidado infantil de alguna compañía. |
| | Day nurseries: Proveen atención y cuidado a niños menores de 5 años y pretenden atender a los hijos de padres que trabajan tiempo completo. Normalmente, los centros dividen la atención en grupos según rangos de edad de 0-2 y 2-4 años, sin embargo los hay que atienden grupos sin determinar por rango de edad. También hay centros que establecen grupos diferenciados para los niños menores de un año. Funcionan durante todo el día y los hay públicos y privados, siendo los privados más costosos, funcionando en grandes ciudades y otorgando un horario de atención más prolongado. |
| 0 | Parent participation Crèche: Parte de una iniciativa comunitaria por medio de la cual los padres de los niños se organizan para cuidar a sus hijos por turnos concedidos entre ellos. Los mismos padres se hacen responsables por la administración y dirección del centro de atención. Este tipo de atención es regulada por el Child Care Act 2005). |
| 1 | Out of school care: Proporciona atención a niños de 4-12 años. Se provee generalmente en los centros de guardería después de que los niños asisten a la primaria. A través de la cooperación con la escuela primaria se ha determinado la disponibilidad de espacio, materiales de trabajo y diversificación de los servicios ofrecidos. |

| | |
|---|---|
| 2 | <p>Child minder: Cuidado diario proporcionado en la casa del cuidador o del niño. Se provee a niños menores de 12 años y debe estar regulado por alguna agencia/departamento de cuidado infantil (gastouderbureau), para que los padres pueden aplicar a Allowance for child care. El servicio es suministrado por un cuidador autónomo que no puede prestar atención a más de 4 niños a la vez, el cuidador puede ser el abuelo del niño (se está intentando extender la cuota a niños con 6 años para cuidadores mejor calificados).</p> |
| 3 | <p>Pre-school playgroups: Proporciona un espacio de juego e interacción social para el desarrollo de los niños. Se basa en sesiones de atención (en ocasiones se recibe a los niños por todo el día) que por lo general atienden a niños entre 2-4 años dos veces por semana. Su objetivo es atender a los hijos de padres que trabajan por medio tiempo y el servicio es prestado por fundaciones privadas. Se financian con subsidios de los gobiernos locales y contribuciones de los padres que por lo general se establecen de acuerdo al nivel de ingresos. Se ha buscado desarrollar mecanismos de coordinación con las escuelas para ofrecer programas equivalentes de enseñanza de buena calidad. Esto se ha conseguido a través de la implementación de programas de estimulación al desarrollo (Voor- en vroegschoolse educatie VVE) a cargo de cada autoridad municipal.</p> |
| 4 | <p>Primary Schools: En las escuelas primarias los niños de 4-6 años son atendidos bajo un esquema curricular similar a los de las guarderías con el objetivo de facilitar sus inicios en el sistema escolar. Bajo este currículo se otorgan amplios espacios para el juego y se fomentan actividades de inicio de lectura y matemáticas que preparan a los niños para la educación formal. Las escuelas de primaria son financiadas</p> |

| | |
|---|--|
| | por el Ministerio de Educación y se permiten las contribuciones voluntarias de los padres. |
| 5 | Local youth health care centers: Son centros de salud visitados por padres y madres de niños entre 0-4 años. Estos centros realizan cheques permanentes de los niños y están articulados con otros centros de educación y cuidado, ya que en ellos se informa a los padres sobre los espacios institucionales a los que pueden acceder. |
| 6 | Lunchtime Supervision: las escuelas de primaria tienen la obligación de generar un espacio para el almuerzo de los niños, pero los padres son responsables de llevar los costos de este servicio (es posible que el servicio se replique en que los niños vayan a su casa a tomar el almuerzo). |
| 7 | Local welfare organisations: Ofrecen preparación a los padres e hijos para la participación en grupos de juego preescolares. Están diseñados para atender familias difíciles de contactar por canales regulares o con necesidades especiales. |
| 8 | Early educational programs: Programas ofrecidos por el gobierno a niños de 3 años que no tienen buen manejo del idioma. Busca preparar a los niños para la primaria enfatizando en sus capacidades de lenguaje (holandés). También se ofrece apoyo a las madres. |

Holanda: Descripción de los Programas de Atención Indirecta

| | |
|--|---|
| | <p>Healthcare insurance system: El gobierno no es responsable de la gestión del sistema de cuidado de salud. La provisión de servicios de salud está a cargo de proveedores privados y el gobierno se encarga de controlar la calidad y el acceso. A la vez, este último determina un paquete básico de servicios que las empresas de salud deben cumplir y facilitar (este paquete incluye cuidado prenatal). El paquete básico que cubre el seguro de salud es financiado a través de los pagos de los beneficiarios, determinados anualmente por las compañías aseguradoras. Los niños menores de 18 años no pagan por el seguro de salud; tienen acceso al paquete básico de salud sin costo alguno.</p> |
|--|---|

Holanda: Descripción del marco institucional

| Funciones | Actividad | Descripción |
|------------------|---|--|
| Dirección | Formulación de políticas, planificación y coordinación a nivel central | El Ministerio de Educación, Cultura y Ciencia (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap) es responsable del sistema educativo, determinando el acceso, equidad y calidad de la atención educativa de los niños desde los 4 años en adelante. El Ministerio de Asuntos Sociales y Trabajo (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) es responsable de regular la política de cuidado a la primera infancia incluyendo la planificación y puesta en marcha del Child Care Act (2005). Antes los centros de atención a la primera infancia eran regulados por el Ministerio de |

| | |
|-------------------------------|---|
| | <p>Salud, Bienestar y Deporte (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), lo que refleja un nuevo interés por medio del cual se busca articular la política laboral al cuidado de la primera infancia. El Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) adquiere responsabilidad sobre el apoyo a las familias, actividades sociales educativas, y monitoreo y análisis del desarrollo del trabajo llevado a cabo en playgroups (no están cubiertos por Child Care Act 2005). Este Ministerio también está a cargo de establecer los términos generales de las políticas municipales de protección social (Social Support Act).</p> |
| Asignación de recursos | <p>El Banco de Previsión Social (Sociale Verzekeringsbank) y la Administración Tributaria Neerlandesa (Belastingdienst) se encargan de asignar las contribuciones a los padres, para el cuidado de sus hijos. Los centros de atención playgroup se financian con subsidios del presupuesto de los municipios. Los gastos destinados a la educación preescolar en escuelas de primaria se determinan como una proporción de la parte del presupuesto destinado a la educación y del Producto Interno Bruto.</p> |
| Monitoreo | <p>Se sigue un modelo de acreditación local en el que los servicios municipales de salud (Gemeentelijke Gezondheidsdienst Nederland) se encargan de supervisar a los proveedores de cuidado infantil. Los padres</p> |

| | | |
|-----------------|---|---|
| | | también cumplen una función primordial de monitoreo, y el control de la calidad del servicio de educación es hecho por Inspecciones Escolares (School Inspectorate). El Ministerio de Educación, Cultura y Ciencia (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap) hace monitoreo de la política de educación preescolar y la política para niños con alguna discapacidad. |
| | Formulación de políticas, planificación y coordinación a nivel descentralizado | Los municipios tienen la obligación de desarrollar sus propias políticas de protección social y responder ante el desarrollo e implementación de la política respectiva a la organización de la educación preescolar; deben organizar programas de estimulación al desarrollo (Voor-en vroegschoolse educatie VVE), establecer políticas educativas y aplicarlas a un grupo de población objetivo de niños de 3-6 años con énfasis en niños de grupos desfavorecidos. Las autoridades municipales están encargadas del registro de los centros de cuidado y educación infantil y deben procurar por la coordinación de las distintas facilidades provistas para el cuidado, bienestar, educación y deporte de la primera infancia. Las provincias tienen la responsabilidad de mejorar la calidad de los centros de cuidado infantil al nivel regional. |
| Promoció | Centros | Netherlands Consortium for Research into Child day care es un |

| | | |
|--|---|--|
| n | de Investigación y Observatorios | estudio sobre la calidad del cuidado de la primera infancia en Holanda y sus efectos sobre el desarrollo y bienestar de los niños. El proyecto fue encargado por el Ministerio de Asuntos Sociales y Trabajo (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid). |
| Vigilancia de comportamientos ciudadanos | | No existe una obligación legal de reportar el abuso. Existe un Código de reporte por medio del cual se da la libertad a profesionales médicos, trabajadores sociales o profesores a decidir qué tan bueno puede ser el reporte del abuso para el niño. Los reportes se hacen a la Agencia de la respectiva provincia; Advice and Reporting Centre for Child Abuse and Neglect. |
| Participac ión de organismos no gubernamentales | De Cooperación Internacional | |
| | Comuni tarrios | |

Irlanda del Norte

Irlanda del Norte: Síntesis de Actividades de Atención a la Primera Infancia

| Actividades | Prestaciones | Cuidado Gestación y Parto | Niños 0-2 años | Niños 3-4 años | Niños 5 en adelante |
|--|---|--|--|----------------|---------------------|
| Apoyo a la familia para el cuidado de la primera infancia | Facilidades de permanencia en el hogar | <p>Time for ante natal care.</p> <p>Licencia de maternidad de 52 semanas.</p> <p>Statutory Maternity Pay: pagado por 39 semanas (quedan 13 semanas no pagadas de licencia) donde las primeras 6 semanas de licencia son pagadas al 90% del monto promedio de las ganancias brutas semanales. Para el resto de las semanas se paga la menor cantidad entre las ganancias brutas semanales y £124.88 (2010). Maternity Allowance: se paga por 39 semanas la menor cantidad entre el 90% de los ingresos semanales y £123.06 (2010).</p> <p>Statutory Paternity Pay: pagado por dos</p> | <p>Unpaid parental leave.</p> <p>Derecho a trabajar flexiblemente.</p> | | |

| | | |
|------------------------------------|--|---|
| | <p>semanas de licencia de paternidad. Es equivalente al Statutory Maternity Pay.</p> <p>Unpaid parental leave. Derecho a trabajar flexiblemente.</p> | |
| Capa citación de los padres | | Parent and Toddler Groups: actividades para adultos. Sure Start: apoyo a la familia y aspectos de la crianza. Early Years: ofrece entrenamiento a padres |
| Otros soportes al hogar | <p>Health</p> <p>Pregnancy Grant: un pago fijo de £190.</p> <p>Maternity Grant: un pago fijo de £500 (2010). Pregnancy Book.</p> | <p>Child Benefit: pago de £20.00 a la semana por el hijo mayor y £13.20 a la semana por cada hijo adicional (2010). Child Tax Credit: pagos semanales o mensuales dependientes del ingreso y circunstancias; número de niños en el hogar, si el niño es menor de un año o tiene alguna incapacidad.</p> <p>Sistemas de información que aconsejan a los padres sobre el cuidado de los niños, los centros disponibles de cuidado y el acceso a terapias del lenguaje y</p> |

| | | | |
|---|---|-------------------|--|
| | | | alimentación. |
| Estímulo y apoyo a la participación de la comunidad en el cuidado de la primera infancia | Prioridad pública de niños y niñas | | Make it Right Campaign; organizado por Northern Ireland Commissioner for Children and Young People, se realizan talleres y se abre un espacio web para la discusión acerca de aspectos considerados fundamentales para el pleno desarrollo de los niños. |
| | Protección en sitios públicos | | Northern Ireland Commissioner for Children and Young People: revisa que el gobierno y otros organismos cumplan y respeten los derechos de los niños. |
| | Facilidades públicas | | Parent and Toddler Groups: proveen oportunidades de juego a los niños. Sure Start: promueve experiencias de cuidado, aprendizaje y juego. |
| directa | Protección | Registro y | General Register Office: registro de nacimiento, certificado de nacimiento, Infant |

| | | |
|------------------|--|---|
| general | monitoreo | Registration Card (útil para obtener la tarjeta médica y registrar un médico familiar). Health and Social Care: médico familiar. |
| Cuidado | Guar derías | Créche. Day Care/Nursery |
| | Cuida dores | |
| Educación | Jardi nes | Nursery Schools and Classes. Playgroups. Out of School Group |
| | Trans ición a la primaria | Preschool education: un año de educación previa al inicio de la primaria. Es financiada por el gobierno y se puede otorgar en los establecimientos de las siguientes instituciones: grant-aided nursery schools, independent schools, playgroups, day nurseries y day care centres. |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|
| | Protección social | Salud | Health Social Care. | | |
| | | Nutrición | Food and Nutrition Strategy for Northern Ireland: Provee una guía para que los centros de cuidado desarrollen un sistema de alimentación. Out of School Group: Breakfast Club | Food and Nutrition Strategy for Northern Ireland: Provee una guía para que los centros de cuidado desarrollen un sistema de alimentación. Out of School Group: Breakfast Club | |
| | Atención especial (necesidades particulares) | Condiciones diferentes de desarrollo | Special school: escuelas diseñadas para atender a niños con necesidades especiales desde los tres años. Opportunity Group. | | |
| | | Otras condiciones especiales | | | |

| | | |
|---|---|--|
| Atención de emergencia (derechos violados) | Abandonado, maltrato y abuso, explotación, tráfico, etc. | <p>Refuges for children at risk. ChildLine: es una línea telefónica por medio de la cual voluntarios entrenados proporcionan ayuda a los niños que la requieran (hace parte de NSPCC*). Servicios locales de NSPCC ofrecidos a niños abandonados, abusados físicamente o sexualmente, etc.</p> |
|---|---|--|

*NCPCC es una organización de beneficencia del Reino Unido especializada en la protección de niños y prevención de la crueldad. Se le conceden poderes legales para desarrollar medidas para salvaguardar a niños amenazados.

Irlanda del Norte: Descripción de los Programas de Atención Directa

| | |
|--|--|
| | <p>Time off for ante natal care: Derecho a pedir tiempo libre para asistir a citas de cuidado médico. El empleador debe seguir pagando el salario corriente si el tiempo de ausencia en el trabajo es moderado. En caso de que éste no sea moderado, la madre será tratada como una persona enferma y recibirá su pago si en el contrato de trabajo se admiten pagos por enfermedad.</p> |
| | <p>Statutory Maternity Pay: Pago realizado por el empleador en el tiempo en que la madre se encuentra bajo licencia de maternidad (dichos pagos son devueltos por el gobierno al empleador). Los pagos se pueden empezar a recibir a partir de las 11 semanas previas al nacimiento del bebé, siempre y cuando la madre haya trabajado para el mismo empleador por 26 semanas continuas antes de la quinceava semana previa al parto y tenga un ingreso igual o superior al ingreso mínimo requerido para pertenecer al</p> |

| | |
|--|---|
| | seguro nacional. |
| | Maternity Allowance: Pagos que reciben las madres que trabajan y no cumplen con las condiciones para recibir el pago de maternidad reglamentado. En este caso es necesario que en las 66 semanas antes del parto, la madre haya trabajado por 26 semanas (no tiene que ser un tiempo continuo) y gane al menos £30 semanales. La madre puede recibir un monto adicional si el esposo, la pareja u otra persona que está encargada de cuidar al niño tiene un ingreso muy bajo. Los pagos se pueden empezar a recibir a partir de las 11 semanas previas al nacimiento. |
| | Unpaid parental leave: Derecho a 13 semanas de licencia no pagada, si el padre o madre han trabajado para mismo empleador por un año o más. Esta licencia debe ser tomada antes de que el niño cumpla 5 años (si el niño tiene alguna incapacidad se conceden 18 semanas de licencia antes de que el niño cumpla los 18 años). |
| | Derecho a Trabajar flexiblemente: Se concede a padres con niños menores de 6 años en el Norte de Irlanda y 17 años en Inglaterra, Gales y Escocia (18 si tiene alguna discapacidad). Horario flexible puede determinar trabajo por medio tiempo, trabajo con un horario flexible, trabajo en casa y trabajo compartido. En este caso, el empleador puede no estar de acuerdo con la petición del trabajador, aunque debe demostrar tomar la petición bajo consideración. |
| | Parent and Toddler Groups: Conforman espacios de encuentro de padres y niños de 0-5 años de edad que se reúnen una mañana por semana. El énfasis de las reuniones varía de grupo en grupo; unos dan mayor importancia a la necesidad de otorgar oportunidades de juego a los niños, mientras que otros hacen |

| | |
|---|---|
| | énfasis en las actividades para los padres o tutores de los niños. Normalmente se requiere de un pequeño pago para cubrir el refrigerio, el seguro y los costos de equipamiento. Es dirigido por organizaciones comunitarias. |
| | Sure Start: Iniciativa estatal que se enfoca en la salud y educación de los niños. En Irlanda del Norte existen 32 proyectos Sure Start. Éstos promueven experiencias de cuidado, juego y aprendizaje de buena calidad realizando visitas a las casas y reuniones grupales. También se intenta motivar a las familias a que hagan uso de otros servicios de cuidado y aprendizaje, y se brinda atención especial a niños con discapacidades. Los centros son administrados localmente. |
| | Early Years: Organización comunitaria sin ánimo de lucro que provee distintos servicios encaminados al desarrollo de la primera infancia. Entre estos se destacan el apoyo y consejería a centros de atención infantil, la promoción de un programa de acreditación que vele por la calidad de los servicios otorgados en dichos centros, el apoyo a proyectos de Sure Start y el desarrollo del programa Media Initiative for Children. Este último busca promover actitudes positivas de los niños hacia las diferencias físicas, sociales y culturales de otras personas. |
| | Health Pregnancy Grant: Pago libre de impuestos concedido a mujeres embarazadas para que puedan prepararse mejor para el parto. El monto pagado no depende del ingreso y es suministrado por la Oficina de Hacienda y Aduanas del Reino Unido (HM Revenue and Customs). |
| 0 | Maternity Grant: Pagos a los padres para cubrir los costos de mantener un nuevo bebé. El beneficio se obtiene si la madre tiene al menos 29 semanas de embarazo o ha dado a luz en los últimos tres |

| | |
|---|--|
| | <p>meses. También se puede recibir el pago si se tiene un niño adoptado menor de un año de edad. Los pagos se realizan por medio de la Agencia de Seguridad Social (Social Security Agency) a través de un pago directo a una cuenta bancaria.</p> |
| 1 | <p>Pregnancy Book: Publicación del Departamento de Salud (Department of Health), otorgado a las madres embarazadas y padres para que se lleve un embarazo más saludable.</p> |
| 2 | <p>Child Benefit: Pago libre de impuestos que se puede reclamar para el cuidado del hijo. Normalmente, el pago es mensual pero en algunos casos éste puede ser semanal y es pagado a través de las oficinas de Child Benefit, las cuales reciben recursos de la Oficina de Hacienda y Aduanas del Reino Unido (HM Revenue and Customs).</p> |
| 3 | <p>Créche: Provee cuidado por horas a niños y también facilita la participación de los padres en actividades sociales y recreacionales. Los establecimientos que brinden atención a niños por más de 2 horas diarias deben estar registrados y se deben realizar inspecciones regulares por parte de la Comisión local de Salud y Servicios Sociales (local Health and Social Services Trusts) y el equipo de Early Years.</p> |
| 4 | <p>Day Care/Nursery: Brinda atención por todo el día a niños desde las 6 semanas hasta que están en edad para entrar a la escuela primaria. Algunos prestan atención después de los horarios escolares. Normalmente los padres deben pagar por el servicio, pero bajo los objetivos del Programa de Expansión de la Educación Preescolar (Pre-school Education Expansion Programme) se han creado espacios de atención gratuita. Deben estar registrados y se deben realizar inspecciones regulares por parte la Comisión local de Salud y Servicios Sociales (local Health and Social Services Trusts), la cual también cumple la función de</p> |

| | |
|---|---|
| | supervisión a través de chequeos de salud y policía. |
| 5 | Nursery Schools and Classes: Proveen educación a niños entre 2-4 años. El término Nursery School se refiere a una escuela independiente manejada bajo su propia junta escolar. El término Nursery Classes se refiere a unidades de enseñanza atadas a una escuela primaria. Los centros pueden funcionar bajo proveedores públicos o privados y se financian con fondos del gobierno a través de las pautas del Programa de Expansión de la Educación Preescolar (Pre-school Education Expansion Programme), o por medio de cobros a los padres. |
| 6 | Out of School Group: Son diferentes los servicios que se proveen en este tipo de institución; el cuidado después de la escuela puede estar determinado por un club de desayunos, un club para después de la escuela o un plan de vacaciones. Los niños que participan de este servicio se encuentran generalmente entre los 4-11 años. |
| 7 | Opportunity Group: Servicio ofrecido por las autoridades locales de educación. Provee apoyo educativo adicional a niños con necesidades especiales. El apoyo es gratis y también puede ser proveído por el Departamento de Servicios Sociales (Social Service Department) y el Departamento de Salud (Health Departments). |
| 8 | Refuges for children at risk: Hogares voluntarios o registrados que proveen refugio a niños que se encuentran en situación de riesgo. En ocasiones, la autoridad local o una organización voluntaria se encargan de asignar un parent adoptivo para que otorgue este servicio. El Departamento de Salud, Servicios |

Sociales y Seguridad Pública (Department of Health and Social Services and Public Safety) está encargado de expedir el certificado que legaliza y permite la regulación de este tipo de organismos.

Irlanda del Norte: Descripción de los Programas de Atención Indirecta

| | |
|--|--|
| | <p>Health Social Care: Es el nombre que recibe el sistema de salud financiado públicamente. A través de éste se administran servicios de salud y protección social. Entre los beneficios para menores de 16 años y mujeres embarazadas se destaca el derecho a recibir prescripciones sin ningún costo. Los niños menores de 16 años también reciben tratamiento dental y exámenes visuales gratis. El Servicio Nacional de Salud provee un sistema de atención en salud primaria a través del médico familiar (family doctor), quien además lleva un seguimiento de la historia médica de las personas. Los médicos familiares (family doctor) están articulados a clínicas GP (GP surgery), a las que es posible registrarse si se vive dentro del área de atención especificada. Si una persona no pueda registrarse, la Junta de Salud y Servicios Sociales (Health and Social Services Board) debe encargarse de ello.</p> |
|--|--|

Irlanda del Norte: Descripción del marco institucional

| Funciones | Actividad | Descripción |
|------------------|---|---|
| Dirección | Formulación de políticas, planificación y coordinación a nivel central | El Departamento de Educación (Department of Education) es el encargado de llevar el liderazgo de la política educativa en los primeros años. La Dirección de la Política de Cuidado de Niños (Child Care Policy Directorate) adquiere responsabilidad sobre la política y legislación relacionada con la salud y cuidado de la primera infancia. Su labor es asegurar que se establezca una política amplia y un modelo operativo para el |

| | |
|-------------------------------|--|
| | <p>desarrollo de los servicios de cuidado de la primera infancia. El Departamento de Salud y Servicios Sociales (Department of Health and Social Services) autoriza la inspección de hogares, hospitales y centros de guardado. Este Departamento también promueve y realiza investigaciones sobre asuntos relacionados con las funciones previstas en Children NI Order, 1995.</p> |
| Asignación de recursos | <p>Con la introducción del Programa de Expansión de la Educación Preescolar (Pre-school Education Expansion Programme) se estableció un esquema de financiamiento de las instituciones de educación preescolar. Los gastos recurrentes de la provisión pública se deben financiar a través de las Administraciones Locales de las Escuelas por medio de un sistema conjunto que distribuye recursos de acuerdo con el número de niños atendidos. La financiación de los gastos de la provisión privada/voluntaria de servicios de atención a la primera infancia se realiza a través de una asignación fija según el número de cupos otorgados por el Consejo de Educación Preescolar (Pre-school Education Advisory Group) de la autoridad local correspondiente. Dicha asignación es realizada únicamente si el servicio está registrado en la Comisión local de Salud y Servicios Sociales (local Health and Social Services Trusts). Los pagos del Programa de Expansión</p> |

| | |
|-----------|--|
| | <p>de la Educación Preescolar se fundamentan, en gran medida, en inversiones hechas por el Departamento de Educación. Los aportes otorgados a las madres y padres son asignados según los registros de la Oficina de Hacienda y Aduanas del Reino Unido (HM Revenue and Customs) y la Agencia de Seguridad Social (Social Security Agency).</p> |
| eo | <p>Monitor</p> <p>Se sigue un modelo de acreditación local en el que el personal de la Comisión local de Salud y Servicios Sociales (local Health and Social Services Trusts) y el equipo de Early Years registran y hacen inspecciones anuales a distintas instituciones de cuidado y educación. La Inspección de Educación y Capacitación (Education Training Inspectorate) se encarga de hacer inspección de las instituciones que proveen educación. El Departamento de Salud y Servicios Sociales (Department of Health and Social Services) autoriza la inspección de hogares, hospitales y centros de guardado. Entre los organismos que pueden realizar la inspección se encuentran: organizaciones voluntarias, Comisiones de Salud y Servicios Sociales (Health and Social Services Trust), administradores de una escuela, y las Juntas de Educación y Bibliotecas (Education and Library Board), entre otros.</p> |

| | | |
|---|---|---|
| | Formulación de políticas, planificación y coordinación a nivel descentralizado | La Junta de Educación y Bibliotecas (Education and Library Board) es la autoridad local responsable de las políticas educativas. En cada una de ellas se encuentra un Consejo de Educación Preescolar (Pre-school Education Advisory Group) el cual prepara los planes de desarrollo para la provisión de la educación preescolar. Estos grupos están compuestos por representantes del sector público y privado/voluntario. |
| Promoción | Centros de Investigación y Observatorios | Equality Comission publica investigaciones sobre equidad en la niñez. Online Research Bank proporciona una fuente de información que contiene investigaciones sobre diferentes aspectos de la vida de los niños. |
| Vigilancia de comportamientos ciudadanos | | El Comisionado del Norte de Irlanda para la Niñez y la Adolescencia: revisa que el gobierno y otros organismos cumplan y respeten los derechos de los niños, y proporcionen los servicios que han sido establecidos por la ley. Northern Ireland Policy and Reasearch Unit: divulga la política acerca del maltrato infantil (hace parte de NSPCC). Los reportes de abuso a niños se pueden hacer a las Comisiones de Salud y Servicios Sociales. El Servicio de Policía del Norte de Irlanda (Police Service of Northern Ireland) cumple la labor de proteger a los niños, y remover y |

| | | |
|---|-------------------------------------|--|
| | | reubicar a aquellos que se encuentran en situación de peligro. |
| Participación de organismos no gubernamentales | De Cooperación Internacional | Union Europea, Save the Children, Pii the Peace Initiatives Institution. |
| | Comunitarios | Iglesia, Early Years, Sure Start. |

Suecia

Suecia: Síntesis de Actividades de Atención a la Primera Infancia

| Actividades | Prestaciones | Cuidado Gestación y Parto | Niños 0-2 años | Niños 3-4 años | Niños 5 en adelante |
|--|---|--|----------------|--|---------------------|
| Apoyo a la familia para el cuidado de la primera infancia | Facilidades de permanencia en el hogar | 14 semanas de licencia de maternidad. Licencia paterna de 480 días. Niños de padres desempleados o en licencia materna, tienen derecho a 15 horas/semana más. Temporal parental benefit: cuando los padres deben tomar tiempo libre para el cuidado especial del niño. | | Licencia paterna de 480 días. Temporal parental benefit: cuando los padres deben tomar tiempo libre para el cuidado especial del niño. | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | cuidado especial del niño. Derecho a pedir tiempo libre para el amamantamiento. | |
| | Capa citación de los padres | | |
| | Otros soportes al hogar | Pregnancy Benefit. | Child-Raising Allowance. Gender Equality Bonus. Parental Benefit. Housing allowance. Maintenance support. |
| Estímulo y apoyo a la participación de la comunidad en el cuidado de la primera infancia | Prioridad pública de niños y niñas | | |
| | Protección en sitios públicos | | The Act Prohibiting Discriminatory and Other Degrading Treatment of Children and Pupils. |
| | Facilidades | | |

| | | públicas | | |
|---|---------------------------|---------------------------------|--|--|
| Atención institucional directa a la primera infancia | Protección general | Registro y monitoreo | | El registro se hace en autoridades locales. La información se centraliza en el Tax Agency. Todos los niños en la escuela deben recibir por lo menos 3 exámenes médicos durante los periodos escolares. El personal de preescolar monitorea el efecto de las actividades grupales e individuales en el desarrollo de los niños. |
| | Cuidado | Salas cunas y guarderías | | Preescolares públicas y privadas. Leisure-time centre |
| | | Cuidadores | | Family day-care homes. Open pre-school. Open leisure-time centre |
| | Educación | Jardines Infantiles | | Preescolares públicas y privadas. Leisure-time centre |
| | | Transición a la primaria | | Pre-school class. Leisure-time centre. |

| | | | |
|---|--|---------------------------------|---|
| Protección social | Salud | National Public Health Strategy | National Public Health Strategy. Swedish vaccination program. The Swedish Riksdag. |
| | Nutrición | | Los programas de cuidado y educación incluyen servicios de nutrición. |
| Atención especial (necesidades particulares) | Condiciones diferentes de desarrollo | | Preschool class: se le da apoyo especial a niños que lo necesitan. Niños en hospitales u otras instituciones deben tener la oportunidad de tomar parte de actividades de la clase preescolar. Hay hogares residenciales y de educación adaptados para los discapacitados físicos. Care allowance for disabled children. |
| | Otras condiciones especiales (económicas, geográficas, étnicas) | | Children pension |

| | | |
|---|---|--|
| Atención de emergencia (derechos violados) | Abandono, maltrato y abuso, explotación, tráfico, etc. | The Act Prohibiting Discriminatory and Other Degrading Treatment of Children and Pupils. |
|---|---|--|

Suecia: Descripción de los Programas de Atención Directa

| | |
|--|--|
| | <p>Licencia paterna: Puede ser compartida por el padre y la madre y puede ser tomada en los primeros 7 años de vida del niño. Los pagos son administrados por la Administración del Seguro Social de Suecia (Försäkringskassan). Los pagos dependen de las condiciones de los padres pero por lo general se entrega el 80% de los salarios en los primeros 390 días (personas con un salario inferior a 410,000 kronor). Los 90 días restantes son pagados a una tasa fija. Esta licencia puede ser compartida con compañero por 60 días, con 10 días adicionales para la madres con motivo del nacimiento del niño (2008).</p> |
| | <p>Temporal parental benefit: 120 días por año por niño (menor de 12 años) y para niños entre 12 y 15 años con certificado médico. Se paga el 80% del salario hasta un máximo de SEK 307,500 (2008). Se usa para cuidar a niños enfermos. 60 de estos días se pueden utilizar si el cuidador tradicional está enfermo.</p> |
| | <p>Pregnancy benefit: Se le paga a madres embarazadas que no pueden trabajar debido a la naturaleza física de su trabajo. Se paga el 80% del salario por máximo 50 días. La madre debe de calificar por un periodo de empleo antes de recibir la prestación al 80% de su salario.</p> |
| | <p>Child-raising allowance: Le da la oportunidad a los padres de pasar más tiempo con sus hijos, ayuda en la transición entre licencias paternales/maternales y el trabajo. Se otorga para padres de niños entre 1 y 3 años que estén registrados en el registro de población de la municipalidad apropiada. Se puede combinar con el salario. Las municipalidades escogen si desean ofrecer el</p> |

| | |
|--|--|
| | beneficio. |
| | Gender equality bonus: Busca mejorar la igualdad de género en la licencia paternal y la participación en el mercado laboral. Se busca que los padres compartan la licencia, de manera que el padre que se queda en casa por mayor tiempo recibe un crédito en sus impuestos mientras que el otro puede pedir el parental benefit. |
| | Parental leave benefit: Salario sujeto a pensiones pero no compensa la pérdida del salario total mientras que el padre está en casa. Los padres que trabajan pueden recibir derechos a pensiones por los años de cuidado infantil. El monto de la pensión por años de cuidado infantil se estima a partir del ingreso y pensiones del padre. Sólo uno de los padres puede recibir la pensión por un año específico. |
| | Housing allowance: Los hogares con niños en el hogar o con derechos a servicios de niños pueden solicitar el housing allowance. El tamaño de la prestación depende de los costos del hogar, el ingreso del hogar y el número de niños |
| | Maintenance support: Los niños de padres separados pueden acceder a la prestación, máxima de SEK 1,273 mensuales por niño. Se le paga al parent que vive con el niño. El parent que debe pagar la manutención debe de reembolsar parcial o totalmente el costo de manutención al estado. |
| | Preescolares públicas y privadas: La política de atención preescolar propende por la atención integral de niños entre 1-5 años a través de actividades preescolares. Estas actividades |

| | |
|---|---|
| | están a cargo del Ministerio de Educación y la participación es voluntaria y requiere del pago de los padres o tutores (dependiendo de su nivel de ingresos). La mayoría de servicios preescolares son provistos por las autoridades locales pero también hay establecimientos públicos en funcionamiento. |
| 0 | Leisure-time centre: Es una actividad pedagógica en grupo para niños en la escuela hasta los 12 años. Complementa la escuela y apoya a los niños en su desarrollo. |
| 1 | Family day-care homes: Un cuidador de familiar recibe a niños en su propio hogar. Los niños tienen de 1-12 años, la mayoría tienen de 1-5 años. Es para niños que no han empezado la escuela y ofrece actividades educativas en un ambiente de cuidado pedagógico. |
| 2 | Open pre-school: Es para niños que no están registrado en un pre-school. Un parent u otro adulto acompaña al niño. Puede suplementar el cuidado pedagógico. |
| 3 | Open leisure-time centre: Es para niños de 0 - 12 años quienes no necesitan el cuidado y liderazgo de los le leisure-time centres o family day-care homes. Puede suplementar las actividades de niños que van a family day-care homes. Los niños no se registran. |
| 4 | Pre-school class: Educación no obligatoria diseñada para estimular el desarrollo y aprendizaje del niño y proveer una base para su educación futura. Este combina métodos pedagógicos del preescolar con los de la escuela formal. Está ligado a la educación obligatoria y a los leisure-time centres. Todos los niños tienen una plaza a partir del otoño del año que cumplen 6 y hasta que empiecen la escuela obligatoria. La plaza debe quedar lo más cerca posible al hogar y la |

| | |
|---|--|
| | decisión de los padres debe de ser considerada. |
| 5 | Care allowance for disabled children: Para recibirlo, el niño debe requerir supervisión especial y cuidado de 6 meses mínimo o debe tener una discapacidad que acarree costos adicionales. Los padres pueden recibir una prestación hasta que el niño cumpla 19 años. El monto máximo es de 2.5 al precio base. El precio base para el 2008 fue de SEK 41,000. También se puede pagar de forma reducida (3/4, la mitad o 1/4 de la prestación). Se pagan impuestos por la prestación y califica como derechos de pensión. |
| 6 | Children pension: Es para niños menores de 18 años huérfanos de uno o ambos padres. La pensión se paga a partir de los 18 años del niño mientras que atiendan la escuela y hasta los 20 años. |

Suecia: Descripción de los Programas de Atención Indirecta

| | |
|--|---|
| | National Public Health Strategy: Está a cargo del Ministerio de Salud Pública y contempla una serie de objetivos entre los que se destacan: Generar Condiciones de seguridad para los niños, y salud y cuidado médico para promover la buena salud. |
| | The Swedish Riksdag: Políticas Nacionales de Salud donde se incluyen 11 objetivos-áreas de prioridad para la nación, entre ellos: Objetivo 3: Asegurar condiciones favorables durante la niñez y adolescencia; Objetivo 10: Buenos hábitos nutricionales y comida saludable. |

Suecia: Descripción del marco institucional

| Funciones | Actividad | Descripción |
|------------------|---|--|
| Dirección | Formulación de políticas, planificación y coordinación a nivel central | <p>National Agency for Education (Skolverket.): es la agencia de administración central, la cual recoge información, analiza y pública los datos, lleva a cabo estudios y apoya las escuelas y el personal.</p> <p>Educational ACT: rige y establece los tipos de cuidado a la primera infancia. Establece la obligación de autoridades locales de proveer servicios para niños de 1-12 años si los padres trabajan o estudian. También establece las responsabilidades para niños con necesidades especiales.</p> <p>Swedish National Institute of Public Health: es la agencia coordinadora para las políticas de salud a nivel nacional. El instituto apoya la ejecución de los 11 objetivos generales, monitorea y evalúa su implementación y desarrolla indicadores para mostrar el avance y desempeño.</p> |
| | Asignación de recursos | <p>Las políticas de primera infancia son financiadas parcialmente por el gobierno central, parcialmente por impuestos y parcialmente con pagos de los padres.</p> <p>Financial Family Policy: La meta es contribuir a la calidad de vida familiar a través de licencias y prestaciones.</p> |

| | | |
|-----------------------|---|--|
| | Monitor eo | <p>National Agency for Education se encarga de recoger, analizar y publicar la información. Es responsable del sistema de evaluación nacional. Municipalidades monitorean, inspeccionan y evalúan las actividades de las instituciones preescolares, regularmente y anualmente. La evaluación puede ser externa o con el personal, los padres y los niños. Desde el 2008 el Swedish Schools Inspectorate, inspecciona todas las instituciones preescolares y las escuelas ofreciendo clases preescolares</p> |
| | Formulación de políticas, planificación y coordinación a nivel descentralizado | <p>Modelo nórdico descentralizado de implementación de políticas. La responsabilidad de implementación es de las autoridades locales, mientras que la formulación de políticas se lleva a cabo a nivel nacional. El National Agency for Education administra, guía y apoya a las autoridades locales en el cumplimiento del Educational Act. El National Agency for Education establece marcos de política y guías para el desarrollo de la educación a través de documentos, currículos, exámenes y estándares para las calificaciones.</p> |
| Promoció n | Centros de Investigación y Observatorios | <p>National Agency for Education publica estadísticas anuales, estudios periódicos y materiales públicos con la ayuda de los Official Statistics. Entre los estudios que se llevan a cabo está el National Evaluation of the Preschool System (2009). El Committee for Educational Science del</p> |

| | | |
|---|-------------------------------------|---|
| | | Swedish Research Council provee los fondos para investigación en universidades. |
| Vigilancia de comportamientos ciudadanos | | |
| Participación de organismos no gubernamentales | De Cooperación Internacional | Nordplus Junior. OECD. WHO. |
| | Comunitarios | |

Anexo 3. Modelos nacionales

Australia

Relaciones interterritoriales

Australia es una federación de 6 estados y algunos territorios. Los estados tienen su propia legislatura, amplio poder político y elevada autonomía. El gobierno federal sólo puede intervenir en ciertas áreas, mientras que los estados están habilitados para hacerlo en todos los aspectos que no son expresamente atribuidos al nivel federal. Los municipios tienen las funciones que los estados les atribuyan. Entre las áreas de competencia de los estados se incluye la prestación de los servicios sociales.

El gobierno federal establece las políticas generales en materia de infancia. La dirección de políticas nacionales de primera Infancia es responsabilidad del Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs (FaHCSIA) en cuanto atañe a la protección y apoyo a las familias, mientras las políticas de educación inicial son competencia del Ministerio de Educación, Empleo y Relaciones Laborales a través de la Oficina de Educación y Cuidado a la Primera Infancia. Una amplia red de entidades gubernamentales (federales y estatales) y no gubernamentales participa en la concertación de las políticas generales de primera infancia.

Toda la atención a la primera infancia funciona de manera descentralizada bajo responsabilidad de los estados en el marco de las políticas generales del gobierno federal. Los estados y territorios son responsables por la ejecución de esas políticas y tienen autonomía para regular, acreditar, operar y supervisar los centros de servicio dentro de su ámbito.

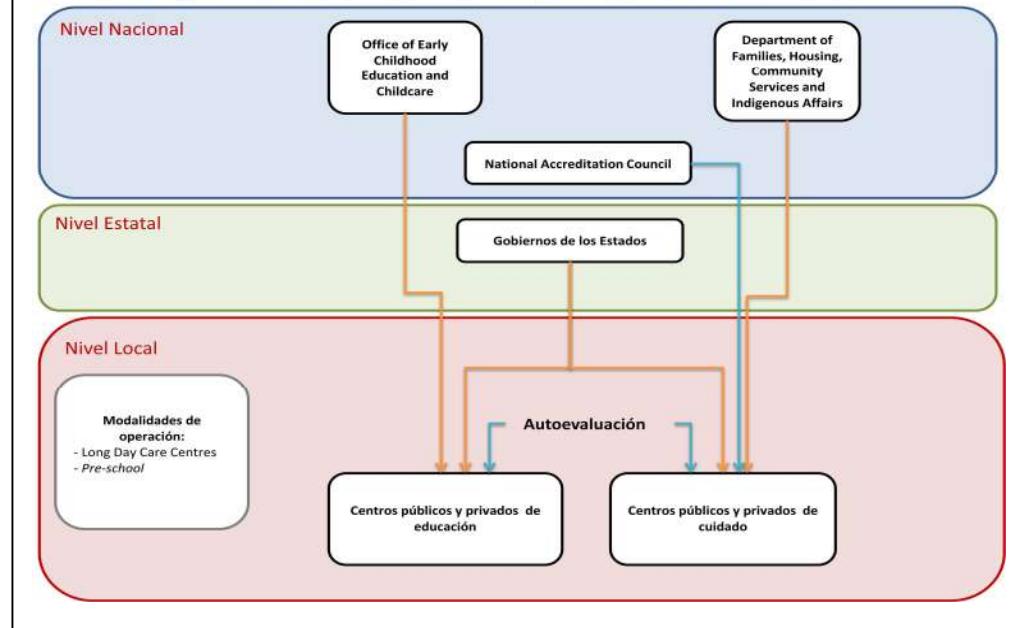
Modelo de atención

El cuidado de los niños de 0 a 3 años se considera de responsabilidad de los padres, para lo cual reciben transferencias monetarias, tienen centros públicos y privados que les proveen apoyos y reciben reembolsos o descuentos fiscales por su utilización.

Además del aseguramiento en salud, el gobierno australiano se ha enfocado en el acceso universal al preescolar a partir de los 4 años y la inmunización nacional a partir de los 7 días del parto.

El gobierno se ha preocupado por crear modelos flexibles de atención que cumplan con las necesidades de las poblaciones rurales y aborígenes del país.

Servicios regulados de cuidado y educación para la primera infancia - Australia



Orange arrow → Políticas Cyan arrow → Monitoreo

Aseguramiento de la calidad

La Oficina de Educación y Cuidado a la Primera Infancia del Ministerio de Educación fija las políticas gubernamentales para la gestión de guarderías y centros de educación inicial junto con el National Quality Framework for Early Education and Care, administrado por el Consejo Nacional de Acreditación del Cuidado Infantil, para asegurar que el cuidado y la educación temprana sean de calidad. Estos estándares son adoptados por los diferentes Ministerios. El Consejo de Gobiernos Australianos coordina la política inter-sectorial e inter-estatal para reformas sociales entre ellas salud, educación y primera infancia. La adopción de políticas de calidad nacionales a nivel territorial y estatal se lleva a cabo mediante convenios inter-gubernamentales.

El sistema de monitoreo y aseguramiento de la calidad (QIAS) es de nivel nacional y es adoptado por los diferentes estados y territorios para la acreditación de centros de servicio.

Australia presta especial atención a la participación de los padres en la gestión y el aseguramiento de la calidad.

Australia participa en diferentes evaluaciones internacionales y lleva a cabo evaluaciones de impacto y conferencias de investigación sobre la Primera Infancia con el objetivo de mejorar permanentemente la calidad.

Financiamiento

El financiamiento de los centros de atención viene del presupuesto nacional y es distribuido a partir de la información recogida por el QIAS. Los servicios de salud son financiados por el sistema nacional de seguridad social. Las licencias por el seguro de desempleo.

Canadá

Relaciones interterritoriales

Canadá es una federación de 10 provincias y 3 territorios. Las provincias –y en menor proporción los territorios– tienen elevada autonomía, a tal punto que sus ingresos conjuntos superan los del gobierno federal. El gobierno federal toma iniciativas en materia de políticas sociales pero las provincias pueden optar por modelos propios diferentes. El nivel federal tiene el rol de estimular la equidad entre provincias y territorios mediante fondos de compensación.

National Children's Agenda (1997), Early Childhood Development Agreement (2000) y Multilateral Framework on Early Learning and Child Care (2003) son marcos generales de política basados en acuerdos entre el Gobierno Federal, las Provincias y los territorios (con participación además de las organizaciones comunitarias) previstos para orientar la atención a la primera infancia. Sin embargo, no constituyen la arquitectura política del sistema de atención para cada una de las provincias y territorios, porque cada uno se encarga de definir sus políticas específicas y realizar sus propios arreglos institucionales entre entidades estatales, organismos no gubernamentales y entidades prestadoras. El sistema es, por tanto, altamente descentralizado.

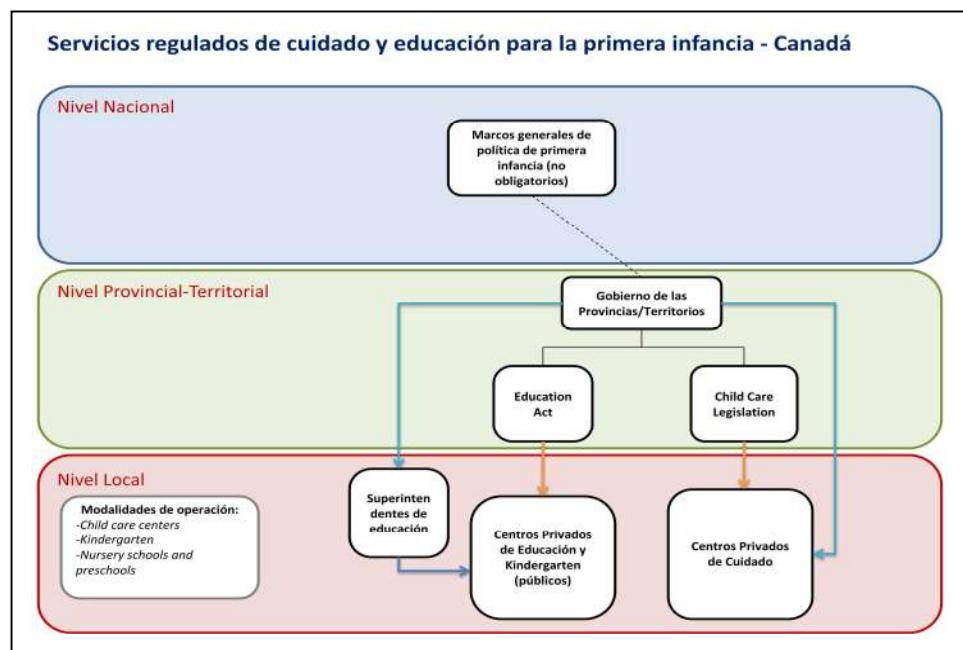
La debilidad de las pautas nacionales y la fuerte descentralización no han permitido la consolidación de un conjunto de garantías explícitas para la primera infancia en todo el país, de modo que en la práctica existen condiciones de acceso y calidad de servicios diferenciales en las distintas provincias y territorios.

Modelo de atención

Cada provincia organiza su red de servicios. Las estrategias suelen ser sectoriales, de modo que no existe una articulación clara entre los programas de atención en salud, educación, cuidado y nutrición, aunque hay esfuerzos recientes por incluir

programas de desarrollo en los *nursery schools* y *preeschools* que atienden a niños entre 2-5 años.

Existe una amplia gama de programas enfocados a la orientación y enseñanza a los padres, a la atención especializada para comunidades aborígenes y para niños con necesidades especiales. Estos últimos están dirigidos por Gobierno Federal a través de Health Canada y la Agencia Pública de Salud de Canadá.



Aseguramiento de la calidad

La acreditación de los centros de cuidado y educación es local. Las provincias o territorios hacen supervisión de calidad bajo lineamiento nacional y cumplen la función de reguladoras de las entidades prestadoras de servicios. A pesar de ello, existe una gran proporción de niños atendidos por medios no regulados. Entre los centros regulados de cuidado y educación predomina la participación privada, con o sin ánimo de lucro.

Aunque constitucionalmente la salud es vista como una responsabilidad provincial, el gobierno federal tiene un papel orientador importante mediante estándares

y lineamientos para los programas provinciales de aseguramiento de la salud a los cuales tienen acceso los niños.

Es frecuentemente resaltado el esfuerzo de las provincias por involucrar a las universidades y centros de investigación en el análisis de políticas, recolección de información y formación docente.

Financiamiento

La atención de guarderías y educación es financiada predominantemente con recursos provenientes de transferencias del gobierno federal que son administrados por las provincias o territorios con alta autonomía.

Mediante el Early Childhood Development Agreement (2000) se acordó destinar \$500 millones anuales para que las provincias y territorios mejoren y expandan los servicios de para la primera infancia, con énfasis en programas de apoyo a los padres, educación y movilización de la comunidad, cuidado de la gestación y desarrollo infantil. Adicionalmente el Multilateral Framework on Early Learning and Child Care (2003) definió destinar \$1,05 billones por 5 años para que las provincias y territorios mejoren el acceso a programas y servicios de educación y cuidado de niños entre 0 y 6 años.

Chile

Relaciones interterritoriales

Chile es un estado unitario presidencialista. Su estructura territorial incluye regiones (actualmente 15) subdivididas en provincias (54) y éstas a su vez en comunas (346). Las regiones, gobernadas por un intendente nombrado por el Presidente de la República, actúan predominantemente como entes descentralizados de planificación, gestión de recursos, orientación de la inversión pública y promoción del desarrollo

regional. Las provincias están a cargo de un gobernador también nombrado por el Presidente de la República. Las comunas son eje de la descentralización del poder central y tienen crecientes responsabilidades de ejecución en el ámbito local; su administración está a cargo de la municipalidad, que tiene un alcalde y un consejo comunal elegidos democráticamente.

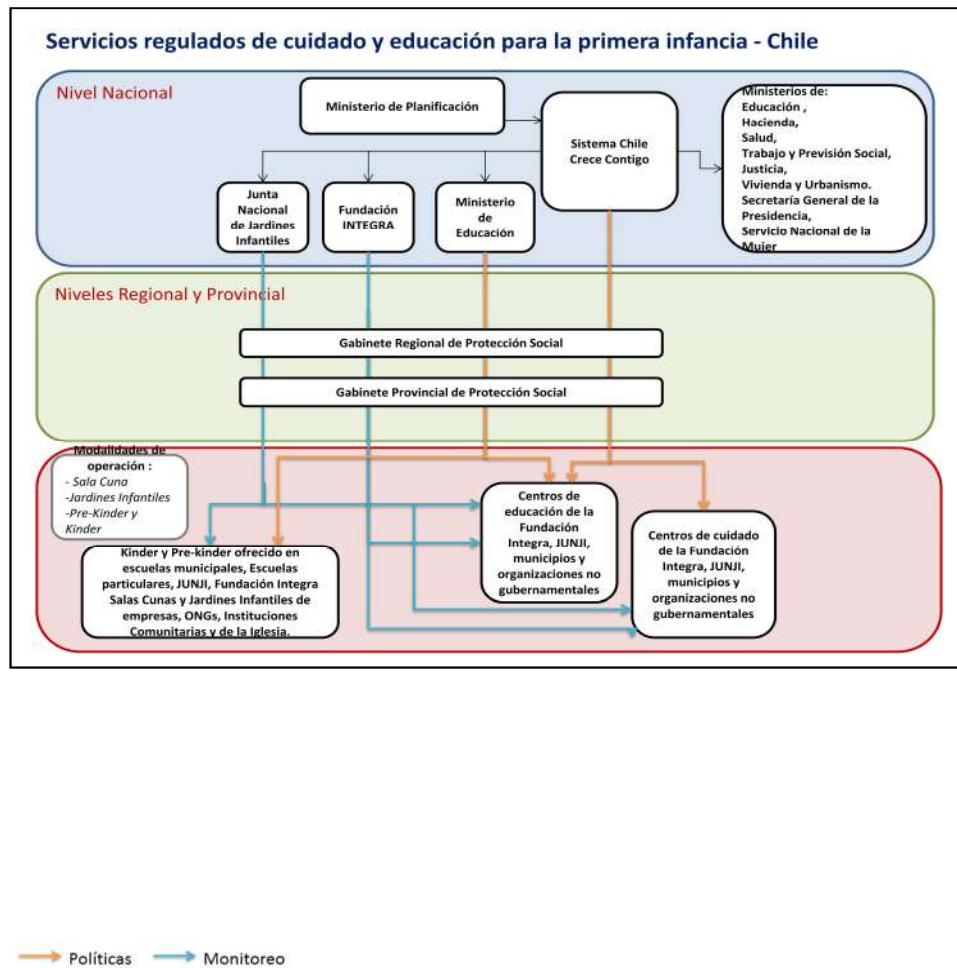
El Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo es coordinado y articulado por el Ministerio de Planificación. Los demás ministerios participantes, agrupados en el Comité de Ministros por la Infancia, definen y concertan sus orientaciones sectoriales y sus compromisos de gestión a la luz de las pautas básicas del Sistema. El Grupo Técnico Interministerial tiene a su cargo la generación de las acciones requeridas para la implementación. Los gabinetes regionales y provinciales de protección social son el eje de la institucionalidad del Sistema en sus ámbitos: gestión de recursos financieros e institucionales para sus territorios y acompañamiento y asistencia técnica a las redes comunales.

Las Redes Comunales de Chile Crece Contigo son instancias multisectoriales que reúnen en el nivel comunal al conjunto de servicios públicos y municipales responsables por la atención integral a la primera infancia. Su responsabilidad principal es articular en cada niño o niña las prestaciones disponibles, de acuerdo con sus características particulares, manteniendo un enfoque de atención personalizada. Las municipalidades son las primeras responsables del aseguramiento de la protección social de la primera infancia en el nivel comunal, mediante la coordinación y utilización de los servicios gubernamentales y no gubernamentales colocados a su disposición.

Modelo de atención

El modelo de atención de Chile Crece Contigo tiene cuatro conjuntos de prestaciones: i) sensibilización y apoyo educativo masivo en torno a la primera infancia para toda la población con énfasis en los padres; ii) apoyo al desarrollo biopsicosocial de todos los niños y niñas que asisten al sistema público de salud desde la gestación hasta que cumplen 4 años; iii) prestaciones garantizadas para los niños y niñas del 60% más vulnerable de los hogares con algunas condiciones (acceso gratuito a salas-cunas y jardines infantiles, atención de discapacidad) y iv) prestaciones de acceso preferente a niños y niñas de la primera infancia que forman parte del 40% más vulnerable de los hogares (subsídios familiar, apoyo a las familias).

Las salas cunas y jardines infantiles son administradas directamente por la Junta Nacional de Jardines Infantiles –JUNJI–, por la Fundación Integra, por los municipios o por prestadores privados y comunitarios registrados ante la JUNJI. Además de proveer servicios de sala cuna y jardines infantiles, las municipalidades tienen un rol decisivo en el establecimiento y operación de las Redes Comunales para el acompañamiento de la trayectoria de desarrollo de los niños y niñas.



Aseguramiento de la calidad

El Ministerio de Educación establece las bases curriculares para la Educación Parvularia. Se utiliza un modelo de acreditación centralizada en el que la Junta Nacional de Jardines Infantiles hace monitoreo de sus propios establecimientos y de los establecimientos privados subsidiados. El Sistema de Acreditación de Calidad de los Servicios de Salas Cunas y Jardines Infantiles surgió como un convenio entre la Junta Nacional de Jardines Infantiles y ChileCalidad. El sistema define estándares de calidad para centros de educación pública y privada que hacen autoevaluación de los servicios provistos. Estas autoevaluaciones son validadas por ChileCalidad para otorgar la

acreditación correspondiente. Aunque la acreditación no es obligatoria es implementada como un recurso para que los padres puedan estar mejor informados acerca de los centros a los que deciden inscribir a sus hijos.

El Ministerio de Planificación está encargado de la supervisión y evaluación de la implementación del sistema Chile Crece Contigo.

Financiamiento

El financiamiento de Chile Crece Contigo proviene de los presupuestos de las entidades sectoriales participantes y de las municipalidades, complementado por tres grandes fondos: el Fondo de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial del Ministerio de Salud, el Fondo de Apoyo al Desarrollo Infantil e Iniciativas para la Infancia administrado por el Ministerio de Planificación y el Fondo de Fortalecimiento a la Gestión Municipal en Primera Infancia, también administrado por el Ministerio de Planificación.

El Fondo de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial entrega los recursos necesarios a los departamentos de salud municipales y los centros de salud del sistema público para garantizar las prestaciones de control prenatal extendido, parto humanizado, talleres prenatales y detección temprana de dificultades de desarrollo. El Fondo de Apoyo al Desarrollo Infantil e Iniciativas para la Infancia financia a las redes comunales proyectos para la atención de los niñas y niñas, de acuerdo con sus necesidades y condiciones particulares. El Fondo de Apoyo al Fortalecimiento de la Gestión Municipal en Primera Infancia está orientado a generar las condiciones técnicas necesarias para el debido funcionamiento del Sistema a nivel local y activar las redes comunales, que pueden acceder al Fondo mediante la presentación planes de trabajo y proyectos de fortalecimiento

Cuba

Relaciones interterritoriales

Cuba es un estado socialista estructurado bajo principios de dirección y planificación central. A la cabeza del gobierno está en Consejo de Estado como jefatura colegiada y un Jefe de Estado y de Gobierno. El ámbito territorial está compuesto por 14 provincias que tienen 169 municipios. Las provincias son gobernadas por las asambleas provinciales del poder popular, cuyos integrantes son elegidos por voto directo y secreto. Cada municipio es dirigido por una asamblea de delegados del poder popular, la cual selecciona en su interior a un comité ejecutivo que a su vez elige a su presidente y vicepresidente. Dentro de los municipios existen Consejos Populares representativos de la población a nivel de barrio o comunidad local sub-municipal. Esta estructura político-administrativa da lugar a un esquema de gobierno en tres niveles y alta participación comunitaria submunicipal, que integra orientaciones jerárquicas del nivel nacional y actividades de iniciativa popular territorial en cada provincia y cada municipalidad.

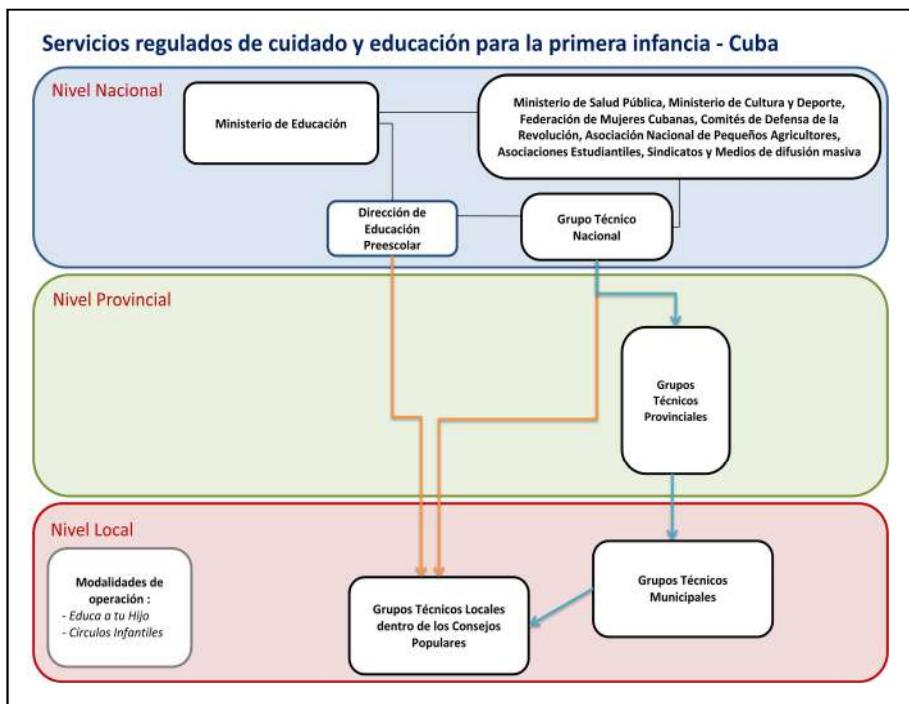
La atención a la primera infancia funciona bajo un esquema de centralización normativa y descentralización ejecutiva. Las pautas se trazan en el nivel central, la operación es de iniciativa y responsabilidad local y existen instancias medias de regulación y supervisión.

El Ministerio de Educación, a través de la Dirección de Educación Preescolar, y el Grupo Técnico Nacional del Programa Educa a tu Hijo son los coordinadores de la atención a la primera infancia en cada Provincia, Municipio y Consejo Popular Local. El Grupo Técnico Nacional está compuesto por el Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Cultura y Deporte, la Federación de Mujeres Cubanas, Comités de Defensa de la Revolución, la Asociación Nacional de Pequeños Agricultores, Asociaciones Estudiantiles, Sindicatos y Medios de difusión masiva.

Modelo de atención

El modelo de atención en materia de salud, guarderías y de educación inicial se realiza en el marco de los Círculos Infantiles (programa institucional) y los Hogares Comunitarios (programa comunitario). Ambos programas buscan lograr un modelo de atención integral que reúne a los sistemas de salud, cuidado, nutrición y educación. La coordinación se logra gracias a la gestión comunitaria y las relaciones directas entre el Médico de Familia, los profesores y los padres.

El programa Educa a tu Hijo da gran importancia al entrenamiento de los padres, y tiene especial énfasis en los sectores rurales y de población dispersa en los cuales no operan centros institucionales de cuidado y educación por lo cual los padres deben hacerse cargo de obtener logros equivalentes.



Aseguramiento de la calidad

La acreditación de los centros de cuidado y educación es centralizada bajo responsabilidad de la Dirección de Educación Preescolar y del Grupo Técnico Nacional del Ministerio de Educación. El monitoreo es escalonado, pues el Grupo Técnico Nacional supervisa a los grupos técnicos provinciales los cuales a su vez realizan las tareas de regulación y control de los Grupos Técnicos Municipales y estos supervisan a los Grupos Técnicos Locales que brindan los servicios.

Los servicios de salud se rigen bajo las directrices del Ministerio de Salud y su calidad es monitoreada por oficiales de salud pública.

Se ha desarrollado una política nacional de seguimiento y evaluación del desarrollo de los niños en salud y educación en las diferentes etapas de su ciclo de vida. A través de los sistemas de atención personalizada de salud y la evaluación recurrente en las guarderías y centros de educación inicial se ha logrado establecer una herramienta de seguimiento al desarrollo de cada niño.

Financiamiento

La financiación de todos los servicios de atención se hace a mediante asignaciones presupuestarias directas del gobierno central.

Dinamarca

Relaciones interterritoriales

Dinamarca es una monarquía constitucional parlamentaria. Tiene 5 regiones y 98 municipios. Mientras que los municipios tienen una larga tradición, las regiones son entes administrativos de reciente creación. Las regiones no tienen autorización de recaudar impuestos ni fuentes de ingresos propios, por lo cual dependen de los aportes de la nación y de los municipios. Su función más relevante es la gestión de servicio nacional de salud. Los municipios, en cambio, tienen ingresos propios y transferencias

nacionales y acometen gran cantidad de funciones de desarrollo económico y social y garantía de bienestar.

El diseño de políticas y coordinación de los centros de atención a la primera infancia se hace al nivel central por el Ministerio de Asuntos Sociales, el Ministerio de Familia y Asuntos del Consumidor, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud y otros ministerios más.

Las autoridades locales se encargan de establecer unidades administrativas que integren los servicios de cuidado, educación inicial y servicios para los padres. Las juntas de padres participan en la orientación de las políticas de gestión de los centros de cuidado y educación.

Las autoridades municipales de salud son responsables de los servicios de cuidado en salud ofrecidos por enfermeras que hacen visitas al hogar y chequeos de la madre y el hijo. El sistema de seguridad social se hace cargo de los demás servicios de salud.

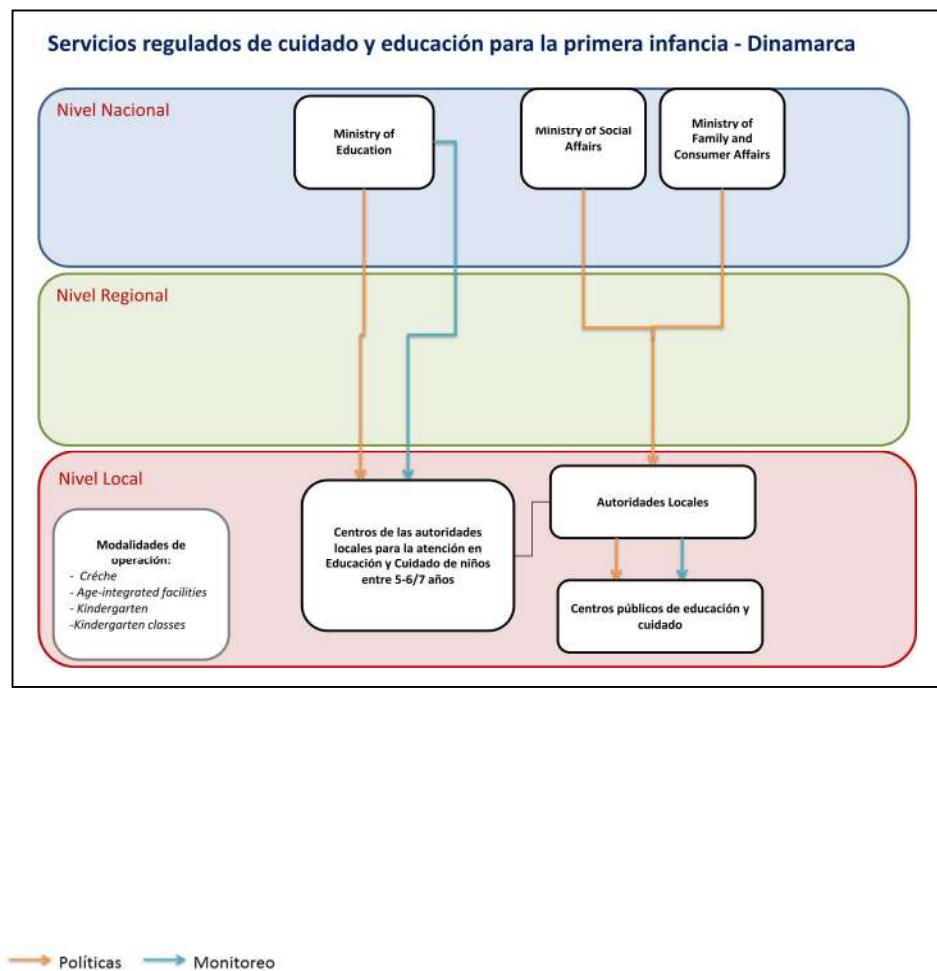
Modelo de atención

La política de primera infancia busca la atención universal en educación y en salud, y un mejoramiento permanente de la calidad. Por tanto, en los servicios de guarda y educación inicial el objetivo es garantizar la máxima cobertura posible, permitiendo la participación de proveedores municipales, privados sin ánimo de lucro y comerciales.

Ha habido un gran esfuerzo para integrar gradualmente los diferentes servicios brindados en los centros de cuidado, centros de educación inicial y actividades extraescolares en lo que se llama el *full day service*. Los servicios a niños entre 0-6 años de edad son por derecho propio parte del sistema de bienestar social.

El servicio de salud está conectado al sistema de registro y éste notifica a la autoridad municipal de salud sobre el número y características generales de los niños que requieren la atención. De esta manera, se puede garantizar atención personalizada a los niños. Algo similar ocurre con las mujeres gestantes.

Los beneficios para los padres y madres se otorgan buscando propiciar condiciones de equidad en materia de desarrollo de la primera infancia y de equidad de género frente a las responsabilidades domésticas y el mundo laboral.



Aseguramiento de la calidad

Los Ministerios de Asuntos Sociales y Educación determinan los principios de calidad de las guarderías y centros educativos iniciales. La Asociación de Autoridades Locales de Dinamarca y la Unión Nacional de Educadores de Adolescentes y Niños también participan en la fijación de principios nacionales de calidad. Sobre esta base se fundamenta un sistema de acreditación administrado por las autoridades locales, que se encargan de la inspección, monitoreo y evaluación de las actividades correspondientes.

El sistema de salud utiliza sus propios procedimientos de gerencia de calidad. El Ministerio de Asuntos Sociales fija estándares de calidad de los centros de cuidado al respecto de condiciones mínimas de sanidad y controles de salud. Periódicamente se evalúan los logros de desarrollo de los niños con el propósito de establecer los apoyos y correctivos adecuados cuando fuere necesario

Financiamiento

Los servicios de cuidado y educación se financian a través de subsidios de las autoridades locales, aportes del gobierno central y aportes de los padres.

El Estado asume alrededor del 80% de los costos de cuidado en salud.

Francia

Relaciones interterritoriales

Francia es una república unitaria semi-presidencialista y semi-parlamentaria, que históricamente ha tenido un poder ejecutivo con elevado nivel de autoridad y alta capacidad de influir en la agenda parlamentaria. Su estructura político-administrativa incluye 22 regiones sin autonomía ejecutiva ni legislativa, como ámbitos de orientación de la inversión con recursos nacionales y construcción de equidad; 96 departamentos gobernados por un Consejo General de elección popular y un prefecto, con recursos

propios y funciones de desarrollo económico y social; 329 distritos gobernados por subprefectos que tienen la función de representar y ayudar al prefecto departamental; 3.879 cantones que son esencialmente jurisdicciones electorales en función de las elecciones departamentales y más de 36 mil comunas que tienen atribuciones de municipalidad para la gestión del bienestar local.

La formulación de políticas nacionales está a cargo de la Direction Générale de la Cohésion Sociale, que es un ente dependiente de los Ministerios encargados de los asuntos sociales. Su función es proponer políticas y definiciones estratégicas pero no operacionales.

Con la creación de la Direction Générale de la Cohésion Sociale se buscó principalmente una mayor capacidad de coordinación intersectorial y a la vez una mayor descentralización. En cada departamento existen direcciones de cohesión social, que orientan las políticas para sus territorios y articulan a las diferentes entidades concernidas. Los gobiernos locales, los Consejos Generales de los Departamentos y las Cajas de Asignación Familiar descentralizadas juegan también un papel importante en la definición de políticas departamentales y locales, en estrecha coordinación con las direcciones de cohesión social.

La atención escolar para la primera infancia se caracteriza por su centralización en la toma de decisiones y formulación de políticas. El Ministerio de Educación Nacional se encarga del sistema escolar en lo que tiene que ver con la política educativa, estrategias y el total financiamiento del sistema. Define además las Zonas de Educación Prioritaria, como estrategia para combatir la pobreza en algunas comunas.

La desconcentración educativa se realiza través de La Académie, que cuenta con unos rectorados y unos Inspectores de Academia territoriales, quienes se encargan de administrar la organización escolar, el personal docente, el monitoreo de las instituciones y la evaluación de profesores y estudiantes. Las comunas son las dueñas de los establecimientos de educación preescolar y primaria y definen las zonas escolares

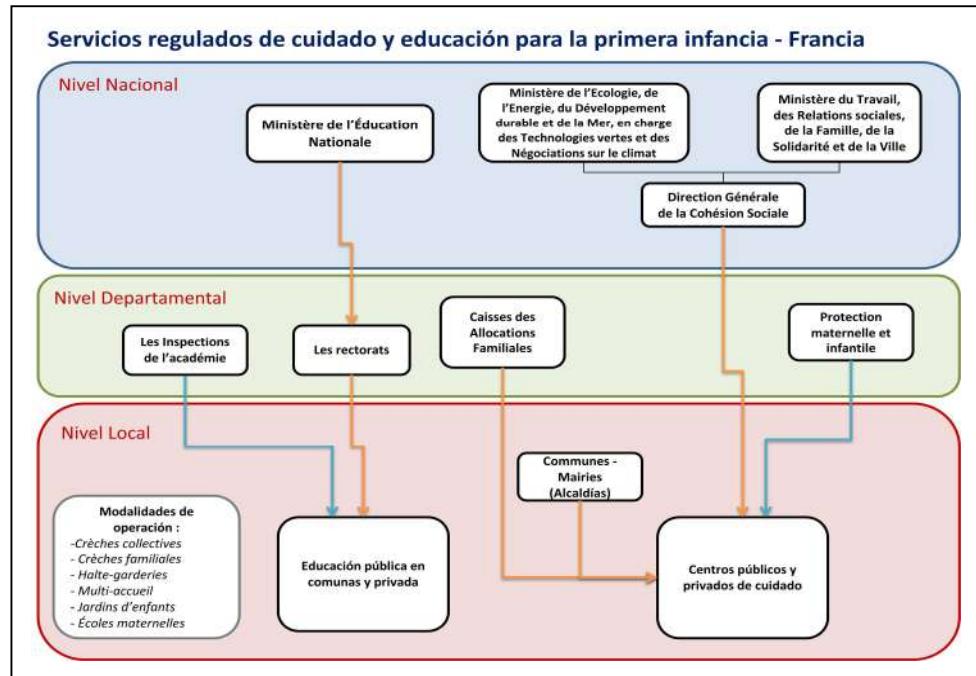
públicas. El alcalde puede definir las horas y el calendario escolar para la educación preescolar y primaria.

Modelo de atención

Son dos las características que diferencian el modelo francés de otros esquemas de atención a la primera infancia: i) existe una inmensa oferta de servicios predominantemente oficiales de cuidado y guardería que se adapta bien a los requerimientos de las familias, y ii) la educación inicial y preescolar obligatoria empieza a los 3 años y en algunos casos puede empezar a los 2 años.

El esquema de atención a la primera infancia es dual, pues hace una clara diferenciación entre los servicios de guardería y de salud, por un lado y los del sistema escolar de educación inicial.

El sistema de guardería está compuesto por las crèches familiales, crèches collectives, haltes-garderies y jardins infantiles, los cuales pueden ser operadas por entidades oficiales o privadas, con o sin fines lucrativos. Por su parte, las écoles maternelles forman parte del sistema escolar estatal y son administradas por las comunas (alcaldías). La mayoría de niños entre 3-6 años asisten al preescolar, aun cuando su asistencia es de carácter voluntario.



Aseguramiento de la calidad

Los Consejos Generales departamentales son los responsables de la acreditación de las guarderías y centros de cuidado. El monitoreo es realizado por los centros de Protection Maternelle et Infantile, adscritos a dichos consejos.

Financiamiento

Los centros de educación inicial son financiados con recursos sectoriales del sector educativo. Los demás servicios combinan recursos sectoriales de nivel nacional con recursos departamentales.

Holanda

Relaciones interterritoriales

El Reino de los Países Bajos es una monarquía constitucional parlamentaria. Tiene 12 provincias cuyos gobernadores son designados por el rey y tienen cámaras legislativas de elección popular. Las provincias están subdivididas en municipios que a su vez tienen un alcalde nombrado por el rey y una junta municipal elegida popularmente. Los municipios se hacen cargo de actividades de desarrollo local y del bienestar social y familiar, incluyendo entre sus funciones servicios básicos y domiciliarios, educación, protección infantil y juvenil, ayuda laboral y atención en casos de pobreza.

La coordinación de las políticas de cuidado y educación de la primera infancia es una responsabilidad compartida entre el nivel nacional y municipal. Tres Ministerios son los encargados de la dirección general de la política de primera infancia. El Ministerio de Asuntos Sociales y Trabajo se hace cargo de regular la política de cuidado a la primera infancia incluyendo la planificación y puesta en marcha del Child Care Act (2005). El Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte tiene la responsabilidad de orientar el apoyo a las familias y definir las políticas municipales de protección social. El Ministerio de Educación, Cultura y Ciencia es responsable del sistema educativo en todo el país.

Con base en las políticas nacionales, las autoridades municipales son las encargadas de coordinar en su territorio las acciones por la primera infancia para lograr integralidad y calidad en los servicios. Entre sus funciones se encuentra el registro de las guarderías y de los centros de educación inicial.

Las autoridades locales han avanzado en el diseño de mecanismos de coordinación entre las instituciones de cuidado, las de educación inicial y las escuelas primarias. Estos mecanismos de coordinación se han conseguido bajo estrategias de

mejoramiento del desarrollo infantil y el aprendizaje -Voor- en vroegschoolse educatie VVE-, que comienzan con niños entre los 2-4 años en los Pre-school playgroups administrados por los municipios.

Modelo de atención

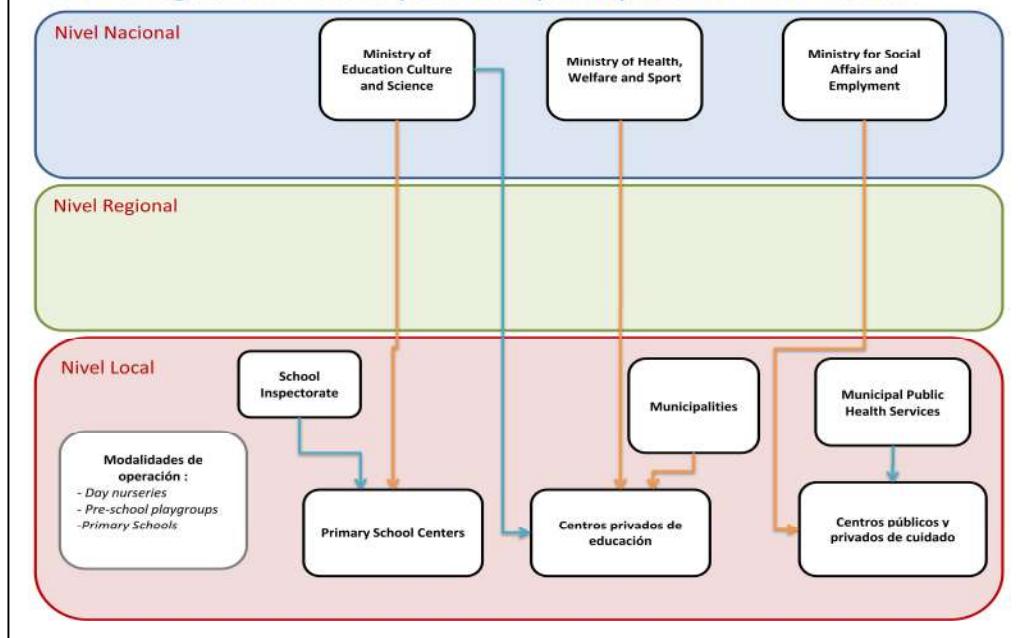
El modelo de cuidado y educación de la primera infancia en Holanda se basa en un sistema flexible en el que operan proveedores oficiales y privados con o sin ánimo de lucro, regulados por los municipios.

En la dirección de estos centros tienen gran peso los padres de familia. En muchos casos también los empresarios. Muchas empresas tienen sus propias guarderías y preescolares o compran servicios para sus trabajadores.

Los padres están en capacidad de elegir y deben pagar por el centro de atención en el que inscriben a sus hijos, mientras el gobierno se hace cargo de parte de los costos mediante subsidios a la demanda.

El gobierno no es responsable de la gestión del sistema de cuidado de salud. La provisión de servicios de salud está a cargo de proveedores privados y el gobierno se encarga de controlar la calidad y el acceso.

Servicios regulados de cuidado y educación para la primera infancia - Holanda



→ Políticas → Monitoreo

Aseguramiento de la calidad

La base del aseguramiento de calidad se fundamenta en estándares básicos regulados bajo un modelo de acreditación local en el que los servicios municipales de salud se encargan de supervisar a los proveedores de cuidado infantil y la Inspección Escolar monitorea los centros escolares. Los padres también cumplen una función primordial de monitoreo y proposición de políticas, actuando a través de los comités de padres.

El Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte hace monitoreo y análisis del desarrollo del trabajo llevado a cabo en Playgroups, los cuales no están cubiertos por Child Care Act 2005.

Financiamiento

Las guarderías y los centros de educación inicial funcionan como negocios que operan en el mercado. La política de financiamiento pretende que la educación y el cuidado sean financiados a través de contribuciones de los padres, el gobierno y los empleadores (cuyo papel como inversionistas en el cuidado de los niños es excepcional). Los niños menores de 18 años no pagan por el seguro de salud; tienen acceso al paquete básico de salud sin costo alguno.

Inglatera

Relaciones interterritoriales

Inglaterra tiene una monarquía constitucional con un gobierno parlamentario. Su territorio tiene 9 regiones creadas en 1994 que son en la práctica jurisdicciones para la operación de oficinas descentralizadas del nivel nacional. Existen además 47 condados surgidos de las tradicionales unidades territoriales inglesas, que tenían distintas formas

de relación con el poder central. Los condados están subdivididos en distritos y existen distintas modalidades de relación entre condados y distritos surgidas de viejos arreglos históricos y nuevos ajustes a los cambios demográficos y económicos. Los condados, excepto Londres, carecen de poder legislativo. En la práctica las competencias y funciones de los condados y distritos son variables según disposiciones locales que deciden abordar ciertas actividades con anuencia del gobierno central o el parlamento.

Al nivel nacional las políticas de cuidado, bienestar y educación infantil son establecidas por el Ministerio de Educación, Viceministerio de los Niños y las Familias, en el marco del *Children's Plan*. En el sector de salud, las instituciones prestadoras de servicios deciden sus propias políticas de funcionamiento.

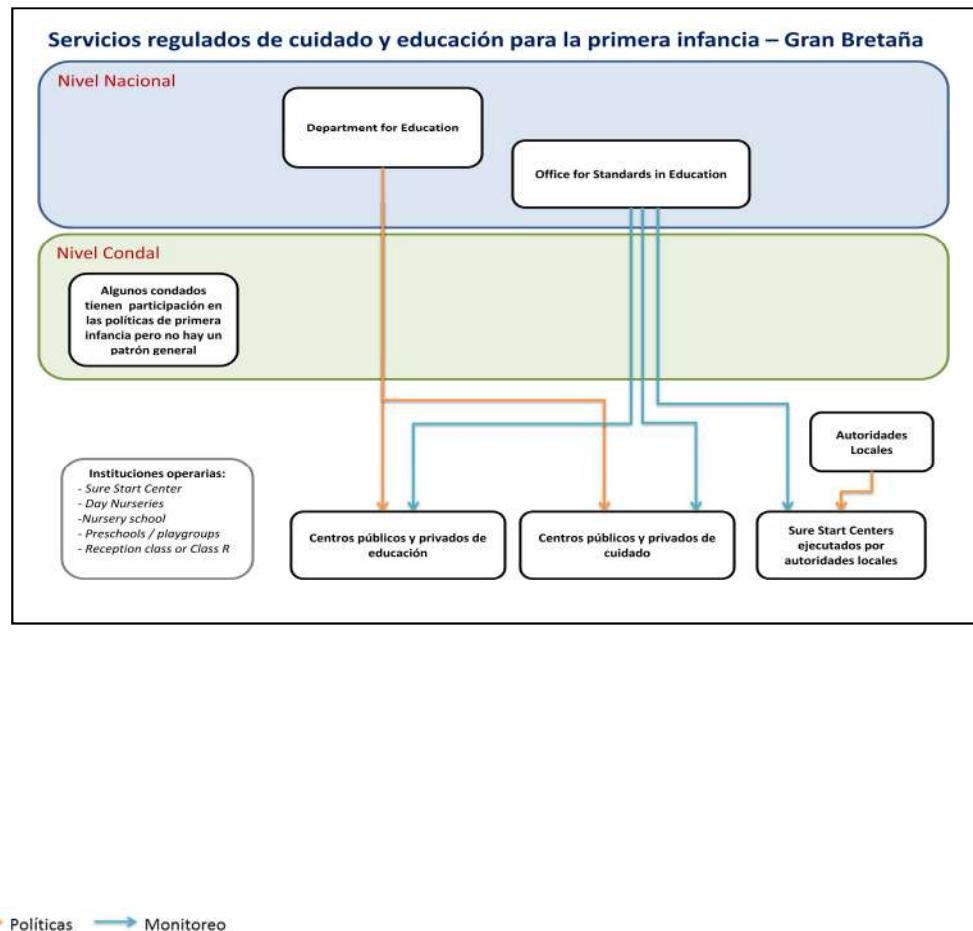
Los condados tienen mínimas funciones directamente relacionadas con la atención a la primera infancia. Los distritos tienen la responsabilidad de la provisión y la gestión de calidad de los centros de atención a la primera infancia. A su cargo está el desarrollo de los Sure Start Centres, cuando la provisión no es suficiente para satisfacer la demanda, y el diseño de estrategias y planes de desarrollo en los servicios locales para la primera infancia. Estos planes y estrategias son implementados por las Comisiones de Infancia conformadas por los mismos gobiernos locales y miembros de la comunidad. El Director de los Children's Services y el Lead Member for Children's Services son responsables de orientar la provisión de servicios de educación y salud, la prestación de los demás servicios y garantía y la promoción de la cooperación interagencial, en el contexto de las Comisiones de Niños.

Modelo de atención

Se ha establecido un sistema flexible de proveedores municipales, privados sin ánimo de lucro y comerciales. Las familias tienen libertad para elegir el prestador de su preferencia. De acuerdo con la legislación reciente, se ha fomentado el incremento de la participación de los padres en la inserción y dirección de los centros de cuidado y educación.

Los Centros *Sure Start* para niños de 0 a 6 años representan uno de los pilares de la atención integral a la primera infancia, pues brindan apoyo a los padres y atención a los niños en materia de salud, guardería, educación inicial y otros servicios complementarios. Los padres juegan un papel esencial en la dirección de los Centros *Sure Start*.

Todos los niños tienen derecho a acceder gratuitamente al Sistema Nacional de Salud y a recibir las visitas periódicas y la asesoría familiar de un visitador de salud.



Aseguramiento de la calidad

Las autoridades nacionales a través de la Oficina de Estándares para la Educación se encargan de la acreditación y supervisión de la calidad en los centros de atención a la primera infancia.

La ley de Cuidado Infantil de 2006 exige que los padres se involucren en la evaluación de los servicios sociales.

Las Autoridades Regionales de Salud supervisan a las Autoridades del Servicio de Salud de la Familia y las Autoridades Distritales de Salud, encargadas del pago y comisión de los servicios de salud. El énfasis de la supervisión se coloca en los resultados y la calidad de los procesos.

Financiamiento

La mayor parte del financiamiento de los servicios a la primera infancia se realiza con recursos del presupuesto nacional transferidos a los municipios para esa destinación. El sistema de salud distribuye sus propios recursos a través de las autoridades regionales de salud.

Irlanda del Norte

Relaciones interterritoriales

Irlanda del Norte es una república democrática parlamentaria. El poder ejecutivo es colegiado, ejercido por el consejo de 15 ministros, con un primer ministro a la cabeza. Tiene 26 condados o distritos con sus respectivos consejos de distrito elegidos popularmente pero con reducidos ingresos propios y poderes limitados a la prestación o contratación de servicios básicos y domiciliarios locales. Los condados se dividen en

ciudades y villas, que tienen modalidades de gobierno y funciones variables de acuerdo con su historia y tradición.

La política de educación inicial es definida por el Departamento de Educación. Las orientaciones para la salud y cuidado de la primera infancia son establecidas por Departamento de Salud, Servicios Sociales y Seguridad Pública a través de la Dirección de la Política de Cuidado de los Niños.

El Grupo Interdepartamental para la Edad Temprana –compuesto por el Departamento de Educación, el Departamento para el Trabajo y Aprendizaje y el Departamento para la Salud, Servicios Sociales y Seguridad Social– fue creado en 1995 para coordinar estrategias de cuidado de la primera infancia en el marco de los lineamientos de calidad y políticas de cobertura establecidas en Children First, NI Childcare Strategy. En 2007 el Departamento de Educación conformó un nuevo grupo inter-departamental para diseñar una nueva estrategia para comenzar a ser implementada en 2010.

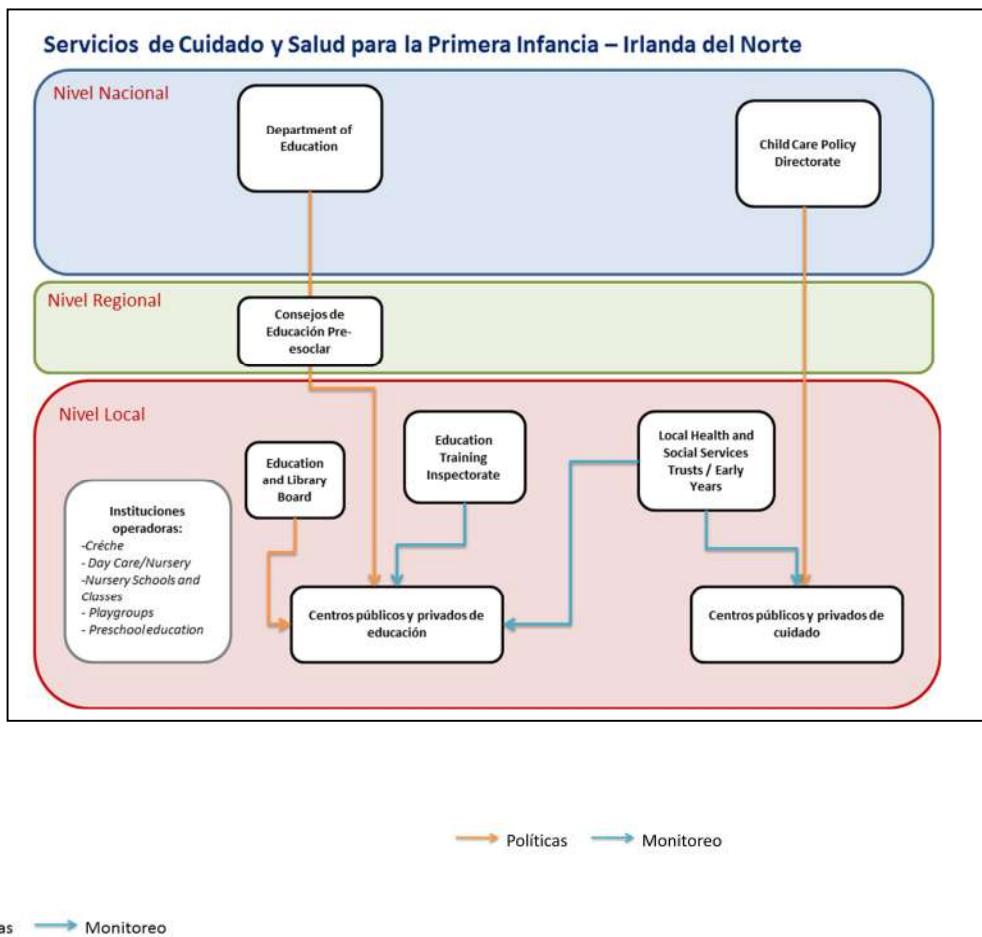
En el nivel regional los Consejos de Educación Preescolar, dentro de las Juntas de Educación y Bibliotecas, se encargan de establecer planes de desarrollo para la provisión de la educación en su territorio. El sistema de salud es un servicio nacional de salud financiado por el gobierno central.

Modelo de atención

Las guarderías y centros de educación inicial tienen una oferta amplia y diversa basada en alianzas público-privadas que se estableció para incrementar la cobertura de atención a la primera infancia en el marco del *Pre-school Education Expansion Programme*. Los niños aplican a las unidades de atención para adquirir un cupo según el gusto de los padres.

El modelo de atención de Irlanda del Norte se ha destacado por presentar avances en la integración de guarderías, centros de educación inicial y transición a la escuela primaria. También por la integración del sistema de salud y el de protección de la infancia.

El aspecto más reconocido del sistema de atención a la primera infancia es la fuerte participación comunitaria. Organizaciones de carácter comunitario como *Early Years* han desempeñado un papel crucial en la atención a la primera infancia, articulando a los centros de atención institucional con los mecanismos de participación de los padres. Adicionalmente, se destaca el papel de las organizaciones comunitarias en lograr articular la atención a la primera infancia con acciones encaminadas a combatir las secuelas de discriminación y rencor derivadas del conflicto interno que afectó a la nación.



Aseguramiento de la calidad

Las instituciones de cuidado y educación son acreditadas por las autoridades locales (Comisión Local de Salud y Servicios Sociales). Éstas y el equipo de *Early Years* hacen monitoreo e inspección de todas las instituciones y publican los resultados obtenidos como una de las bases para activar la participación comunitaria.

Un avance significativo ha sido la articulación de la inspección de las instituciones de cuidado con el monitoreo del impacto de sus acciones en el desarrollo infantil.

La Inspección de Educación y Capacitación está asociada al Departamento de Educación y hace inspección nacional de la calidad de los centros de educación preescolar.

Financiamiento

Los gastos recurrentes de los servicios de guardería y educación para la primera infancia son financiados mediante el esquema introducido por el Programa de Expansión de la Educación Preescolar el cual define asignaciones nacionales transferidas según número de cupos asignados por el Consejo de Educación Preescolar de la autoridad local correspondiente. La financiación de los gastos de la provisión privada también se hace con asignaciones fijas por niño atendido. Los recursos de dichas asignaciones provienen, fundamentalmente, del Departamento de Educación.

Suecia

Relaciones interterritoriales

El Reino de Suecia es una monarquía parlamentaria. El parlamento es la máxima autoridad legislativa y de gobierno. El estado es unitario y está conformado por 21 condados o provincias administrativas, cuya función principal es la gestión de los servicios de salud. Los condados se dividen en 290 municipios. Estos tienen un alcalde y una asamblea municipal de elección popular. Su actividad se rige por la ley de Gobierno Local de 1992. Sus funciones principales se relacionan con usos del suelo y construcción, desarrollo local, servicios domiciliarios y saneamiento, protección civil, educación básica, bienestar social y apoyo a las familias, cultura y tiempo libre.

Las políticas educativas y de cuidado son establecidas en el nivel nacional por el Ministerio de Educación e Investigación, encargado de emitir la ley educativa, el currículo, las metas y el marco financiero. La Agencia Nacional de Educación, dentro

del Ministerio, se encarga de la coordinación entre el nivel central y descentralizado y establece los lineamientos del funcionamiento de los centros de educación y cuidado, funcionando como una guía para el cumplimiento de la Ley de Educación. Las autoridades locales tienen la obligación de proveer actividades preescolares para niños y niñas que las necesiten, pero pueden decidir sobre los criterios de aplicación de las políticas nacionales.

Los servicios de salud son regidos por el Instituto Nacional de Salud Pública de Suecia, dentro del Ministerio de Salud y Asuntos Sociales, en el marco de los 11 objetivos de la Estrategia Nacional de Salud Pública.

La gestión de los servicios de educación y salud es altamente descentralizada en el nivel local (educación básica) y condal (salud).

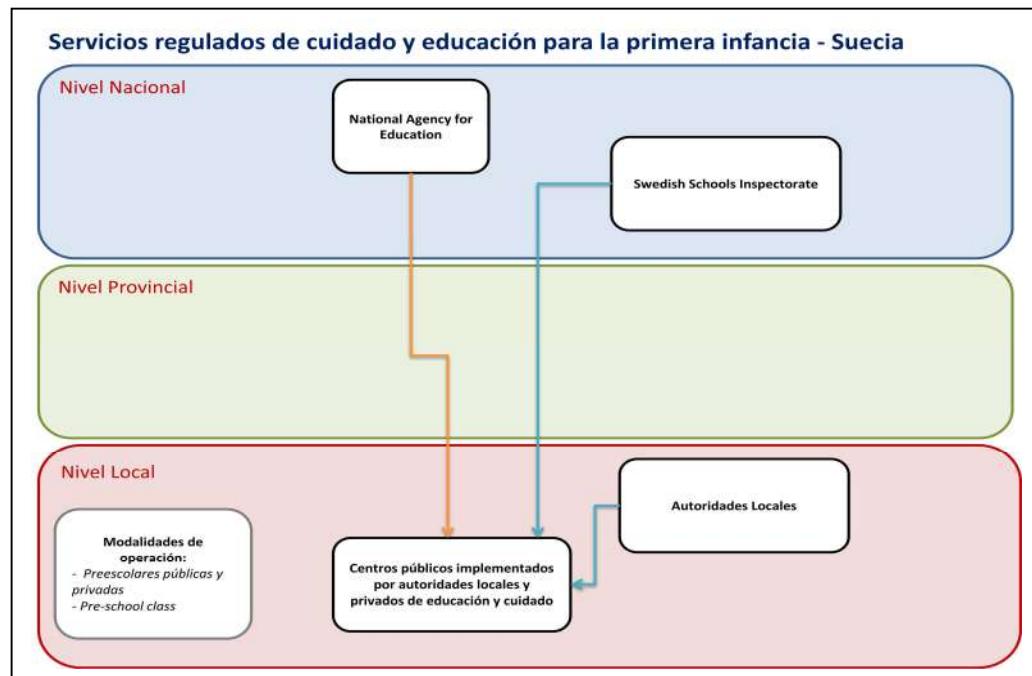
Modelo de atención

El cuidado y la educación a la primera infancia en Suecia se basan en un concepto de protección y desarrollo integral que incluye salud, cuidado, integración social, atención y educación en todos los servicios.

Los servicios están abiertos a todos los niños y niñas. Existen diferentes tipos de servicios públicos y privados para la primera infancia: preescolares, cuidado institucional, cuidado en los hogares y clases preescolares complementarias. Los centros de cuidado y de educación inicial ofrecen servicios de salud y nutrición. Se espera la participación de los padres en todas las actividades pertinentes al cuidado de sus hijos, a través de conferencias con los maestros y reuniones con los cuidadores a nivel local.

Los servicios de educación pretenden facilitar la transición del preescolar a la primaria centralizando la formulación de políticas y estándares pedagógicos de ambos niveles en el Ministerio de Educación e Investigación.

Existen múltiples prestaciones para los padres en el marco de la Política de Financiamiento a las Familias que brindan subsidios universales a los niños desde la gestación hasta los 19 años, con asignaciones acordes con las necesidades particulares, la condición de salud y la situación socioeconómica de cada familia.



Aseguramiento de la calidad

Las instituciones prestadoras de servicios, tanto oficiales como privadas están en obligación de seguir el currículo y las guías nacionales y de recibir entrenamiento periódicamente. El sistema de acreditación, monitoreo y evaluación está centralizado en la Inspección de Escuelas de Suecia –para el cuidado y educación– y el Instituto Nacional de Salud Pública –para la salud y protección social– . Los municipios también realizan evaluaciones y monitoreo periódico de las instituciones preescolares, y los servicios provistos por los mismos no pueden ser sancionados por autoridades nacionales.

Financiamiento

La asignación de recursos para educación inicial la hace el Ministerio de Educación e Investigación, con base en estadísticas de cobertura, costos unitarios y necesidades municipales. Por su parte, las municipalidades pueden cobrar cuotas por los servicios que ellas prestan.